

**Der dreifache Kampf
von
berufstätigen Brustkrebspatientinnen**

Materielle Unsicherheit von berufstätigen Brustkrebspatientinnen
und Implikationen für die Soziale Arbeit
im Handlungsfeld der onkologischen Rehabilitation

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) an der Fakultät II
für Erziehungswissenschaft, Universität Siegen

Vorgelegt von
Sabine Dhom-Zimmermann, Bad Kreuznach

Siegen, im März 2024

Erstgutachter: Hr. Prof. Dr. Albrecht Rohrmann
Zweitgutachter: Hr. Prof. Dr. Johannes Schädler

„Der Mensch soll gesichert werden in seiner äußeren Existenz: in seiner Lebenshaltung, im Erwerbsleben, in körperlicher und geistiger Gesundheit, in der Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt, als Glied der Kulturgemeinschaft des Volkes. Er soll, wenn er geschwächt oder gefährdet ist, dazu befähigt werden, seine Selbständigkeit und die Fähigkeit der Selbsthilfe zu erlangen“

(Salomon, 1998, S.134).

Danksagung

Mein herzlicher Dank gebührt allen Menschen, die zum Gelingen meiner Dissertation beigetragen haben. Zunächst möchte ich mich bei allen Frauen bedanken, die mir im Interview einen Einblick in ihre Lebenswelt während ihrer Brustkrebserkrankung schenkten. Erst durch ihre Bereitschaft und Offenheit sich auf ein Interview einzulassen, wurde dieses Forschungsprojekt ermöglicht.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Albrecht Rohrmann für die sehr gute Betreuung, den regelmäßigen Austausch mit konstruktiven Anregungen, den wertschätzenden Umgang und Ermutigung kontinuierlich weiterzuarbeiten. Herrn Prof. Dr. Johannes Schädler danke ich für die Bereitschaft die Zweitbegutachtung zu übernehmen, ebenso Frau Prof. Dr. Bettina Ritter als Prüferin der Disputation beizuwohnen.

Besonderen Dank an alle Mitglieder des Promotionskolloquiums und der Grounded Theory Gruppe für den wertvollen Austausch und Anregungen, Offenheit und Freude die wir auf unserem gemeinsamen Weg miteinander teilten. Diese Treffen haben mir immer viel Inspiration, Kraft und Motivation gegeben kontinuierlich an meinem Forschungsprojekt zu arbeiten.

Der Leitung der Rehabilitationsklinik danke ich für die Offenheit und Möglichkeit, das Forschungsprojekt in ihrem Hause durchzuführen. Dankbar bin ich meiner Abteilungsleiterin sowie meinen Kolleginnen, welche mir die flexible Arbeitszeitgestaltung ermöglichten.

Ganz besonders möchte ich Frau Regina Berghof für die Transkription danken sowie Frau Wiebke Petersen und Frau Nicole Scherhag, die mich während dieser Zeit im fachlichen Austausch und in der Reflexion mit Freude und Humor begleitet haben.

Mein herzlicher Dank gilt Frau Kordula Scholl, die mich ermutigt hat, einen neuen beruflichen Weg einzuschlagen und das Studium der Sozialen Arbeit aufzunehmen, welches mir diese Qualifikationsarbeit erst ermöglichte.

Herzlichen Dank an meine Eltern und Familie, Frau Brigitte Jost, Herrn Dennis Dhom, meinen Freundinnen Monika, Edith, Brigitte, Eleonore, Susanne, Andrea, Christina, und allen Menschen, die mich auf meinem bisherigen Weg begleitet und unterstützt haben.

Diese Dissertation entstand neben meiner Tätigkeit in der onkologischen Klinik und meiner eigenen Praxis. Vor diesem Hintergrund war ein besonderes Zeit- und Motivationsmanagement gefragt.

Meinem Ehemann Werner danke ich von ganzem Herzen. Die Jahre während des Forschungsprojektes hat er geduldig an meiner Seite gestanden, mich sehr unterstützt, mir den Rücken frei gehalten und mich jetzt mit sanftem Druck auf das Ende der Arbeit hin ermuntert, um das Leben nach der Dissertation gemeinsam genießen zu können. Ihm widme ich diese Arbeit von ganzem Herzen.

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
ASO	Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BÄK	Bundesärztekammer
BDI	Berufsverband der Deutschen Internisten
BET	Brusterhaltende Therapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSG	Bundessozialgericht
CT	Computertomographie
DCIS	Duktales Carzinoma in situ (Krebsvorstufe)
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
DGIM	Gesellschaft für Innere Medizin
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
EntgFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EStG	Einkommenssteuergesetz
FIAT	Projekt zur finanzielle Auswirkungen einer Tumorerkrankung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSA	Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
GT	Grounded Theory
GTM	Grounded Theory Methodologie
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KVS	Klinikverwaltungssystem
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR	Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation
NCT	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg
RKI	Robert Koch Institut
RTS	Reha-Therapiestandard
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SoVD	Sozialverband Deutschland
UICC	Internationale Union gegen Krebs
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VDK	Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V.
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Total Pain Modell, angelehnt an Cicely Saunders, ergänzt um die wirtschaftliche Sicherung (I care Pflege. Thieme, 2015).	56
Abbildung 2: Theoretische Rahmung: „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“ (eigene Darstellung).	60
Abbildung 3: Wirtschaftliche Sicherung bei bestehender Arbeitsunfähigkeit (eigene Darstellung).	61
Abbildung 4: Wechselwirkungen zwischen den Komponente der ICF (WHO 2001).	83
Abbildung 5: Das Paradigmatische Modell (Strauss und Corbin, 1996, S. 78)..	107
Abbildung 6: Kernkategorie: „Erleben von materieller Unsicherheit – Dreifacher Kampf ums Überleben“ (eigene Ausarbeitung mit MAXQDA).	133
Abbildung 7: Zuschreibung von Typisierung und die jeweilige Interviewpartnerin (eigene Darstellung).	139

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
1 Einführung und Problemstellung	9
2 Zielsetzung und Forschungsfrage	10
3 Medizinische Grundlagen	13
3.1 Brustkrebsrisiko	13
3.2 Früherkennung von Brustkrebs und Diagnostik	14
3.2.1 Klassifikation von Tumoren.....	15
3.3 Therapieformen	16
3.3.1 Operation.....	16
3.3.2 Chemotherapie	17
3.3.3 Bestrahlung	18
3.3.4 Antihormontherapie	19
3.4 Medizinischer Versorgungsverlauf und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit	20
4 Belastungen durch eine Krebserkrankung	21
4.1 Physiologische Belastungen	21
4.1.1 Anämie, Nausea, Emesis und periphere Neuropathien	22
4.1.2 Tumorassoziierte Fatigue	23
4.1.3 Nebenwirkungen und Antihormontherapie	24
4.2 Psychische Belastungen	25
4.2.1 Ausnahmezustand, Angst und psychische Belastungen	25
4.2.2 Kognitive Beeinträchtigungen und Konzentrationsschwäche	27
4.2.3 Beeinträchtigungen von Körperbild und Sexualität	27
4.3 Soziale Belastungen	28
4.3.1 Neue Rollen.....	28
4.3.2 Partnerschaft	29
4.3.3 Sozialer Rückzug.....	30
4.3.4 Beruf.....	30
5 Stand der Forschung	32
5.1 Wirtschaftliche Situation im Krankheitsverlauf	33
5.2 Wirtschaftliche Auswirkungen und Lebensqualität	34
5.3 Materielle Unsicherheit und die Gefahr der Überschuldung	36
5.4 Korrelation von wirtschaftlicher Unsicherheit und körperlichen Schmerzen	37
5.5 Auswirkungen auf die Angehörigen in Form von eigenen Arbeitsunfähigkeitszeiten ..	38
5.6 Ökonomisierung im Gesundheitswesen	39

6 Theoretischer Hintergrund und Rahmung	42
6.1 Soziologie von Gesundheit und Krankheit	43
6.1.1 Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit.....	43
6.1.2 Modell der Salutogenese	45
6.1.3 Krankheitsverlauf aus soziologischer Perspektive	48
6.1.4 Umgang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung	49
6.1.5 Konzept der Krankheitsverlaufskurve	49
6.1.6 Patient*innenkarriere	51
6.1.7 Total Pain Modell	53
6.1.8 Aspekte der sozialen Gesundheit	56
6.2 Wirtschaftliche Sicherung bei Neubildungen im Krankheitsverlauf	61
6.2.1 Entgeltfortzahlung.....	61
6.2.2 Krankengeld	62
6.2.3 Krankengeld: Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit.....	63
6.2.4 Übergangsgeld	65
6.2.5 Sonderform Arbeitslosengeld I	67
6.2.6 Bürgergeld.....	68
6.3 Sozialadministrative Vorgänge zwischen Leistungsträgern und Leistungsempfänger*innen	68
6.4 Interaktion mit Institutionen während des Krankheitsverlaufes	71
6.5 Zentrale Institutionen im Krankheitsverlauf und ihre Konzepte.....	73
6.5.1 Krankenhausversorgung	73
6.5.2 Onkologische Rehabilitation im Lichte der Statistik	77
6.5.3 Die onkologische Rehabilitation.....	78
6.5.4 Paradigmenwechsel in der medizinischen Rehabilitation	82
6.5.5 ICF-Klassifikation und Bio-Psycho-Soziales Model in der onkologischen Rehabilitation	82
6.6 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit.....	84
6.6.1 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation	85
6.6.2 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Handlungsfeld der onkologischen Rehabilitation	86
6.6.3 Beratungsprozess und Methoden.....	86
6.6.4 Aspekte der Beziehung zwischen Sozialarbeiter*in und Rehabilitand*in	88
7 Forschungsdesign und Vorgehen bei der Untersuchung	90
7.1 Datenerhebung	91
7.1.1 Forschungszugang	91
7.1.2 Einwilligungserklärungen	92
7.1.3 Zugang zu den Interviewpartnerinnen	92
7.1.4 Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Erhebung	94
7.1.5 Personenbezogenen Datenerhebung	94
7.2 Verwaltung der personenbezogenen Daten und der erhobenen Forschungsdaten.....	94
7.3 Narrative Interviews	95
7.3.1 Erzählstimulus	96
7.3.2 Immanente und exmanente Fragen.....	97
7.3.3 Interviewaufzeichnung/Datenaufzeichnung	98
7.3.4 Transkription, Transkriptionsregeln	98
7.4 Grounded Theory als Forschungsmethodologie.....	99

7.4.2 Theoretisches Sampling	100
7.4.2.1 Offenes Sampling	101
7.4.2.2 Sampling von Beziehungen und Variationen	102
7.4.2.3 Diskriminierendes Sampling	102
7.4.2.4 Theoretische Sensibilität und theoretische Sättigung	103
7.4.2.5 Erstellen von Memos	104
7.5 Offenes Kodieren.....	105
7.6 Axiales Kodieren	106
7.7 Selektives Kodieren	107
7.8 Rolle der Forscher*in	108
8 Ergebnisse der Untersuchung	112
8.1 Sozialrechtliche Fallkonstruktionen und Fallvignetten.....	112
8.2 Auswertung.....	131
8.3 „Dreifacher Kampf ums Überleben“ – Eine Grounded Theory.....	132
8.3.1 Die Kernkategorie „Dreifacher Kampf ums Überleben“	134
8.3.2 Ursächliche Bedingungen.....	139
8.3.2.1 Geringeres Einkommen und krankheitsbedingte Sonderausgaben	139
8.3.2.2 Interaktionen mit Leistungsträgern	145
8.3.2.2.1 Unklarheit über die Zuständigkeiten von Leistungsträgern	146
8.3.2.2.2 Erreichbarkeit, Fehlinformationen und -entscheidungen von Leistungsträgern und Ärzt*innen	150
8.3.2.2.3 Belastung durch administrative Aufgaben	159
8.3.2.3 Keine Kraft zum Kämpfen - „nur Sofa-Bett-Bett-Sofa“	167
8.3.3 Kontext und intervenierende Bedingungen.....	175
8.3.3.1 Belastungen und Anpassungsleistungen an die Erkrankung „von einer Ohnmacht in die andere gefallen“	176
8.3.3.2 Massive Existenzangst „...wo krieg ich Morgen mein Brot her?“	181
8.3.3.3 Zusätzliche kritische Lebensereignisse während den Therapien.....	184
8.3.4 Handlungs- und Interaktionale Strategien	188
8.3.4.1 Aufbrauchen von eigenen und fremden Ressourcen.....	188
8.3.4.2 Verzicht auf soziale Teilhabe.....	192
8.3.4.3 Schnelle Rückkehr in den Beruf - Verzicht auf eine stufenweise Wiedereingliederung.....	197
8.3.4.4 Scham – keine Hilfe einfordern.....	202
8.3.5 Konsequenzen.....	207
8.3.5.1 Materielle Unsicherheit begleitet Betroffene im Therapieverlauf und über den beruflichen Wiedereinstieg hinaus.....	207
8.3.5.2 „Alles weg“ Krebserkrankung ein Minusgeschäft.....	209
8.3.5.3 Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess	213
8.4 Ergebnisse und Erkenntnisse	216
8.5 Kritische Reflexion	227
8.6 Implikationen für die Soziale Arbeit.....	228
9 Literaturverzeichnis	235
Anhang	263

1 Einführung und Problemstellung

Nach Schätzungen des Robert Koch Institutes (RKI) erkranken in Deutschland jährlich rund 500.000 Menschen an Krebs. Präzisiert betrachtet, lassen sich hierbei vor allem zwei Tumorentitäten festhalten. So liegt die höchste Inzidenz bei Männern, mit einer Anzahl von circa 65.820 bei Prostatakrebs und bei Frauen, mit einer Anzahl von circa 70.550, bei einer Brustkrebserkrankung (vgl. Robert Koch Institut, 2023, S. 7 ff.). Somit erkrankt von acht Frauen eine Frau während ihres Lebens an Brustkrebs. Von sechs Frauen erkrankt eine Frau unter 50 Jahren. Ferner wird eine Brustkrebs-Vorstufe, ein in situ-Tumor, jährlich bei über 6.000 Frauen diagnostiziert (vgl. Robert Koch Institut, 2023, S. 78). Die Datenlage zeigt zudem, dass sich ein Großteil der betroffenen Brustkrebspatientinnen¹ bei Erstdiagnose in der aktiven Berufsphase befindet. Dies bedeutet gleichzeitig, dass mit der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit teilweise massive Einkommensverluste einhergehen, die eine Erhöhung des Verarmungsrisikos zur Folge haben. Diese Umstände, mit ihren Auswirkungen auf das Erleben der betroffenen Frauen, die Interaktionen mit Leistungsträgern sowie mögliche Interventionen beleuchtet die vorliegende Arbeit.

Zieht man des Weiteren die Auswertungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) hinzu, so wurde in Deutschland im Jahr 2020 bei etwa 493.200 Menschen erstmals eine Krebserkrankung diagnostiziert. Der Anteil der Frauen lag hierbei bei circa 231.400 Krebsneuerkrankungen, der Anteil der Männer bei circa 261.800². Die Anzahl der Menschen, die an einer Krebserkrankung im Jahr 2020 starben, betrug 230.223. Davon fallen auf Frauen 104.949 und auf Männer 125.274 Sterbefälle (vgl. Robert Koch Institut, 2023, S. 18).

Vor dem demografischen Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft, wird bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg von 23 Prozent bei den jährlichen Krebsneuerkrankungen gerechnet (vgl. Robert Koch Institut, 2021, S. 7 ff.). Die hohe Zahl der jährlichen Krebsneuerkrankungen nimmt einen herausragenden Stellenwert, im Hinblick auf die damit verbundenen Versorgungs- und Behandlungsabläufe, im deutschen Gesundheitssystem ein. Durch die lebensbedrohliche

¹ In den allermeisten Fällen erkranken Frauen an Brustkrebs. Aufgrund der Verteilung und der besseren Lesbarkeit wird im Text für Patientinnen und Patienten, wenn es um Brustkrebs geht, die weibliche Form verwandt.

² In diesen Angaben findet der nicht-melanotische Hautkrebs keine Berücksichtigung.

Krebserkrankung sind die Patientinnen bereits emotional schwer belastet, in ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt, vulnerabel und mit existenziellen Themen konfrontiert (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe, 2016, S. 19 f).

Auch die Interaktionen der onkologischen Patientinnen mit den Leistungsträgern können zusätzliche Belastungen zur Folge haben. Aufgrund der mit der Krebserkrankung verbundenen langen Arbeitsunfähigkeitszeiten kommt es oftmals zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten, welche zusätzliche massive existenzielle Auswirkungen mit sich bringen. Diese wirtschaftlichen Schwierigkeiten von Frauen mit Brustkrebs sind von vielen Faktoren, wie z.B. der Lebenssituation, dem Familienstand, der Berufsqualifikation, der Branche und vieles mehr abhängig. Die Brisanz dieses Themas, verbunden mit der Not der betroffenen Frauen, begegnete der Forscherin in ihrem Praxisalltag sehr häufig. In bisherigen Untersuchungen wurde das individuelle Erleben der Betroffenen bezüglich materieller Sorgen, der stellenweise belastenden Interaktion mit Leistungsträgern und unterstützenden sozialarbeiterischen Angeboten eher vernachlässigt.

In dem Aufeinandertreffen von eintretender Brustkrebserkrankung, langanhaltenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, Therapien, Lebenssituation und materieller Unsicherheit während des Krankheitsverlaufes ist dieses Forschungsprojekt verortet. Der Fokus liegt hierbei im Zeitraum des Krankengeldbezuges. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen eine wissenschaftlich fundierte Bestandsaufnahme der zusätzlichen psychosozialen Belastungen von berufstätigen Brustkrebspatientinnen im Kontext der wirtschaftlichen Unsicherheit darstellen und mögliche Ressourcen und Bewältigungsstrategien aufzeigen. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse Erkenntnisse zur administrativen Interaktion zwischen Leistungsträgern, hier vor allem den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), und den Krebspatientinnen während des Krankheitsverlaufes liefern und deren mögliche psychosoziale Auswirkungen auf die Brustkrebspatientinnen aufzeigen.

2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2020 beträgt die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer einer Brustkrebspatientin 125 Tage

(vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2020, S. 4). Je nach Therapieform, Therapiedauer und möglichen Nebenwirkungen kann sich der Arbeitsunfähigkeitszeitraum erheblich verlängern. In diesem Zeitfenster befindet sich die berufstätige Brustkrebspatientin im Krankengeldbezug, welches eine Verringerung ihres monatlichen Einkommens zur Folge hat. Im Zuge der Ökonomisierung im Gesundheitssystem kam es in den letzten Jahren zu einschneidenden Änderungen von Arbeitsabläufen und zum Einsatz von effizienteren Maßnahmen, welche massive Auswirkungen auf die Versicherten mit sich führen können. So wurde z.B. im Bereich der Gesetzlichen Krankenkasse das Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit eingeführt. Dies hat eine auf Effizienz ausgerichtete Organisations- und Kommunikationsstruktur im Umgang mit den Versicherten zur Folge, welche sich z.B. durch regelmäßige Anrufe, Anschreiben, Aufforderungen zur Rehabilitation, Hinweise zum Einstellen der Krankengeldzahlung darstellt. Die daraus resultierenden sozialadministrativen Prozesse können, angelehnt an das Bio-Psycho-Soziale Modell mit seinen Kontextfaktoren, erhebliche Auswirkungen auf Brustkrebspatientinnen in ihrem Versorgungsprozess haben.

Ziel dieses Projektes ist es zu erforschen, wie berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit während ihres Krankheitsverlaufes erleben, ihren Umgang mit diesen Herausforderungen herauszuarbeiten und aufzuzeigen auf welche Ressourcen die Frauen zurückgreifen. Im Fokus des Forschungsprojektes soll hierbei die wirtschaftliche Sicherung im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung, in Form des Krankengeldes, stehen. Weiterhin wird die Relevanz dieser Ergebnisse für die Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Handlungsfeld der onkologischen Rehabilitation dargestellt. Diese können zur Verbesserung des Beratungsangebotes von Sozialarbeiter*innen für Rehabilitand*innen beitragen sowie das Spannungsfeld zwischen Rehabilitand*innen und Leistungsträgern beleuchten.

In dieser Dissertation soll auf die zentrale Fragestellung

„Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“

eingegangen werden.

Vor dem Hintergrund der Forschungsfrage erscheint es bedeutsam das Verständnis von „Erleben“ zu erläutern. Als Erleben wird hier die „rezeptive Seite des menschlichen Seins sowie der Interaktion des Menschen mit sich selbst und seiner Umwelt“ (Wirtz, 2021) verstanden. Das Erleben wird als eine subjektive Form der Wahrnehmung und Verarbeitungsform von Informationen gesehen. Die Informationen werden an das Gehirn weitergeleitet und zu „sinnhaften Objektrepräsentationen verarbeitet, identifiziert, mit Erfahrungen verglichen und mit Emotionen belegt“ (Wirtz, 2021). Somit wird das „Erleben“ als Wahrnehmung von Gelegenheiten, Situationen, Menschen etc. beschrieben sowie deren intrapsychische Bewertung und Einordnung. Das Resultat dieses Erlebensvorganges spiegelt sich im jeweiligen Verhalten wider (vgl. Wirtz, 2021, 1).

Darüber hinaus werden die folgenden ergänzenden Fragestellungen beleuchtet:

- Wie werden die administrativen Interaktionen der Leistungsträger von den Brustkrebspatientinnen wahrgenommen?
- Welche unterschiedlichen Dimensionen des Umgangs mit den vielfältigen Belastungen können identifiziert werden?
- Welche Ressourcen werden als bedeutsam wahrgenommen?
- Welche Bewältigungsstrategien werden entwickelt?

Die Literatur skizziert eindrücklich die Folgen einer Krebserkrankung in Bezug auf die psychosozialen Belastungen sowie die oft schwierige wirtschaftliche Situation mit ihren Auswirkungen auf die Lebensqualität von Krebspatienten (vgl. Röntgen et al., 2018). Das Forschungsprojekt stellt eine Erweiterung im Hinblick auf das Erleben und Wahrnehmen von materieller Unsicherheit von Brustkrebspatientinnen im Kontext des Krankengeldbezuges ein Desiderat dar, welches bisher noch nicht die notwendige Berücksichtigung findet. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen zum besseren Verständnis der zusätzlichen psychosozialen Belastungen, insbesondere der materiellen Unsicherheit, von Brustkrebspatientinnen und deren Auswirkungen beitragen sowie die administrativen Interaktionen mit den Leistungsträgern und die Relevanz für die Soziale Arbeit in der onkologischen Rehabilitation verdeutlichen.

3 Medizinische Grundlagen

In dem folgenden Kapitel werden die medizinischen Grundlagen zum Brustkrebs, (Mammakarzinom, von lat. mamma), Risikofaktoren, aktuelle Therapieformen sowie der Versorgungsverlauf von Brustkrebspatientinnen skizziert. Bei der Erkrankung Brustkrebs handelt es sich um eine maligne Tumorbildung im Brustgewebe. Diese entsteht in den häufigsten Fällen im Gewebe der Brustdrüsen. Als Entstehungsort des malignen Tumors werden zumeist die Milchgänge (Ductuli) der Brust angesehen. Männer können auch an Brustkrebs erkranken. Ihr Anteil beträgt circa 1 Prozent aller Brustkrebsneuerkrankungen (vgl. Robert Koch Institut, 2016, S. 36).

Als eine Vorstufe von Brustkrebs wird das Ductales Carcinoma in situ (DCIS) bezeichnet. Es handelt sich um ein nicht-invasives Karzinom in den Milchgängen der Brust, welches sich nicht in das angrenzende Gewebe ausdehnt und metastasiert hat („in situ“ – „am Ort“) (vgl. Prien, 2022). Das DCIS wird an dieser Stelle erwähnt, da es aufgrund seines hohen Brustkrebsrisikos zu einer Therapieempfehlung kommt. Somit durchlaufen Frauen mit einer DCIS-Diagnose einen ähnlichen Versorgungsverlauf wie Frauen mit Brustkrebs.

3.1 Brustkrebsrisiko

Unterschiedliche Faktoren können das Brustkrebsrisiko erhöhen. Hierzu zählen unter anderem auch Hormone. Einige Risikofaktoren werden im Folgenden aufgezählt:

- Eine früh eintretende Periode ebenso wie eine späte letzte Periode
- Kinderlosigkeit
- Frauen, die in einem höheren Lebensalter ihr erstes Kind gebären
- Einnahme von hormonhaltigen Präparaten, wie z. B. eine Hormonersatztherapie (erhöhte Einnahmedauer und eine Östrogen-Gestagen-Kombination)
- Hormonelle Empfängnisverhütung
- Besonders dichtes Gewebe der Brustdrüse
- Eine frühere Erkrankung an Brustkrebs
- Genetische Disposition

Zusätzlich kann erhöhtes Körpergewicht, unzureichende Bewegung sowie Alkoholkonsum die Entstehung von Brustkrebs beeinflussen (vgl. Zentrum für Krebsregisterdaten, 2021, S. 2 f.).

Liegt eine familiäre Häufung von Brust- und/oder Eierstockkrebs vor, erhöht sich das eigene Brustkrebsrisiko. Ebenso, wenn eine erbliche Genmutation, wie z.B. in den Genen BRCA₁ und BRCA₂, vorliegt. Schätzungen legen nahe, dass 25 Prozent der erblichen Genmutationen bei Brustkrebspatientinnen vorliegen (vgl. Robert Koch Institut, 2021, S. 86).

3.2 Früherkennung von Brustkrebs und Diagnostik

In den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden zur Früherkennung von Brustkrebs verschiedene Maßnahmen implementiert. Dazu zählt die jährliche Tastuntersuchung (Palpation) der Brust, welche Frauen ab 30 Jahren in Anspruch nehmen können. Eine weitere Früherkennungsmaßnahme stellt die Mammografie der Brust dar. Im Jahr 2005 wurde, auf Basis europäischer Leitlinien, ein Mammografie-Screening-Programm in Deutschland eingeführt. Es wurde ein engmaschiges Angebot von Mammografie-Zentren geschaffen. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre schriftlich zu einer Mammografieuntersuchung eingeladen. Hierbei handelt es sich um eine Röntgenuntersuchung der Brust. Ziel dieser umfassenden Maßnahmen ist die frühzeitige Diagnostik von Brustkrebs, um zeitnah mit adäquaten Therapien, nach Möglichkeit brusterhaltend, beginnen zu können und somit die Mortalitätsrate bundesweit zu senken (vgl. Robert Koch Institut 2021, S. 86).

Durch die Möglichkeit des Mammografie-Screenings wurden in der Zielgruppe von Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zunehmend weniger Fälle im fortgeschrittenen Brustkrebsstadium diagnostiziert (vgl. Starker et al., 2017, S. 75).

Ein weiteres Diagnoseverfahren stellt die Ultraschalluntersuchung (Sonografie) der Brust dar. Durch Ultraschallwellen wird das Brustgewebe mit seiner unterschiedlichen Gewebedichte bildgebend dargestellt. Dieses Verfahren wird oftmals ergänzend zur Tastuntersuchung und zur Mammografie eingesetzt, um Befunde bei Frauen vor dem Klimakterium abzuklären (vgl. Prien, 2022). Sollten diese Verfahren keine klare Befundung hervorbringen, oder eine Gewebeprobe (Biopsie)

nicht durchführbar sein, wird gemäß der S3-Leitlinie³ eine Kontrastmittel - Magnetresonanztomographie (MRT) empfohlen. Zur Bestimmung der Histologie wird eine Stanzbiopsie oder eine Vakuumbiopsie zur Gewebeentnahme befürwortet. Nur in Ausnahmefällen wird Gewebe durch eine offene Exzisionsbiopsie entnommen. Zum Ausschluss von Metastasierung und aggressiver Tumorbiologie können auch Staging-Verfahren, wie Computertomographie (CT) - Thorax- Abdomen- und Skelettszintigramm durchgeführt werden (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe, 2021, S. 74 ff.).

3.2.1 Klassifikation von Tumoren

Um wesentliche Entscheidungen für den weiteren Therapieverlauf treffen zu können, findet eine Einstufung des Tumors in ein TNM-Klassifikationssystem statt. Es handelt sich hierbei um ein international anerkanntes Klassifikationssystem, welches Aussagen zur Ausbreitung des Tumors trifft. Die TNM-Klassifikation wird im Folgenden erläutert: Die Tumorgröße und der Ausbreitungsgrad des Primärtumors wird von T1 bis T4 eingestuft. Bei der Einstufung TX können die Mediziner*innen keine Angaben zur Größe bzw. zum Verbreitungsgrad des Tumors treffen. Der Lymphknotenbefall wird mit N deklariert. Nodus (lateinisch) steht für Knoten und gibt an, wie viele und welche Lymphknoten befallen sind. Die Einstufung erfolgt von N0 bis N3. Eine Angabe von N0 gibt an, dass kein Befall mit Krebszellen in den Lymphknoten vorliegt. Der Buchstabe M steht für Metastasen. Durch die Angabe M1 wird angezeigt, dass sich Metastasen in anderen Körperbereichen, z.B. in anderen Organen, befinden. Bei einer MX-Bezeichnung ist nicht abschließend geklärt, ob Metastasen in anderen Regionen vorliegen. Erfolgt eine M0-Zuschreibung liegen keine Metastasen vor. Der Zeitpunkt der Klassifizierung spielt hier eine besondere Rolle. Hat die Klassifizierung direkt nach den ersten Untersuchungen stattgefunden oder fand im Vorfeld der operativen Therapie bereits eine Chemotherapie statt, so werden verschiedene zusätzliche Angaben bzw. Buchstaben der TNM-Formel hinzugefügt. Eine weitere Einteilung zum Tumorstadium

³ Gemäß der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) werden Leitlinien als „systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen“ gesehen. Sie spiegeln den aktuellen Stand der Wissenschaft wider. S3 ist die höchste Qualitätsstufe der Leitlinien (vgl. Baethge, 2008, S. 1).

erfolgt im Rahmen des „Stagings“. In der durch die Internationale Union gegen Krebs (UICC) entwickelten Klassifikation werden die Ergebnisse der TNM-Klassifikation subsumiert und in die Stadien I – IV eingeteilt. (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ, 2018a) Diese detaillierten Klassifikationsangaben stellen eine wesentliche Grundlage für die individuellen Therapieempfehlungen dar und sind somit auch ein wichtiger Hinweisgeber auf die voraussichtliche Dauer des Behandlungsverlaufes und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit.

3.3 Therapieformen

Bei einer Brustkrebserkrankung kommen unterschiedliche Therapieformen, auch in Kombination, in Betracht. Für welche Therapieform sich entschieden wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren wie z.B. dem Stadium der Erkrankung, den histologischen Parametern, Behandlungsempfehlungen der S 3-Leitlinie und der persönlichen Entscheidung sowie Adhärenz der Patientin ab. Im Folgenden werden die wesentlichen Therapieformen bei Brustkrebs dargestellt.

3.3.1 Operation

Als Grundlage für die Tumorentfernung ist eine operative Therapie mit Tumorresektion vorgesehen. Die brusterhaltende Therapie (BET) mit anschließender adjuvanter Radiotherapie ist unter bestimmten Voraussetzungen im Hinblick auf die Überlebenschancen als gleichbedeutend mit einer Mastektomie (Brustentfernung) anzusehen. Kriterien für eine brusterhaltende Therapie sind z.B. das Vorliegen eines nicht invasiven Karzinoms (DCIS), invasive Karzinome unter bestimmten Voraussetzungen sowie das Lebensalter der Patientin. Eine Mastektomie wird nach der S3-Leitlinie nur empfohlen, wenn eine brusterhaltende Therapie nicht ausreicht, weil z.B. der Tumor nicht komplett, auch nicht durch eine Nachresektion entfernt werden kann, bzw. das Risiko eines Rezidivs steigt. Für diesen radikalen Eingriff braucht es das Einverständnis der Patientin (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., et al., 2021, S. 96 ff.). Die „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ beinhaltet Handlungsempfehlungen auf Grundlage von evidenzbasierter Medizin. Ebenso befinden sich darin Empfehlungen für den Umgang mit Brustkrebs, Informationen zu Therapien und Nachsorgeempfeh-

lungen für Patientinnen. Die Leitlinie wird regelmäßig an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst (vgl. Robert Koch Institut, 2016, S. 81).

3.3.2 Chemotherapie

Die Chemotherapie ist eine zentrale Therapieform, welche bei Brustkrebs empfohlen werden kann. Es handelt sich dabei um eine medikamentöse Therapie mit Chemotherapeutika bzw. Zytostatika, welche in Tablettenform, Spritzen oder als Infusion angeboten wird. Als Infusion werden die Zytostatika in die Vene verabreicht. Die Zytostatika gelangen in der Regel über einen Portkatheter in die Vene und zirkulieren über das Blutgefäßsystem im ganzen Körper. Der Portkatheter wird vor Beginn der Chemotherapie implantiert und wird erst nach Therapieende entfernt. So kann ohne wiederholtes Einstechen in die Vene die Infusion zugeführt werden (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2022a). Die Zytostatika (griech. Kytos = Zelle; statikos = zum Stehen bringend) beeinflussen die Zellteilung (Zytokinese) der Tumorzellen. Da die Krebszellen sich in der Regel beständig und zügig teilen, setzt hier die Wirkung der Zytostatika in dieser speziellen Phase der Zellteilung an (vgl. Kieseritzky, 2014). Durch die Zytostatikagabe soll das Wachstum der Zellen verhindert werden (vgl. Angenendt et al., 2007, S. 89). Auch gesunde Zellen können durch die Zytostatika beeinflusst werden. Da sie jedoch in der Regel eine langsamere Zellteilung durchlaufen, sind sie weniger anfällig als Tumorzellen, können jedoch auch beeinträchtigt werden. Die Chemotherapie ermöglicht im Gegensatz zum operativen Eingriff und zur Bestrahlung ein Behandlungsverfahren, welches den ganzen Körper anspricht. Man spricht hier von einer systemischen Therapie. Durch die Verteilung der Zytostatika über den Blutkreislauf können auch Organe und gegebenenfalls vorhandene (Mikro-) Metastasen erreicht werden und die Zellteilung der Tumorzellen verhindert werden (vgl. Kieseritzky, 2014). Je nach Therapieempfehlung können die Zytostatika in Form einer Monotherapie oder in einer Kombination als Polychemotherapie infundiert werden. Zur Tumorverkleinerung und/oder zur Gewissheit, dass der Tumor auf Zytostatika anspricht, kann eine Chemotherapie präoperativ notwendig sein. Man spricht in diesem Fall von einer neoadjuvanten Chemotherapie (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2022a, 1 ff.).

Nach der S3-Leitlinie Mammakarzinom wird eine solche neoadjuvante Chemotherapie besonders Patientinnen empfohlen, welche z.B. ein lokal progressives oder

ein zunächst nicht operables Mammakarzinom diagnostiziert bekamen. Die Dauer einer neoadjuvanten Chemotherapie sollte 18-24 Wochen betragen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2021, S. 181 f.).

Schneeweiss favorisiert bei Brustkrebsformen, welche kurativ zu behandeln sind und für die eine Chemotherapie-Empfehlung ausgesprochen wird, eine neoadjuvante Therapie durchzuführen. Diese erhöhe die Chance auf Therapien mit dem Ziel der Brusterhaltung. Zusätzlich kann durch eine In-vivo-Sensitivitätsprüfung die Reaktion bzw. das Ansprechen der Krebszellen effektiver eingestuft werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine exaktere Prognose für die Krebspatientin und eine spezifizierte Therapieplanung nach dem operativen Eingriff (vgl. Schneeweiss, 2018).

Die Therapiedauer und die Dosierung der Chemotherapie sind abhängig von der Körpergröße, Körpergewicht, Befundung und weiteren Faktoren. Die Chemotherapie wird in mehreren wöchentlichen Zyklen verabreicht. Die therapiefreien Tage sind zur Regeneration notwendig (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2022a).

Je nach Indikation, Tumorart und Tumorgröße kann ergänzend nach der Operation eine (weitere) Chemotherapie empfohlen werden. Man spricht dann von einer adjuvanten Chemotherapie. Nach der S3-Leitlinie Mammakarzinom soll die Dauer einer adjuvanten Chemotherapie 18-24 Wochen betragen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2021, S. 179). Mögliche Nebenwirkungen werden in Kapitel vier dargestellt

3.3.3 Bestrahlung

Die Bestrahlung (Radiotherapie oder Radiatio) stellt neben der Chemotherapie und einer Operation einen weiteren zentralen Behandlungsbaustein bei Krebs dar, welche singular oder in Kombination empfohlen wird. Laut der S3-Leitlinie für Brustkrebs wird nach einem brusterhaltenden operativen Eingriff bei einem invasiven Mammakarzinom eine Bestrahlung empfohlen. Man spricht hier von einer adjuvanten Bestrahlung (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2021, S. 145).

Bei dieser Therapieform werden durch ionisierende Strahlen die Tumorzellen angegriffen, bzw. die Strahlen schädigen das Erbgut der Krebszellen, wodurch die

weitere Teilung der Zellen verhindert wird. Dieser Vorgang kann die Tumorgroße reduzieren oder den Tumor ganz beseitigen. Nicht zu verhindern ist, dass durch die Strahlung auch die gesunden Zellen angegriffen werden. Diese sind allerdings, im Gegensatz zu den Krebszellen, in der Lage sich wieder zu regenerieren. Der Vorgang der Zellregeneration benötigt Zeit. Daher ist es unabdingbar, dass zwischen den einzelnen Bestrahlungseinheiten Zeiträume für die Regeneration eingeplant werden. Moderne Bestrahlungsgeräte ermöglichen eine immer präzisere Bestrahlung, so dass so wenig gesunde Zelle wie möglich in Mitleidenschaft geraten (vgl. Kieseritzky und Christmann 2014).

Eine adjuvante Bestrahlung der Brust wird durchgeführt, um noch verbleibende Tumorzellen in ihrer Zellteilung zu behindern, die Zellen sterben ab. Dadurch wird einem Rezidiv vorgebeugt oder zumindest das Rezidivrisiko erheblich reduziert. Bei der Brustentfernung (Mastektomie) wird nur in sehr seltenen Fällen eine Bestrahlung empfohlen. Abhängig vom Lymphknotenbefall werden auch Teile der Lymphbahnen z.B. in den Achselhöhlen bestrahlt. Eine Strahlentherapie kann auch bei progredientem Brustkrebs mit Metastasen indiziert sein, sie soll dann die Ausbreitung der Tumorzellen verhindern. Die Strahlentherapie sollte zeitnah nach dem operativen Eingriff erfolgen. Es gilt zu beachten, dass die Wundheilung vor Bestrahlungsbeginn abgeschlossen sein muss. Das bedeutet in der Praxis, dass die Strahlentherapie in einem Zeitfenster zwischen drei und acht Wochen nach der Operation beginnen kann. Bei dieser Zeitplanung ist zu berücksichtigen, ob gegebenenfalls auch eine Chemotherapie durchgeführt werden muss. Dies hat aufgrund der Nebenwirkungen der Chemotherapie Auswirkungen auf den Beginn der Strahlentherapie. Es kann sich unter Umständen eine Verschiebung auf die Zeit nach der Chemotherapie ergeben. Die Dauer der Strahlentherapie und die Strahlendosis werden individuell festgelegt. Im Durchschnitt wird mit einer Behandlungsdauer von sechs Wochen gerechnet (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2021, S. 145 ff.)

3.3.4 Antihormontherapie

Eine Antihormontherapie bzw. endokrine Therapie wird bei Brustkrebs empfohlen, wenn diagnostiziert wurde, dass sich die Tumorzellen hormonabhängig entwickeln. Man spricht von einem „Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinom“. Die

Hormone Östrogen und Progesteron beeinflussen durch Rezeptoren an der Tumorzelle deren Entwicklung. Das Ziel einer Antihormontherapie ist es, das Wachstum der Tumorzelle zu verhindern. Dies erfolgt durch die Blockade der Rezeptoren. Durch die Antihormontherapie wird auch die körpereigene Hormonproduktion der Brustkrebspatientin beeinflusst. Abhängig vom prä- bzw. postmenopausalen Stadium der Patientin kann eine neoadjuvante oder eine adjuvante Antihormontherapie indiziert sein. Die Antihormone werden täglich in Tablettenform bzw. in einer Monatsspritze in einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren, je nach Risikoeinstufung, verabreicht. Das Rezidivrisiko bzw. das Fortschreiten der Tumorerkrankung (Metastasierung) soll mit einer Antihormontherapie gesenkt werden (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2018b). In der Antihormontherapie werden die Medikamente Tamoxifen (prä- und postmenopausal) und Fulvestrant (nur im fortgeschrittenen Stadium und Metastasierung) verabreicht (vgl. Heuveling, 2022). Dahingegen werden die Aromatasehemmer in der Antihormontherapie bei Brustkrebspatientinnen nur postmenopausal eingesetzt. Sie verhindern die Herstellung von Östrogen im Fett- und Muskelgewebe und werden nach einem operativen Eingriff zur adjuvanten Therapie empfohlen, um das Rezidivrisiko zu reduzieren.

3.4 Medizinischer Versorgungsverlauf und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Die Dauer des individuellen Krankheitsverlaufes einer Brustkrebspatientin und die damit eng verbundenen Auswirkungen auf die materielle Situation hängen von mehreren Faktoren ab, welche im Folgenden beschrieben werden. Diese Einflussgrößen sind bei der Erstdiagnose nicht absehbar und so kann es im Krankheitsverlauf zu individuellen Anpassungen kommen, welche wiederum Auswirkungen auf der wirtschaftlichen Ebene der Betroffenen zur Folge haben, da sie in Wechselwirkung zueinander stehen.

Zum einen ist der Krankheitsverlauf abhängig von den einzelnen Diagnoseverfahren, der Diagnose selbst, dem Stadium der Krebserkrankung, den empfohlenen Therapien und davon, ob diese neoadjuvant und/oder adjuvant durchgeführt werden. Die Terminplanung und Verfügbarkeit der medizinischen Angebote sind ebenfalls Einflussfaktoren. Zum anderen liegt ein weiterer Aspekt in der Verträglichkeit der Therapien für die Patientinnen. Eventuell treten Nebenwirkungen auf

(z.B. Übelkeit und/oder Wundheilungsstörungen), welche eine längere Rekonvaleszenz bis zum Fortsetzen der Therapien bedürfen. Nach Abschluss der Therapien wird zur Stabilisierung der Patientinnen meist eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitation empfohlen. Diese Stabilisierungsphase hängt von weiteren Nebenwirkungen, wie z.B. dem Status der Polyneuropathien, Fatigue, Krankheitsverarbeitung, ab. Die individuelle Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Brustkrebspatientinnen liegt in den geschilderten Beeinträchtigungen begründet.

4 Belastungen durch eine Krebserkrankung

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen möglichen Belastungen einer Krebserkrankung skizziert. Sie reichen von den physiologischen Belastungen, der tumorassoziierten Fatigue, den psychischen Belastungen, wie z.B. Ängsten, hin zu den sozialen Belastungen in Form von beruflichen Einschränkungen. Die Belastungen werden in diesem Kapitel ausführlich herausgearbeitet, damit nachvollziehbar ist, welchen zusätzlichen Herausforderungen die befragten Brustkrebspatientinnen ohnehin schon ausgesetzt sind. Diese sind gut untersucht und verdeutlichen, mit welcher Massivität eine Krebserkrankung in das Leben der Menschen hineinwirkt. Zu all diesen Schwierigkeiten kommt die materielle Unsicherheit, so dass die Patientinnen maximal gefordert sind.

4.1 Physiologische Belastungen

Durch die durchgeführten Therapien, wie Operation, Chemotherapie, Bestrahlung und Antihormontherapie, können unterschiedliche physiologische Nebenwirkungen auftreten. Um die Belastungssituation von Brustkrebspatient*innen zu verdeutlichen, wird im Folgenden, angelehnt an das S3-Leitlinienprogramm Onkologie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., 2020, S. 39 ff.), eine Übersicht skizziert und auf die wesentlichen Nebenwirkungen eingegangen.

4.1.1 Anämie, Nausea, Emesis und periphere Neuropathien

- Tumortherapie induzierte Anämie (Blutarmut)
- Medikamentös induzierte Nausea und Emesis (Übelkeit und Erbrechen)
- Strahlentherapie induzierte Nausea und Emesis
- Neutropenie, febrile Neutropenie, Infektionen
- Anämie
- Neurotoxizität (Schädigung des Nervensystems)

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (2022, S 1 f.) benennt weitere mögliche Nebenwirkungen wie

- Hautveränderungen
- Schleimhautentzündungen (Mukositis)
- Haarausfall
- Venenreizungen
- Hitzewallungen und Schweißausbrüche
- Entzündung und Infektionen
- Lymphödeme

Die verschiedenen therapieinduzierten Nebenwirkungen können einzeln oder in Kombination sowie in unterschiedlicher Intensität bei Brustkrebspatient*innen auftreten. Bei der durch die Tumortherapie induzierten Anämie handelt es sich um eine Reduzierung der Hämoglobinkonzentration im peripheren Blut. Die durch die Therapie induzierte Anämie ist gekennzeichnet durch klinische Symptome, z.B. Mattigkeit, Erschöpfungssyndrom, reduzierte kognitive Fähigkeiten und Konzentrationsvermögen, Schmerzwahrnehmungen im Kopfbereich, depressive Phasen, Kreislaufkollaps, Herzrasen (Tachykardie). Eine weitere Folge der Therapie kann die medikamentös und strahlentherapeutisch induzierte Übelkeit und das Erbrechen (Nausea und Emesis) sein. Sie können zu unterschiedlichen Zeitpunkten in und nach der Behandlung auftreten und sich in unterschiedlicher Intensität zeigen. Die Symptome werden anamnestisch in vier unterschiedliche Schweregrade eingestuft. Bei Bedarf werden weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen durchgeführt. Die prophylaktische Medikation hängt besonders von der Intensität

bzw. Dosis und Dauer der jeweiligen Tumortherapie ab (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2020, S. 39 ff.).

Eine weitere Beeinträchtigung durch die Neurotoxizität der Chemotherapeutika stellt die periphere Neuropathie dar. Kennzeichnend ist die in der Regel an Händen und Füßen auftretende Sensibilitätsstörung (Hypästhesien) mit Empfinden von Kribbeln und einem Taubheitsgefühl (Parästhesien) sowie einer Berührungsempfindlichkeit (Hyperästhesien). Diese Beeinträchtigungen werden durch neuropathisches Schmerzempfinden verstärkt (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2020, S. 236 ff.). Es wird davon ausgegangen, dass 30 bis 40 Prozent der Krebspatient*innen von der peripheren Neuropathie nach Chemotherapie betroffen sind. Dabei hat es Auswirkungen, welche Zytostatika verwendet werden, und in welcher Dosierung sie verabreicht werden (vgl. Jordan, Feyer, Höller, Link, Wörmann, Jahn, 2017, S. 2 f).

Um den neuropathischen Schmerzen entgegenzuwirken bzw. diese zu lindern, kann bereits während der Chemotherapie eine Medikamentengabe erfolgen. Grundsätzlich sind supportive Behandlungselemente wesentliche Instrumente einer Tumortherapie, welche die Beeinträchtigungen der Patient*innen mindern und die Lebensqualität während der Therapie verbessern können (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2020, S. 235).

4.1.2 Tumorassoziierte Fatigue

Fatigue wird als ein Erschöpfungssyndrom bezeichnet, welches während einer Krebserkrankung und den Therapien auftreten kann. Der Name entstammt dem Lateinischen (Fatigatio = Ermüdung). Fatigue ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Erschöpfung und Müdigkeit, welche sich nicht bzw. nur sehr marginal durch Erholungspausen kompensieren lässt. Das Erschöpfungssyndrom kann auf der körperlichen, geistigen und seelischen Ebene zum Ausdruck kommen. Durch diese Erscheinungskomplexität werden die Belastungen und Beeinträchtigungen als sehr massiv und mit immensen Auswirkungen auf den Alltag, die berufliche Tätigkeit und die Lebensqualität von Krebspatient*innen wahrgenommen. 60 bis 90 Prozent der Krebspatient*innen sind bereits in der Therapie von Fatigue betref-

fen und 20 bis 50 Prozent auch noch nach Abschluss der Behandlung (vgl. Deutsche Fatigue Gesellschaft, 2018, S.1).

Horneber und Kolleg*innen sprechen von einem „Teufelskreis aus abnehmender Leistungsfähigkeit, Vermeidung von Anstrengungen, Inaktivität, fehlender Regeneration, Hilflosigkeit und depressiver Stimmung“ (Horneber, Fischer, Dimeo, Ruffer und Weis, 2012, S. 161 ff.).

Die Ursachen für das Fatigue-Syndrom können multifaktoriell sein. Es kann z.B. durch die Krankheit an sich, Nebenwirkungen der unterschiedlichen Therapien, hormonelle Veränderungen, Schmerzempfinden und psychische Auswirkungen auftreten. Bei vierfünftel der Patienten klingt die Fatigue innerhalb eines Jahres nach Abschluss der Therapien ab. In einzelnen Fällen kann es zu einem chronischen Fatigue-Syndrom persistieren (vgl. Stiftung Deutsche Krebshilfe, 2021, S. 7 ff.). Horneber und Kolleginnen (2015, S. 32) berichten, dass trotz unterschiedlicher Diagnoseverfahren bei circa 33 Prozent der Betroffenen mit Brustkrebs auch noch ein Jahr nach Therapieende fatiguebezogene Beschwerden vorhanden sind.

4.1.3 Nebenwirkungen und Antihormontherapie

Das Beschwerdebild der Brustkrebspatientin während der Medikation mit dem Antiöstrogen Tamoxifen gleicht dem in den Wechseljahren. Es können leichte bis intensive Hitzewallungen und Schweißschübe auftreten. Das Schlafverhalten kann gestört sein, Unwohlsein, Konzentrationsschwierigkeiten, Veränderungen in der Stimmungslage bis hin zu depressiven Verstimmungen werden wahrgenommen. Zudem ist das Thromboserisiko erhöht (vgl. Heuveling, 2022). Bei Tamoxifeneinnahme steigt in einzelnen Fällen die Wahrscheinlichkeit an einem Endometriumkarzinom (Gebärmutterkrebs) zu erkranken um das doppelte bis vierfache Risiko (vgl. Tschuschke, 2020, S. 215).

Die Beschwerden bei der Einnahme von Aromatasehemmern gleichen denen einer Antiöstrogene-Medikation, wie oben beschrieben. Verstärkt werden Muskelschmerzen (Myalgien) und Gelenkschmerzen (Arthralgien) von den Brustkrebspatientinnen festgestellt. Je nach Therapieempfehlung werden die beiden Medikamente oftmals auch in Kombination verabreicht (vgl. Heuveling, 2022).

4.2 Psychische Belastungen

Die psychischen Belastungen von Krebspatient*innen beginnen mit dem ersten Verdachtsmoment und verfestigen sich bei der Diagnosestellung. Für die Betroffenen und ihre nahestehenden Personen im sozialen Umfeld wird diese Zeit als besonders belastend empfunden (vgl. Senf, 2009, S. 22).

4.2.1 Ausnahmezustand, Angst und psychische Belastungen

Mit der Diagnose Krebs wird die Patientin in der Regel unvorbereitet konfrontiert. Diese Situation wird oft als extreme Erschütterung, als ein extremer Einschnitt in das bisherige Leben beschrieben. Die Mitteilung „Sie sind an Krebs erkrankt“ dringt während des Diagnosegesprächs oftmals nicht zu den Patientinnen durch. Viele Patientinnen befinden sich in einem schockähnlichen Zustand. Das Gefühl, die Kontrolle über das Leben zu verlieren, kann traumatisch erlebt werden und unterschiedliche Ängste auslösen. Dieser „Einbruch“ erfolgt mit solch einer Dynamik, Lebenspläne werden in Frage gestellt, geglaubte Sicherheiten werden hinfällig und vieles mehr, dass dieses „Zuviel“ die Belastbarkeitsgrenzen der Patientinnen oftmals überschreitet. Je nach psychischer Stabilität und persönlichen Ressourcen der Patientinnen, wird unterschiedlich mit dieser Situation umgegangen (vgl. Schulz-Kindermann, 2021, S. 252 f.).

In einer prospektiven Studie mit Brustkrebspatientinnen, welche eine neoadjuvante Chemotherapie bekamen, festigen Tschuschke et al. (2018, S. 172) die Behauptung, dass die Krebsdiagnose oftmals als ein Schockerlebnis wahrgenommen wird und die Tatsache, dass der Tumor erst nach der Chemotherapie durch die Operation entfernt wird, die Patientinnen erheblich belastet. Chan, Guan, Taib, (2018, S. 406 ff.) berichten, dass in ihrer Untersuchung bei Diagnosestellung 34,1 Prozent der befragten Krebserkrankten Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen. Es zeigt sich in der Follow up Untersuchung, 4 Jahre nach Diagnosestellung, dass die Posttraumatische Belastungsstörung sich manifestiert. Eine frühzeitige Identifizierung dieser besonders belastenden Krebspatient*innen wird daher gefordert.

Die Diagnose Krebs ist meist mit einer Assoziation von Tod und Sterben verknüpft, welche Emotionen wie Angst und depressive Stimmungen bis hin zu Depressionen auslösen kann. Ein Grund liegt auch in der latenten Bedrohung, dass

auch nach den durchgeführten Therapien ein Rezidiv auftreten kann (vgl. Weis, 2022, S. 431). Hinzu kommt, dass nach Grigelat (2021, S. 11) mit der Diagnosestellung die Betroffenen den „Assoziationsraum rund um den Krebs“ betreten. Je nach biographischen Erlebnissen, z.B. Verlusterfahrungen durch Krebs in der Familie, werden die unterschiedlichsten Assoziationen gespeist.

Brandenburg und Kolleg*innen zeigen durch ihre Untersuchungen auf, dass Krebspatient*innen, durch psychische Langzeitfolgen wie depressiven Symptomen und Angstsymptomen von einer gepoolten Prävalenz von 21 Prozent betroffen sind (vgl. Brandenburg, Maass, Geerse, Stegmann, Handberg, 2019, S. 9).

Bei einer Doppelbelastung durch depressive Verstimmungen, Depression und Angstsymptomen wird laut Gold und Kolleg*innen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. In ihrer Untersuchung identifizierten sie 44,5 Prozent mit kombinierten Angst- und depressiven Symptomen. Die Forscher*innen empfehlen eine Abklärung dieser Systeme bereits vor einer Brustkrebsoperation (vgl. Gold, Dunn, Phönix, Paul, Hamolsky, 2016).

Diese Ausführungen bestätigte Rößler in ihrem Forschungsprojekt zur Progredienzangst⁴, Lebensqualität, Depressivität und Ängstlichkeit bei Patientinnen mit frühem Mammakarzinom. In ihren Untersuchungsergebnissen zeigt sich, dass 22,1 Prozent der Patientinnen von Progredienzangst betroffen waren. Diese Patientinnen weisen auch eine höhere Ängstlichkeit und Depressionsrate auf. In Korrelation zu diesen erhöhten psychischen Belastungen wurden verstärkt physische Belastungen, wie z.B. ein gestörtes Schlafverhalten und erhöhtes Schmerzempfinden, wahrgenommen. Auch hier erfolgt der Verweis, dass diese Beeinträchtigungen negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Brustkrebspatientinnen zur Folge haben. Rößler macht in ihrer Untersuchung darauf aufmerksam, dass insbesondere jüngere Frauen und Mütter unter Progredienzangst leiden und es unerheblich ist, an welchem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes die Patientin sich befindet (vgl. Rößler, 2019). Herschbach und Dinkel unterstreichen in Bezug auf die Progredienzangst die oftmals enorme Unsicherheit mit einer Krebserkrankung zu leben. Keine Gewissheit zu haben, z.B. wie schlagen die Therapien an, wie entwickelt sich der Krankheitsverlauf, befindet sich die Krebserkrankung im

⁴ Progredienzangst: Angst vor dem Fortschreiten einer bestehenden körperlichen Erkrankung gehört zu den stärksten und häufigsten psychischen Belastungen chronisch Kranker, international: „Fear of Recurrence“ (Dinkel, 2013, S. 8).

Progress sowie viele weitere Unbekannte belasten und beängstigen viele Patient*innen. Diese Unsicherheiten und Ungewissheiten haben Auswirkungen auf die Lebensgestaltung, auf die zukünftigen Lebensentwürfe und auf die Lebenszeit, auch dann, wenn rein medizinisch eine positive Prognose vorliegt (vgl. Herschbach und Dinkel, 2015, S. 60-62).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die psychischen Belastungen im Rahmen einer Krebserkrankung sehr hoch sind, bis hin zu anhaltenden Langzeitbelastungen. Vor diesem Hintergrund ist während des Versorgungsverlaufes, frühzeitig darauf zu achten, ob eine psychoonkologische bzw. psychosoziale Begleitung indiziert ist.

4.2.2 Kognitive Beeinträchtigungen und Konzentrationsschwäche

Die kognitiven Störungen und die mangelnde Konzentrationsfähigkeit von Krebspatienten wurden lange als Folge der Chemotherapie („Chemobrain“) angesehen. Forschungsergebnisse von Hermelink und Kollegen legen nahe, dass es sich bei den kognitiven Beeinträchtigungen und Konzentrationsschwächen der Brustkrebspatientinnen um Auswirkungen einer posttraumatischen Stressbelastung handelt. Die Krebserkrankung und ihre psychosozialen Auswirkungen lösen enormen Stress bei den Krebspatientinnen aus, welcher auch das Gehirn beeinflusst und somit die kognitiven Störungen und reduzierte Konzentrationsfähigkeit zur Folge haben können. Diese Forschungsergebnisse verdeutlichen, welchem psychosozialen Stress eine Brustkrebspatientin ausgesetzt ist (vgl. Hermelin, Bühner, Sckopke, Neufeld, 2017, S. 1-15).

4.2.3 Beeinträchtigungen von Körperbild und Sexualität

Die Therapien der Brustkrebserkrankung bzw. deren Nebenwirkungen können das Körperbild der Frauen erheblich beeinträchtigen. Eine Nebenwirkung der Chemotherapie kann z.B. der Haarausfall sein, in unterschiedlichen Ausprägungen/Stadien, bis hin zum kompletten Haarausfall. Je nach kulturellem Kontext stellt das Haar ein Sinnbild für Sexualität und Weiblichkeit dar. Ebenso die Brust, die ein weiteres Symbol von Weiblichkeit verkörpert. Frauen erleben ihre Brust-

krebserkrankung daher oftmals als einen extremen Eingriff in ihre Weiblichkeit, mit Auswirkungen auf ihr bisheriges Körperbild, wie z.B. Verlust von Attraktivität sowie Gewichtsveränderungen. Hinzu kommt, dass die Chemotherapie eine verminderte Lust auf Sexualität zur Folge haben kann, welche zusätzlich das Körperbild und die Psyche der Patient*innen beeinträchtigt und Auswirkungen auf die Partnerschaft mit sich bringen kann (vgl. Angenendt et al., 2007, S. 87 ff.).

Tschuschke hält fest, dass jüngere Brustkrebspatientinnen eine höhere Vulnerabilität als ältere Brustkrebspatientinnen aufweisen. Die Themen der Familienplanung, sexuelle Beeinträchtigungen, die Frage warum ein solcher Schicksalsschlag sie in so jungen Jahren trifft, wie es nach den Behandlungen weiter geht und vieles mehr belasten die Patientinnen (vgl. Tschuschke (2020, S. 203).

4.3 Soziale Belastungen

Die erlebten Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Teilhabe während einer Krebserkrankung sind signifikant. Durch die Diagnosestellung Krebs werden nach und nach im Krankheitsverlauf alle Lebensbereiche berührt. Das bisherige Leben ist erschüttert und kann nicht mehr wie bisher weitergelebt werden. Der Einschnitt geht tief, sodass sich die Ziele, Werte und Prioritäten der erkrankten Person verändern können bzw. müssen und dass ihre bisherigen Lebensgewohnheiten und Lebenspläne auf dem Prüfstand stehen.

Die verschiedenen Lebensbereiche werden in unterschiedlichem Maße und Umfang berührt. In Wechselwirkung mit der psychischen Situation stehen die im Folgenden beschriebenen Veränderungen der sozialen Teilhabe.

4.3.1 Neue Rollen

Die bisherigen sozialen Rollen in den sozialen Systemen der Brustkrebspatientinnen verändern sich durch eine Tumorerkrankung. War man vor der Diagnosestellung ein gesunder Mensch, ist man plötzlich ein kranker Mensch und bekommt die Rolle einer Patientin zugeschrieben. Dieser Rollenwechsel kann durch eine lebensbedrohliche Erkrankung wie Krebs besonders bedeutsam sein. Ab diesem Zeitpunkt findet man sich plötzlich in einem Medizinsystem bzw. Gesundheitssystem wieder, in dem eine besondere Fachsprache benutzt wird, die den meisten

Patientinnen bisher nicht geläufig war. In diesem System besitzen die Ärztinnen und Ärzte die „Deutungshoheit“ über die Krankheit der Patientinnen. Hinzu kommt eine gewisse abhängige Bindung von der Ärztin, dem Arzt und dem Pflegepersonal. Vor diesem Erfahrungshintergrund muss die Patientin weitreichende Entscheidungen z.B. über Therapien treffen, oftmals noch im Zustand des „Nicht-fassen-Könnens“ (vgl. Schulz-Kindermann, 2021, S. 252 f.). Erschwerend kommt in dieser neuen Situation nach Grigelat hinzu, dass die Behandlung hauptsächlich in speziellen Behandlungszentren durchgeführt wird, welche sich in großen Gebäuden befinden und eine gewisse Anonymität ausstrahlen (vgl. Grigelat, 2021, S. 16). Das Gefühl von Hilflosigkeit kann in dieser besonderen Phase auftreten. Ein weiterer sozialer Bereich, der durch die Brustkrebsdiagnose beeinflusst werden kann, ist die Familie. So kann es für die betroffene Frau durch die Diagnose von einer Mutterrolle, der Helfenden, der Organisatorin, „der immer Verfügbaren“ durch die diversen psychosozialen Belastungen nun die neue Rolle der Hilfesuchenden ergeben. Der bisherige Alltag und Haushalt müssen neu durchdacht und umorganisiert werden. Aufgaben müssen neu verteilt werden, was Auswirkungen wie z.B. zusätzliche Belastungen für die anderen Familienmitglieder zur Folge haben kann.

Diese plötzlichen Veränderungen können Folgen für das gesamte Familiensystem mit seinem komplexen Beziehungsgeflecht haben. Ferner ist die Kommunikation in Bezug auf die Brustkrebserkrankung innerhalb der Familie und des Freundeskreises oftmals eine Herausforderung und es stellt sich die Frage wie die Patientin damit umgehen möchte? (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst, 2022).

4.3.2 Partnerschaft

Die Partnerschaft wird durch die Brustkrebsdiagnose in besonderer Weise gefordert. Nach Zimmermann (2008, S. 13 ff.) werden die Partner durch die Diagnose ebenfalls erschüttert und können in unterschiedlicher Intensität eine „Stressantwort“ erfahren. Sie können ebenso wie die Betroffenen Gefühle, wie z.B. Hilflosigkeit, Ängste und Unsicherheit, erleben. Die Partner sind in solch einer besonderen Situation in doppelter Weise gefordert. Zum einen möchten sie die Partnerin unterstützen, stabilisieren, zum anderen sind sie selbst in ihrem Erleben erschüttert

worden. In dieser Ausnahmesituation kann Sensibilität im Umgang miteinander, Verständnis und eine achtsame, offene Kommunikation hilfreich und unterstützend sein. Des Weiteren kann die aktive soziale Teilhabe im Freizeitbereich, beim Hobby, beim Sport, im Ehrenamt und vieles mehr zusätzlich beeinträchtigt sein und damit einhergehen, dass sich Kontakte und die damit verbundenen Gespräche und der Austausch reduzieren.

4.3.3 Sozialer Rückzug

Von einem weiteren Phänomen berichtet die Deutsche Krebshilfe (2022b), welches sich bei Krebspatientinnen, z.B. während den Therapiephasen, einstellen kann, dem Phänomen des sozialen Rückzuges. Diese Zeit während des Krankheitsverlaufes ist geprägt von unterschiedlichen Emotionen, wie z.B. Ängsten, traurigen und depressiven Phasen, Ohnmachtsgefühlen, das Gefühl keine Hoffnung zu haben, Minderung des Selbstwertes, quälenden Schicksalsfragen in Bezug auf die Erkrankung, Irritationen und Unsicherheiten, die über das körperliche Integritätsempfinden ausgelöst werden (vgl. Weyland, 2013, S. 27). Durch das Erleben dieser unterschiedlichen Emotionen, Erschöpfung durch den chirurgischen Eingriff und die Therapien hat die Patientin ein erhöhtes Ruhebedürfnis. Als Konsequenz und zum Selbstschutz kann eine solche Situation zu einem sozialen Rückzug führen (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2022b).

4.3.4 Beruf

Eine weitere Veränderung erfolgt durch die Krebserkrankung in der Berufsrolle. War die Patientin bis zur Diagnosestellung berufstätig, gelangt sie während des weiteren Krankheitsverlaufes und abhängig von den durchgeführten Therapien, in der Regel in den Status der Arbeitsunfähigkeit. Ihre berufliche Rolle, ihre berufliche Identität kann ins Wanken geraten, verbunden mit den finanziellen Einbußen. Aus dem beruflichen System mit seinen sozialen Kontakten und Strukturen wird die Patientin unerwartet herausgerissen und tritt in das Gesundheitssystem ein. In dieser neuen Situation ist die Patientin auf verschiedene Leistungserbringer wie Gesetzliche Krankenkasse und Deutsche Rentenversicherung angewiesen. Administrative Anforderungen steigen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit, z.B. die lü-

ckenlose Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Anträge müssen gestellt werden und vieles mehr.

Die Folgen der Brustkrebserkrankung für die langfristige Berufstätigkeit sind zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit noch nicht abzusehen. Es ist ungewiss, wie lange die Krankheitsphase noch dauern wird und wie das sozialmedizinische Leistungsvermögen der Patientin nach den Therapien eingestuft wird und auch wie sie selbst ihre Situation wahrnimmt. Kann sie die bisherige berufliche Tätigkeit wieder bzw. eingeschränkt ausüben oder ist dies nicht mehr möglich. Dann wäre über eine berufliche Rehabilitation (gemäß § 33 SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nachzudenken bzw. über eine Erwerbsminderungsrente. Somit ist ein weiterer wesentlicher Lebensbereich der Brustkrebspatientin betroffen, mit teils noch unbekannter sozialmedizinischer Prognose für die Rückkehr in den Beruf. Die Deutsche Rentenversicherung (2021, S. 52) führt in ihrem Reha-Bericht auf, dass nur 61 Prozent der sozialversicherungspflichtigen onkologischen Rehabilitand*innen im 2-Jahres-Verlauf nach einer onkologischen Rehabilitation berufstätig sind. Hiervon ist nur ein Viertel der onkologischen Rehabilitanden ohne Unterbrechung berufstätig. Die im Vergleich zu anderen Indikationsgruppen geringere Beschäftigungsquote sieht die Deutsche Rentenversicherung in der besonderen Krankheitsentwicklung und der höheren Mortalität von acht Prozent der onkologischen Rehabilitand*innen begründet. Die sozialen Belastungen während und nach einer Brustkrebserkrankung im beruflichen Kontext wurden von Ernstmann, Kowalski, Heidkamp, Hiltrop und Breidenbach (2021, S. 9) in der B-Care-Studie beleuchtet. Die Forschungsgruppe interviewte berufstätige Brustkrebspatientinnen zum Thema Wiedereinstieg in den Beruf. Die Ergebnisse der Befragung weisen darauf hin, dass vor der Brustkrebserkrankung die sozialen Lebensbereiche wie Familie, Beruf, Freizeitgestaltung und Haushalt wesentlich waren. Die Brustkrebserkrankung eröffnete einen neuen, zusätzlichen Lebensbereich für die Frauen, welcher auch noch viele Jahre nach der Diagnosestellung von besonderer Bedeutung für sie ist. Im Alltag kann es durch die Erweiterung der Lebensbereiche durch die Brustkrebserkrankung zu Kollisionen kommen. Um allen Anforderungen der einzelnen Lebensbereiche gerecht zu werden, sehen sich die Brustkrebspatientinnen gezwungen, zu priorisieren. In der Untersuchung wird deutlich, dass die Frauen oftmals im beruflichen Bereich zurücktreten, z.B. durch Stundenreduzierung

oder eine Erwerbsminderungsrente um ausreichend Ressourcen zugunsten der anderen Lebensbereiche zur Verfügung zu haben (vgl. Ernstmann et al., 2021, S. 9).

Durch die längere Zeit der Arbeitsunfähigkeit und die geschilderten Einschnitte in den verschiedenen Lebensbereichen, insbesondere im beruflichen Kontext, ist der Blick auf die wirtschaftliche Sicherung von großer Bedeutung. Die aufgezeichneten vielfältigen Veränderungen der sozialen Teilhabe können in Interdependenz zu den psychischen und physiologischen Belastungen einer Brustkrebserkrankung stehen. Die geschilderten psychischen und sozialen Beeinträchtigungen beeinflussen die Alltagsgestaltung der Krebspatientinnen und fordern ein Umdenken bezüglich der bisherigen Lebensplanung. Die damit verbundenen Ängste können die Lebensqualität beeinträchtigen und bedingen oftmals eine Validierung des bisherigen Lebens. Als eine weitere mögliche Beeinträchtigung wird die mit Krebs oftmals verbundene Stigmatisierung der Betroffenen angesehen (vgl. Rösler und Schulte, 2018, S. 82).

Resümierend ist festzuhalten, dass die psychischen und sozialen Belastungen einer Krebserkrankung sehr umfassend und massiv sind. Die Krebspatientinnen sind mit der Bewältigung der diversen psychosozialen Beeinträchtigungen umfassend beschäftigt und aufs Äußerste gefordert. Stellt sich zu dieser bereits sehr angespannten Lage noch eine Situation von materieller Unsicherheit ein, ist oftmals die Belastungsgrenze überschritten.

5 Stand der Forschung

Die vorliegende Forschungsarbeit steht im Kontext von verschiedenen Institutionen und Leistungsträgern im Krankheitsverlauf. Während der Behandlung befindet sich die berufstätige Brustkrebsspatientin meist im Status der Arbeitsunfähigkeit und bezieht Entgeltersatzleistungen. Es sind somit verschiedene Themenkomplexe im Versorgungsprozess betroffen, welche nicht trennscharf zu differenzieren sind. So wirkt die Ökonomisierung im Gesundheitswesen ebenso in diesen Untersuchungskontext hinein, wie die im Versorgungsverlauf beteiligten Akteur*innen aus den unterschiedlichen Professionen und Tätigkeitsfeldern, mit ihren jeweiligen „Erfüllungsaufträgen“. Ebenso spielt die Kommunikation der Institutionen mit den

Betroffenen sowie die individuelle Wahrnehmung bzw. das Erleben der Krebspatientinnen eine wesentliche Rolle.

Vor diesem Hintergrund werden thematisch einschlägige Studien zu

- der wirtschaftlichen Situation von Krebspatientinnen während des Bezugs von Entgeltersatzleistungen,
- den Auswirkungen auf die Lebensqualität,
- die Korrelation der wirtschaftlichen Situation und physiologische Belastungen sowie den Auswirkungen auf die Angehörigen in Form von eigenen Arbeitsunfähigkeitszeiten

vorgelegt. Ergänzend werden die Erhebungen des Bundesversicherungsamtes⁵ über die Sozialadministration der Institutionen dargestellt.

5.1 Wirtschaftliche Situation im Krankheitsverlauf

Die finanziellen Auswirkungen einer Krebserkrankung fanden lange Zeit wenig Aufmerksamkeit. Erst in den letzten Jahren ist dieses Thema in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen gerückt. In diesem Kontext befragten Seifart, Bohnenkamp, Jackisch (2016, S. 145 ff.) 171 Krebspatient*innen, die einen Beratungstermin der Hessischen Krebsgesellschaft wahrnahmen, mittels Fragebogen. Es zeigte sich, dass z.B. Patient*innen, die über 40 Jahre alt sind und ihre Tätigkeit als mittelschwer oder schwer beschrieben, besonders gefährdet sind, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit kann auch eine Verminderung der Arbeitszeit zur Folge haben. 36 Prozent der befragten Krebspatient*innen berichteten, dass sie den zeitlichen Umfang ihrer Tätigkeit reduzierten. Dies erfolgt in der Regel aufgrund einer persönlichen Entscheidung der Betroffenen. Daher müssen die daraus resultierenden finanziellen Verluste von den Krebspatient*innen selbst getragen werden. Sie erhalten keinen Ausgleich durch das Sozialversicherungssystem. Auch ein Arbeitsplatzverlust oder der Bezug einer Erwerbsminderungsrente haben eine Verringerung des Einkommens zur Folge. Die damit verbundenen sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen stellen eine

⁵ Bundesversicherungsamt: Im Jahr 2020 erfolgte eine Umbenennung in das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Im folgenden Text wird daher das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) aufgeführt.

massive Beeinträchtigung der Lebensqualität von Tumorpatient*innen dar (vgl. Seifart et al., 2016a, S. 145 ff.).

Ähnliches resümiert die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie – DGHO e. V., (DGHO), 2019, S. 77) in ihrer gesundheitspolitischen Schriftenreihe. Sie skizziert ebenfalls beträchtliche finanzielle Belastungen für Krebspatient*innen in den Bereichen der Zuzahlungen, Selbstzahlung von rezeptfreien Medikamenten und den administrativen Aufwendungen, wie z.B. Antragsstellungen, Dokumentationen und vieles mehr. Die DGHO hält fest, dass keine systematischen Erhebungen in Deutschland vorliegen.

5.2 Wirtschaftliche Auswirkungen und Lebensqualität

Ein weiteres Forschungsprojekt über die finanziellen Auswirkungen einer Krebserkrankung und den daraus resultierenden psychosozialen Belastungen begleiteten Richter, Schumann, Roick und Fink (2018) von der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, das von der Deutschen Krebshilfe gefördert wurde. Es handelte sich hierbei um eine qualitative Studie aus Patient*innensicht. Die Interviewten sahen sich aufgrund ihres geringeren Einkommens in der Krankheitsphase gezwungen, Einsparmaßnahmen in der Haushaltsführung und Freizeitgestaltung vorzunehmen. Die Lebensqualität wurde dadurch erheblich gemindert. Eine weitere Belastung stellt das Warten auf die Entgeltersatzleistungen dar. Dieses Vorgehen wurde als eine unflexible gesetzliche Regelung wahrgenommen. Die höchsten finanziellen Belastungen im Rahmen einer Krebserkrankung ergeben sich laut dieser Studie während der Primärbehandlung im Krankengeldbezug, bei Beendigung des Krankengeldes und bei den behandlungsbedingten Kosten, z.B. für Medikamentenzuzahlung und Fahrtkosten. Diese Ergebnisse stellen einen weiteren Anhaltspunkt für die finanziellen Belastungen und daraus resultierenden Exklusionsrisiken während einer Krebserkrankung dar (vgl. Richter et al., 2018).

Im Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg (NCT) wurde eine Pilotstudie zur wirtschaftlichen Situation von Krebspatient*innen durchgeführt, welche zu ähnlichen Ergebnissen kommt. Begleitet wurde das Projekt von Gesundheitsökonom*innen der Universität Bielefeld. Es wurden 247 onkologische Patient*innen zu ihren wirtschaftlichen Verhältnissen und ihrem Erleben aus Patient*innensicht befragt. 81 Prozent der Befragten geben an, dass sie erhöhte Aus-

lagen für Medikamentenzuzahlungen und Fahrtkosten haben. Bei einem Großteil der onkologischen Patient*innen liegt dieser Ausgabenteil unter 200 Euro pro Monat. Ein geringeres Einkommen aufgrund von Arbeitszeitreduzierung, Krankengeldbezug oder eines Rentenbezuges geben 37 Prozent der Befragten an. Bei einem Drittel macht dieser Einkommensverlust zwischen 501 und 1200 Euro im Monat aus. Bei einem Viertel der Befragten liegt der Einkommensverlust bei über 1200 Euro monatlich. Eine lineare Mehrfachregression belegt, dass hohe Einkommensverluste bzw. der höhere Kostenaufwand (Zuzahlungen etc.) im Verhältnis zum Gesamthaushaltseinkommen eine wesentliche Einflussgröße auf eine schlechtere Lebensqualität und einen erhöhten Distress bedeuten (vgl. Mehlis, Walther, Witte, Surmann, Winkler, 2018, S. 59).

Es wird deutlich, dass die Einkommenseinschnitte durch eine Krebserkrankung oftmals sehr hoch sind. Vor dem Hintergrund der Belastungssituation sehen Mehlis und Kolleg*innen die Notwendigkeit für weitere Unterstützungsangebote für Krebspatient*innen. Bei ihrer Untersuchung von internationalen und nationalen Studien stießen sie auf den Begriff der „finanziellen Toxizität“. Dieser Begriff verdeutlicht die Vehemenz dieser intensiven, finanziellen Belastungssituation. Er steht für die Gesamtheit der objektiven und subjektiven finanziellen Herausforderungen, denen Krebspatient*innen ausgesetzt sind (vgl. Mehlis, Surmann und Winkler, 2020, S. 425).

Eine prospektive Mixed-Method-Studie unterstreicht diese Ergebnisse. Es wurden 447 Krebspatient*innen auf positive und negative Ereignisse in ihrem Leben nach ihrer Krebsdiagnose untersucht. Hierbei zeigte sich, dass 32 Prozent der Befragten, circa ein Drittel, ihre finanzielle Situation als negativ erlebten. Die besonderen finanziellen Belastungen sahen die Befragten im Bereich der Zuzahlungen, im Verlust des Arbeitsplatzes als Betroffene oder der Partner*in, Rentenbezug des Partners, bzw. der Partnerin sowie ihre eigene niedrige Erwerbsminderungsrente (vgl. Singer, Claus, Briest, Stolzenburg, 2018, S. 411).

Diese Erkenntnisse stehen im Einklang mit den obigen Ergebnissen von Richter et al. (2018) und Mehlis et al. (2018). Die Aussagen werden zudem von den aktuellen Studienergebnissen von Hernandez und Schlander (2021, S. 3726 ff.) des Deutschen Krebsforschungsinstitutes bestätigt. Sie untersuchten die finanziellen Verluste während einer Krebserkrankung in Deutschland auf Datenbasis des So-

zio-ökonomischen Panels (SOEP). Somit konnten sie Daten von 30.000 Bürger*innen in 15.000 Haushalten nutzen, die jährlich in Deutschland erhoben und vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) aufgearbeitet werden und weltweit Wissenschaftler*innen zur Verfügung stehen. In ihrer Untersuchung gelang es ihnen erstmalig, die Auswirkung einer Krebserkrankung unabhängig von weiteren Parametern, wie z.B. dem Alter oder der beruflichen Tätigkeit, zu untersuchen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Krebspatient*innen im Jahr ab Diagnosestellung im Durchschnitt Einkommensverluste von 26 bis 28 Prozent hinnehmen müssen. Die Studie zeigt zusätzlich auf, dass es ihnen in den folgenden vier Jahren zumeist nicht gelingt, wieder auf ihr Einkommensniveau vor der Erkrankung zurückzukehren. Die mit dem Einkommensverlust einhergehenden Einschränkungen untersuchte Dietsche in einem Forschungsprojekt. Es wurden 322 Krebspatient*innen befragt. Es kristallisiert sich heraus, dass sich die Einschränkungen insbesondere in den Bereichen Freizeit, Unterhaltung und Kultur um 30 Prozent, im Bereich Anschaffungen (z.B. PC, TV-Gerät) mit 22 Prozent und im Bereich Bekleidung um 30 Prozent erhöhen. Um 20 Prozent Einschränkungen folgt der Bereich der Versicherungen und Vorsorgeleistungen. Bei Nahrung wurden Einschränkungen von 19 Prozent festgestellt. Es gilt festzuhalten, dass es sich bei den Bereichen Ernährung und Bekleidung um Grundbedürfnisse handelt und diese massiven Beeinträchtigungen eine existenzielle Bedrohung darstellen (vgl. Dietsche, 2018, S. 20).

5.3 Materielle Unsicherheit und die Gefahr der Überschuldung

Aufgrund der beschriebenen angespannten wirtschaftlichen Situation besteht die Gefahr einer Überschuldung in der Arbeitsunfähigkeitsphase während einer Krebsbehandlung. Dies folgt, z.B. aufgrund gesundheitlicher Leistungseinschränkungen und die daraus folgende Notwendigkeit, entweder die Arbeitszeit zu reduzieren oder eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2017) „Lebenslagen in Deutschland“ verweist auf die schwerwiegenden Folgen einer Überschuldung. Als Gründe für eine Überschuldung wurden für Menschen über 35 Jahren, neben dem Bereich der Arbeitslosigkeit, besonders auch der Aspekt der Krankheit angesehen. Eine Überschuldung kann zu Armut, sozialer Exklusion und zu Beeinträchtigungen der Ge-

sundheit und der Psyche sowie ökonomischen Druck führen. Es wird daher empfohlen eine Überschuldungssituation zu verhindern bzw. Unterstützung und Möglichkeiten der Schuldenreduzierung anzubieten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017, S. 491 ff.). Der Überschuldungsreport 2021 bestätigt ebenfalls, dass „externe Ereignisse“ wie Krankheit mit 11,22 Prozent, Arbeitslosigkeit bzw. reduzierter Arbeit mit 22,77 Prozent und Scheidung/Trennung mit 9,74 Prozent, somit insgesamt 43,73 Prozent, die größten Auslöser für eine Überschuldung darstellen. Mit einem 10-Prozentanteil zählt Krankheit zu den „Big Six“, den sechs bedeutendsten Auslösern für eine Überschuldung. Sind keine finanziellen Reserven vorhanden, sind die Betroffenen oftmals nicht in der Lage diese finanzielle Situation selbstständig zu lösen (vgl. Institut für Finanzdienstleistungen e. V., 2021, S. 5 f.).

5.4 Korrelation von wirtschaftlicher Unsicherheit und körperlichen Schmerzen

Die im Folgenden dargestellte Studie beleuchtet den Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Situation und möglichen physiologischen Auswirkungen. Die Untersuchungsergebnisse von Chou und Kollegen von der Universität in Virginia deuten auf eine Korrelation zwischen einer unsicheren wirtschaftlichen Situation und körperlichen Schmerzen hin. „The link between economic insecurity and physical pain emerged when people experienced the insecurity personally (unemployment), when they were in an insecure context (they were informed that their state had a relatively high level of unemployment), and when they contemplated past and future economic insecurity“ (Chou, Parmar und Galinsky, 2016, S. 443). Das Erleben von Kontrollverlust über die wirtschaftliche Situation steht in Kausalität zu den physischen Schmerzen. Diese Folgen auf der physiologischen Ebene, aufgrund der wirtschaftlichen Unsicherheit, können insbesondere für Krebspatient*innen eine weitere massive Belastung darstellen. Zu einer ähnlichen Einschätzung kommen Lathan und Kollegen in ihrer Untersuchung. Die Auswirkungen einer angespannten wirtschaftlichen Situation auf die Lebensqualität von Krebspatient*innen wurden in einer weiteren US-amerikanischen Studie untersucht. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Situation, der Lebensqualität und der Symptomlast von Patient*innen mit Lungen-

oder Darmkrebs vier Monate nach und dann noch einmal zwölf Monate nach Diagnosestellung. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen eine Verbindung zwischen einer angespannten wirtschaftlichen Situation, einer geringeren Lebensqualität und einer erhöhten Symptomlast auf (vgl. Lathan, Cronin, Tucker-Seeley, Zafar, Ayanian, Schrag, 2016, S. 1732 ff.). Ergänzend kamen Hartung und Johansen (2017, S. 318 ff.) zu dem Ergebnis, dass für Menschen aus prekären Lebenssituationen ein höheres Risiko besteht, eine Krebserkrankung zu erleiden und an ihr zu sterben, als für Menschen mit einem höheren sozio-ökonomischen Status. All dies zeigt, dass man sowohl davon sprechen kann, dass Krankheit arm macht, als auch davon, dass Armut krank macht.

5.5 Auswirkungen auf die Angehörigen in Form von eigenen Arbeitsunfähigkeitszeiten

Ergänzend zu den bisher angeführten Studien erweitert eine Untersuchung von Seifart, ebenfalls 2016 veröffentlicht, den Blick auf die Angehörigen von Krebspatient*innen und die Auswirkungen auf das Familiensystem. Seifart und Kollegen führten in hessischen Beratungsstellen der Krebsgesellschaft konsekutive Befragungen, mittels Fragebogen, mit Angehörigen durch. Von den 27 befragten Angehörigen gaben ein Drittel an, dass sie von den finanziellen Auswirkungen betroffen sind. Anzumerken ist, dass 22 der befragten Angehörigen Frauen waren. 33 Prozent der Befragten reduzierten zu ihren Lasten die Arbeitszeit und somit ihr Einkommen. Die Belastungen der Angehörigen kamen in der langen eigenen Arbeitsunfähigkeitszeit zum Ausdruck. So waren die Angehörigen von Krebspatient*innen aufgrund der komplexen Belastungssituation im Mittel 6,4 Monate arbeitsunfähig (vgl. Seifart, Bohnenkamp, Jackisch, 2016b). In der langen Arbeitsunfähigkeitszeit beziehen die Angehörigen, wie die bzw. der Erkrankte, Krankengeld. Somit kommt es zu massiven Einkommenseinbußen, welche das ganze Familiensystem belasten. Vor diesem Hintergrund scheint es umso bedeutsamer, dass die Entgeltersatzleistungen durch die Leistungsträger korrekt und pünktlich ausgezahlt werden.

5.6 Ökonomisierung im Gesundheitswesen

Ein weiterer Gesichtspunkt im Bereich der wirtschaftlichen Sicherung betrifft die Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Manzei, Schnabel und Schmiede (2014, S. 17 ff.) resümieren, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen auch negative Folgen für Patient*innen mit sich bringt. Eine solche Konsequenz sehen sie in der Separierung und der „Verschiebung“ von Patient*innen zu anderen Sozialversicherungsträgern.

Bei Krebspatient*innen kommt es zu kostenintensiven Behandlungen und zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, welche einen langen Krankgeldbezug zur Folge haben. Diese Krankengeldzahlungen stellen einen hohen Kostenfaktor für die Krankenkassen dar (vgl. Sozialverband Deutschland e. V., 2019). Vor diesem Hintergrund trat im Jahr 2015 das Versorgungsstärkungsgesetz in Kraft. Die Versicherten einer Gesetzlichen Krankenkasse haben seither einen rechtlichen Anspruch auf das Krankengeldfallmanagement, welches als Steuerungsinstrument dient. Dieses, seitens der Gesetzlichen Krankenkasse als unterstützende Maßnahme implementiert, sollte eine beratende, individuelle Unterstützung zur beruflichen Wiedereingliederung darstellen. Zur Durchführung des Krankengeldfallmanagements und der dafür notwendigen Datenerhebung und Datennutzung ist im Vorfeld die schriftliche Information (§ 44 Abs. 4 S. 2 SGB V) und Einverständniserklärung der bzw. des Versicherten einzuholen. Die Versicherten haben jederzeit die Möglichkeit ihre Einverständniserklärungen schriftlich zu widerrufen (§ 44 Abs. 4 S. 3 SGB V). Im Rahmen des Krankengeldfallmanagements konnten die Patient*innenorganisationen feststellen, dass Krankenversicherte sich oftmals durch die Anrufe von Mitarbeiter*innen ihrer Krankenkasse bedrängt fühlen, besonders psychisch kranke Menschen berichteten davon (vgl. Iges, 2017, S. 77 f.).

Bei Betroffenen entsteht der Eindruck, dass sie aus der Gesetzlichen Krankenkasse gedrängt werden sollen. Der Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen (2019) bestätigt dieses Vorgehen der Gesetzlichen Krankenkassen. Er berichtet von Telefonaten, in denen sie insbesondere längerfristig krankgeschriebene Versicherte dazu drängen, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation oder einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Die Erkrankten fühlen sich von ihrer Gesetzlichen Krankenkasse, welche gemäß § 1 SGB V die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu

erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, massiv unter Druck gesetzt. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) bestätigt dieses Vorgehen von verschiedenen Gesetzlichen Krankenkassen in ihrem Monitor-Bericht Patientenberatung 2022. Es sei auffällig, dass einige Gesetzliche Krankenkassen bei diesem Vorgehen die Versicherten aufforderten, frühzeitig einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen und ihnen mündlich mitteilen, dass sie das Krankengeld ansonsten einstellen würden, ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Die Patient*innen fühlten sich in dieser Situation maßlos überfordert, unter Druck gesetzt, respektlos behandelt und im Stich gelassen. Seitens der Gesetzlichen Krankenkassen spürten sie kein Verständnis für ihre Situation (vgl. Unabhängige Patientenberatung Deutschland, 2022, S. 55 ff.).

Durch diese „Verschiebung“ in die medizinische Rehabilitation kommt ein anderer Leistungsträger, in diesem Fall die Deutsche Rentenversicherung, in die Pflicht der Entgeltersatzzahlung. Die Gesetzliche Krankenkasse kann die Zahlung des Krankengeldes einstellen. Eine weitere „Verschiebung“ zu einem anderen Sozialversicherungsträger streben die Gesetzlichen Krankenkassen an, wenn sie die längerfristig Erkrankten auffordern ihr Arbeitsverhältnis zu kündigen. Dann kommt ein weiterer Sozialversicherungsträger, in Form der Agentur für Arbeit, in die Leistungspflicht. Auch in diesen Fällen kann die Gesetzliche Krankenkasse die Zahlung von Krankengeld einstellen. Diese „Strategie der Verschiebung“, verbunden mit materieller Unsicherheit und finanziellen Einbußen führen in der angespannten und oftmals ungewissen gesundheitlichen Situation zu zusätzlichen psychosozialen Belastungen. Die Ergebnisse der Deutschen Rentenversicherung unterstreichen diese erhöhten Belastungen. Sie beziffert in ihrem Reha-Bericht 2018 die Leistungen der Klinischen Psychologie und der Neuropsychologie, die angesichts der erhöhten psychischen Belastungen von erwerbsfähigen, onkologischen Rehabilitand*innen in Anspruch genommen wurden, auf 93 Prozent. Diese Angaben sind ein weiteres Indiz für eine erhöhte psychische Belastung und Vulnerabilität von onkologischen Rehabilitand*innen (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2018, S. 83). Die Erhebung ist in den einzelnen Belastungsbereichen noch nicht vollständig differenziert. Es ist jedoch anzunehmen, dass ein großer Teil der Belastungen auf die wirtschaftliche Situation zurückzuführen ist. Um zukünftig die finan-

zielle Belastungssituation von Krebspatient*innen zu erheben, wurde das Projekt „Finanzielle Auswirkungen einer Tumorerkrankung (kurz FIAT) durch die Deutsche Krebshilfe, in Kooperation mit dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) der Universität Heidelberg und dem Institut für Soziologie der TU Dresden initiiert. Ziel des Projektes ist es, ein Messinstrument für die wirtschaftliche Belastungssituation zu entwickeln und in einer bizenrischen Untersuchung zu validieren. Die Laufzeit des Projektes ist von 2021-2023 angesetzt (vgl. Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg, 2021).

Aufgrund der verschiedenen Studienergebnissen lässt sich zusammenfassen, dass die Auswirkungen der materiellen Unsicherheit für Krebspatient*innen mehrdimensional sind und sowohl jeden persönlichen Lebensbereich betreffen als auch die Angehörigen belasten können.

Die Ausübung der beruflichen Tätigkeit, oftmals mit einer geringeren Leistungsfähigkeit und damit notwendiger Arbeitszeitreduzierung verknüpft, sowie gegebenenfalls der Bezug einer Erwerbsminderungsrente, kann zu erheblichen Einkommenseinbußen führen. Die Korrelation der wirtschaftlichen Unsicherheit und das Erleben von physiologischen Schmerzen verdient eine besondere Aufmerksamkeit, da die Möglichkeit besteht, dass es hier zu Wechselwirkungen kommt, welche wiederum die Leistungsfähigkeit, die Notwendigkeit der Arbeitszeitreduzierung und somit die wirtschaftliche Sicherung beeinflusst. Es wird deutlich, dass Brustkrebspatientinnen vielfältigen Belastungen in den unterschiedlichsten Kontexten während ihrer Krankheitsphase ausgesetzt sind. Eine weitere Belastung, neben der Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, sind Veränderungen in den sozialen Rollen, gegebenenfalls sozialer Rückzug, das psychische Erleben von Ängsten und Depressionen, und den gleichzeitig auftretenden administrativen Herausforderungen auf eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität ist in der eingeschränkten soziale Teilhabe für Betroffene zu sehen. Die Literatur skizziert eindrücklich die Folgen einer Krebserkrankung in Bezug auf die psychosozialen Belastungen und die oft schwierige wirtschaftliche Situation mit ihren Auswirkungen auf die Lebensqualität von Krebspatient*innen. Auch gibt es eine Vielzahl von Veröffentlichungen zu den Veränderungen durch die Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Im Gegensatz dazu findet die Dimension des Erlebens von materieller Unsicherheit im Krankheitsverlauf und die Interaktion zwischen den onkologischen

Patient*innen und den Institutionen sowie die daraus resultierende Relevanz dieser Ergebnisse für die Soziale Arbeit bisher noch keine nennenswerte Berücksichtigung.

Fokus des Forschungsprojektes

Um diese Forschungslücke zu schließen, stehen die zuletzt aufgeführten Dimensionen im Zentrum des Forschungsprojektes. Im Unterschied zu den statistischen Erhebungen zur Einkommensbemessung, welche ein Indiz für die finanzielle Lage der Krebspatient*innen darstellen, erscheint es erforderlich, die Erlebensebene „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“ näher zu untersuchen. Die Lebenssituationen der Brustkrebspatientinnen sind individuell, dies soll hier ihren Ausdruck finden. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen zum besseren Verständnis der zusätzlichen psychosozialen Belastungen und Auswirkungen beitragen, die durch die materielle Unsicherheit und durch die Interaktion der Betroffenen mit den Institutionen entstehen. Dabei bezieht sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf das nationale Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland, da die soziale Absicherung längerer Arbeitsunfähigkeit international sehr unterschiedlich umgesetzt wird.

6 Theoretischer Hintergrund und Rahmung

In diesem Kapitel werden die theoretischen Bezüge zu den beschriebenen Themenbereichen des Forschungsprojektes herausgearbeitet. Mit Blick auf Brustkrebspatientinnen wird der Krankheitsverlauf mit seiner besonderen Verlaufsdynamik aus soziologischer Perspektive beleuchtet, ebenso wie der Umgang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. In diesem Rahmen werden besonders die Konzepte von Anselm Strauss und seinen Kolleg*innen hervorgehoben. Ein weiterer Fokus wird auf die Patienten*innenrolle und ihre Auswirkungen sowie dem Total Pain Modell gerichtet. Im Umgang mit Institutionen erscheint das Thema Macht von besonderer Bedeutung, da die Zuständigkeit der wirtschaftlichen Sicherung und somit der sozialen Teilhabe in den Händen von Institutionen liegt. Durch eine angespannte wirtschaftliche Lebenssituation können zusätzliche psychosoziale Belastungen während der Krankheitsphase hervorgerufen werden. Daher werden

ebenfalls die Entgeltersatzleistungen und das Fallmanagement der Gesetzlichen Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit im Folgenden dargestellt.

6.1 Soziologie von Gesundheit und Krankheit

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit vorgestellt sowie die Entwicklung zum Modell der Salutogenese erläutert. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in den Auswirkungen auf den Versorgungsprozess sowie die Mitwirkung unterschiedlicher Professionen im Versorgungsverlauf von Krebspatient*innen.

6.1.1 Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit

In den letzten Jahren haben sich verschiedene Modelle von Krankheit und Gesundheit, je nach Profession, entwickelt. Da die Arbeit im weiteren Verlauf mögliche unterstützende sozialarbeiterische Interventionen und Angebote herausarbeiten wird, fällt im sozialrechtlichen Kontext der Blick zunächst auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG). Hier wurde folgende Definition festgelegt: Krankheit „ist ein regelwidriger, Körper- oder Geisteszustand; sie wird, [...] zum Versicherungsfall als Rechtsgrund für Ansprüche aus der Krankenversicherung, wenn sie Krankenhilfe (Krankenpflege oder Krankengeld) erfordert und als Voraussetzung dafür entweder ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei notwendig oder den Versicherten arbeitsunfähig macht oder beide Zustände zugleich verursacht“ (BSG, 16.05.1972, 9 RV 556/7, S. 9). Aus medizinischer Sicht ist nach wie vor das biomedizinische Krankheitsmodell führend. Dieses Modell sieht z.B. die Modifikation in der Genetik, virale und bakterielle Ursachen sowie chemische oder physikalische Einflüsse als Ursache für eine Erkrankung an. Als Kritik an diesem biomedizinischen Krankheitsmodell wird die Eindimensionalität im Hinblick auf die fast ausschließlichen biologischen Ursachen geäußert. Auch bei chronischen Erkrankungen, wie einer Brustkrebserkrankung, hat der biomedizinische Ansatz nicht alle Krankheitsursachen erfassen können. Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der Fokussierung auf das Individuum, welche den Blick auf die Verursachung einer Erkrankung außerhalb des Individuums verstellt. Der Krankheitsverlauf wird nicht nur biologisch bestimmt, sondern auch durch psychosoziale Faktoren beeinflusst.

Die Fähigkeit der Medizin scheint daher begrenzt. Ein weiterer Einwand zum biomedizinischen Modell besteht in der hierarchischen Zementierung der Ärzteschaft im Gesundheitssystem (vgl. Trabert und Waller, 2013, S. 15 ff.).

Das psychosomatische Krankheitsmodell stellt ein weiteres Erklärungsmodell für Krankheit dar. Das Modell beleuchtet die seelischen Einflüsse auf die physiologische Erkrankung eines Menschen. Es bestehen unterschiedliche Annahmen (z.B. der psychoanalytische Ansatz) wie das Seelische auf die physiologische Ebene transformiert. An dem psychosomatischen Krankheitsmodell wird gleichsam wie am biomedizinischen Modell bemängelt, dass das Modell ebenfalls nur das Individuum fokussiert, und die sozialen Belange in den Hintergrund treten und lediglich kurativ agiert wird (vgl. Trabert u. Waller, 2013, S. 19).

Ein Krankheitsmodell, welches gesellschaftliche Faktoren mitberücksichtigt, ist das sozioökonomische Modell. Krankheit wird in diesem Modell als Skizzierung der gesellschaftlichen Konstellation, wie z.B. der bestehenden gesellschaftlichen Machtverhältnisse, angesehen. Onkologische Erkrankungen werden in diesem Modell insbesondere auf Umwelteinflüsse und soziale Ungleichheit zurückgeführt. Das Modell sieht unter anderem die Arbeiterschaft in ihren Wohnvierteln den gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen eher ausgesetzt als die Mittelschicht. Dabei hat das Modell den Blick hinsichtlich sozialer und gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Krankheit erweitert, es wird jedoch aufgrund des Ausschlusses anderer Faktoren kritisiert. Eine multifaktorielle Berücksichtigung von Krankheitsursachen bringt das Risikofaktoren-Modell zum Ausdruck. Hier finden Faktoren zur Krankheitsentstehung unterschiedlicher Genese (medizinisch, psychologisch, soziologisch) in einer bestimmten Rangfolge Beachtung. In diesem Modell zählen z.B. Stress, Persönlichkeitseigenschaften sowie Umweltbedingungen zu den Gefährdungspotentialen für die Entwicklung einer Erkrankung. Ein Kritikpunkt an diesem Modell wird hingegen z.B. in der Begriffsbestimmung der Gefährdungsfaktoren gesehen sowie in der Annahme, dass der Mensch kein aktives Wesen sei. Badura entwarf ein sozialepidemiologisches Modell unter Einbeziehung von weiteren bezugswissenschaftlichen Modellen. In seinem Modell werden z.B. soziale Faktoren wie Schichtzugehörigkeit, Lebens- und Arbeitsumstände, genetische Einflüsse und vieles mehr integriert (vgl. Trabert et al., 2013, S. 15 ff.).

Durch die Schilderung der unterschiedlichen Krankheitsmodelle wird ersichtlich, dass die Ursachen von Krankheit sich nicht nur auf medizinische Aspekte beschränken lassen, sondern ein ganzheitlicher Ansatz mit gesellschaftlichen und sozialen Dimensionen einzubeziehen ist. Im Rückblick forderten insbesondere Virchow und Grotjahn bereits im 19. Jahrhundert die Berücksichtigung einer sozialen Dimension, über die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin mit ihrem bio-medizinischen Krankheitsmodell, hinaus. Ihr Ansatz der „sozialen Medizin“ fand zur damaligen Zeit nur wenig Unterstützung. Die Medizin vertiefte und festigte zunehmend den naturwissenschaftlichen Ansatz im Hinblick auf die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit (vgl. Richter 2016, S. 7 f.). Immer wieder gab es Stimmen sich vom „biomedizinischen Reduktionismus“ bzw. vom „epistemischen Käfig des „Biomedizinismus“ (Miles, 2009, S. 941 ff.) zu lösen und sich einer „Medizin des ganzen Menschen“ zuzuwenden.

Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit ermöglicht eine Erweiterung der rein biomedizinisch ausgerichteten Betrachtungsweise. Mit der Ergänzung um die soziale Dimension finden auch die sozialen Prozesse, die sozialen Erfahrungen und ihre (biografische) Bedeutung in Bezug auf Gesundheit bzw. Krankheit ihre Berücksichtigung (vgl. Richter 2016, S. 4 f.).

Die soziologische Perspektive ermöglicht nach White (2016, S. 4 f.) einen Fokus auf die soziale Entstehung und Verteilung von Gesundheit und Krankheit. Insbesondere eröffnet sie einen Blick auf die individuelle Wahrnehmung von Krankheit, Behandlung und die damit einhergehenden Erfahrungen. Zusätzlich wird der Aspekt der Krankheitsentwicklung durch die gesellschaftliche Ebene bzw. deren soziale Konstruktion erweitert. Diese Perspektive unterstreicht, dass vielen Krankheiten soziale Ursachen zu Grunde liegen.

Diese unterschiedlichen Perspektiven ermöglichen in Bezug auf die Erkrankung Brustkrebs sowie auf die sozialen Wechselwirkungen ebenfalls einen differenzierteren Blick auf das vorliegende Forschungsprojekt.

6.1.2 Modell der Salutogenese

Ein anerkanntes Modell, das die Perspektive der Konzentration auf die Pathogenese (altgriechisch: pathos = Leiden/Krankheit, genese = Entstehung) verlässt, ist das Modell der Salutogenese (abgeleitet von lateinisch salus = Gesundheit, Wohl-

befinden', und altgriechisch *genese* = Entstehung) von Aaron Antonovsky (1923-1994). Das Modell berücksichtigt viele der im Vorfeld geforderten Aspekte. Faltermaier (2017, S. 60 ff.) beschreibt Antonovskys Annahmen, dass das Menschsein mit Risiken, Kranksein, Höhen und Tiefen sowie Sterben verbunden ist. Er wendet sich von der dichotomen Annahme Gesundheit versus Krankheit ab und sieht den Menschen als Wesen, welches sich zwischen diesen beiden Polen auf einem „multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ bewegt. Mal mehr, mal weniger in eine bestimmte Richtung. Im Gegensatz zur Homöostase erkennt Antonovsky die Heterostase als Maxime des Menschseins an. Der menschliche Körper hat die Tendenz zur Entropie (Unordnung) und daher ist das besondere Augenmerk auf die Aufrechterhaltung des Körpersystems zu setzen. Ein wesentlicher Punkt des salutogenetischen Ansatzes ist es, herauszuarbeiten was Menschen gesund erhält. Besondere Aufmerksamkeit ist hier auf Faktoren zu lenken, welche den Menschen unterstützen, näher an die Position der Gesundheit zu gelangen. Hierbei handelt es sich oftmals nicht nur um einen Faktor, sondern um unterschiedliche Aspekte. Die Salutogenese beleuchtet den „abweichenden Fall“ (vgl. Antonovsky, 1997, S. 25 -29). Eine Fragestellung könnte sein: „Was hat ihn geschützt?“ „Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?“ (Antonovsky, 1997, S. 30).

Als wesentlich stellt sich hierbei die Frage, wie Menschen mit Stressoren umgehen und wie sie die Stressbewältigung umsetzen. Je nach Umgang mit der belastenden Situation bewegt sich der Mensch in dem Gesundheits- und Krankheits-Kontinuum in die entsprechende Richtung und die psychische und physische Anspannung passt sich danach an. Die Stressoren werden in diesem Modell in psychosoziale (z.B. besonders beschwerliche Lebensereignisse), physikalische und biochemische Stressoren unterteilt. Antonovsky hat zu diesen Stressoren eine natürliche Haltung und sieht sie immanent zum Leben dazugehörend. „Widerstandsressourcen“ hingegen unterscheidet er in Form von genetischen, konstitutionellen und psychosozialen Ressourcen. Je nach Ausstattung mit diesen Ressourcen, die Antonovsky in biografischen und gesellschaftlichen Erfahrungen begründet sieht, macht der Mensch Erfahrungen, welche sich für ihn als konsistent

darstellen und den Aspekt der Teilhabe im sozialen und gesellschaftlichen Bereich sichern (vgl. Faltermaier, 2017, S. 77 ff.).

Dies führt zum Kernelement der Salutogenese, dem Kohärenzgefühl „Sense of Coherence“. Dem Kohärenzgefühl liegen drei wesentliche Komponenten zugrunde: Es beinhaltet zum Ersten ein Urvertrauen, dass das Leben einer „Verstehbarkeit“ folgt, Struktur besitzt und der Annahme, dass die Herausforderungen des Lebens in der Regel zu bewältigen sind. Ein Mensch mit einem hohen Kohärenzgefühl fühlt sich in der Lage zukünftige Ereignisse (Stimuli) zu erklären und kontextuell einzuordnen. Selbst außergewöhnliche Ereignisse wie z.B. Krieg und Tod sind für ihn nachvollziehbar und das Vertrauen „Die Dinge werden sich schon regeln“ wohnt ihm inne.

Als zweite Komponente wertet Antonovsky (1997, S. 35) die „Handhabbarkeit“. Dies ist die Gewissheit, dass man ausreichende Ressourcen besitzt, um die anstehenden Herausforderungen zu meistern. Der Mensch hat diese Ressourcen unter Kontrolle bzw. andere Vertrauenspersonen, wie z.B. Ehepartner*in, Arzt, Ärztin kontrollieren diese Ressourcen. Antonovsky geht davon aus, dass Menschen mit einem hohen Grad an „Handhabbarkeit“ in der aktiven Rolle bleiben und keine Opferhaltung einnehmen.

Die dritte Säule stellt die „Bedeutsamkeit“ dar. In dieser Komponente sieht Antonovsky die Motivation zur Handlungsfähigkeit begründet. Das Element der „Bedeutsamkeit“ beinhaltet einen emotionalen Sinn im eigenen Leben zu erkennen und dass es sich lohnt, die erforderlichen Kraftaufwendungen aufzubringen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 35 ff.).

Antonovsky stellt fest, dass Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl die Herausforderungen des Lebens besser meistern und die notwendigen Mittel hierfür aktivieren. Somit gleiten sie auf dem „multidimensionalen Gesundheits-Krankheit-Kontinuum“ verstärkt in Richtung Gesundheit (vgl. Faltermaier, 2017, S. 79 f.).

In Bezug auf das vorliegende Forschungsprojekt werden, angelehnt an Antonovsky, die Stressoren, wie das Erleben von materieller Unsicherheit, Belastung durch administrative Anforderungen etc., die Aktivierung bzw. Handhabbarkeit von Ressourcen sowie die Auswirkungen auf die betroffenen Frauen, beleuchtet.

6.1.3 Krankheitsverlauf aus soziologischer Perspektive

Ergänzend zu Modellen auf der Makroebene, wie das Modell der Salutogenese, wird in diesem Abschnitt der individuelle Krankheitsverlauf aus soziologischer Perspektive beleuchtet. Nittel und Seltrecht (2013, S. 5ff.) sehen den Prozess für einen an einer lebensbedrohlichen Krankheit Betroffenen mit mehreren Entwicklungsaufgaben verknüpft. Zum einen gilt es, die Krankheit in die eigene Biografie sinnvoll zu assimilieren, zum anderen erhalten die Erkrankten sehr viele Expert*inneninformationen. Bei diesen Informationen handelt es sich häufig um spezifisches Fachwissen und Fachtermini, welche zunächst verstanden werden wollen. Diese Darstellung trifft ebenso auf die befragten Interviewpartnerinnen zu, welche die einzelnen Schritte, wie z.B. Assimilation der Brustkrebserkrankung, in ihrer Biografie durchlaufen.

Keil verstärkt diesen Blick auf die Subjektivität und sieht einen Menschen, der eine schwere Erkrankung diagnostiziert bekommt, „nicht in einen „Besitzstand“, sondern eher in einem jener biographischen Notstände, deren Provokationspotential und subjektive Herausforderung nicht vorhersehbar sind. [...] Der Lehr- und Lernplan einer Lebenskrise entwickelt sich im konkreten Durchleben jener Krise, die durch den Ausnahmezustand ausgelöst wird, und folgt dabei einem weitgehend unbekanntem biographischen Curriculum, wie einer subjektiven Didaktik“ (Keil, 2013, S. 133). Krankheit besitzt laut Keil einen objektiven und einen subjektiven Teil. Als objektiver Teil gilt z.B. die Diagnose einer Tumorerkrankung, sie wird in das medizinische Kategoriensystem eingeordnet. Der objektive Teil einer Erkrankung begegnet dem Menschen als unverhofftes „Ereignis“ im individuellen Lebenslauf, mit dem es umzugehen gilt. Der Mensch wird durch dieses Ereignis zum Betroffenen. Zukünftig wird die Person entsprechend des Krankheitsverlaufes an den verschiedenen Orten im Gesundheitssystem zu finden sein, in denen Untersuchungen, Kontrollen und Therapien durchgeführt werden. Keil benennt den subjektiven Teil einer Erkrankung als „Erlebnis“, in dem der kranke Mensch in den Fokus tritt und nicht seine Erkrankung. Keil bezeichnet dies als „das biographische Geheimnis, das in jeder Krankheit steckt“. Wie ist das Erleben des erkrankten Menschen, z.B. in Bezug auf die Diagnosemitteilung, auf ihre bzw. seine Erkrankung und wie gestaltet sie oder er den Umgang mit der Krankheit auch in Kontakt mit den Mitmenschen? Keil ist davon überzeugt, dass die Biografie des Individu-

ums für das Erlebte sowie der Umgang mit dem belastenden Ereignis von wesentlicher Tragweite sind. Die bisher bekannte Ordnung des Lebens mit dem Grundgefühl von Gesundsein wird erschüttert. Keil sieht nicht nur, dass das einzelne Körperteil krank wurde, sondern der gesamte Mensch befindet sich in einer Krise. Oftmals treten Krankheiten zu besonderen Zeitpunkten, wie z.B. in besonderen biografischen Krisenzeiten auf. Keil erkennt daher in der Biografiearbeit mit dem erkrankten Menschen eine Möglichkeit, das Generelle einer Erkrankung im spezifischen, individuellen Prozess beim Erkrankten zu erkennen und im Umgang mit der Erkrankung, für den Prozess des Lernens zu nutzen (vgl. Keil, 2013, S. 133 ff.).

Der Ansatz von Keil wurde für die theoretische Rahmung des Forschungsprojektes ausgewählt, da er sehr nah an die Ergebnisse der Untersuchung von Brustkrebspatientinnen anknüpft und einen realistischen Bezug widerspiegelt. Sei es in Form von Erleben, Umgang, biografischer Einbettung und Bewältigung der Brustkrebserkrankung sowie den damit verbundenen psychosozialen Herausforderungen.

6.1.4 Umgang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung

In diesem Forschungsprojekt werden Patientinnen untersucht, welche sich mit einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung wie Brustkrebs konfrontiert sehen. Um eine theoretische Einbettung für dieses besonders sensible Thema zu erhalten, wird das Konzept der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss herangezogen. Die geleistete Bewältigungsarbeit von den Betroffenen kann mit dem Konzept der Salutogenese verknüpft werden.

6.1.5 Konzept der Krankheitsverlaufskurve

Corbin und Strauss setzen mit ihrem interaktionstheoretischen Konzept der Krankheitsverlaufskurve (Illness Trajectory) einen Schwerpunkt auf die Möglichkeiten der Bewältigung von chronischen Erkrankungen. Das Konzept wirft einen soziologischen Blick auf die Bewältigungsarbeit der Betroffenen im Rahmen einer chronischen Erkrankung, dabei wird der aktive Teil, den Personen im Umgang mit der Erkrankung einnehmen, beleuchtet. Corbin und Strauss (1998, S. 3) sehen die

Auswirkungen der Erkrankung und der Therapien nicht ausschließlich im physiologischen Bereich. Sie sehen sie zusätzlich im Bereich der persönlichen Identität sowie im Umgang mit den Alltagsaufgaben der Betroffenen. Daher sprechen Corbin und Stauss von drei wesentlichen Aufgaben im Umgang mit einer chronischen Erkrankung: der Krankheitsbewältigung, der Alltagsarbeit und der Biografiearbeit. Unter Biografiearbeit verstehen Corbin und Strauss die biografische Zeit (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), die Selbstkonzeption im Hinblick auf die persönliche Identität und den Körper (biografische Körperkonzeption). In diesen drei Kontexten spielen die Interaktionen mit den Professionellen ebenso eine wesentliche Rolle wie die Erkrankten selbst und ihr soziales Umfeld (z.B. Partner), die von der Bewältigung der Krankheit berührt sind. In der Regel tragen die Menschen im sozialen Umfeld die durch die Erkrankung resultierenden Veränderungen (z.B. Versorgung) mit. Ihr Leben ist somit auch von den Auswirkungen betroffen. Die Krankheitsverlaufskurve ist mehr als der Hinweis auf die somatische Situation der Erkrankten. Sie beleuchtet auch die Folgen der Erkrankung und die damit verbundenen Veränderungen für die Patient*innen und ihr soziales Umfeld. Durch die Versorgung der erkrankten Menschen entstehen Arbeitsbeziehungen. In diesen Beziehungen entstehen Wechselwirkungen, welche sich auf die Aufgabe der Krankheitsbewältigung auswirken. Corbin und Strauss sprechen von „Arbeit“ als Bewältigung einer Krankheit. Im Weiteren haben sie verschiedene Phasen der Verlaufskurve identifizieren können, in denen unterschiedliche Arbeiten erforderlich sind: akute Phase, Phase der Normalisierung, stabile Phase, instabile Phase, Phase der Verschlechterung und die Sterbephase. Die einzelnen Phasen können sich teilweise auch überschneiden. Jede einzelne Phase ist durch bestimmte Eigenschaften, Entwicklungsverläufe, Beziehungen im Arbeitskontext sowie Folgen auf das soziale Umfeld und die eigene Identität des erkrankten Menschen gekennzeichnet (vgl. Corbin, Strauss, 2004, S. 18 ff.).

Das ganzheitliche Konzept der Krankheitsverlaufskurve kann auch, wie sich anhand der Forschungsergebnisse zeigt, bei einer Brustkrebserkrankung angewandt werden. Die vorgestellten soziologischen Konzepte decken sich in der Annahme, dass wie im Fall einer Brustkrebserkrankung unterschiedliche biografische Entwicklungsaufgaben durchlaufen werden müssen bzw. „Arbeit“ als Bewältigungsaufgabe geleistet werden muss. Corbin und Strauss haben ergänzend zu Keil un-

terschiedliche Phasen einer chronischen Erkrankung herausgearbeitet. Bei Brustkrebs beginnt die Krankheitsverlaufskurve mit auftretenden Symptomen bzw. Diagnosestellung und anschließender Akutphase. Mögliche Phasen der diagnostischen Suche können die prädiagnostische Phase, die Mitteilung der Diagnose sowie die postdiagnostische Phase sein. Der weitere Verlauf ist von der Art der Krebserkrankung, den Therapien und weiteren Faktoren abhängig. Bei einer Remission kann eine stabile Phase folgen. Während einer Brustkrebserkrankung werden, wie von Corbin und Strauss beschrieben, auch die drei unterschiedlichen Arbeitslinien geleistet: die Krankheitsbewältigung, die Alltagsarbeit und die Biografiearbeit.

6.1.6 Patient*innenkarriere

Eng verknüpft mit der Krankheitsverlaufskurve ist die neue Rolle, in welche Patient*innen mit ihrer Diagnose eintreten. In der Verlaufskurve durchlebt sie oder er eine neue Statusrolle als Patient*in. In den fünfziger Jahren wurde der Begriff der „Krankenrolle“ geprägt. Parson spricht hierbei von einer „sozialen Nische“ in denen Patient*innen sich bewegen, in der sie wieder ihre Befähigung erlangen, um in ihre alte Rolle zurückkehren zu können (vgl. Gerhardt, 1986, S. 23).

In seinem Verständnis gesteht Parson Patient*innen aufgrund einer Krankheit ein deviantes Verhalten zu. Er gesteht ihnen das Recht zu, sich anders zu verhalten, als die gesellschaftlichen Erwartungen es vorgeben. Er geht soweit, dass er Patient*innen nicht in der Verantwortung für ihr deviantes Verhalten sieht, sondern sie für ihr Verhalten, im Kontext ihres Krankheitszustandes, in Schutz nimmt bzw. entschuldigt. Seine Annahme begründet Parson darin, dass Patient*innen ihre Erkrankung nicht alleine aus eigenen Kräften kurieren können und folglich ebenso ihre devianten Verhaltensweisen nicht modifizieren können. Durch die zunehmende individuelle Verantwortung, welche Patient*innen durch das Gesundheitssystem sowie der Korrelation von lebensstilbedingtem Verhalten und Gesundheit zugeschrieben bekommen, wird Kritik an Parsons Ansatz geübt (vgl. Borgetto, 2016, S. 369 f.).

Anfang der sechziger Jahre sprach man unter soziologischen Wissenschaftler*innen in den USA von einer „Karriere“. Goffman beschreibt den Karriereansatz wie folgt: „ The concept of career, then, allows one to move back and forth

between the personal and the public, between the self and its significant society, without having overly to rely for data upon what the person says he thinks he imagines himself to be“ (Goffman, 1959, S. 123).

Den Karrierebegriff sah Hughes (1958, S. 64) nicht als Alleinstellungsmerkmal im Berufskontext gegeben. Vielmehr sah er Überschneidungen in dem Karrierebegriff zum einen mit der Person verbunden und zum anderen mit den gesellschaftlichen Bereichen und Strukturen, in denen das Individuum eingebunden ist. Gerhardt (1986, S. 23 ff.) beschreibt die Entwicklung des Begriffs „Patientenkarriere“ eindrücklich und sieht in der Patient*innenkarriere „das Erleiden als Zerfall der unfragwürdigen sozialen Identität und Zukunftsorientierung, zum anderen wirkt das Handeln als sich gegen den Statusverlust stemmender Drang zur Wiederherstellung der gesellschaftlichen Verortung.“ In der Verlaufskurve können beide Erscheinungsformen des Erleidens und des Handelns je nach Situation auftreten. Schaeffer und Haslbeck (2016, S. 247) bemerken besonders in der Phase des Diagnoseschocks ein explizites Unterordnen des Menschen in die „traditionelle Patientenrolle“. Der Diagnoseschock lässt eine Phase des Ausgeliefertseins vermuten, in dem ein geräuschloses Einfügen in diese traditionelle Rolle nötig wird. In dieser Phase ist die Übernahme dieser Rolle eng verknüpft mit der Hoffnung, die Krankheit dadurch erfolgreicher zu bewältigen und sie übergeben daher die Verantwortung unreflektiert den Ärzt*innen.

In den letzten Jahren fand in Bezug auf die Krankenrolle und die Krankenkariere ein Paradigmenwechsel statt. Zunehmend wurde die Verantwortung für Gesundheit bzw. Krankheit auf das Individuum übertragen. Immer lauter und fordernder wird der Ruf aus dem Gesundheitssystem nach aktiver Beteiligung am Erhalt des Gesundheitszustandes durch den einzelnen Menschen. Gesundheit und Krankheit werden zunehmend individualisiert. Es wird die Absicht verfolgt, ein „evidenzbasiertes Krankheitsverhalten“ zu etablieren (vgl. Borgetto, 2016, S. 370 f.).

Eine ähnliche Einschätzung teilt Liel, die den Neoliberalismus in Verantwortung dafür sieht, dass in unserer Gesellschaft die Sorge für Gesundheit zunehmend auf das Individuum übertragen wird und somit insbesondere der (Verantwortungs-) Bereich von Gesundheit und Krankheit. Sie stellt fest, dass die Annahme Gesundheit sei ein gesellschaftspolitisches Thema und nicht auf das Individuum zu verla-

gern, aktuell keine Resonanz findet. Dieses Vorgehen hat Auswirkungen auf die Patient*innenrolle. Nach dem aktuellen Ansatz werden Patient*innen in eine aktive Rolle mit zunehmender Verantwortung gedrängt (vgl. Liel, 2019, S. 7).

Zu Bedenken ist bei diesem Vorgehen und der schleichenden Verantwortungsübertragung auf das Individuum, dass die sozialen, ökologischen, ökonomischen Aspekte, welche zur Krankheit führten, auch während des Behandlungsverlaufes, zunehmend außer Acht gelassen werden und die gesellschaftliche sowie sozialpolitische Verantwortung dadurch reduziert wird. Im Forschungsprojekt schildern die von Brustkrebs betroffenen Frauen, wie sie von einem Tag zum anderen gefordert sind, sich im Gesundheitssystem in ihrer Patientinnenrolle kompetent zu bewegen. Es wird von ihnen zusätzlich erwartet, dass sie sich trotz Therapien und Nebenwirkungen den administrativen sozialrechtlichen Angelegenheiten und Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz stellen müssen. Parsons Ansatz ist in den Hintergrund getreten und die Verantwortung wird vermehrt auf das Individuum übertragen.

6.1.7 Total Pain Modell

Das Total Pain Modell kann nicht der Soziologie zugerechnet werden, jedoch ist es aus Sicht der Autorin bedeutsam für die vorliegende Forschungsarbeit, da es verschiedene Dimensionen bezüglich Krankheit vereint und somit eine Ergänzung der soziologischen Konzepte darstellt. Vor diesem Hintergrund findet eine Erläuterung in diesem Kontext statt. Das Modell stellt eine Möglichkeit vor, wie Krebspatient*innen, hier Brustkrebspatient*innen, in einem früheren Krankheitsstadium – nicht erst in einer Palliativsituation, bedürfnisorientiert behandelt und begleitet werden können. Es eröffnet eine ganzheitliche Betrachtung und einen alle Seins-Ebenen umfassenden Umgang mit den Betroffenen im gesamten Versorgungsverlauf.

Saunders und Baines empfehlen, herauszuarbeiten, an welchem Entwicklungspunkt sich Patient*innen in ihrer aktuellen Situation befinden und sie dort abzuholen und „eine Allianz“ einzugehen (vgl. Saunders und Baines, 1991, S. 13 f.). Haben Patient*innen Vertrauen gefasst, besteht die Möglichkeit, dass sie über ihre Ängste und Trauer sprechen können. Dies kann Raum schaffen, über das Sterben, die Schmerzen sowie die Schmerzkontrolle zu sprechen. So be-

schreiben sie, im Vergleich zu einem Schmerz nach einem operativen Eingriff, den Schmerz durch eine Krebserkrankung als intensiver und allumfassender. Saunders und Baines sprechen hier vom „total pain“. Es handelt sich um einen allumfassenden Schmerz, der physische, emotionale, soziale, spirituelle und psychische Dimensionen umfasst, welche miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig bedingen. Eine wesentliche Einflussgröße in der Schmerzwahrnehmung stellt die Psyche der Krebspatient*innen dar. Nach Saunders und Baines (1991, S. 52) steht der Sterbeprozess in Verbindung mit intensiver psychischer Arbeit seitens der Sterbenden. Im Hinblick auf den „total pain Ansatz“ ist eine biomedizinische Begleitung der Sterbenden als nicht ausreichend anzusehen, um die verschiedenen Dimensionen des Schmerzes zu erfassen und zu lindern. Das verdeutlicht, dass ein ganzheitliches Konzept zur Sterbebegleitung unumgänglich ist. Dieser ganzheitliche Ansatz zeigt sich in der evidenzbasierten Empfehlung der erweiterten S3-Leitlinie aus dem Jahr 2021 für die Palliativstationen, welche z.B. angenehme wohnliche Raumkonzepte fordert, die an den Bedarfen der Patient*innen angepasst sind, wie Einzelzimmer, Schlafmöglichkeiten für Angehörige (Rooming-in), behagliche Räumlichkeiten zum Austausch. Der ganzheitliche Versorgungsansatz in den Palliativstationen ermöglicht es, die Patient*innen in ihrer physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension wahrzunehmen. Die medizinische und pflegerische Versorgung wird durch eine psychosoziale und spirituelle Begleitung ergänzt. Vor diesem Hintergrund arbeitet das Palliativteam interdisziplinär, z.B. Palliativmediziner*innen, Seelsorger*innen, Sozialarbeiter*innen, Psychoonkolog*innen, welche den ganzheitlichen Behandlungsansatz erfüllen. Die erweiterte „S3-Leitlinie Palliativmedizin“ für Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung fordert die lebensweltorientierten Bedürfnisse der Patient*innen und ihrer Angehörigen sowie den Patient*innenwillen in jeder Phase zu berücksichtigen. Hierbei spielt die Lebensqualität der Patient*innen eine wesentliche Rolle und ist handlungsleitend. In den Palliativstationen wird großer Wert darauf gelegt, dass die Patient*innen ihre Präferenzen kommunizieren und ihre individuellen Vorstellungen von Lebensqualität umsetzen können, um sich in der aktuellen Lebenssituation wohlfühlen zu können. Ein weiterer gravierender Unterschied in den Palliativstationen zu den übrigen Krankenhausstationen ist der hohe Stellenschlüssel. Hier werden pro aufgestellten Patient*innenbett 1,2 Stellen für

Pflegepersonal, 0,2 Vollzeit-Arztstellen sowie 0,2 Stellen für Therapeut*innen, wie z.B. Ergotherapie oder Sozialarbeiter*innen empfohlen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. et al., 2021, S. 35 ff.).

Ein erhöhter Stellenschlüssel und Zusatzqualifikationen ermöglichen eine intensivere und individuellere Betreuung und Begleitung mit einem ausreichenden Zeitrahmen für Patient*innen- und Angehörigengespräche. Als wegweisend für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen wurde eine Charta mit fünf Aufgabenkreisen entwickelt. In Deutschland übernahm 2008 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) sowie die Bundesärztekammer (BÄK) hierfür die Trägerschaft. Im Jahr 2010 wurde die Charta verabschiedet. Der Leitgedanke der Charta beinhaltet, dass jeder Mensch ein Recht auf ein Sterben unter würdigen und selbstbestimmten Bedingungen hat. Die Charta beinhaltet in diesem Kontext fünf wesentliche Bereiche, wie z.B. gesellschaftspolitische, ethische und rechtliche Themen, Bedürfnisorientierung sowie Aus- und Weiterbildung für die professionellen Kräfte. Ein zentraler Bereich für den ganzheitlichen Ansatz in der Palliativstation bildet in der Charta der Aspekt „Bedürfnisse der Betroffenen - Anforderungen an die Versorgungsstrukturen“ ab. Hier wird das Recht für schwerkranke und sterbende Menschen eingefordert, die vier Dimensionen der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Begleitung, in der Versorgung zu integrieren (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V., Bundesärztekammer, 2010, S. 6 ff.).

Hiervon ausgehend kann sich ein Diskurs für ganzheitliche Behandlungskonzepte im gesamten Versorgungsverlauf von krebskranken Menschen entwickeln. Vor dem Hintergrund dieser Untersuchung wurde in das unten abgebildete Total Pain Modell das Thema der wirtschaftlichen Sicherung in der sozialen Dimension eingebunden.

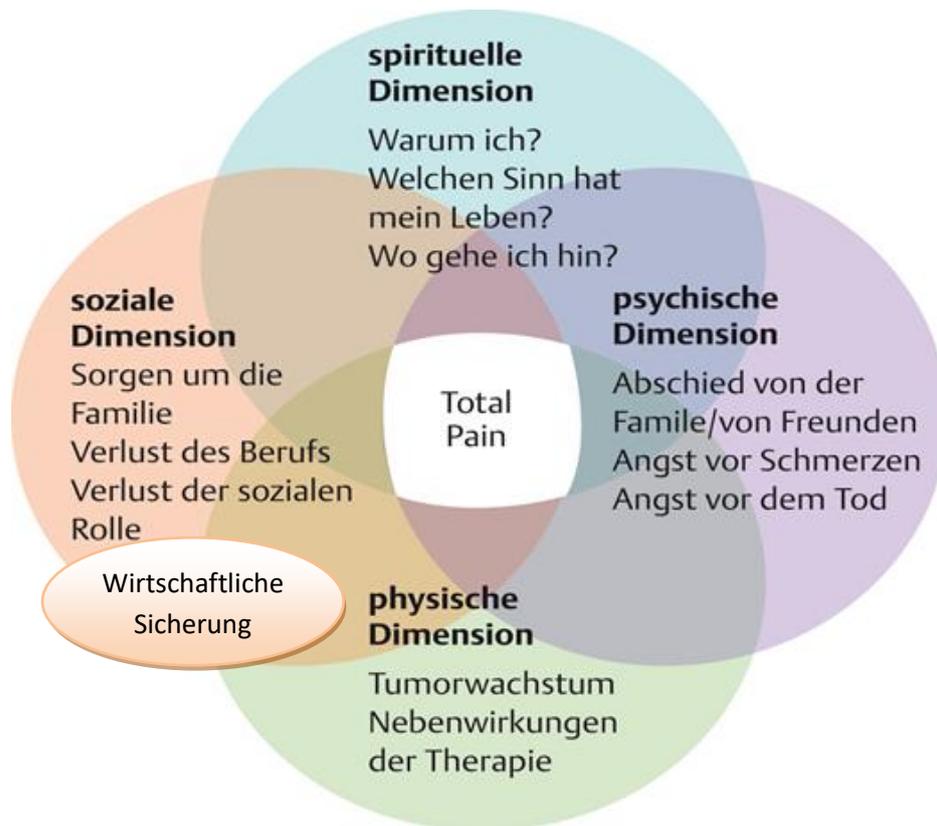


Abbildung 1: Total Pain Modell, angelehnt an Cicely Saunders, ergänzt um die wirtschaftliche Sicherung (I care Pflege. Thieme, 2015).

6.1.8 Aspekte der sozialen Gesundheit

Als grundlegende Aspekte für eine Theorie der sozialen Gesundheit sehen Paff und Kolleg*innen, „dass Gesundheit das Ergebnis individueller und kollektiver Ressourcenakkumulation und -krisen ist“ (Paff et al., 2011, S. 39). Die Autor*innen skizzieren in ihrem Entwurf verschiedene Hypothesen zur sozialen Gesundheit. Die für dieses Forschungsprojekt wesentlichen Aspekte werden im Folgenden aufgeführt.

Der Mensch wird als ein „bio-soziales Wesen“ angesehen. Herausgearbeitet wurde in dieser Arbeit die Wechselwirkung zwischen den Brustkrebspatientinnen und den sozialen Systemen, z.B. Gesetzliche Krankenkasse. Ausgehend von einem gegenseitigen ausgeglichenen Transfer von Ressourcen zwischen Individuum und Gesellschaft, von welchen beide profitieren. Krankheit hingegen wird als eine „Ressourcenkrise“ bezeichnet. Es wird zwischen verschiedenen Ressourcen diffe-

renziert: die „kulturelle, soziale, psychische, organismische und technische Ressourcen“ (Pfaff et al., 2011, S. 41). Als besonders bedeutsam werden für den Menschen die Ressourcen angesehen, welche von den sozialen Systemen zur Verfügung gestellt werden. Diese Ressourcen sozialer Natur dienen der Linderung sozialer Überforderung, der Problemlösung von bestimmten Lebenslagen und der elementaren Bedürfnisbefriedigung. Sie sehen die Gesundheit abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Fallen die Ressourcen unter eine bestimmte Grenze, entsteht eine „Ressourcenkrise“. In der Phase der „Ressourcenkrise“ ist der Mensch besonders belastet und somit anfällig für Krankheiten. Als „kritische Ressourcenschwellen“ werden Situationen bewertet, welche Menschen belasten und in denen sie mehr Ressourcen verbrauchen als ihnen zur Verfügung stehen, bzw. sie sich nicht ausreichend erholen können und in denen sie ihre Ressourcen nicht wieder nachfüllen können. Es wird zwischen einer subjektiven und objektiven Ressourcenkrise unterschieden. In einer subjektiven Ressourcenkrise werden in der persönlichen Wahrnehmung fehlende oder geringe Ressourcen festgestellt. In einer objektiven Ressourcenkrise werden hingegen de facto zu geringe Ressourcen verzeichnet (vgl. Pfaff et al., 2011, S. 39 ff.).

Ein fiktiver und/oder tatsächlicher Ressourcenverlust (Deprivation) stellt Stress für den Menschen dar (vgl. Hobfoll, 1989, S. 516).

Vor diesem Hintergrund strebt der Mensch eine Ressourcenakkumulation an. Hier ist er auf der Mikroebene gefordert, seine Ressourcen machtvoll zu verteidigen und einzufordern. Die bzw. der Einzelne wird zum „Ressourcenpolitiker“. Durch Zusammenschluss mit anderen Menschen oder Organisationen wird die Möglichkeit der Einflussnahme erhöht (vgl. Pfaff et al., 2011, S. 44).

Auf der Systemebene hingegen benötigen die einzelnen Sozialsysteme Ressourcen, um ihren Aufgaben und Anforderungen nachzukommen bzw. sich selbst als System am Leben zu erhalten. Das soziale System und der Mensch bedingen sich gegenseitig. Es wird vom „Prinzip der Reziprozität“ gesprochen. Das soziale System lebt durch die Produktivität und Leistungsfähigkeit und vieles mehr des Individuums. Somit stellt das Individuum eine Ressource für das soziale System dar und gleichzeitig ist das soziale System eine Ressource für den einzelnen Menschen. Ressourcen können in diesem Kontext z.B. das Gehalt, Schutz und vieles mehr darstellen. Eine weitere Funktion der Ressourcen besteht darin, dass die

Systeme ihren Mitgliedern eine entsprechende Leistung anbieten. Die Autoren gehen davon aus, dass sich durch die Leistungsfähigkeit eines Systems ein sogenannter „Ressourcenpool“ entwickelt. Dieser wird als Basis für ein höheres Maß an Gesundheit einer Gesellschaft bewertet. Hierbei spielt nicht nur die Quantität der Ressourcen eine wesentliche Rolle, sondern auch die Verteilung der Ressourcen auf die Einzelnen in dem sozialen System (vgl. Pfaff et al., 2011, S. 49 ff.).

Die Verfasser*innen sind davon überzeugt, dass der Austausch der Ressourcen die Gesundheit des Individuums beeinflusst, und sehen dies abhängig vom Wert und Ausgleich des Ressourcenaustausches. Eine Gesundheitsgefährdung besteht, wenn der Ressourcenaustausch auf einem geringen Niveau stattfindet und der Mensch dadurch in eine Ressourcenkrise gerät. Als Beispiel wird an dieser Stelle das Thema Armut benannt. In Bezug auf das vorliegende Forschungsprojekt spielt die qualitative Ressourcenkrise durch Deprivation eine wesentliche Rolle. Eine solche Krise liegt z.B. vor, wenn es nicht mehr möglich bzw. nur sehr beschwerlich ist Alltagsaufgaben auszuüben, das Erfüllen von grundlegenden Bedürfnissen nicht mehr möglich ist und vorhandene Ressourcen sich rasch verringern. Der Verlust bzw. das Schwinden insbesondere von materiellen Ressourcen wurde von den Befragten eindrücklich geschildert. In der Folge kann eine solche Situation Betroffene verunsichern, destabilisieren und das Gefühl von Kontrollverlust hervorrufen. Von einer quantitativen Ressourcenkrise wird gesprochen, wenn die Menge der Ressourcen nicht ausreicht. Hierbei wurden vier Ressourcenstufen entwickelt und mit ihnen vier „Ressourcenschwellen“. Es handelt sich um die „Überlebensschwelle“, die „Selbstversorgungschwelle“, die „Routineschwelle“ und die „Störungsschwelle“. Wird eine Schwelle unterschritten, kann dies zu unterschiedlichen Ressourcenkrisen führen, abhängig vom individuellen Ressourcenstatus der Betroffenen. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wird der Fokus auf die „Störungsschwelle“ gerichtet. Eine schwere Erkrankung, in diesem Falle eine Brustkrebserkrankung, stellt eine schwere Störung dar, mit der die „Störungsschwelle“ unterschritten wird. Betroffene sind oftmals nicht mehr in der Lage ihre bisher gewohnten alltäglichen Aufgaben zu erledigen. Kommt es in dieser angespannten Phase zu mehrfachen Störungen bzw. nehmen sie einen chronischen Charakter an, kann dies eine zusätzliche gesundheitliche Gefährdung zur Folge haben (vgl. Pfaff et al., 2011, S. 51 ff.).

Durch eine Brustkrebserkrankung und deren Behandlung, welche in der Regel mehrere Monate benötigt, sind die Betroffenen hohen Belastungen ausgeliefert und nehmen ihre Ressourcen auf den verschiedensten Ebenen in Anspruch. In der Folge kann es zu Ressourcenverlust kommen. Laut Hobfoll (1989, S. 516) bringt dieser Ressourcenverlust eine zusätzliche Stresssituation für Betroffene mit sich. Diese Einschätzung wird von den Befragten im Kapitel 8.4.3.2 „Massive Existenzangst“ mehrfach bestätigt.

Die vorgestellten Theorien werden im Folgenden in einer theoretischen Rahmung zusammengefasst und in folgender Abbildung veranschaulicht.



Abbildung 2: Theoretische Rahmung: „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“ (eigene Darstellung).

6.2 Wirtschaftliche Sicherung bei Neubildungen im Krankheitsverlauf

In Zeiten von Arbeitsunfähigkeit sind die bisher berufstätigen und sozialversicherten Erkrankten in Deutschland durch verschiedene Prozessbeteiligte bzw. Leistungsträger des Sozialversicherungssystems wirtschaftlich abgesichert. Mit der Bezugsdauer der Entgeltersatzleistungen nimmt, nach der Entgeltfortzahlung, die Höhe der finanziellen Leistung ab. Aufgrund der längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten haben Krebspatient*innen erhebliche finanzielle Einbußen. Um dies zu verdeutlichen, dient die nachfolgende Darstellung mit der Aufführung der einzelnen Entgeltersatzleistungen.

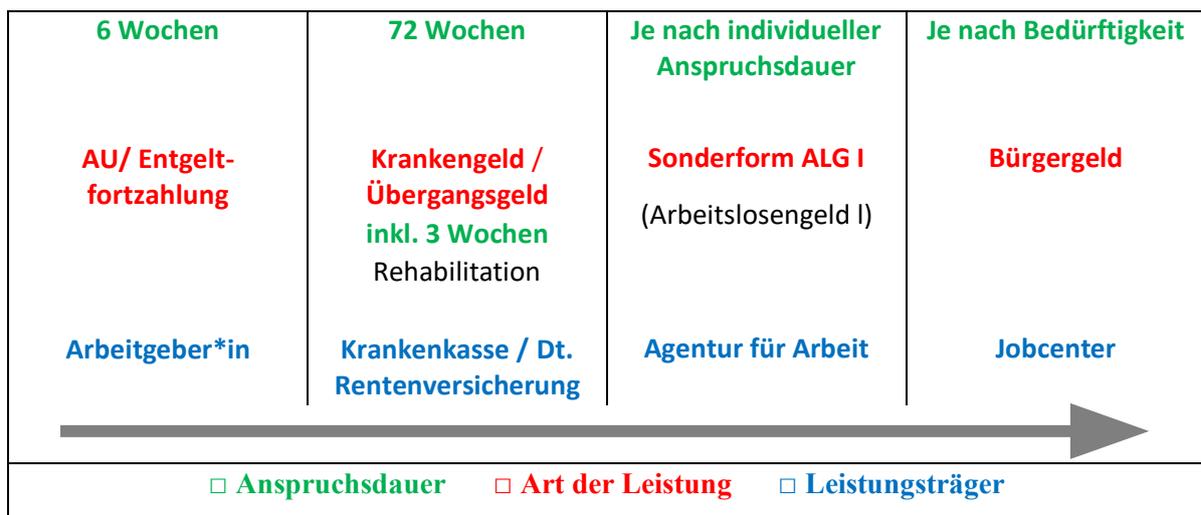


Abbildung 3: Wirtschaftliche Sicherung bei bestehender Arbeitsunfähigkeit (eigene Darstellung).

Für die verschiedenen Prozessabschnitte sind zur Inanspruchnahme von Entgeltersatzleistungen die jeweiligen Voraussetzungen und Bedingungen des zuständigen Kostenträgers zu erfüllen. Diese, sowie die Höhe der einzelnen Entgeltersatzleistung, werden im Folgenden dargestellt.

6.2.1 Entgeltfortzahlung

In den ersten sechs Wochen nach Krankheitsbeginn haben sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer*innen Anspruch auf Entgeltfortzahlung in voller Höhe ihres Arbeitsentgelts, wenn das Arbeitsverhältnis mindestens vier Wochen bestand. Die gesetzliche Grundlage ist in § 3 Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall im Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) geregelt.

6.2.2 Krankengeld

Nach der Zeit der Entgeltfortzahlung besteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn angestellte Versicherte durch eine nicht selbst verschuldete Krankheit arbeitsunfähig wurden oder zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkasse ein stationärer Krankenhausaufenthalt, oder eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird (vgl. § 44 Abs. 1, SGB V). Leistungsträger des Krankengeldes ist die zuständige Gesetzliche Krankenkasse, in der die Betroffenen versichert sind und in der ein Anspruch auf diese Leistung besteht. Bei Privaten Krankenversicherungen können die Versicherten eine Krankentagegeldversicherung für den Fall der Arbeitsunfähigkeit abschließen. Die Höhe und die Dauer des Krankentagegeldes sind abhängig von dem jeweiligen Tarif, den die Versicherten mit ihrer privaten Krankenversicherung für den Leistungsfall abgeschlossen haben. Die Dauer des Krankengeldes ist im § 48 Abs. 1 SGB V geregelt. Daraus geht hervor, dass Versicherte bei Arbeitsunfähigkeit für maximal 78 Wochen Anspruch auf Krankengeld in einem Zeitraum von drei Jahren (Blockfrist) haben. Die Frist beginnt am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. In dem Fall, dass eine weitere Krankheit während der bestehenden Erkrankung auftritt, bleibt es bei einem maximalen Leistungsanspruch von 78 Wochen. Die Dauer des Krankengeldes wird durch das Hinzutreten einer neuen Erkrankung nicht verlängert. Aufgrund von längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Krebserkrankungen und möglichem Auftreten von Rezidiven ist es wesentlich, den Krankengeldanspruch nach der ersten Blockfrist von drei Jahren zu beachten. Dieser ist im § 48 Absatz 2 SGB V aufgeführt.

Ein neuer Krankengeldanspruch aufgrund derselben Krankheit entsteht, wenn eine neue Blockfrist (Drei-Jahres-Zeitraum) beginnt. Eine weitere Voraussetzung dafür ist, dass die oder der Erkrankte mit Krankengeldanspruch zum Beginn der neuen Arbeitsunfähigkeit versichert ist und in einem Zeitfenster von mindestens sechs Monaten nicht wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig war, sondern erwerbsfähig war oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stand. Die Höhe des Krankengeldes beträgt 70 Prozent des regelmäßigen Arbeitsentgelts. Das daraus berechnete Krankengeld darf maximal 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts betragen. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist Krankengeld für einen Monat zu leisten, dann ist dieser Monat mit 30 Kalendertagen zu berechnen (vgl. § 47 Absatz 1 SGB V).

6.2.3 Krankengeld: Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit

Für den Umgang mit arbeitsunfähigen Versicherten haben die Gesetzlichen Krankenkassen vor mehr als zehn Jahren das Fallmanagement oder auch Krankengeldfallmanagement eingeführt. Mit ihm soll die Arbeitsunfähigkeit überwunden und kranke Versicherte ins Arbeitsleben reintegriert werden. Zum Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015 ein Sondergutachten mit dem Titel „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ veröffentlicht. In diesem Gutachten sind wesentliche Informationen zum Krankengeldfallmanagement, sowie zur Entwicklung und Bewertung enthalten. Es wurden alle Gesetzlichen Krankenkassen zur strukturellen Situation und praktischen Umsetzung des Krankengeldfallmanagements schriftlich befragt. Als Ziel des Krankengeldfallmanagements wird die Unterstützung der erkrankten Versicherten während des Genesungsprozesses gesehen sowie die zeitnahe Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. Ein weiteres Ziel ist die Reduzierung der Schnittstellenproblematik zwischen den Sozialversicherungsträgern, die Verbesserung der Serviceleistungen für arbeitsunfähige Versicherte und letztendlich auch eine Stärkung der eigenen Marktposition der jeweiligen Gesetzlichen Krankenkasse bei stabilen Ausgaben im Bereich des Krankengeldes.

Im Versorgungsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde ein Rechtsanspruch auf Krankengeldfallmanagement in Form einer Individualberatung zu Leistungen und Maßnahmen zum Erreichen der Arbeitsfähigkeit für die Versicherten verankert (§ 44 Abs. 4 SGB V). Das Krankengeldfallmanagement darf nur mit schriftlicher Einwilligungserklärung der Versicherten durchgeführt werden. Die Durchführung erfolgt, angelehnt an die „Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit“ des GKV-Spitzenverbandes, nach Überschreitung der dritten Woche Arbeitsunfähigkeit. Es wird empfohlen bis zum 21. Tag der Arbeitsunfähigkeit auf Besonderheiten zu achten, wie z.B. Beginn der Arbeitsunfähigkeitszeit, Diagnose, von welchen Ärzt*innen wurde die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erstellt, sozialer Hintergrund, zweifeln Arbeitgeber*innen an der Arbeitsunfähigkeit ihrer Arbeitnehmer*innen etc. Bei der AOK werden z.B. die arbeitsunfähigen Versicherten, je nach Ausprägungsgrad der Arbeitsunfähigkeit, in drei Kategorien unterteilt. Die Begutachtungsanleitung empfiehlt, nach drei Wochen Arbeitsunfähigkeit Kontakt

mit den Versicherten aufzunehmen und weitere Bedarfe für therapeutische und diagnostische Interventionen bis zur fünften Woche der Arbeitsunfähigkeit mit den Vertragsärzt*innen zu klären. Die häufigste Form der Kontaktaufnahme mit den Versicherten erfolgt telefonisch. Alternativ werden der schriftliche Kontakt sowie das persönliche Gespräch gewählt. Bei der Befragung zeigte sich, dass sich die Häufigkeit der Kontaktaufnahme je nach Größe der Gesetzlichen Krankenkasse auf einen Medianwert von 3,5 Kontakten beläuft. Krankengeldfallmanager*innen finden Unterstützung für die adäquate Betreuung der Versicherten durch Teamleiter*innen und Coach*innen. Die Anzahl der Krankengeldfallmanager*innen fällt je nach Gesetzlicher Krankenkasse unterschiedlich aus. Für eine bundesweit organisierte Ersatzkasse sind z.B. 240 Fallmanager*innen an vier Einsatzorten tätig. Für eine große, regionale Gesetzliche Krankenkasse sind fast 500 Fallmanager*innen in 86 Einsatzorten für das Krankengeldfallmanagement zuständig. Der Sachverständigenrat zeigt auf, dass keine systematische Wirksamkeitsuntersuchung hinsichtlich Patient*innennutzen und Kostenreduzierung durch das Krankengeldfallmanagement vorliegen. Der Sachverständigenrat sieht das Krankengeldfallmanagement im Spannungsbogen zwischen patient*innenorientiertem Serviceangebot und dem betriebswirtschaftlichen Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen. Dabei kann die Serviceorientierung und vertrauensvolle Unterstützung der Versicherten den Behandlungsprozess sowie den beruflichen Wiedereinstieg zum einen beschleunigen. Die Gesetzliche Krankenkasse kann hier eine Funktion der Vermittlung vor dem Hintergrund ihrer Netzwerke, z. B. in Bezug auf therapeutische Angebote, übernehmen. Zum anderen kann das Krankengeldfallmanagement aus Versichertensicht aber auch als Bevormundung und Druckmittel zur Kostenreduzierung wahrgenommen werden. Die geschätzten Kosteneinsparungen der befragten Gesetzlichen Krankenkassen belaufen sich auf einen Bruttobetrag von circa 900 Millionen Euro (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015, S. 145 ff.). Ergänzend merkt Brunnett an, dass das Gesundheitswesen als extrem ökonomisiert gilt und „dass die Dominanz marktwirtschaftlicher Kriterien im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit und in der Gesundheitspolitik bereits als bedenklich bezeichnet wird“ (Brunnett, 2016, S. 207). Die Auswirkungen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen bekommen auch Krebspatient*innen zu spüren. Wie bereits geschildert, ist eine lange Arbeit-

sunfähigkeitszeit krebserkrankter Arbeitnehmer*innen mit massiven finanziellen Einbußen und Kontakten mit dem jeweiligen Kostenträger verknüpft. Illich (2007, S. 32) bezeichnet diese Auswirkung als „soziale Iatrogenese“. Er beschreibt damit die durch die sozio-ökonomische Modifikation in Wechselwirkung stehende gesundheitliche Beeinträchtigung. Die Entstehung sieht Illich in der Institutionalisierung von Gesundheit begründet. Sie macht sich dort bemerkbar, wo die „medizinische Bürokratie Krankheit produziert, indem sie den Streß verschärft oder lähmende Abhängigkeiten vermehrt, [...]“ (Illich, 2007, S. 32). Die Theorien von Gesundheit und Krankheit haben sich, wie in Kapitel 6.1 beschrieben, in den letzten Jahren gewandelt. Die frühere Annahme, dass die Beeinflussung von Gesundheit außerhalb des Individuums erfolge, wurde allmählich aufgehoben und durch die Annahme ersetzt, das Individuum wird „zum/zur Produzent_in von Gesundheit und Krankheit - der gelingende oder missglückte Umgang mit äußeren Faktoren ist ausschlaggebend für psychologisch-physische Reaktionen, für den Erhalt von Gesundheit wie auch für die Entstehung von Krankheiten“ (Brunnett, 2016, S. 212). Brunnett macht darauf aufmerksam, dass durch die Verschiebung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen der strukturelle Stellenwert, z.B. von prekären Arbeitsverhältnissen, reduziert wird. Sie weist darauf hin, dass durch die Verallgemeinerung der bio-psychologischen-kybernetischen Konzepte die bedeutsamen Auswirkungen der Gesellschaft minimiert werden. Der Fokus richtet sich immer mehr auf den einzelnen Menschen (vgl. Brunnett, 2016, S. 213). Die Verantwortung der Gesellschaft für Gesundheit wird somit immer mehr auf das Individuum übertragen.

6.2.4 Übergangsgeld

Die befragten Brustkrebspatientinnen erhielten während ihrer medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung eine Entgeltersatzleistung in Form von Übergangsgeld. Ein Anspruch auf dieses Übergangsgeld durch die Gesetzliche Rentenversicherung besteht für Versicherte, wenn sie eine Präventionsleistung, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, eine Leistung zur beruflichen Rehabilitation (LTA), Nachsorgeleistungen oder andere Teilhabeleistungen in Anspruch nehmen. Die gesetzliche Anspruchsgrundlage ist im § 20 SGB VI aufgeführt. Dieser lautet wie folgt:

„(1) Anspruch auf Übergangsgeld haben Versicherte, die von einem Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten“.

Im Kontext der wirtschaftlichen Sicherung der Brustkrebspatientinnen kann der Antrag auf Übergangsgeld (DRV Formular G 512, G 518) zeitgleich mit dem Rehabilitationsantrag gestellt werden. Erfolgt die Beantragung für eine Anschlussheilbehandlung im Krankenhaus, können die Betroffenen mit dem Sozialdienst diesen Antrag zeitgleich stellen. In der Praxis wird der Antrag auf Übergangsgeld nicht standardmäßig im Krankenhaus gestellt. Patient*innen berichten, dass ihnen mitgeteilt wurde, dass der Antrag auf Übergangsgeld in der Rehabilitationseinrichtung gestellt wird. Den Versicherten muss es jedoch erstmal bewusst sein, dass sie einen solchen Antrag auf Übergangsgeld stellen müssen und dass es diesbezüglich keinen Automatismus gibt.

Aufgrund ihrer komplexen Belastungssituation und der Unwissenheit bzgl. sozialrechtlicher Abläufe kennen und/oder erfassen sie diesen Sachverhalt bzw. diese Notwendigkeit nicht. Dadurch findet eine Verlagerung der Antragsstellung in die Rehabilitationsklinik statt, was zu Versorgungsengpässen führen kann, da die Leistung verspätet gezahlt wird. Das Übergangsgeld kann erst dann von der DRV berechnet werden, wenn alle hierfür notwendigen Formulare von der zu rehabilitierenden Person vorliegen. Zum Teil wissen die Brustkrebspatientinnen nicht, welche Unterlagen sie benötigen und haben diese Dokumente in der Rehabilitationseinrichtung nicht bei sich. Die Rücksprache mit Angehörigen (falls vorhanden) sowie zum Teil längere Bearbeitungszeiten bei der DRV können dafür sorgen, dass sich die Auszahlung des Übergangsgelds erheblich verzögern kann. Im Bereich onkologischen Rehabilitation kommen verschiedene Leistungsträger in Frage:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Regionalträger z. B. DRV Rheinland-Pfalz
- Bundesknappschaft
- ARGE (Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung in Nordrhein-Westfalen)

- Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenkasse
- Berufsgenossenschaft
- Beihilfe (Beamtenrecht)
- Selbstzahler

Für die Dauer der onkologischen Rehabilitationsmaßnahme (vgl. § 15 Absatz 3, Satz 1 und 2 SGB VI) kann der Rentenversicherungsträger Übergangsgeld für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Versicherten entrichten. In der Regel dauert die Rehabilitationsmaßnahme in der Onkologie drei Wochen, eine Verlängerung ist möglich. Die Höhe des Übergangsgeldes ist im § 66 Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 und 2 SGB IX verankert. Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld ist auf 80 Prozent des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts und Bruttoarbeitseinkommens für das letzte Kalenderjahr (Bemessungszeitraum) festgelegt. Die Beitragsbemessungsgrenze des Rehabilitationsträgers ist zu berücksichtigen. Für Versicherte, die ein Kind im Sinne des § 32 Einkommenssteuergesetz (EStG) haben, wird ein höheres Übergangsgeld von 75 Prozent geleistet. Versicherte, deren Ehepartner*in bzw. Lebenspartner*in keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können, da sie die Leistungsempfängerin bzw. die Leistungsempfänger pflegt oder die selbst pflegebedürftig sind, die jedoch keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben, erhalten ebenfalls 75 Prozent. Die restlichen Leistungsempfänger*innen erhalten 68 Prozent der Berechnungsgrundlage. Diese Angaben verdeutlichen eine weitere Einkommensreduzierung der betroffenen Frauen während ihres Krankheitsverlaufes.

6.2.5 Sonderform Arbeitslosengeld I

Nach Beendigung des Krankengeldanspruchs entsteht zunächst eine Versorgungslücke. Diese wurde mit der besonderen Form des Arbeitslosengeldes I gemäß § 145 SGB III (Minderung der Leistungsfähigkeit) geschlossen. Daher spricht man auch von der Nahtlosigkeitsregelung. Die Höhe des Arbeitslosengeldes I beträgt gemäß § 149 SGB III für Arbeitslose 60 Prozent des pauschalierten Nettoentgelts. Für Arbeitslose mit mindestens einem Kind im Sinne des § 32 Einkommenssteuergesetz (EStG) beträgt die Höhe des Arbeitslosengeldes 67 Prozent des pauschalierten Nettoentgelts. Die Erkrankten sind dann dieser Gruppe zuzu-

ordnen. Durch den Bezug des Arbeitslosengeldes wird die Höhe der Entgeltersatzleistung weiter gemindert. Die Dauer des Arbeitslosengeldes ist im § 147 SGB III geregelt. Dieser besagt, dass die Dauer des Arbeitslosengeldes von der Dauer der Versicherungspflichtverhältnisse und dem Alter der Versicherten abhängig ist.

6.2.6 Bürgergeld

Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld I beendet, kann unter bestimmten Voraussetzungen Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II) beantragt werden. Es handelt sich um eine Leistung des Sozialgesetzbuches II. Die Leistungen bestehen aus Regelbedarfen, Mehrbedarfen und angemessenem Bedarf für Unterkunft und Heizung. Die Höhe des Regelbedarfes liegt im Jahr 2023 bei 502 Euro. Eine Erhöhung im Jahr 2024 auf 563 Euro wurde beschlossen. Der Bezug von Bürgergeld ist für Krebspatient*innen mit weiteren massiven wirtschaftlichen Einbußen verbunden.

6.3 Sozialadministrative Vorgänge zwischen Leistungsträgern und Leistungsempfänger*innen

Einige der im Versorgungsverlauf von onkologischen Patient*innen beteiligten Institutionen, wie beispielsweise die Gesetzliche Krankenversicherung, werden der Sozialadministration zugeordnet. In diesem Kapitel wird im Zusammenhang mit möglichen psychosozialen Belastungen ein Einblick über die Sozialadministration, den Umgang mit Beschwerden und Widersprüchen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung ermöglicht und belegt.

In seiner Aufsichtsfunktion stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung fest, dass es im Zeitraum 2012 - 2016 zu einem Anstieg von Beschwerden, Einreichen von Widersprüchen und Klageverfahren gegen die Gesetzlichen Krankenkassen kam. (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018, S. 119 ff.) Im Kontext der Sozialadministration weist das Bundesamt für Soziale Sicherung darauf hin, „dass die Krankenkassen ihre Verwaltungsabläufe häufig nicht mehr nach verwaltungsrechtlichen Maßstäben ausrichten. So bedienen sich viele Krankenkassen einer vereinfachten und damit vermeintlich kundenfreundlicheren Behördensprache, die aber oft die Möglichkeit eines verwaltungsaufwendigen und teuren Widerspruchsverfahrens ver-

schleiert“ (Bundesversicherungsamt, 2018, S. 120). Die Pflicht zur Information der Versicherten wird verletzt. Einen weiteren Kritikpunkt stellen die Ablehnungsbescheide von einzelnen Gesetzlichen Krankenkassen dar. Es fehlen die notwendigen Begründungen, welche zur Ablehnung geführt haben. Ebenso fehlen vielfach die rechtlich vorgeschriebene Rechtsbehelfsbelehrung in Schriftform (§ 62 SGB X i.V.m. § 66 SGG), die die Versicherten auf die Möglichkeit eines Widerspruchs mit Aufführung der entsprechenden Paragraphen hinweisen. Auffallend war, dass die Gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten motivieren, ihren Widerspruch zurückzuziehen. Abschließend fordert das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht die Gesetzlichen Krankenkassen dazu auf, dass Verwaltungsverfahrenrecht einzuhalten, ebenso dem Sozial- und Datenschutz rechnachzukommen (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018, S. 119 ff.).

Im Praxisalltag berichten Patient*innen davon, dass diese Aufforderung zur Rücknahme eines Widerspruchs oft telefonisch erfolgt. Im Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes wird angemerkt, dass die Kommunikation zwischen dem Leistungsträger Gesetzliche Krankenkasse und den Versicherten modifiziert wurde. Im Bereich der Kommunikation wird die digitale Entwicklung der Kommunikationswege hervorgehoben. Ebenso hat sich das telefonische Beratungsangebot gesteigert. Es wurden den Versicherten verbesserte Möglichkeiten eingeräumt, ihre Gesetzlichen Krankenkassen zu kontaktieren. Diese Entwicklungen stellen einen Mehrwert im Leistungsträger-Versicherten-Kontakt dar. Das Bundesversicherungsamt macht jedoch auch auf eine Selektionsgefahr aufmerksam, die durch diese Veränderungen entstanden ist (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018, S. 150).

Als eine weitere Quelle wird der Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) herangezogen. Der gesetzliche Auftrag der Unabhängigen Patientenberatung ist in § 65 b SGB V verankert. Dieser besteht in der Unterstützung von Patient*innen im Gesundheitssystem durch eine unabhängige und kostenfreie Beratung in gesundheitlichen und rechtlichen Fragen. Eine weitere Aufgabe ist es, auf bestehende Probleme im Gesundheitssystem hinzuweisen. Im Jahr 2021 wurden laut Jahresbericht 80.037 rechtliche Beratungen durchgeführt. Die UPD macht darauf aufmerksam, dass die rechtlichen Beratungen im Bereich „Leistungsansprüche gegenüber Leistungsträgern“ sich auf 29.525, rund 40 Pro-

zent, beziffern lassen. Davon bewegten sich 11.834 Beratungen thematisch im Kontext Krankengeld (vgl. Unabhängige Patientenberatung, 2021, S. 20 f.). Die UPD berichtet, dass sich die Versicherten über die Intransparenz der Gesetzlichen Krankenkassen beklagen. Häufig erscheinen die Informationen der Gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten als „feindselig, wenig nachvollziehbar oder gar herrisch. Ratsuchende schildern ein vehementes Vorgehen der Gesetzlichen Krankenkassen und beklagen, sich abgeschoben oder herausgedrängt zu fühlen; oftmals werden negative Auswirkungen auf den Genesungsprozess durch psychische Belastungen geschildert“ (UPD, 2017, S. 46). Ergänzend zu diesem Themenkomplex wird die nachfolgende Studie des IGES-Institutes (2017) herangezogen. Die im Auftrag des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege durchgeführte Studie untersuchte die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen. Es wurden im Jahr 2015 insgesamt 252.087 Widersprüche (§§ 83, 84 SGG) im Kontext der Krankenversicherung eingereicht. In den Jahren 2010 bis 2015 ist ein Anstieg der Widersprüche von 23 Prozent festzustellen (vgl. Iges, 2017, S. 44).

Im Bereich der ablehnenden Bescheide von Krankengeld registrierten die Patient*innenorganisationen Anfragen in Höhe von 71 Prozent (vgl. Iges, 2017, S. 66 ff.).

Für die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen weist die Iges-Studie auf den Bereich der Bürokratie und Zuständigkeiten hin. Das Reha-Antragsverfahren kann aufgrund der Zuständigkeiten der diversen Leistungsträger eine weitere Herausforderung für onkologische Patient*innen darstellen. Dies liegt insbesondere dann vor, wenn sich die Leistungsträger untereinander nicht einig über die Zuständigkeit sind. Oftmals nimmt solch eine Klärung einen längeren Zeitraum in Anspruch. Das Warten bis zur Zuständigkeitsklärung stellt eine weitere Erschwernis im Versorgungsprozess dar. Durch die Verzögerung der Zuständigkeitsklärung kann der Rehabilitationsprozess erst zu einem späteren Zeitpunkt beginnen (vgl. Iges, 2017, S. 79 ff.). Die Bezugsdauer der Entgeltsersatzleistungen und somit auch die Dauer der wirtschaftlichen Einbußen können durch eine aufwendige Zuständigkeitsprüfung der Leistungsträger zu Lasten der Patient*innen in die Länge gezogen werden.

Ein Schwerpunkt liegt in der medizinischen Behandlung der Krebspatient*innen und somit bei den medizinischen Akteur*innen. Köppel (2006, S.1929) untersuchte, wie betroffene Krebspatient*innen die medizinisch-therapeutische Versorgung im Rahmen einer Krebserkrankung bewerten. Es zeigte sich, dass für die medizinischen Akteur*innen der Fokus ihrer Arbeit auf der Behandlung der Krebserkrankung liegt und psychosoziale Aspekte nicht in die Überlegungen bzw. in das Blickfeld rücken, beziehungsweise nur peripher Berücksichtigung finden. Der Mensch in seiner individuellen sozialen Situation wird weniger gesehen und somit auch seine wirtschaftliche Situation während der Krankheitsphase. Vor diesem Hintergrund wird die angestrebte Untersuchung als ein ergänzender Nachweis der bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen gesehen.

6.4 Interaktion mit Institutionen während des Krankheitsverlaufes

Im Krankheitsverlauf treten onkologische Patient*innen mit verschiedenen Institutionen in Interaktion. Mehrere Aspekte dieser wechselseitigen Beziehungen können für die betroffenen Brustkrebspatientinnen Bedeutung erlangen. In diesem Kontext erfolgt zunächst eine theoretische Einordnung der Interaktionen mit Institutionen sowie ihren Mitarbeiter*innen und schließt mit einem Transfer zu einem Praxisbeispiel im Palliativbereich ab. In diesem wird der Umgang mit den Patient*innen auf Basis eines bio-psycho-sozialen Verständnisses dargestellt.

Strauss beschäftigt in den Interaktionen mit Organisationen immer wieder das Verhältnis von Arbeit, Interaktionen und Organisationen. Er erkennt in den Strukturen einer Situation gegebene Rahmenbedingungen. Strukturen sind für Strauss jedoch keine feststehende Rahmung, die ein bestimmtes Handeln vorgeben. Er sieht diese Strukturen nicht als handlungsweisend für die Akteur*innen an. Je nach individueller Wahrnehmung der Situation wird eine aktuelle Handlung vorgenommen. In seinem Konzept der „negotiated order“ skizziert Strauss die „ausgehandelte Ordnung“. In Interaktionen können bereits bestehende Ordnungen durch neue, situative Aushandlungen ignoriert bzw. modifiziert werden oder sie dienen je nach Aushandlung als ordnungsstabilisierend. Strauss sieht die Aushandlungen als ein zentrales Element für Modifikationen und Fortbestand von sozialen Organisationen an (vgl. Strübing, 2007, S. 52 ff.).

Im Hinblick auf die Institutionen sehen Schrappe und Pfaff (2017, S. 239 ff.) in ihrem organisationstheoretischen Konzept die Expertenorganisation (Spezialistenbürokratie) als basale Struktur im Gesundheitsbereich an. Die einzelnen Akteur*innen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen arbeiten in ihrer Expert*innenrolle recht autonom und ihre Arbeit mit Patient*innen ist ihnen von zentraler Bedeutung. Durch die unterschiedliche Ausrichtung und Sozialisation besteht eine Heterogenität zwischen den einzelnen beteiligten Akteur*innen. Im Verlauf von organisationsübergreifenden Prozessen kommen zu dieser Heterogenität noch die einzelnen Organisationslogiken und Gesetzmäßigkeiten der Institutionen hinzu sowie die Haltung der betroffenen Patient*innen. Diese Vielschichtigkeit ist bei Interaktionen mit Institutionen zu bedenken (vgl. Waring, Marshall, Bishop, 2015, S. 35 ff.) und zeigt, mit welchen komplexen und auch zum Teil irritierenden Interaktionen die Brustkrebspatientinnen konfrontiert sind. Um einen adäquaten Umgang mit den bereits sehr belasteten Menschen entwickeln zu können, ist institutionsübergreifend eine besonders sensible Haltung erstrebenswert. Hierbei könnte die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland eine Orientierung darstellen. Die Charta wurde in der Palliativmedizin durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al. (2010) entwickelt. Im zweiten Leitsatz der Charta wird explizit auf die Bedürfnisse der Betroffenen und die Strukturen im Versorgungssystem Bezug genommen. Hier wird ein Recht auf eine umfängliche „medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al., 2010, S.6) eingefordert. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Versorgungsansatz, angelehnt an das Bio-Psycho-Soziale Modell, mit Angeboten zur Vernetzung und konstanter Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist es von Relevanz, den Blick auf die Interaktionen der Institutionen sowie auf einen etwaigen Interessenkonflikt der Beteiligten im Versorgungsprozess zu werfen. Im vorliegenden Forschungsprojekt werden daher die unterschiedlichen Aspekte, wie z.B. die Rahmenbedingungen der Interaktionen mit Institutionen und den daraus resultierenden Phänomenen Aufmerksamkeit erfahren.

6.5 Zentrale Institutionen im Krankheitsverlauf und ihre Konzepte

Im Folgenden werden zur theoretischen Rahmung die zu durchlaufenden Institutionen von Krebspatient*innen während ihres Krankheitsverlaufes in ihren speziellen Teilbereichen vorgestellt.

6.5.1 Krankenhausversorgung

Die befragten Brustkrebspatientinnen kamen in ihrem Versorgungsverlauf mit dem Krankenhaus als erste stationäre Einrichtung in Kontakt. Die Krankenhausversorgung ist im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) „Gesetzliche Krankenversicherung“ geregelt. Das deutsche Gesundheitssystem ist auf der Makroebene nach bestimmten Prinzipien gestaltet. Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um einen Sozialversicherungsträger, welcher nach dem Solidarprinzip agiert. Ein weiterer Grundsatz ist das Subsidiaritätsprinzip, das im § 1 SGB V verankert ist. Es fordert von Versicherten, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen sowie eine rege Mitwirkung, z.B. bei Behandlungen und Rehabilitation.

Die Versorgungsgestaltung betrifft die Meso- und Mikroebene des Gesundheitssystems (vgl. Pfaff; Pförtner, 2016, S. 347 ff.).

Die Aufgabe des Krankenhauses, welches u.a. im Hinblick auf die Operation für die Brustkrebspatientinnen von besonderer Relevanz ist, wird in § 107 Absatz 1 des SGB V geregelt. In Satz 2 ist verankert, dass Krankenhäuser „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten“.

In Bezug auf die ökonomischen Aspekte sind weitere gesetzliche Grundlagen für die Krankenhausversorgung das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie die Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung (KFPV) zu nennen. Ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus ist aus medizinischer Sicht notwendig, wenn nicht durch andere Behandlungen das Therapieziel erlangt werden kann und eine umfängliche Behandlung und Begleitung indiziert sind. Das Krankenhaus prüft, ob eine vollstationäre Behandlung notwendig ist. Leistungen im Krankenhaus werden in allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen gegliedert. Unter die allgemeinen Kran-

kenhausleistungen fallen z.B. die Unterkunft, die Verpflegung, notwendige ärztliche Behandlungen, pflegerische Betreuung sowie Verabreichung von Arzneimitteln. Zu den Wahlleistungen kann z.B. die Zimmerwahl (Ein- oder Zweibettzimmer) und Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt, welche außerhalb der Regelleistung liegen, zählen. In den vergangenen Jahrzehnten kam es im Krankenhaussektor zunehmend zu einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung. Hier hat insbesondere die Krankenhausversorgung einen strukturellen Wandel erlebt (vgl. Blum, 2012, S. 814 ff.). Laut des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgte bis 2003 die Leistungsabrechnung der Krankenhäuser über individuelle Tagessätze, die je nach Aufenthaltsdauer zu entrichten waren. In diesem Berechnungsmodell wurde die tatsächliche Behandlungsleistung nicht berücksichtigt, somit erschien für die Behandlung eine Abrechnung von Tagessätzen nicht leistungsgerecht. Dieses Modell erschien mit dem Fokus auf den tatsächlichen Aufwand für die Behandlung und Abrechnung nach Tagessätzen nicht leistungsgerecht. So folgte 2003 die stufenweise Einführung des DRG-Fallpauschalensystems, welches in § 17b Abs. 1, Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gesetzlich verankert ist und als bundeweit einheitliches „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ definiert wird. Grundlage für die Einstufung in das DRG-Fallpauschalensystem sind Parameter, wie z.B. die Diagnose und die Krankenhausleistung. Je ausgeprägter eine Erkrankung ist und je aufwendiger die Behandlung, desto höher ist auch die Leistungsabrechnung für das Krankenhaus. Für einen Aufenthalt ist jeweils nur eine DRG-Fallpauschale abrechenbar. Bei dieser Form der Leistungsabrechnung findet die Aufenthaltsdauer eines Patienten keine Berücksichtigung. Anzumerken ist, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 2000 bei 9,2 Tagen pro Aufenthalt lag. Nach der strukturellen Veränderung und Einführung der DRGs reduzierte sie sich im Jahr 2017 auf 6,7 Tagen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist aufgrund von Forschungsergebnissen in den Jahren 2004 – 2010 über die Auswirkungen der DRG-Einführung von einer hervorragenden medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus überzeugt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Blum vom Deutschen Krankenhausinstitut sieht durch die DRG-Einführung wesentliche Aufgaben, wie z.B. die personelle Umstrukturierung durch die Krankenhäuser weitgehend umgesetzt. Er bestätigt eine hohe Akzeptanz des DRG-

Systems durch die Krankenhäuser. Gleichwohl sieht er einen hohen Kostendruck für die Krankenhäuser, welcher mit Reduzierung von Krankenhausbetten, Verkürzung der Verweildauer etc. entgegengetreten wurde (vgl. Blum, 2012, S. 832). Kritik über die starke Fokussierung auf die Ökonomisierung im Gesundheitswesen kommt zunehmend von Ärzt*innen und Verbänden. Tecklenburg entwickelte hierbei wesentliche Forderungen, wie z.B. die Reformierung des Entgeltsystems. Er verweist auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und den Anstieg der Bürokratie. Er fordert „Mehr Zeit für Menschen und Medizin“. Mediziner*innen und Pflegepersonal haben das Verlangen hinsichtlich ihrer Arbeit, Zeit für ihre Patient*innen zu haben und in Interaktion mit ihnen treten zu können. Er berichtet, dass anstelle dieser gewünschten Situation Mitarbeiter*innen „eine Entfremdung ihrer Arbeit und eine Misstrauenskultur“, z.B. durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes, erfahren müssen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit hervorgehobene Qualitätssicherung nach Einführung des DRG-Systems kann Tecklenburg nicht mittragen (vgl. Tecklenburg, 2019, Seite 1).

Aufgrund der starken Ökonomisierung durch die DRG-Fallpauschalen und die existentielle Bedrohung einiger Krankenhäuser, wird in der aktuellen Krankenhausreform, die im Januar 2024 in Kraft treten soll, das Modell der Fallpauschalen eingestellt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Dallmann weist im Zuge der Ökonomisierung und Privatisierung von Krankenhäusern auf die Folgen für die Mitarbeiter*innen hin, auf deren Kosten die Gewinne erwirtschaftet werden. Personaleinsparungen können eine Konsequenz sein, welche eine direkte Auswirkung auf die Patient*innenversorgung im Krankenhaus mit sich bringt (vgl. Dallmann, 2017, S. 102).

Bode beschreibt die ambivalente Situation zwischen Patient*innen- und Bedarfsorientierung sowie der Ökonomisierung im Krankenhauswesen als „Dauerstress“ für die Beteiligten, welche diese nur unbefriedigend handhaben können. Die Akteur*innen sind gezwungen, beiden Logiken entsprechend zu handeln, was zu Anspannungen führt (vgl. Bode, 2016, S. 253 ff.).

Aufgrund der belastenden und konflikthaften Situation zwischen zunehmender Konzentration auf die Ökonomisierung in der Krankenhausversorgung und dem Patient*innenwohl haben die Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI) einen Klinikcodex „Medizin vor Öko-

nomie“ erarbeitet. Die Patient*innen sollen im Mittelpunkt des Handels stehen und Ärzt*innen wird die Empfehlung ausgesprochen, ökonomische Thematiken, unter Berücksichtigung ihrer ethischen und wertebasierten Haltung, differenziert zu beleuchten und adäquate Entscheidungen zu treffen. Der neue Klinikcodex „Medizin vor Ökonomie“ soll eine Hilfestellung für die Ärzteschaft zur Reflexion und als Entscheidungshilfe in schwierigen Situationen darstellen. Die Autor*innen kritisieren das DRG-System nicht nur aus ethischen Aspekten, sondern auch aufgrund der Folgen für die Volkswirtschaft und der gesellschaftspolitischen Prozesse (vgl. Schumm-Draeger; Kapitza, Mann, Fölsch, Müller-Wieland, 2017, S. 2338 ff.).

Der Deutsche Ethikrat rügt in seiner Stellungnahme zum „Patientenwohl als ethischen Maßstab für das Krankenhaus“ z.B. die Situation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus. Er berichtet, dass durch Fehlanreize Behandlungen oftmals prioritär unter ökonomischen Aspekten durchgeführt werden. Daraus resultierend sind andere notwendige Behandlungsformen rückläufig.

Als einen weiteren Kritikpunkt führt der Deutsche Ethikrat die belastende Arbeitssituation der Krankenhausmitarbeiter*innen an. Der Rat fordert vor diesem Hintergrund, dass die ökonomischen Aspekte und Entscheidungen im Krankenhaus nicht die ärztlichen und pflegerischen Handlungen dominieren dürfen. Im Hinblick auf das ethisch relevante Patient*innenwohl formuliert der Rat drei wesentliche Säulen der Krankenhausbehandlung: „[...] die von der Ermöglichung seiner Selbstbestimmung getragene Sorge für Patient*innen, eine gute Behandlungsqualität sowie die gerechte Verteilung der für die stationäre Versorgung verfügbaren Ressourcen“ (Deutscher Ethikrat, 2016, S. 132 f.).

Die Umsetzung dieser Sorge für die Patient*innen setzt Respekt vor dem Menschen mit all seinem Eigenwillen, seinen Einstellungen und der Berücksichtigung seiner Lebensbiografie und Lebenswelt voraus. Eine gelungene Interaktion in Form von Kommunikation ist hierfür erforderlich. Die geschilderten aktuellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus erschweren die dringend notwendige Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Ärzt*in-Patient*in, Pflegende-Patient*in und Therapeut*in-Patient*in. Der Deutsche Ethikrat empfiehlt daher, die erforderlichen Zeit- und Organisationskosten für eine gelungene Kommunikation mit den Akteur*innen in dem DRG-Vergütungssystem einzurechnen. Weiterhin werden zur Qualitätssicherung, gemäß Krankenhausstrukturgesetz, weitere Dokumentationsinstrumente

empfohlen, z.B. die Kommunikation mit Patient*innen sowie die Aufzeichnung von Visiten (vgl. Deutsche Ethikrat, 2016, S. 131 ff.).

6.5.2 Onkologische Rehabilitation im Lichte der Statistik

Nach dem Krankenhausaufenthalt ist die onkologische Rehabilitationsklinik in der Regel die nächste stationäre Einrichtung für Brustkrebspatientinnen. Um eine präzisere Einordnung der Rehabilitation zu ermöglichen, werden zunächst statistische Daten aufgeführt, die einen Überblick über die jährliche Anzahl von onkologischen Rehabilitand*innen, der onkologischen Rehabilitation sowie den ökonomischen Auswirkungen aufzeigen. Zurzeit handelt es sich bei jeder sechsten medizinischen Rehabilitationsleistung um eine onkologische Rehabilitation. Im Jahr 2021 wurden circa 120.970 onkologische Rehabilitationen durchgeführt (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2022, S. 43).

Die onkologischen Rehabilitationsleistungen machten 2022 einen Anteil von 15 Prozent der gesamten Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung aus (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2023, S. 43).

Im Jahr 2020 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt circa 7,03 Mrd. € (brutto) für Rehabilitationsleistungen aus. Abzüglich der Einnahmen, z.B. durch Zuzahlungen der Versicherten wurden insgesamt 6,89 Mrd. € (netto) für Rehabilitationsleistungen aufgebracht (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, Rehabilitation 2021, S. 73).

Im Jahr 2021 gingen bei der Deutschen Rentenversicherung circa 1,4 Millionen Anträge für einen medizinische Rehabilitation ein. Von diesen eingegangenen Anträgen wurden 971.861 medizinische Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung bewilligt. 37 Prozent der medizinischen Rehabilitationsleistungen wurden 2021 als Anschlussrehabilitation (AHB) in Anspruch genommen. Im Durchschnitt dauert ein Aufenthalt in der stationären medizinischen Rehabilitation zwischen 22,2 und 23,9 Tagen (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2022, S. 40 ff.).

6.5.3 Die onkologische Rehabilitation

Nach den statistischen Angaben wird an dieser Stelle ergänzend auf die onkologische Rehabilitation im Versorgungsverlauf, die sozialrechtlichen Grundlagen, die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie die therapeutischen Angebote eingegangen. All dies verdeutlicht, mit welcher Komplexität Brustkrebspatientinnen im Rahmen einer Rehabilitation konfrontiert sind.

Nach einer Primärbehandlung (Operation, Chemotherapie und /oder Bestrahlung) wird oftmals schon im Krankenhaus, oder von niedergelassenen Radiolog*innen und/oder Onkolog*innen eine medizinische Rehabilitation (Nachsorgeleistung) empfohlen. Diese Form der Rehabilitation fällt in der Regel in den Leistungskatalog der Deutschen Rentenversicherung. Die rechtliche Grundlage ist im § 15 und § 31 SGB VI verortet. Das Ziel der Rehabilitation und des § 15 SGB VI ist die berufliche Wiedereingliederung der Versicherten. Für Menschen im Rentenalter und Familienangehörige dient der § 31 SGB VI als Anspruchsgrundlage zur onkologischen Nachsorge in Form einer Rehabilitationsmaßnahme. Ergänzend ist hierbei das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) zu nennen. In diesem sind Leistungen für Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen geregelt. Wesentliche Aspekte in diesem Gesetzbuch sind die Selbstbestimmung sowie die Teilhabe in der Gesellschaft. Im SGB IX sind die gesetzlichen Grundlagen für Rehabilitation und Teilhabe für alle Träger der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland verankert (vgl. Thielgen, 2018, S. 360).

In der onkologischen Rehabilitation werden diagnostische und therapeutische Leistungen angeboten. Die Rehabilitationsmaßnahme kann stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden. Ziel der onkologischen Rehabilitation „ist die Minderung der drohenden oder bereits bestehenden Beeinträchtigungen von Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivitäten und Teilhabe unter Beachtung der Kontextfaktoren, um eine größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft langfristig zu ermöglichen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2013, S. 35).

Die jeweilige Rehabilitationsform ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Kann die Rehabilitation direkt oder zeitnah (innerhalb von zwei Wochen) nach einem stationären Krankenhausaufenthalt beginnen, handelt es sich um eine Anschlussheilbehandlung. Der Antrag auf Rehabilitationsleistung kann bereits im Krankenhaus mit dem Sozialdienst gestellt werden. Ein Antrag auf Übergangsgeld

kann in diesem Kontext ebenfalls gestellt werden, damit die Entgeltersatzleistung während des Rehabilitationsaufenthaltes gesichert ist. Wird eine Rehabilitation zu einem späteren Zeitpunkt, z.B. aufgrund einer Wundheilungsstörung oder einer anstehenden Strahlen-, und/oder Chemotherapie empfohlen, spricht man von einer onkologischen Rehabilitation. Der Antrag auf Rehabilitationsleistungen kann sowohl vom Versicherten im Krankenhaus mit dem Sozialdienst als auch zu einem späteren Zeitpunkt, z.B. über die onkologische Praxis, Hausärzt*in oder Krebsberatungsstellen erfolgen. Es ist möglich, innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Erstbehandlung (Operation, Chemotherapie und/oder Strahlentherapie) eine weitere onkologische Rehabilitation durchzuführen. Bei besonderen Funktionsbeeinträchtigungen besteht die Möglichkeit, innerhalb von zwei Jahren eine erneute Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021, S. 4-6).

Im inhaltlichen Rehabilitationsablauf bzw. -angebot unterscheiden sich diese Rehabilitationsformen nicht, es werden lediglich die Zugangsvoraussetzungen bzw. Zugangswege unterschieden. Eine weitere Form der Zuweisung in die onkologische Rehabilitation kann durch eine Aufforderung der Gesetzlichen Krankenkasse über den § 51 SGB V „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“ erfolgen. Erkennt die Gesetzliche Krankenkasse, durch ein ärztliches Gutachten, eine geminderte oder eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit der oder des Versicherten, so kann sie die betroffene Person dazu auffordern, innerhalb von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu stellen. Das Dispositionsrecht der Versicherten ist ab diesem Zeitpunkt erheblich eingeschränkt. In diesem Fall dient die onkologische Rehabilitation insbesondere zur Abklärung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung der Versicherten und den damit im Anschluss verbundenen wirtschaftlichen Leistungsansprüchen. Je nach Leistungsfähigkeit können nach der Rehabilitation Ansprüche auf eine weitere Krankengeldleistung, Erwerbsminderungsrente oder Übergangsgeld (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) entstehen. Sollte sich während der medizinischen Rehabilitation herausstellen, dass die Erwerbsfähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann, kann die Deutsche Rentenversicherung den bereits gestellten Antrag für die medizinische Rehabilitation in einen Erwerbsminderungsrentenantrag umdeuten (§ 116 Abs. 2, SGB VI). Kommen die

Versicherten dieser Aufforderung der Antragsstellung nicht nach, erlischt der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf der zehn-Wochen-Frist und die Gesetzliche Krankenkasse hat das Recht, das Krankengeld einzustellen (vgl. § 51 Abs. 3, SGB V).

Dauer und Voraussetzungen einer onkologischen Rehabilitation

Die Dauer einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme ist im § 15 Absatz 3, Satz 1 und 2 SGB VI geregelt. In der Regel dauert eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme drei Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese notwendig erscheint, um das angestrebte Rehabilitationsziel zu erreichen. Um eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme aktiv und erfolgreich durchführen zu können, müssen persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein: Zu den persönlichen Voraussetzungen gehören eine gesicherte Krebsdiagnose und der Abschluss der Erstbehandlung (OP, Chemotherapie und/oder Bestrahlung). Eine laufende Chemotherapie ist kein Ausschlusskriterium. Ein Rehabilitationserfolg im Bereich der physischen, psychischen, sozialen oder beruflichen Beeinträchtigungen scheint in Aussicht gestellt. Es ist weiterhin erforderlich, dass Patient*innen für diese Rehabilitationsmaßnahme ausreichend belastbar sind (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021, S. 10).

Die kognitive und psychische Konstitution muss so stabil sein, dass die zu rehabilitierenden Personen aktiv an den Anwendungen und Therapien teilnehmen können (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2011, S. 7).

Zudem muss eine der drei versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Versicherte sollten in den letzten zwei Jahren, bevor sie den Antrag auf Rehabilitationsleistungen stellt, sechs Monate Pflichtbeiträge in die Deutsche Rentenversicherung eingezahlt haben.
2. Versicherte erfüllen eine Wartezeit⁶ von 15 Jahren.
3. Versicherte sind noch zwei Jahre nach ihrer Ausbildung in einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit beschäftigt oder haben eine selbständige Tätigkeit begonnen und haben diese bis zur Antragsstellung ausgeführt.

⁶ Die Wartezeit ist eine Mindestversicherungszeit. Für die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren und die Wartezeit von 15 Jahren werden Beitrags- und Ersatzzeiten sowie Monate aus dem Versorgungsausgleich und aus geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung berücksichtigt.

Beziehungsweise Versicherte waren nach Aufnahme dieser Tätigkeit, arbeitsunfähig oder arbeitslos bis sie einen Rehabilitationsantrag gestellt haben.

4. Reduzierte Erwerbsfähigkeit liegt vor bzw. diese ist gefährdet und die Versicherten erfüllen die allgemeine Wartezeit von 60 Monaten (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022, S. 10-11).

Zur Sicherung der Reha-Qualität wurden in den letzten Jahren kontinuierlich verschiedene Verfahren und Instrumentarien in den Klinikalltag eingeführt. Eine Anpassung an aktuelle Entwicklungen im Reha-Bereich erfolgt stetig. Zur Qualitätssicherung werden insbesondere fünf Indikatoren zugrunde gelegt:

- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)
In dem KTL-Katalog sind im Rahmen der therapeutischen Leistungen Angaben wie z.B. die erforderliche Dauer einer Behandlung sowie die Qualifikation der Mitarbeiter*innen vorgegeben. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen bzw. Therapien mit detaillierten Angaben erfolgt im Reha-Entlassungsbericht.
- Reha-Therapiestandards (RTS)
Für die medizinische Rehabilitation wurden Therapiestandards entwickelt, in denen die angeforderten Standards der durchgeführten Therapien festgelegt wurden. Die Deutsche Rentenversicherung prüft, ob die Therapiestandards zur Sicherung der Qualität der medizinischen Rehabilitation erbracht wurden.
- Peer Review-Verfahren
Das Peer Review-Verfahren dient der Qualitätssicherung des Rehabilitationsprozesses. Es werden zur Begutachtung anonymisierte Entlassungsberichte mit Therapieplänen durch geschulte Reha-Mediziner*innen anhand einer Kontrollliste geprüft.
- Behandlungszufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg
Die Rehabilitand*innen werden acht bis zwölf Wochen nach Beendigung der Rehabilitation zu ihrer Beurteilung der Behandlungen sowie ihrem subjektiven Rehabilitationserfolg befragt.

Den aufgeführten Merkmalen werden bestimmte Qualitätspunkte hinterlegt, werden diese unterschritten, kann seitens der zuständigen Rentenversicherung ein strukturierter Qualitätsdialog mit der Rehabilitationsklinik eröffnet werden (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2018, S. 11 f.).

6.5.4 Paradigmenwechsel in der medizinischen Rehabilitation

Vor dem beschriebenen Hintergrund erfolgte ein Diskurs, welcher zu einem Paradigmenwechsel, auch in der medizinischen Rehabilitation, führte. Die komplexe Lebenswelt (Konzept der Kontextfaktoren) des Menschen wurden nun beachtet und seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) berücksichtigt. Durch die ICF wurde zudem der bisherige Fokus auf die rein biomedizinische Versorgung verändert und auf die Perspektiven der Aktivitäten und Teilhabe des Menschen ausgeweitet (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2009, S. 6).

Vor diesem Hintergrund wurden auch verstärkt andere Akteur*innen, außer den Mediziner*innen, in den Rehabilitationsprozess einbezogen. Die eindimensionale Arzt bzw. Ärztin-Patient*in-Beziehung wurde allmählich durch die Einbeziehung weiterer Professionen erweitert.

6.5.5 ICF-Klassifikation und Bio-Psycho-Soziales Model in der onkologischen Rehabilitation

Die ICF-Klassifikation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) wurde zur Darstellung der internationalen Vereinheitlichung, Standardisierung und Systematisierung von Gesundheitszuschreibungen entwickelt. Sie beruht auf der Grundlage des Bio-Psycho-Sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2016, S. 9). Im Jahr 2001 wurde sie von der 45. Weltgesundheitsversammlung als "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) ratifiziert und in die deutsche Sprache übersetzt (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023).

Infolgedessen werden die Krankheitsfolgen der Rehabilitand*innen in der Rehabilitationsklinik nach dem Bio-Psycho-Sozialen Model erhoben und dokumentiert. In der ICF-Klassifikation wird die Funktionsfähigkeit als Resultat der Interaktion zwischen der Gesundheitsstörung bzw. Krankheit und den Folgen dieser Gesundheitsstörung auf die Aktivitäten, Partizipation und die Körperfunktionen angesehen. Den Kontextfaktoren und ihren Auswirkungen wird dabei eine wesentliche Rolle zugeschrieben. „Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personenbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010, S. 13).

Dieser Paradigmenwechsel hat Auswirkung im Praxisalltag der Rehabilitationsklinik und betrifft alle beteiligten Professionen. Dies beginnt mit der einer ganzheitlichen Betrachtung der Rehabilitand*innen mit ihren psychosozialen Problemlagen sowie hemmenden und fördernden Kontextfaktoren. Dieser Ansatz wird insbesondere im Austausch der interdisziplinären Teamsitzungen praktiziert und findet ebenso im Entlassungsbericht Berücksichtigung.

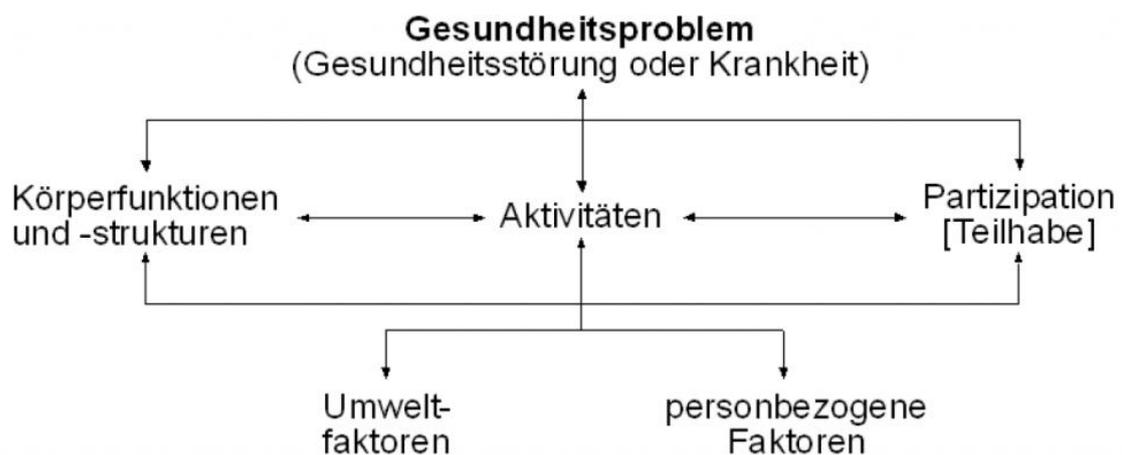


Abbildung 4: Wechselwirkungen zwischen den Komponente der ICF (WHO 2001).

Um den Bio-Psycho-Sozialen Ansatz in der Rehabilitation zu stärken, werden regelmäßig interdisziplinäre Teambesprechungen durchgeführt. Diese Teams setzen sich aus Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Ernährungsberater*innn und Ärzt*innen zusammen. Mans (2000, S. 195) sieht durch den Einbezug des Bio-Psycho-Sozialen Krankheitsmo-

dells die „Multiprofessionalität des Rehabilitationsteams“ und die „Interdisziplinarität der Rehabilitationsbehandlung“ sichtlich hervorgehoben. Aktuelle Informationen, Eindrücke und Erfahrungen zu den einzelnen Patient*innen können hier ausgetauscht werden. So besteht die Möglichkeit, am Ende des Rehabilitationsprozesses ein komplexes Bild der Patient*innen, des Gesundheitszustandes, der vorhandenen Ressourcen und der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit zu erhalten. Die Rehabilitand*innen werden von mehreren Professionen vor dem Hintergrund ihrer herkömmlichen Lebenswelt und der „ersetzenden Lebenswelt“ (Thole, 2005, S. 22) im Rehabilitationsprozess gesehen und wahrgenommen.

Sozialarbeiter*innen in der medizinischen Rehabilitation arbeiten zunehmend mit der ICF-Klassifikation unter Berücksichtigung des Bio-Psycho-Sozialen Modells im Bereich der Rehabilitation.

Ergänzend liegt dem Handeln der Sozialarbeiter*innen das Konzept der Lebensweltorientierung zugrunde. Dies ermöglicht den Sozialarbeiter*innen die aktuell spezifische Lebenssituation und -verhältnisse zu analysieren und adäquate methodische und institutionelle Entscheidungen zu treffen (vgl. Thiersch, Grunwald, Köngeter, S., 2005, S. 161).

Von der Intensität der Interventionen bezeichnet Thole das Praxisfeld der Sozialen Arbeit in stationären rehabilitativen Einrichtungen als Lebenswelt „ersetzend“ (Thole, 2005, S. 22).

6.6 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

In der onkologischen Rehabilitationsklinik wird gemäß dem Leistungskatalog der Deutschen Rentenversicherung gesundheitsbezogene Soziale Arbeit für die Rehabilitand*innen angeboten. Die Aufgabe der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit besteht in der Sicherung der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft für erkrankte oder von einer Erkrankung bedrohten oder behinderten Menschen sowie deren Angehörigen. Sie strebt die Minderung von sozialen, beruflichen und wirtschaftlichen Beeinträchtigungen an, die durch eine Erkrankung hervorgerufen wurden sowie die Sicherung der Lebenswelt. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit all seinen Wechselbeziehungen in seinen sozialen Kontexten. Ein weiteres Aufgabengebiet der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist in der Netzwerkarbeit, Entwicklung von Konzepten sowie in Forschungsprojekten zu sehen (vgl. Deut-

sche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), 2015, S. 6).

6.6.1 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation

Die WHO hat 1986 in der „Ottawa-Charta“ ein „Konzept zur positiven und umfassenden Gesundheitsförderung“ entworfen. In diesem Konzept finden sich viele Anhaltspunkte für die Aufgabenfelder und Grundhaltungen der Sozialen Arbeit wieder (vgl. Homfeldt, Sting, 2006, S. 16). Die Rehabilitation ist ein Aufgabenfeld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Rehabilitation verfolgt das Ziel, oftmals auch im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, vorliegende Behinderungen und Beeinträchtigungen mit speziellen Therapieangeboten zu mindern. Ein Schwerpunkt ist die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der beruflichen wie der gesellschaftlichen Teilhabe, gemäß § 1 SGB IX (Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft).

Die Sozialberatung der Patient*innen orientiert sich wesentlich an der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts sowie der Ressourcengenerierung als auch am Sozial- und Gesundheitssystem (vgl. Jost, 2013, S. 142). Durch den Paradigmenwechsel von der rein medizinischen Rehabilitation hin zur Verbesserung der funktionalen Gesundheit ist die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe besonders in den Fokus gerückt (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2019, S. 4).

Die Deutsche Rentenversicherung hat einen Schwerpunkt auf die berufliche Teilhabe in Form der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) gelegt. Die Deutsche Rentenversicherung ist der Hauptkostenträger der medizinischen Rehabilitation, sie benötigt zur Einschätzung der beruflichen Teilhabe die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die im Entlassungsbericht attestiert wird. Diese Ausrichtung auf die berufliche Teilhabe ist in der Praxis ein zunehmend wichtiger Arbeitsbereich für die Soziale Arbeit geworden. Durch die Zentrierung der arbeitsbezogenen Angebote hat sich die Soziale Arbeit in der Rehabilitation fest etabliert. Nach Mühlum, Gödecker-Geenen, (2003, S. 24 ff.), [ist] „Rehabilitation ohne die Soziale Arbeit heute nicht mehr denkbar“. Dies spiegelt sich ebenfalls in den Reha-Therapiestandards (RTS) der Deutschen Rentenversicherung wider.

6.6.2 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Handlungsfeld der onkologischen Rehabilitation

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit spielt im Versorgungsprozess von Krebspatient*innen eine wesentliche Rolle. Laut Liel (2019, S. 8) ist die Grundlage für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit die Theorie der Salutogenese von Antonovsky. Damit ist der Fokus auf die Ressourcen von Gesundheit ausgerichtet. Vor dem Hintergrund der belastenden, lebensbedrohlichen Situation der Patient*innen mit all ihren Facetten, fasst die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) in ihrem Positionspapier die Ziele der Sozialen Arbeit in der Onkologie zusammen: Die Krebspatient*innen sind ab dem Diagnosezeitpunkt und im gesamten Behandlungsverlauf sowie nach Beendigung der Therapien besonderen Belastungen ausgesetzt. Die Erkrankung nimmt Einfluss auf der körperlichen und psychischen Ebene, wie auch auf die Stellung der Patient*innen in Beruf, Familie und Gesellschaft. Dadurch kann es zu sehr belastenden Phasen mit unterschiedlichen emotionalen Auswirkungen kommen. Vor diesem Hintergrund sieht die Soziale Arbeit ihre Schwerpunkte in der Ressourcenarbeit und in der Befähigung von Krebspatient*innen, mit den belastenden Situationen und ihren Auswirkungen auf ihren Alltag zunehmend besser umgehen zu können. Eine weitere wichtige Aufgabe liegt in der Sicherung der beruflichen und sozialen Teilhabe sowie der wirtschaftlichen Existenz, welche durch die Erkrankung erheblich beeinträchtigt sein kann. Diese Aufgaben werden auf der individuellen Ebene, z.B. im Beratungskontext, und auf der politischen Ebene umgesetzt (vgl. ASO, 2016, S. 2 f.).

6.6.3 Beratungsprozess und Methoden

Die Beratung beinhaltet einen kommunikativen Prozess, in dem der Gegenstand, wie z.B. konkrete Fragestellungen oder problematische Situationen in der Lebenswelt der Klient*innen erörtert, ein Perspektivwechsel ermöglicht und individuelle Lösungen erarbeitet werden können. Wesentlich dabei ist es, dem Wunsch der Klient*innen nach Unterstützung nachzukommen sowie deren Autonomie zu wahren. Die Kommunikation in der Beratung wird geleitet vom Problemverständnis und den Verarbeitungsmodalitäten der Klient*innen.

Zur Basis dieser Beratung gehört eine personenzentrierte Gesprächstechnik. Das Ziel ist die Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Klient*innen. Je nach Beratungskontext und institutionellen Rahmenbedingungen sind rechtliche Kenntnisse erforderlich (vgl. Großmaß, 2014, S. 94-95).

Wesentliche Elemente der personenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers sind die kongruente und empathische Haltung, wie auch ein zugewandtes und akzeptierendes Verstehen den Klient*innen gegenüber (vgl. Rogers, 2017, S. 67-68).

Die Struktur des Beratungsprozesses beinhaltet in der Sozialberatung die Sozial- und Berufsanamnese, psychosoziale Diagnostik, die verschiedenen Interventionen sowie die Evaluation. Mühlum und Gödecker-Geenen (2003, S. 116) stellen fest, dass erst die umfassende Betrachtung der Patient*innen in ihrer oft verwickelten Lebens- und Krankheitssituation eine ganzheitliche Wiedereingliederung ermöglicht. Für diese umfassende Betrachtung ist eine Sozial- und Berufsanamnese unabdingbar.

Schwarz und Singer sehen die spezifischen Aufgaben der Sozialberatung in Krisenintervention, Organisation der Nachsorge sowie Sicherung der sozialen und wirtschaftlichen Situation, welche durch Case Management in der Beratung erfolgen kann. Sozialarbeiter*innen koordinieren die Nachsorge und sorgen, ausgehend vom individuellen Hilfebedarf, durch die Einzelfallhilfe für Ressourcenaktivierung, unter Einbeziehung der Versorgungssysteme. Im Beratungsprozess sind sozialtherapeutisches Fachwissen, Fachkenntnisse im Sozialrecht sowie Nutzung von Gesprächstechniken erforderlich (vgl. Schwarz und Singer, 2008, S. 254 ff.).

Die Haltung der Sozialarbeiter*innen in der Beratung wird geprägt durch das spezielle Mandat der Sozialen Arbeit. Dieses ist eingebettet in der Fachkompetenz, der ethischen Haltung, dem Auftrag des Kostenträgers und dem Auftrag der Klient*innen (vgl. Dettmers et al., 2015, S. 23).

Ergänzend kann in Bezug auf das Forschungsthema, das vierte Mandat nach Röh „die Institutionen“ benannt werden. Röh sieht insgesamt vier Mandate der Sozialen Arbeit als gegeben. Er geht vom Mandat der Gesellschaft, der Institutionen, der Klient*innen und dem Mandat der Profession aus, welche ambivalente Ansprüche beinhalten können (vgl. Röh, 2013, S. 69 f.). Im Beratungsprozess mit berufstätigen Brustkrebspatientinnen kann das Mandat der Institutionen eine be-

sondere Bedeutung einnehmen, ebenso wie das Thema der Selbstbestimmung. Der Wunsch nach Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wird ausdrücklich gestärkt, was auch Auswirkungen auf die Beratung hat. Stimmer führt an, dass Beratung im Idealfall einen „spezifisch, strukturierter, klientenzentrierter und zugleich problem- oder sachorientierter kommunikativer Verständigungsprozess ist, der [...] methodisch, theoretisch, axiologisch und wissenschaftstheoretisch begründet und durch empirische Forschung bezüglich seiner Wirkungen und Nebenwirkungen kontinuierlich zu überprüfen ist.“ (Stimmer, 2012, S. 128)

Als klassische Methoden der Sozialen Arbeit können zum Beispiel Case Management, supportive Begleitung, klientenzentrierte Gesprächsführung, Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Krisenintervention zum Einsatz kommen. Die Beratung und die Methoden orientieren sich an der jeweiligen Krankheitsphase, am Krankheitsverlauf, an der Belastbarkeit der Patient*innen, den Ressourcen, des Netzwerkes und dem individuellen Hilfebedarf. Daher kommen verschiedene Methoden zum Einsatz. Die ethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit flankieren die Beratung der onkologischen Patient*innen (vgl. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V., 2010, S. 7).

6.6.4 Aspekte der Beziehung zwischen Sozialarbeiter*in und Rehabilitand*in

Dieses Kapitel möchte einen Einblick in die Beziehung zwischen Sozialarbeiter*innen und onkologischen Rehabilitand*innen ermöglichen. Im Rahmen der Beratung entwickelt sich zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in eine Beziehung. Für Wendt stellt diese Beziehung eine „Begleitung mit doppeltem Mandat“ dar, welches das Verhältnis zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in bestimmt. Die Nähe-Distanz-Aushandlung zwischen den Personen spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Diese setzt auf Seite der professionellen Kräfte eine hohe Reflexionsfähigkeit voraus. Laut Wendt entsteht auf diesem Weg ein Arbeitsverhältnis, welches sich im Verlauf der weiteren Begleitung, z. B. in der Sozialberatung, zu einem Arbeitsbündnis entfalten kann. Diesen professionellen Beziehungsrahmen gilt es immer wieder zu thematisieren und zu konkretisieren. Dadurch entsteht eine Handlungssicherheit und Transparenz bei den Beteiligten und es wird die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit geschaffen (vgl. Wendt, 2017, S. 50). Be-

sonders im Bereich der Onkologie bedarf es dieser Aushandlungsprozesse und einer empathischen, individuellen Beziehungsgestaltung.

Ein Gelingen wird darin gesehen, „wenn die Partizipation des Klienten ernst genommen wird und nicht für den Klienten, sondern mit dem Klienten gearbeitet wird.“ (Erhardt, 2013, S. 25) Das Erstgespräch sieht sie für die Beziehung zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in als sehr bedeutsam an, hier kann ein vertrauensvolles Fundament für die spätere Zusammenarbeit geschaffen werden, welches den weiteren Beratungsverlauf erheblich beeinflusst (vgl. Erhardt, 2013, S. 50).

Gahleitner (2017, S. 169) stellt zur professionellen Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Onkologie Untersuchungsergebnisse vor. Es zeigt sich, dass eine adäquate Beziehung zwischen Krebspatient*innen, gegebenenfalls den Angehörigen und den Professionellen, eine sehr bedeutsame Stellung einnimmt. Aus den Interviews ist erkennbar, dass die Sozialberatung im sonst hektischen Klinikablauf mit wechselnden Ärzt*innen, reduziertem Personalschlüssel und eingeschränkter Kommunikation, eine wesentliche Konstante für Krebspatient*innen darstellt. Gahleitner weist durch die Untersuchungsergebnisse darauf hin, „dass das medizinische Gefüge in seiner technizistisch angelegten Personalmangelsituation destruktive Machtdynamiken mit sich bringt und weiterer Unterstützungsmöglichkeiten im Krankenhausbetrieb bedarf, um Versorgungsqualität und PatientInnenorientierung zu gewährleisten“ (Gahleitner, 2017, S. 170). Die Befragten schrieben der psychosozialen Fachkraft die größte Wirkung in Form der Stabilisierung im gesamten Klinikablauf zu. Als Qualitätsmerkmal wurde das niedrigschwellige Angebot aufgeführt, welches auch über den Klinikaufenthalt hinaus bestand. Der Kliniksozialdienst wird als Gegenpol zum medizinischen, unruhigen Klinikablauf als „einfaches menschliches Da-Seins“ (ebda., S. 171) wahrgenommen, als bedeutungsvollen Bezugspunkt in der professionellen Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und den damit einhergehenden Belastungen unterschiedlichster Ausprägung. Als sehr entlastend wurden die sozialrechtlichen Informationen sowie die administrative Unterstützung und Überleitung zu nachsorgenden Institutionen empfunden (vgl. ebda., S. 174).

7 Forschungsdesign und Vorgehen bei der Untersuchung

Von den theoretisch-empirischen Vorüberlegungen ausgehend befasst sich die Untersuchung mit der Forschungsfrage „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“. Im folgenden Kapitel wird das wissenschaftliche Vorgehen bei der Untersuchung beschrieben. Insbesondere wird hierfür die Forschungsmethode, die Datenerhebung durch narrative Interviews sowie die Datenauswertung anhand der Grounded Theory vorgestellt.

Um hier einen möglichst umfassenden Einblick in das Erleben von materieller Unsicherheit bei berufstätigen Brustkrebspatientinnen zu erhalten, wurde ein qualitatives Forschungsdesign favorisiert und sich gegen ein quantitatives Vorgehen entschieden, da in der qualitativen Forschung die Lebenswelten aus der Perspektive der Handelnden heraus geschildert werden. Somit wird ein Einblick in subjektive, soziale Wirklichkeit(en) der berufstätigen Brustkrebspatientinnen ermöglicht. Durch diesen Blick können Ablaufprozesse, Muster und strukturelle Besonderheiten besonders deutlich werden. Einen weiteren Grund zum qualitativen Forschen sehen Flick und Kolleg*innen darin, dass im Gegensatz zu standardisierten Erhebungen ein viel exakteres und klareres Bild darüber entsteht, was es z. B. aus Sicht der Befragten bedeutet, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. In diesem Forschungsprojekt geht es um die Sicht der Betroffenen im sozialadministrativen Umgang mit den Leistungsträgern. Das qualitative Vorgehen ermöglicht hierbei einen höheren Erkenntnisgewinn. Flick et al. weisen darauf hin, dass mit qualitativen Forschungsstrategien „das Neue im Untersuchten, das Unbekannte im scheinbar Bekannten offen sein kann“ (vgl. Flick, v. Kardoff, Steinke, 2017, S. 14 ff.).

Gegen Ende des Versorgungsverlaufes in der Rehabilitationsklinik haben die Rehabilitand*innen die Möglichkeit in die Sprechstunde der Sozialberatung zu kommen. Hier können sie ihre sozialen und administrativen Angelegenheiten besprechen und Lösungen entwickeln. In diesem Kontext werden auch die bisher belastenden Erfahrungen mitgeteilt. Für die Untersuchung ist es für die Forscherin jedoch wesentlich, offen für Neues zu sein, um weitere Aspekte der Rehabilitandinnen wahrnehmen zu können und diese zu beleuchten. Flicks Aussage verstärkt somit nochmals die Entscheidung für eine qualitative Form der Untersuchung. Es

ist ein Anliegen, sowohl zu verstehen und zu erheben, was die Brustkrebspatientinnen im Erleben von wirtschaftlicher Unsicherheit berührt und belastet, als auch was als unterstützend wahrgenommen wird. Eine qualitative Erhebung nimmt eine fallorientierte Perspektive ein. Diese Methode ermöglicht es, die Emotionen der Befragten sichtbar werden zu lassen. Die Befragten haben die Möglichkeit sich differenziert zu äußern. Durch den face-to-face Kontakt findet ein höheres Maß an Interaktion und Kommunikation statt. Der persönliche Kontakt mit den Rehabilitand*innen bei der Befragung entspricht dem sehr sensiblen Bereich der Onkologie. Für das Ergebnis der Untersuchung ist es wesentlich, dass sich Konsistenz und Authentizität der Befragten im Interview einstellen.

Dies wird durch die „Logik rationaler Kommunikation“ im Vorgehen sichergestellt. Kuckartz et al. sprechen von einem Begründungszwang, da auch Nachfragen durch die Interviewer*innen möglich sind (vgl. Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., Stefer, C., 2008, S. 66 ff).

Eine qualitative Forschung ermöglicht es auch, dass „sie ihre Fragestellungen, Konzepte und Instrumente in Interaktion mit dem Forschungsfeld immer wieder überprüft und anpasst“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 3). Die Rahmenbedingungen in der Rehabilitationsklinik ermöglichen diese qualitative Datenerhebung. Falls notwendig kann während des Projektes jederzeit nachjustiert werden.

7.1 Datenerhebung

Im folgenden Kapitel wird das Vorgehen der Datenerhebung vorgestellt. Ein Nachvollziehen der einzelnen Forschungsschritte, vom Forschungszugang, Einwilligungserklärungen, Ausschlusskriterien u.v.m. bis hin zum narrativen Interview, wird dadurch ermöglicht. Die Erhebungsphase erstreckte sich vom 06. März 2021 bis zum 08. November 2021.

7.1.1 Forschungszugang

Der Zugang zum Forschungsfeld wird in der onkologischen Rehabilitationsklinik ermöglicht. Die Klinik ist eine von vier Kliniken, welche familiengeführt sind. Die Klinik verfügt über rund 180 Betten und führt Rehabilitationen mit Schwerpunkt der Indikationen Brustkrebs, Erkrankungen des Verdauungstraktes und Hämatologie

durch. In diesem Rahmen können erwerbsfähige Rehabilitandinnen im Alter von 25 bis 65 Jahren für dieses Forschungsprojekt befragt werden. Da es sich hier um eine institutionelle Einrichtung handelt, muss im Vorfeld der institutionelle Rahmen der Rehabilitationsklinik zugänglich gemacht werden. Dieser ist durch die Zusage für das Forschungsprojekt von der Klinikleitung gewährleistet.

7.1.2 Einwilligungserklärungen

Bei den Befragten handelt es sich um Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eine Einwilligung dieser Institution zur Durchführung des Projektes ist vor Beginn unter Vorlage des Forschungsvorhabens eingeholt worden.

Da es sich um eine vulnerable Zielgruppe handelt, wurde ebenfalls eine Prüfung durch den Ethikrat der Universität Siegen durchgeführt. Zudem wurden jeweils eine schriftliche Einwilligung der befragten Rehabilitandinnen sowie eine Datenschutzerklärung nach einer entsprechenden Erläuterung unterschrieben.

7.1.3 Zugang zu den Interviewpartnerinnen

In den Vorüberlegungen wurden drei Möglichkeiten des Zugangs zu den Interviewpartnerinnen angedacht. Die neu angereisten Rehabilitandinnen werden durch einen Vortrag über sozialrechtliche Informationen in Kenntnis gesetzt. An dieser Stelle erfolgt ein erster Kontakt zu den Sozialarbeiter*innen, Hier hätte die Möglichkeit bestanden, das Forschungsvorhaben vorzustellen. In diesem Rahmen hätte sich die Gelegenheit eines weiteren Informationsaustausches für interessierte Rehabilitandinnen eröffnet. Ein weiterer Zugang hätte die Einzelberatung dargestellt, indem auf das Projekt hingewiesen worden wäre. Als einen weiteren Zugang wurde zu Projektbeginn ein Aushang mit Hinweis auf das Forschungsprojekt am Infoboard im Foyer der Klinik angesehen. Vor dem Hintergrund der oft sehr hohen psychosozialen Belastungen von Betroffenen wurde von oben beschriebenen Zugängen abgesehen. Die Durchführung der Untersuchung in diesem sensiblen Bereich bewog die Forscherin, den Brustkrebspatientinnen einen geschützteren und differenzierteren Zugang zu ermöglichen. Als Teilnahmekriterium dienten dazu die Ergebnisse des bei Rehabilitationsbeginn durchgeführten Screenings, dem Patient Health Questionnaire-4 Fragebogen (PHQ-4). Es handelt sich hierbei

um einen validierten Fragebogen, welcher depressive Störungen, Angststörungen und psychische Belastungen erhebt. Eine psychische Belastung gilt ab einem Wert >6 als gesichert. Der Cut-off-Wert des PHQ-4 Fragebogens für dieses Forschungsprojekt wurde auf 6 festgelegt. Am jeweils letzten Anreisetag der Woche wurde von der Forscherin im Klinikverwaltungssystem (KVS) eine Anreiseliste der Brustkrebspatientinnen ausgedruckt. Die Ergebnisse des PHQ-4 Fragebogens werden vom Schreibdienst in das KVS eingepflegt. Die Forscherin sichtete die einzelnen PHQ-4 Ergebnisse der einzelnen Rehabilitandinnen und selektierte entsprechend dem Cut-off-Wert von 6. Damit wurde verhindert, dass besonders belastete Brustkrebspatientinnen zum Interview eingeladen wurden. Die Brustkrebspatientinnen mit einem PHQ-4 Ergebnis unter 6 erhielten ein Informationsschreiben über das Forschungsprojekt in ihr Klinikpostfach. Bei Interesse an der Teilnahme des Forschungsprojektes konnten die Rehabilitandinnen das Schreiben mit Angabe ihres Namens und ihrer Zimmernummer in den Briefkasten der Sozialberatung einwerfen. Die weitere Kontaktaufnahme erfolgte dann per Telefon. Bei Zusage wurde ein Termin für das Vorgespräch vereinbart.

Es muss hervorgehoben werden, dass der Zugang zu den Interviewpartnerinnen im institutionellen Kontext einer Rehabilitationseinrichtung eröffnet wird. Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 41 ff.) weisen darauf hin, dass es von besonderer Bedeutung ist, dass bei den Interviewten nicht die Annahme entsteht, dass die Institution Auftraggeber für das Projekt sei und Informationen aus dem Interview an diese weitergereicht werden. Sonst besteht dabei die Gefahr, dass eine Misstrauenssituation gegenüber der Forscherin entsteht. Um das Forschungsergebnis nicht zu beeinflussen, soll ein besonderer Wert darauf gelegt werden, den Untersuchungspersonen eine allgemeine Einführung über das Forschungsinteresse zu ermöglichen (vgl. ebda. S. 41 f.). Diese allgemeine Einführung wurde in die Praxis umgesetzt.

Zur Reflexion fanden während des Forschungsprojektes in regelmäßigen Abständen Supervision, Teilnahme am Promotionskolloquium der Uni Siegen und Teilnahme an einer Grounded Theory-Auswertungsgruppe (14tägig) statt.

7.1.4 Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Erhebung

Um ein valides Forschungsergebnis zu erlangen sowie zum Schutz von sehr belasteten Rehabilitandinnen wurden folgende Ausschlusskriterien für die Teilnahme an dem Forschungsprojekt festgelegt:

- schwerwiegende psychiatrische Zusatzdiagnosen
- PHQ-4 Ergebnis über 6
- eine Lebenserwartung unter einem Jahr
- Arbeitslosigkeit
- unzureichende Deutschkenntnisse
- stark beeinträchtigtes Hörvermögen

7.1.5 Personenbezogenen Datenerhebung

Für die Untersuchung, insbesondere zur sozialrechtlichen Fallbeschreibung, sind personenbezogene Daten zu erheben. Die Daten der Rehabilitandinnen werden im internen Klinikverwaltungssystem hinterlegt. Fallbezogen wurden sie von der Forscherin gesichtet. Hierbei wurden die Grundsätze des Datenschutzes reflektiert und beachtet.

7.2 Verwaltung der personenbezogenen Daten und der erhobenen Forschungsdaten

Die Verwaltung und Bearbeitung der erhobenen Daten erfolgen in anonymisierter Form, so dass eine personenbezogene Zuordnung nicht möglich ist. In einem Vorgespräch erhalten die potenziellen Interviewpartnerinnen detaillierte Informationen zum Forschungsprojekt. Eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme wird von den Teilnehmerinnen eingeholt. Sie erhalten ein Informationsblatt über das Forschungsprojekt mit Kontaktdaten der Ansprechpartnerin. Die Teilnahme ist freiwillig. Im klinischen Kontext entstehen keine Nachteile, z.B. in der Behandlung oder bezüglich der Beratung bei Nichtteilnahme der Rehabilitandin an der Untersuchung. Die personenbezogenen Daten der Interviewpartnerinnen und die Einwilligungserklärungen der Teilnehmerinnen werden verschlossen zehn Jahre aufbewahrt.

7.3 Narrative Interviews

Als Erhebungsverfahren für diese Untersuchung wurde das narrative Interview gewählt. Es handelt sich um eine qualitative Erhebungsmethode im Rahmen der interpretativen Sozialforschung.

Das narrative Interview wurde von dem Soziologen Fritz Schütze Ende der 70er Jahre entwickelt. Hierbei prägten ihn insbesondere der phänomenologische Ansatz des Soziologen Alfred Schütz der Chicago School, eng verbunden mit dem Soziologen und Philosophen Georg Herbert Mead, von dem der Symbolische Interaktionismus stammt und seinem Schüler, dem Soziologen Herbert Blumer (vgl. Bohnsack, 2021, S. 95). Insbesondere durch Schützes Untersuchung zu kommunalen Machtstrukturen bildete sich die Erhebungsmethode des narrativen Interviews heraus. Ziel der narrativen Interviews ist es, dass die Brustkrebspatientinnen ihre individuelle biografische Situation nach Diagnosestellung mit den damit verbundenen sozialen Phänomenen beschreiben.

Hierfür sind die von Küsters (2009, S. 61 ff.) beschriebenen drei Elemente im Ablauf des narrativen Interviews wesentlich:

- autobiographische Anfangserzählung
- immanentes Nachfragen
- exmanentes Nachfragen

Nach Rosenthal (2015, S. 163) folgen die Forscher*innen im narrativen Interview dem „Prinzip der Offenheit“ und vermeiden es, von bestimmten Annahmen geleitet zu werden. Sie lassen den Interviewpartner*innen Raum für die eigene Darstellung ihrer Lebenswelt- und Alltagskonstruktion.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Datenerhebung wie folgt durchgeführt: Die Forscherin erhob neun narrative Interviews im Zeitraum von März 2021 bis November 2021. Diese Interviews wurden, bis zur Reflexion einer Rollenkolli- sion der Forscherin, zunächst im Büro der Forscherin durchgeführt. Danach fanden sie in einem anderen Arbeitszimmer statt. Von zentraler Bedeutung war eine angenehme Gesprächsatmosphäre. Vor dem Interviewbeginn wurden die Befragten über den methodischen Ablauf des Interviews sowie der Rolle der Forscherin

als Zuhörer*in informiert. Im Anschluss wurde das Interview mit dem Erzählstimulus eröffnet.

7.3.1 Erzählstimulus

Das narrative Interview wird mit einem erzählgenerierendem Anfangsstimulus eröffnet. Im Vorfeld wurde folgender Erzählstimulus entwickelt, der im Promotionskolloquium diskutiert, modifiziert und in allen Interviews angewandt wurde:

-Begrüßung-

„Es handelt sich hier um ein Forschungsprojekt der Uni Siegen und der Klinik XY. Aktuell schreibe ich eine Arbeit über berufstätige Brustkrebspatientinnen und ihre Erfahrungen während ihrer Krankheitsphase.

Und ich möchte sie bitten, mir von der Zeit der Diagnose bis heute mit den Ereignissen und Situationen, die besonders für sie waren, zu erzählen. Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie sie möchten. Ich werde sie auch erst mal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen zu den Fragen machen, auf die ich dann später nochmal zurückkommen werde.“

Bei der Entwicklung des Erzählstimulus wurde bewusst drauf geachtet, nicht nach der finanziellen Situation während des Versorgungsverlaufes zu fragen, sondern nach „besonderen Ereignissen und Situationen“. Somit wurde er absichtlich sehr offen gestaltet, damit die Rehabilitandinnen ihrem persönlichen Erleben folgen können. Es hat eine besondere Bedeutung und Aussagekraft, wenn eine Interviewpartnerin das finanzielle Thema von sich aus aufgreift bzw. nicht aufgreift und nur auf Nachfragen darauf eingeht. Dieses Vorgehen wird durch die Aussagen von Hopf unterstrichen. Die Interviewer*innen unterbrechen die Erzählenden zunächst nicht und sollten sich in die Rolle der interessierten und unterstützenden Zuhörer*innen begeben. Durch die Möglichkeit des freien Wiedergebens besteht laut Hopf (2017, S. 357) die Möglichkeit, dass die Erzählungen weniger an den „Ideologien und Rationalisierungen“ angelehnt sind, sondern eher fest umrissene Handlungsabfolgen widerspiegeln. Ein weiterer Erkenntnisgewinn liegt im Zugzwang des Erzählens, welcher Gedanken und Erinnerungen preisgeben kann, die die Befragten bei direkter Fragestellung nicht mitgeteilt hätten.

Ergänzend argumentiert Küsters (2009, S. 58), dass der Erzählfluss nicht unterbrochen werden sollte, damit die Interviewpartner*innen nicht aus ihrer eigenen Wahrnehmung und ihrer Präsentation des Geschehenen herausgerissen werden. Nach Rosenthal (2015, S. 171) ist es wesentlich, in der Erzählaufforderung nach einem zeitlichen Anhaltspunkt zu fragen und im Folgenden eine Einladung zur Erzählung des Geschehens einzufügen. Diese Zeitangabe erleichtert den Interviewpartner*innen die temporäre Zuordnung und Strukturierung des Erlebten. Ebenso ist es für sie leichter in den gewünschten Erzählfluss zu gelangen. Im vorliegenden Forschungsprojekt wurde die temporäre Zuordnung „von der Zeit der Diagnose bis heute“ gegeben. Dadurch erhielten die Befragten einen zeitlichen Ankerpunkt und konnten sich an diesem orientieren. Die thematische Erzähleinladung erfolgte durch die Beschreibung „Ereignissen und Situationen, die besonders für sie waren“.

7.3.2 Immanente und exmanente Fragen

Erst wenn die Befragten offensichtlich ihre Darstellung beendet haben, z.B. durch ein Erzählkoda, sollten die Forscher*innen mit dem zweiten Teil, dem Nachfragen, beginnen. Zunächst beginnt man mit immanenten Fragen, welche sich direkt aus dem Erzählten ergeben, z.B. bei einer lückenhaften bzw. vermeidenden Darstellung. Sind diese Fragen annähernd beantwortet, kommt es zu der Phase, in der exmanente Fragen gestellt werden. Es handelt es sich hierbei um Fragen, die mit der Thematik zu tun haben, jedoch während des Interviews von den Befragten nicht selbst angesprochen wurden. In dem vorliegenden Forschungsprojekt waren dies Fragen zur wirtschaftlichen Situation, zum Erleben von wirtschaftlicher Unsicherheit sowie ihre Erfahrungen mit den Kostenträgern.

Als Ergebnis des autobiografischen narrativen Interviews sieht Schütze „Datentexte, welche die Ereignisverstrickungen und die lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung des Biographieträgers so lückenlos reproduzieren, wie das im Rahmen systematischer sozialwissenschaftlicher Forschung überhaupt nur möglich ist“ (Schütze, 1983, S. 285). Zudem werden auch die „inneren Reaktionen“ sowie die Auslegung der Ereignisse der Interviewpartner*innen erkennbar. Durch den „Raffungscharakter“ der Schilderung werden „[...] die großen Zusammenhän-

ge des Lebensablaufs herausgearbeitet, markiert und mit besonderen Relevanzsetzungen versehen“ (Schütze, 1983, S. 286).

Unterstützende Elemente sind hierbei der „Gestaltschließungszwang und „Kondensierungszwang“. Im Gestaltschließungszwang möchten die Interviewten den Zusammenhang ihrer Erzählung einer neutralen Person möglichst nachvollziehbar präsentieren. Im weiteren Element, dem Kondensierungszwang, sehen sich die Interviewten aufgrund des Zeitdrucks im Zugzwang wesentliche Bausteine ihres Erlebten mitzuteilen (vgl. Schütze, 1976, S. 224).

Vor dem geschilderten Hintergrund erschien das narrative Interview für dieses Forschungsprojekt besonders geeignet. Es ermöglicht das Thema explorativ zu erforschen und somit die Erfahrungen der Brustkrebspatientinnen, ihr inneres Erleben und ihre Reaktionen während des Krankheitsverlaufes sowie die Interaktionen mit den beteiligten Kostenträgern zu erheben.

7.3.3 Interviewaufzeichnung/Datenaufzeichnung

Die Rehabilitandinnen werden mündlich, im face to face Kontakt, befragt und die Interviews werden digital mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet.

7.3.4 Transkription, Transkriptionsregeln

Die erhobenen Daten werden im nächsten Schritt transkribiert. Die Transkription in einem Forschungsprojekt bedarf eines festgelegten Regelwerkes. Przyborski und Wohlrab-Sahr beschreiben die Transkription wie folgt: „Sie überführt die Dokumente der sozialen Welt in abdruckbare Text- und Bildsequenzen, auditive Wahrnehmungen in schriftliche Texte und bewegte Bilder in eine Abfolge von Standbildern“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2021, S. 213).

Vor dem Hintergrund eines qualitativen Forschungsprojektes wird eine vollständige Transkription mit literarischer Umschrift gewählt. Somit „bleiben alle sprachlichen Besonderheiten des Audiotextes erhalten, sodass dialektale Färbungen, Umgangssprachliches oder Besonderheiten der gesprochenen Sprache in deren verschriftlichter Form sichtbar sind und somit erhalten bleiben“ (Misoch, 2015, S. 252 f.).

Die Transkriptionsregeln sowie die einheitliche Schreibweise werden im Anhang vorgestellt. Nach Beschreibung der Datenerhebung, Datenaufzeichnung und – aufbereitung wird im Anschluss die Methodologie des Auswertungsverfahrens bzw. Analyse der erhobenen Daten vorgestellt.

7.4 Grounded Theory als Forschungsmethodologie

Für die vorliegende Untersuchung wurde die ursprüngliche Grounded Theory nach Strauss und Corbin ausgewählt. Der Forschungsstil geht zurück auf die Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss und wurde 1967 in dem Buch „The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research“ veröffentlicht (vgl. Mey, Mruck, 2011, S. 11). Seine wissenschaftliche Ausrichtung erfuhr Strauss durch Blumer, welcher selbst ein früherer Schüler von Mead war. Strauss wurde somit durch den Pragmatismus und den Symbolischen Interaktionismus geprägt. Strauss entwickelte mit Juliet Corbin, eine frühere Schülerin von ihm, die Grounded Theory weiter. Zwischenzeitlich spricht man von einer „Second Generation“. Zu ihr zählen Juliet Corbin, Kathy Charmaz (konstruktivistische Grounded Theory) und Adele E. Clarke (Situationsanalyse) (vgl. Mey, Mruck, 2011, S. 12 ff.). Es handelt sich bei der Grounded Theory um eine qualitative Forschungsmethode, welche induktiv nach systematischer Anwendung bestimmter Verfahren aus der Datenanalyse heraus, gegenstandsbezogene Theorien über den Forschungsgegenstand entwickelt (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 8). Das Verfahren ermöglicht eine flexible Annäherung an den Forschungsgegenstand „Erleben materieller Unsicherheit von berufstätigen Brustkrebspatientinnen“. Bei dieser Forschungsfrage geht es nicht um die Bestätigung einer Theorie, sondern um die Kategoriebildung bzw. die Bildung einer Theorie der Sozialen Arbeit. Sie könnte zur Erweiterung bestehender Theorien beitragen. Dazu ist die Methode der Grounded Theory besonders geeignet. Hierfür sind das Kodieren des empirischen Materials in Sinn-einheiten, die aufeinanderfolgende Auswahl der neu zu erhebenden Daten durch das Theoretical Samplings sowie „die Vergleiche, die zwischen den Phänomenen und Kontexten gezogen werden und aus denen erst die theoretischen Konzepte erwachsen“ (Strauss, 1994, Abs. 59) vorgesehen.

Es handelt sich um einen iterativen Forschungsprozess, welcher einen fortwährenden Alternierungsprozess zwischen Datenerhebung, Reflexionsarbeit, Analyse der Daten und Theorieentwicklung fordert (vgl. Mey, Mruck, 2011, S. 23).

Corbin und Strauss (2004, S. 31) beschreiben das Vorgehen bei der Grounded Theory im Einzelnen. Die aktuell erhobenen Daten werden mit den bereits vorhandenen Daten zu einem Vergleich herangezogen. Diese Daten werden auf Übereinstimmung und Verschiedenheit in den entwickelten Kategorien untersucht. Es findet eine Kodierung der Daten statt. Durch diese Kodierung werden alle Kategorien miteinander verbunden.

Das Vorgehen in der Grounded Theory verbindet Strübing mit einem kreativen, prozesshaften Wechsel von einem fortdauernden Tun, Innehalten und Reflektieren und weniger mit einem starren Vorgehen in einer bestimmten Abfolge, sozusagen einer ständigen Parallelität im Vorgehen (vgl. Strübing, 2021, S.11).

Er berichtet, dass durch die Parallelität der einzelnen Arbeitsgänge der Analyseprozess schon ab dem ersten Interview einsetzt (vgl. Strübing (2018a, S. 37).

So entwickelt sich eine „Prozesssteuerung“ aus sich selbst heraus, bzw. den vorherigen Prozessschritten. Erwähnenswert ist das Verständnis von Strauss zur Forschungsarbeit. Er sieht sie als ein auf Reziprozität basierendes Verhältnis von Gegenstand der Forschung und den Forschenden, das auch Veränderungen zur Folge haben kann. Daraus resultierend sieht Strauss die entwickelte Theorie als ein stets „subjektiv geprägtes Produkt“ an (vgl. Strübing, 2021, S. 11 ff.).

7.4.2 Theoretisches Sampling

Strauss und Corbin definieren theoretisches Sampling als die „Auswahl einer Datenquelle, Fall, Stichprobe, Ereignis etc. [...] auf der Basis von Konzepten, die eine bestätigte theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen. Es ist ein Aspekt der vergleichenden Analyse, der das gezielte Suchen und Erkennen von Indikatoren für die Konzepte in den Daten ermöglicht“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 148).

Die beiden Forscher beschreiben die Ziele des theoretischen Samplings im „Identifizieren, Entwickeln und Inbeziehungsetzen von Konzepten“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 149). Anhand einer theoretischen Relevanz werden bestimmte Konzepte

als besonders bedeutsam im Samplingprozess angesehen. Für diese Relevanz sehen sie zwei Punkte als wesentlich an.

- Konzepte, die immer wieder auftreten bzw. Konzepte, die offenkundig nicht auftreten,
- Konzepte, welche zu Kategorien zusammengefügt werden.

Das theoretische Sampling wird im Analyseprozess von Fragen und Vergleichen geleitet. Dieses Vorgehen wird auch in den einzelnen Kodierverfahren angewandt und führt zum Entdecken von Modifikationen, Prozessen und Inhaltliche. Strauss und Corbin empfehlen im theoretischen Sampling ein flexibles Vorgehen, angepasst an die aktuellen Erkenntnisse (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 149). Strübing macht darauf aufmerksam, dass bereits im Prozess der Datenerhebung z.B. im Interview, während des Transkribierens Forscher*innen ein Gespür bzw. eine Idee davon bekommen, welches Material relevant für die Fragestellung sein könnte. Der Kontrastierungsprozess, von einer geringen bis hin zu einer hohen Kontrastierung, vollstreckt sich auf verschiedenen Ebenen, oft zeitgleich und über den gesamten Auswertungsprozess (vgl. Strübing, 2018b, S. 130).

Dies hat zur Folge, dass die Forscher*innen in der Materialanalyse fortwährend Entscheidungen fällen müssen, um die Auswahl und die Dimensionen der Konzepte gewinnen zu können. Somit wird das jeweils neu erhobene Datenmaterial laufend zu Vergleichen herangezogen und nach neuen Besonderheiten und Dimensionsvarianten untersucht. Das bedeutet, dass die entwickelte Theorie das fortlaufende Samplingverfahren überprüft, da alle getroffenen Entscheidungen von der Theorie herzuleiten sind (vgl. Strübing, 2021, S. 32).

Das Vorgehen im theoretischen Sampling wird im Folgenden anhand der drei Arten von Samplingverfahren vorgestellt:

7.4.2.1 Offenes Sampling

Offenes Sampling steht in Bezug zum offenen Kodieren. Bedeutsam ist an dieser Stelle die Spezifität in der Wahl der Interviewpartner*innen. Die Offenheit gegenüber den Interviewpartner*innen, Lebenssituationen etc. welche „die größte Chance bieten, die relevantesten Daten über das untersuchte Phänomen zu gewinnen“ (Strauss, Corbin, 1996, S. 153) ist wesentlich. In diesem Forschungsprojekt wur-

de, wie in Kapitel 7.1 beschrieben, vorgegangen. Das Informationsschreiben zum Forschungsprojekt wurde, unter Berücksichtigung der psychosozialen Belastungen, allen berufstätigen Brustkrebspatientinnen in ihr Postfach gelegt. Es war daher für die Forscherin offen, welche Interviewpartnerinnen sich melden werden. Es war unklar, ob sich Frauen mit Brustkrebs oder einer Krebsvorstufe (DCIS) melden, welche Altersgruppe, wie lange arbeitsunfähig, Teilzeit- oder Vollzeittätigkeit etc., wer sich angesprochen fühlt, an dem Interview teilzunehmen. Dadurch bestand eine hohe Wahrscheinlichkeit, die größtmögliche Auswahl an Kategorien mit verbundenen Ausprägungen und Dimensionalität zu erhalten. Strübing spricht von einer „Maximierung potenzieller Lesarten und Perspektiven“ (Strübing, 2021, S. 32).

7.4.2.2 Sampling von Beziehungen und Variationen

Das Sampling von Beziehungen und Variationen ist eng verbunden mit dem axialen Kodieren. Es verfolgt das Ziel, die größten Unterschiede in der Dimensionalität der Kategorien zu finden. Der Blick vom offenen Sampling verlagert sich nun hin zum Aufspüren von Beziehungen und deren Validierung. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, bewusst andere Interviewpartner*innen, Plätze, Verschriftlichungen auszuwählen. Das jeweilige Vorgehen ist auch vom Feldzugang abhängig. In der Folge verändern sich die ausgewählten Fälle und das Datenmaterial (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 156 f.).

Der Fokus liegt nun auf den bisher entwickelten „[...] tentativen Zusammenhangshypothesen und ihre Überprüfung“ (Strübing, 2021, S. 32). In diesem Forschungsprojekt bot allein das Setting und das damit verbundene breite soziale Spektrum der berufstätigen Brustkrebspatientinnen eine hohe Varianz z.B. an sozialen und sozioökonomischen Modifikationen auf, welche nun validiert werden konnten.

7.4.2.3 Diskriminierendes Sampling

Das diskriminierende Sampling steht in einem engen Zusammenhang mit dem selektiven Kodieren. Da es sich hierbei insbesondere um die dimensionale Einbindung von Kategorien und die Validierung von Beziehungsvariationen handelt, legen Strauss und Corbin besonderen Wert auf ein wohl durchdachtes diskriminie-

rendes Sampling. Das bedeutet für die Praxis eine wohlüberlegte Auswahl, welche Interviewpartner*innen, welche Datenerhebung, welche Orte etc. erfolgen. In diesem prozesshaften Vorgehen ist die Verifizierung der Grundstruktur des Erlebten leitend (vgl. Strauss, Corbin, 1990, S. 187).

Die Bedeutung des Überprüfungsprozesses kommt in dem Zitat von Strauss und Corbin besonders zum Ausdruck: „[...] vergleichen wir ständig Hypothesen mit der Wirklichkeit (den Daten), führen Modifikationen durch und überprüfen erneut. Nur das, was sich wiederholt gegenüber der Realität von Bestand erwiesen hat, wird in die Theorie eingebaut“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 158). Selbst nichtige oder ungute Interaktionsbeispiele werden beachtet. Sie können als Hinweis für eine bisher noch nicht berücksichtigte Modifikation bzw. eine Handlungsrichtung verstanden werden (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 158).

7.4.2.4 Theoretische Sensibilität und theoretische Sättigung

„Theoretische Sensibilität bezieht sich auf die Fähigkeit, Einsichten zu haben, den Daten Bedeutung zu verleihen, die Fähigkeit zu verstehen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen. All dies wird eher durch konzeptuelle als durch konkrete Begriffe erreicht. Erst die theoretische Sensibilität erlaubt es, eine gegenstandsverankerte, konzeptuell dichte und gut integrierte Theorie zu entwickeln“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 25).

Nach Strauss und Corbin speist sich die theoretische Sensibilität aus der Literatur, beruflicher Praxiserfahrung, persönliche Lebenserfahrungen und Beobachtungen der Forscher*innen. Ein weiteres wesentliches Element der theoretischen Sensibilität stellt der analytische Forschungsprozess als solcher dar. Im Analyseprozess setzten sich Forscher*innen immer spezifischer mit einem Phänomen auseinander z.B. durch Nachfragen, durch Vergleichen, in Beziehung setzen und vieles mehr. So erweitert sich auch der Forscher*innenblick auf die erhobenen Daten (vgl. Strauss und Corbin, 1996, 25 f).

„Die zunehmende Sensibilität für Konzepte, ihre Bedeutungen und ihre Beziehungen ist es, die das Verweben der Datenauswahl mit der Datenanalyse so wichtig werden lassen. Jeder einzelne Aspekt führt zum nächsten und steigert dabei die Einsicht und das Erkennen der Parameter der entstehenden Theorie“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 27).

„Die spezifischen Sampling-Entscheidungen ergeben sich während des Forschungsprozesses selbst“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 163).

Es werden so viele Interviews geführt, Kategorien so lange angeordnet, bis ein Bild der Grounded Theory erkennbar wird, somit eine theoretische Sättigung eintritt und eine angemessene Darstellung des Untersuchungsgegenstandes möglich ist. Diese theoretische Sättigung sehen Strauss und Corbin als gegeben, wenn

- keine neuen Erkenntnisse in Bezug auf eine Kategorie erkennbar sind,
- die Dichte der Kategorien erreicht wurde,
- die Kategorien ausführlich in Beziehung zueinander gesetzt und verifiziert wurden (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 159).

Truschkat und Kolleginnen weisen darauf hin, dass es im Forschungsprozess elementar ist, seinen Forschungsdaten bzw. in die „emergierende Theorie“ zu vertrauen. Sie berichten aus ihrer Forschungspraxis, dass sich aus ihrer Erfahrung heraus die „sozialen Phänomene“ schon sehr viel früher als angenommen wiederholen. Daher ist es wesentlich die Datenlogik und die Bedeutsamkeit der „aufgebrochenen Daten“ zu verstehen und somit den Zeitpunkt der theoretischen Sättigung zu erkennen (vgl. Truschkat, Kaiser-Belz, Volkmann, 2011, S. 373).

7.4.2.5 Erstellen von Memos

Bevor im nächsten Abschnitt auf die verschiedenen Kodierformen und ihre praktische Umsetzung eingegangen wird, erscheint es an dieser Stelle angezeigt auf die Erstellung von Memos einzugehen. Strauss und Corbin verstehen unter Memos „Schriftliche Analyseprotokolle, die sich auf das Ausarbeiten der Theorie beziehen“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 169).

Sie sehen die Memos als Verschriftlichungen des „abstrakten Denken“ über das erhobene Datenmaterial an. Es können verschiedene Memoarten, wie z.B ein Kode-Memo, Theorie-Memos oder Planungs-Memos erstellt werden. Zu Beginn der Analysetätigkeit können die Memos noch sehr spärlich ausfallen. Sie können in Satzform oder als Stichpunkte notiert werden. Im weiteren Forschungsprozess werden die Memos an Inhalt, Spezifizierung und Gewichtung zunehmen. Die Memos stellen ein wesentliches Element im Auswertungsprozess dar und werden von Beginn bis Ende des Forschungsprozesses verfasst. Die Memos für dieses

Forschungsprojekt wurden im Forschungstagebuch, in Protokollen der Promotionskolloquien und der Grounded Theory-Auswertungsgruppe sowie in MAXQDA festgehalten. Das Erstellen von Memos ermöglicht den Forscher*innen sich vom Datenmaterial zu lösen und eine Abstraktionsebene zu erreichen. Um die spätere Integration der Memos in den Analyseprozess zu erleichtern, erscheint es sinnvoll diese chronologisch zu datieren, zu ordnen und zu systematisieren (vgl. Strauss, Corbin, 1996, S. 170 ff.). Dieses Vorgehen dient gleichzeitig auch der Validierung der Forschungsergebnisse. Strübing sieht in dem Verfassen von Memos eine Unterstützung für Forscher*innen in der Datenanalyse im laufenden Forschungsprozess, er spricht vom „[...] Schreiben also als „Denkzeug“ (Strübing, 2018b, S. 139). Einen besonderen Aspekt sieht er ebenso wie Strauss und Corbin in der Validierung der Forschungsergebnisse. Darüber hinaus stellt das Erstellen von Memos, das neue Durchdenken oder auch Ordnen einen bedeutsamen Baustein auf dem Weg der Theoriegenerierung dar. In der Bedeutung sieht er den Prozess der Datenanalyse am erhobenen Material und den Prozess der Verschriftlichung als gleichwertig an (vgl. Strübing, 2018b, S. 140).

7.5 Offenes Kodieren

Das wesentliche Vorgehen beim offenen Kodieren besteht in der Konzeptualisierung und der Kategorisierung. Das Erarbeiten von Konzepten zählt zu den basalen Analyseschritten der Grounded Theory. Man spricht von einem „Aufbrechen“ der Daten. In diesem Forschungsprojekt dienen hierfür die narrativen Interviews als Grundlage. In den Interviews wird z.B. eine Beobachtung, ein Phänomen, ein Textabschnitt, welche Forscher*innen auffällt, herausgestellt. Für jede weitere Beobachtung, welche mit dem Phänomen in Verbindung steht, wird ein Name vergeben. Man spricht hier von einer „Konzeptuellen Bezeichnung“ die für die singulären Phänomene stehen. Durch dieses Vorgehen erhalten im Textverlauf weitere kongruente Ereignisse die gleiche konzeptuelle Bezeichnung. In der Praxis wird an dieser Stelle mit zwei Verfahren gearbeitet. Die Forscher*innen stellen sich für jede Texteinheit Fragen, wie z.B.: Um was handelt es sich hier? Für welches Phänomen steht es? (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 43 ff.)

Das zweite Verfahren in dieser Phase stellt das „Anstellen von Vergleichen“ dar. Für diese Verfahren empfehlen Strauss und Corbin die „Flip-Flop-Technik“ (vgl.

ebd., S. 64). Mit dieser Technik verlässt man die bisherige Denkrichtung und lenkt sie in eine gegensätzliche Situation. Angelehnt an das Forschungsprojekt wäre eine gegensätzliche Vorstellung, dass eine Brustkrebspatientin vollumfänglich finanziell abgesichert ist und keine wirtschaftlichen Sorgen und Ängste hat. Durch dieses Vorgehen werden die Vergleiche an den „Extrempolen einer Dimension“ beleuchtet. Anhand dieser beiden Verfahren wird die theoretische Sensibilität erhöht und der zunächst deskriptive Blick wird um einen analytischeren Blick auf das Datenmaterial erweitert (vgl. ebd. S. 64).

Durch die beschriebenen Techniken entstehen für ein Interview viele einzelne (vorläufige) konzeptuelle Bezeichnungen. Um diese zu sortieren und zu minimieren werden ähnliche Konzepte zu (vorläufigen) Kategorien und Subkategorien zusammengefasst. Diesen Vorgang bezeichnet man als „Gruppierung der Konzepte“. (vgl. ebd. S. 47 f.). Beim Entwickeln der einzelnen Kategorien werden zu Beginn die Eigenschaften einer Kategorie eruiert. Erschließt sich eine Eigenschaft so wird diese in ihrer Dimension bzw. Ausprägung festgehalten. Dieses systematische Herausarbeiten von „Eigenschaften und Dimensionen“ einer Kategorie ermöglicht den Forscher*innen die einzelnen Kategorien zueinander in Beziehung zusetzen. Dieser relevante Arbeitsschritt ist von besonderer analytischer Bedeutung in der Grounded Theory. Für die somit entstandene Kategorie wird empfohlen, eine ausdrucksstarke Bezeichnung zu verwenden, da diese Bezeichnung eine „konzeptuelle Stärke“ darstellt (vgl. ebd., S. 47 ff.).

Entsteht die Bezeichnung aus den eigenen Aussagen der Interviewpartner*innen spricht man hier von „In-vivo-Kodes“ (vgl. Strauss, 1998, S. 64). Durch die „ausdifferenzierte Heuristik des Vergleichens“ sieht Strübing im offenen Kodieren die Aufgabe, Phänomene in ihrer Komplexität sehr differenziert zu erschließen und in vorläufigen Kategorien zusammenzufassen (Strübing, 2021, S. 21).

7.6 Axiales Kodieren

Als zweiter Kodiermodus wird das „axiale Kodieren“ vorgestellt. Beim offenen Kodieren wurden Konzepte und Kategorien identifiziert und mit ihren jeweiligen Eigenschaften und dimensionaler Ausprägung erhoben. Das axiale Kodieren hingegen setzt die erarbeiteten Kategorien und Subkategorien in Beziehung bzw. in Verbindung zueinander.

Strauss und Corbin haben für diesen Ausarbeitungsschritt das sogenannte „*Paradigmatische Modell*“ entwickelt:

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

Abbildung 5: Das Paradigmatische Modell (Strauss und Corbin, 1996, S. 78).

Durch das axiale Kodieren und den Einsatz des Paradigmatischen Modells erfolgt ein weiterer Schritt, die Interviews zu interpretieren und Erklärungen für die Interaktionen herauszuarbeiten. Die Kategorien werden in Beziehung gesetzt und somit können Annahmen und Hypothesen gefestigt werden. Dieser Schritt des axialen Kodierens geht über die Ausarbeitung von Eigenschaften und ihrer dimensional Reichweite hinaus. Obwohl das offene und axiale Kodieren jeweils eigenständige Verfahren sind, wird während der Interviewanalyse alternierend mit diesen beiden Modi gearbeitet (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 76-78). Anhand der Kernkategorie wird das Paradigmatische Modell im Folgenden dekliniert.

7.7 Selektives Kodieren

Beim selektiven Kodieren handelt es sich um den dritten und abschließenden Kodiermodus, mit welchem die gewonnenen Kategorien zu einer Grounded Theory integriert werden. Als Basis des selektiven Kodierens dient das axiale Kodieren. Nun wird der rote Faden des Geschehens entwickelt. Man spricht von der „Konzeptualisierung der Geschichte“ von dem im Zentrum stehenden Phänomen. Im weiteren Verlauf wird die Kernkategorie herausgearbeitet. Als Anspruch für ihre Namensgebung der Kernkategorie wird eine aussagekräftige Etikettierung empfohlen, da diese repräsentativ für die Geschichte steht. Eine weitere Aufgabe besteht in der Festlegung von Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie sowie die Hauptkategorien in Verbindung zur Kernkategorie zu setzen (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 94 ff.).

7.8 Rolle der Forscher*in

In diesem Forschungsprojekt werden die Interviewteilnehmerinnen zu ihrer Lebenswelt während der Krankheitsphase befragt. Breuer und Kolleg*in, gehen davon aus, dass „die persongeprägte Subjektivitätscharakteristik des Untersuchungsvorgehens“ im Kontext der Grounded Theory Methode von Bedeutung ist. Sie sehen eine Verknüpfung, der ebenfalls in einer sozialen Lebenswelt lebenden Wissenschaftler*in, und der damit verbundenen emotionalen Resonanz. Aufgrund dieser Erkenntnis wird von den Forscher*innen eine besondere Sensibilität und Reflexionsfähigkeit eingefordert, welche eine „Selbstthematization“ verlangen. Das bedeutet für die Forschungspraxis, dass beim Explorieren und Interpretieren aufmerksam herausgearbeitet werden soll, welche Erkenntnisaspekte diese „Resonanzen“ auf die Darstellung des Forschungsgegenstandes und Forschungsprozesses mit sich bringen kann (vgl. Breuer, Mey und Mruck, 2011, S. 431 f.).

Reichertz vergleicht die Forscher*innensubjektivität mit der „Handschrift“ der Forschenden. Er versteht darunter „das, was Forscher*innen antreibt, die Forschung so zu betreiben, wie nur sie es tun, [...]“ (Reichertz, 2015, S. 3) Er ist davon überzeugt, dass hierbei „soziale Formen und Formate und natürlich auch die Sozialisation eine maßgebliche Rolle“ (Reichertz, 2015, S. 3) spielen. Als Beispiele werden an dieser Stelle die Datenerhebung und Datenauswertung aufgeführt. In der Datenerhebung ist aus seiner Sicht die Forscher*innensubjektivität vom Forschungsfeld, besonders in Interviews, untrennbar. „Was ich im Feld sehe, was mich berührt, was mich anekelt und was ich schließlich für beachtenswert halte, das verdankt sich letztlich meiner Subjektivität“ (Reichertz, 2015, S. 4).

In der Datenauswertung sieht er in der Interpretation neben den kognitiven Wissensauswertungen stets „auch das praktische Auslösen von subjektiv verankerten Emotionen und Körperwissen“ (Reichertz, 2015, S. 4 f.).

Abschließend kann hier festgehalten werden, dass Reichertz die Forschung und die Subjektivität der Forscher*innen als untrennbar ansieht.

Charmaz, Vertreterin des konstruktivistischen Ansatzes der Grounded Theory Methodologie, legt Wert darauf, dass es den Forscher*innen immer gegenwärtig sein muss, von welchem Gesichtspunkt aus sie auf die Daten schauen und über sie

kommunizieren. Sie vertritt die These, „dass eben jener Blick des Beobachters bzw. der Beobachterin alles prägt, was man sieht. Und das bedeutet, dass Werthaltungen und Tatsachen verknüpft sind“ (Charmaz, 2011, S. 94 ff.). Vor diesem Hintergrund sollte den Forscher*innen in ihrer Selbstreflexivität bewusst sein, welche Sozialisation sie erfahren haben und welche eigenen Wertvorstellungen sie vertreten. Bleiben diese Haltungen und Wertvorstellungen im Forschungsprozess unreflektiert, besteht die Gefahr, dass Forscher*innen dazu tendieren, die für sie persönlich wesentlichen Dinge in der Forschungsarbeit am ehesten zu vermuten und ihre eigene Perspektive als einzig mögliche Perspektive anzusehen.

Charmaz (2011, S. 96) untermauert ihre These, dass Forscher*innen ihr Möglichstes tun um Befragte in ihrer Person, in ihrer Interaktion zu verstehen sowie die Konstruktion ihrer Lebenssituation zu erfassen. Sie ist davon überzeugt, dass die Grounded Theory Methodologie dazu bestens geeignet ist, unterschiedliche Konstruktionen von Lebenssituationen zu generieren. Hierzu passt eine Aussage von Truschkat und Kolleginnen zu Charmaz Haltung: „Demnach sollten sich die Forschenden stets darüber bewusst sein, dass sie nicht nur die Konstruktionen der untersuchten Personen nachvollziehen, sondern das Ergebnis ihrer Forschung selbst stets als Konstruktion zu begreifen ist“ (Truschkat, Kaiser-Belz und Volkmann, 2011, S. 360).

Einen weiteren wesentlichen Aspekt für die Rolle der Forscher*in sehen Truschkat und Kolleginnen in den bereits erworbenen Erfahrungen des Alltags. Aus ihrer Sicht können sich Forschende von ihrem eigenen Alltagswissen nicht völlig befreien. Daher ist Reflexion von wesentlicher Bedeutung. Ansonsten befürchten sie, dass dieses bereits vorhandene Wissen unbeachtet und unreflektiert in die Forschungsarbeit einfließt und somit unbemerkt die Forschungsergebnisse manipuliert (vgl. ebda., S. 360).

Wie in diesem Abschnitt geschildert, müssen Forschende im gesamten Forschungsprozess eine besondere Sensibilität, Aufmerksamkeit und Reflexivität gegenüber der eigenen Forscher*innensubjektivität und dem Vorwissen walten lassen. Es handelt sich hierbei um einen Bewusstwerdungsprozess für die Forschenden, den Alheit wie folgt beschreibt: „Die bewusste Explikation des eigenen Vorwissens erlaubt auch eine selbstkritische Korrektur dieser Vorannahmen. Und genau darum geht es: Der Forschungsprozess wird als systematische Modifikation

der heuristische Vorannahmen, somit als Lernprozess verstanden“ (Alheit, 1999, S. 9 f.).

Truschkat et al. empfehlen als „einfachste Form der Bewusstmachung der Vorannahmen die Verschriftlichung der zugrunde liegenden heuristischen Konzepte, also der vorläufigen Annahmen über den Forschungsgegenstand“ (Truschkat, Kaiser-Belz und Volkmann, 2011, S. 361). Durch diese Verschriftlichung wird gleichzeitig das Vorgehen der Forschenden nachvollziehbar sowie die einzelnen Entwicklungsschritte der Vorannahmen erkennbar. In diesem Forschungsprojekt wurden einige Maßnahmen in Bezug auf die Reflexivität unternommen. Die Vorannahmen und das erfahrene Praxiswissen wurden bereits zu Beginn des Forschungsprojektes verschriftlicht. Die notwendige Sensibilität demgegenüber entwickelte sich kontinuierlich insbesondere in den einzelnen psychosozialen Beratungen von Krebspatient*innen, in der regelmäßigen Reflexion im psychosozialen Team der Rehabilitationsklinik sowie in Einzel-Supervisionssitzungen mit einer externen Supervisorin. Die verschiedenen Rollen Aspekte erscheinen in diesem Forschungsprojekt besonders bedeutsam. Zu berücksichtigen sind die Rolle als durchführende Forscherin sowie die berufliche Rolle als Sozialarbeiterin in der Rehabilitationsklinik. Zur Rollensicherheit und zur Abgrenzung zwischen den beiden Rollen, die am selben Ort agieren, war es wichtig, ganz bewusst die Rolle der Forscherin einzunehmen. In der Praxis bedeutete dies, dass die Organisation, Erstellung der Einladung und Informationsschreiben zum Datenschutz und Anonymisierung im privaten Arbeitszimmer, also in räumlicher Trennung zur Klinik, durchgeführt wurden. Für die weitere praktische Umsetzung der Datenerhebung wurde vor diesem Hintergrund von der Forscherin beschlossen, dass die Interviewpartnerinnen zuvor nicht bei ihr in der Sozialberatung terminiert wurden, sondern explizit von Kolleginnen betreut würden. Diese Entscheidung wurde bewusst getroffen, so dass die Befragten möglichst unvoreingenommen und alle unter den gleichen Voraussetzungen des ersten Kennenlernens am Interview teilnehmen konnten. Ein weiterer Anspruch bestand darin, dass keine Interessenskonflikte durch die Interviewteilnahme und auch keine Vermutungen hierüber bei den Rehabilitandinnen entstehen. Wichtig erscheint zudem, dass die Interviews bewusst nach Dienstende, außerhalb der Arbeitszeit, geplant und erhoben wurden. Auch wurde eine Pause nach Dienstende eingeplant, um dadurch Abstand zwischen der beruflichen

Tätigkeit und der forschenden Tätigkeit zu schaffen. Die Interviews wurden im Arbeitszimmer für die Sozialberatungen durchgeführt, daher musste die Forscherin besonders darauf achten, in diesem Setting nicht die Rolle der Sozialarbeiterin einzunehmen. Trotz der Vorkehrungen und der reflexiven Haltung der Forscherin fand im siebten Interview eine solche Rollenkollision statt. Während des Interviews wechselte die Forscherin in die Rolle der beratenden Sozialarbeiterin als es um die stufenweise Wiedereingliederung ging, welche noch im Krankengeldbezug stattfindet. Die Forscherin gab einen Hinweis auf die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung und die wirtschaftliche Sicherung: „vier oder sechs Wochen wären denkbar, man muss einfach schauen, dass Sie em die Aussteuerung im Blick halten, ne“ (Interview 7, Zeile 874). Diese Rollenkollision wurde reflektiert und als Konsequenz fanden weitere Interviews nicht im Arbeitszimmer der Forscherin statt, sondern in einem neutralen Besprechungsraum. Durch die Präsenz in Vorträgen und Gruppen nahmen die Rehabilitandinnen die Forscherin auch in ihrer beruflichen Rolle als Sozialarbeiterin wahr. In der beruflichen Rolle als Klinikmitarbeiterin ist die Forscherin auch eine Repräsentantin des Systems mit seinen institutionellen Interessen und Auflagen. Hier bestand die Möglichkeit, dass diese Wahrnehmung die Interviewteilnehmerinnen beeinflussen bzw. verunsichern könnte. Daher wurde insbesondere im Vorgespräch darauf aufmerksam gemacht, dass es sich um ein Forschungsprojekt in Kooperation mit dem Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen handelt. Dadurch sollte verhindert werden, dass die Rehabilitandinnen aufgrund von Aussagen in ihrem Interview Konsequenzen im Klinikalltag z.B. Therapieangebote befürchten würden.

Ein weiterer beachtenswerter Aspekt ist der klinische Rahmen, in dem die Untersuchung durchgeführt wird. Die Rehabilitandinnen befinden sich in einem sorgenden, kümmernden Umfeld nach ihrem oft langen Behandlungsprozess. Sie sind allein, losgelöst von ihren familiären Verpflichtungen und können zur Ruhe kommen. Sie können ihre persönliche Situation mit Unterstützung eines interdisziplinären Behandlungsteams reflektieren und an Behandlungen, Vorträgen und Gruppen mit relevanten Gesundheitsthemen teilnehmen. Die Rehabilitandinnen sollen auch durch die angenehme, wohlwollende und wertschätzende Atmosphäre in der Rehabilitationsklinik zu dem Gefühl kommen: „Hier wird mir geholfen!“ Das auf

diese Art schützende Klinikumfeld hilft sich zu öffnen und eher über die eigene Lebenswelt und die gemachten Erfahrungen zu sprechen. Im Umfeld des Leistungsträgers, wie z.B. das Jobcenter, sind Klient*innen dagegen eher zurückhaltend und verschlossen, um Konsequenzen zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist auch die positive Resonanz für die Teilnahme an dem Forschungsprojekt einzuordnen.

In der Auswertungsphase war es bedeutsam sich immer wieder dieser zwei unterschiedlichen Rollen bewusst zu werden. Dabei ist zwischen dem Vorwissen aus der beruflichen Rolle und dem offenen und unvoreingenommenen Blick der Forscherin zu differenzieren. Durch die regelmäßige Auswertung und Analyse in der Grounded Theory-Auswertungsgruppe wurde ständig Reflexion eingefordert und die Forscherin hatte dadurch die Möglichkeit sich fortwährend mit neuen und neutralen Interpretationsmöglichkeiten und -aspekten auseinanderzusetzen.

Einen weiteren Beitrag zur Reflexivität und Überprüfung der Forscherinnensubjektivität im beschriebenen Forschungsprozess stellten die regelmäßigen Promotionskolloquien und Grounded-Theory-Auswertungsgruppe (zweiwöchig) dar. In diesen Zusammentreffen wurde immer wieder die Rolle der Forscher*innen in den unterschiedlichsten Kontexten diskutiert, wodurch die Sensibilität für die eigene Forscherinnenrolle vertieft und die Präsenz des Themas im Forschungsprozess gefestigt wurde.

8 Ergebnisse der Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die empirischen Ergebnisse aus der Analyse der narrativen Interviews zu der zentralen Fragestellung: „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“ vorgestellt. Mithilfe der sozialrechtlichen Fallkonstruktionen und Fallvignetten findet zunächst eine Kontextualisierung statt.

8.1 Sozialrechtliche Fallkonstruktionen und Fallvignetten

Um die Lebenssituation der Interviewpartnerinnen zu verstehen und einen Eindruck ihrer sozialen Lebenswelt zu erhalten, ist es unerlässlich, die Sozialanamnese zu erheben, den individuellen sozialrechtlichen Rahmen, in dem die Frauen

sich während des Versorgungsverlaufes bewegen sowie zum Zeitpunkt ihrer medizinischen Rehabilitation, zu beleuchten. Daher werden im Folgenden die Sozialanamnese, der sozialversicherungsrechtliche Status sowie die Fallvignetten im Einzelnen vorgestellt. Die Daten wurden dem Klinikverwaltungssystem entnommen.

Fall A

Sozialanamnese:

Familienstand: geschieden, alleinlebend

Alter: 61 Jahre

Kinder: zwei im Erwachsenenalter

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: durch Arbeitsentgelt

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Hauptschule

Ausbildungsberuf: Einzelhandelskauffrau

Berufsbiografie: seit vielen Jahren als Bäckereifachverkäuferin und Filialleitung tätig

Wöchentliche Arbeitszeit: 40 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

November 2020 bis Ende Januar 2021 aufgrund der onkologischen Erkrankung. Nach Bestrahlungsende wieder arbeitsfähig.

Fallvignette A:

Die Diagnose Brustkrebs erhielt die 61jährige Frau A. im Rahmen des Screeningverfahrens, an dem sie regelmäßig teilnahm. Sie ist alleinlebend, hat zwei erwachsene Kinder und lebt in einer festen Partnerschaft.

Nach der Diagnosestellung ging Frau A. zunächst weiterhin arbeiten, bis einen Tag vor der Krankenhausweisung. Ihre Tätigkeit als Filialleiterin in einer Bäckerei macht ihr Freude und ermöglicht ihr soziale Teilhabe. Sie sieht sich als sehr pflichtbewusst und hat einen hohen Leistungsanspruch an sich selbst. Während den Therapien verbrachte sie viel Zeit im Bett und auf der Couch, die Arbeit lenkte sie ab. Zwischen den 20 Bestrahlungen versuchte sie zu arbeiten, musste jedoch aufgrund der Nebenwirkungen feststellen, dass es ihr nicht möglich war. Sie erlebt ihre Chefin als sehr fürsorglich. Diese forderte sie auf, sich erstmal um sich selbst kümmern und nach Hause zu gehen. Frau A. verspürt einen massiven finanziellen Druck zeitnah wieder arbeiten zu gehen, da ihre wirtschaftliche Situation, nach Aufbrauchen des Gesparten, das für die Altersvorsorge und für Urlaub vorgesehen war, zunehmend bedroht ist. In ihrer Biografie hatte sie bereits zweimal Lebenssituationen mit massiven Existenzängsten erlebt. Die aktuellen Existenzängste manifestieren sich bei Frau A. durch Schlaflosigkeit, Stress, Ängste, Gedankenspiralen und Hypertonie. In ihrem sozialen Umfeld (Partner etc.) hatte sie trotz finanzieller Not nicht nach Unterstützung gefragt. Durch ihr branchenbedingt niedriges Einkommen ist das Krankengeld, das Frau A. erhält, entsprechend gering. Allein ihre Miete ist so hoch wie ihr Krankengeld. Aufgrund dieser Umstände hat Frau A. beschlossen, ihre Berufstätigkeit nach der Reha ohne eine stufenweise Wiedereingliederung wieder aufzunehmen. In Bezug auf den Kontakt mit den Leistungsträgern hätte die Patientin sich Unterstützung beim Ausfüllen der Formulare gewünscht. Der Arbeitgeber war mit den Formularen ebenfalls überfordert. Während der Reha bestand Unsicherheit und finanzieller Druck, ob sie alle Antragsformulare für das Übergangsgeld gestellt hat, da die Miete bald wieder fällig war. Die Forscherin fand für Frau A., die unter enormen mehrdimensionalem Druck stand, die Typbezeichnung „*die Getriebene*“.

Fall B

Sozialanamnese:

Familienstand: verheiratet, lebt mit Ehemann und Kindern in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 57 Jahre

Kinder: zwei im Erwachsenenalter

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: eigenes Einkommen und Einkommen des Ehepartners

Belastungssituation: Pflegebedürftigkeit und Tod der Mutter

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Mittlere Reife

Ausbildungsberuf: MTA (Medizinisch-technische-Assistentin)

Berufsbiografie: seit vielen Jahren als MTA in verschiedenen Krankenhäusern tätig

Wöchentliche Arbeitszeit: 15 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

November 2019 bis April 2020 aufgrund der onkologischen Erkrankung.

Fallvignette B:

Die 57jährige Patientin nahm an einem Screeningverfahren teil. Hierbei wurde eine Brustkrebsvorstufe festgestellt. Sie lebt mit ihrem Ehemann und ihren beiden erwachsenen Kindern in einem Eigenheim. Frau B. wartete lange auf ihre Untersuchungsergebnisse. Sie wurde nicht aktiv, obwohl ihr das Warten nicht leicht fiel. Vor der Operation flog sie noch in ihren geplanten Urlaub. Sie musste zweimal operiert werden und anschließend wurden mehr als 20 Bestrahlungen durchgeführt. Vor der Erkrankung war Frau B. als medizinisch-technische-Assistentin sozialversicherungspflichtig mit fünf Stunden pro Woche tätig. Nach der Erkrankung wurde ihre wöchentliche Arbeitszeit auf 15 Stunden erhöht. Diese Stundenerhöhung war bereits vor der Erkrankung angedacht. Nach der ersten medizinischen Rehabilitation war die Patientin noch zwei bis drei Wochen arbeitsunfähig und fing danach wieder an zu arbeiten. Aufgrund der geringen Stundenzahl wird keine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt. Sie legt Wert auf eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit sowie die weitere Altersvorsorge durch die Zusatzversicherungskasse für ihre Rente. Die 15 Stunden in der Woche reichen ihr aus, da sie sich durch die Haushaltsführung an ihrer Leistungsgrenze sieht. Ihr Ehemann ist der Hauptversorger des Ehepaares. Die erwachsenen Kinder erwirtschaften ihr eigenes Einkommen. Obwohl sie zunächst von keinen finanziellen Sorgen während der Krankheitsphase spricht, hat sie sich bereits Gedanken über einen etwaigen finanziellen Engpass gemacht. So überlegte Frau B., ihre Kinder um Unterstützung zu bitten. Im Nachklang merkt sie jedoch an, dass sie dies nicht tun würde. Als zusätzliche Belastung kam für Frau B. der Verlust ihrer Mutter hinzu. Während der eigenen onkologischen Therapie verschlechterte sich der Zustand ihrer Mutter und sie musste dann von ihrer eigenen Wohnung in ein Pflegeheim umziehen. Sehr plötzlich verschlechterte sich dort der Zustand der Mutter, so dass sie ins Krankenhaus eingewiesen werden musste, wo sie alsbald verstarb. Nun waren die Beerdigung und die Haushaltsauflösung zu organisieren. In Bezug auf die Leistungsträger hatte Frau B. mehrere Fragen zum Ausfüllen der Formulare. Sie rief den jeweiligen Leistungsträger an und bat um Hilfe.

Um das Thema der Krankmeldung kümmerte sie sich nicht, sie gab die Verantwortung an ihre Ärztin ab. Bei der Typenbildung entstand, aufgrund der relativ siche-

ren wirtschaftlichen Absicherung durch den Ehemann, die Bezeichnung „die Versorgte“.

Fall C

Sozialanamnese:

Familienstand: verheiratet, lebt mit Ehemann und einem Kind in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 55 Jahre

Kinder: zwei im Erwachsenenalter

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: eigenes Einkommen und Einkommen des Ehepartners

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Mittlere Reife

Ausbildungsberuf: Krankenschwester

Berufsbiografie: seit vielen Jahren als Krankenschwester in verschiedenen Krankenhäusern tätig, zuletzt OP-Schwester in Teilzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 32 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

Keine

Fallvignette C:

Frau C. (55jährig) lebt mit ihrem Ehemann und einem erwachsenen Kind in häuslicher Gemeinschaft. Das zweite erwachsene Kind ist bereits ausgezogen. Frau C. ist zum zweiten Mal an Brustkrebs erkrankt. Zum Zeitpunkt der ersten Krebserkrankung waren beide Kinder im Jugendalter und lebten noch zuhause. Den ersten Tumor hatte Frau C. selbst ertastet. Als Krankenschwester hatte sie die Möglichkeit, sich direkt im angeschlossenen Brustzentrum untersuchen zu lassen und erhielt die Bestätigung einer Brustkrebsdiagnose. Sie berichtet von einem Schockerleben und einem absoluten Ausnahmezustand. Vier Jahre später traf Frau C. die zweite Brustkrebserkrankung an der anderen Brust auch unvorbereitet. Sie hatte ihren Lebensstil hinsichtlich Ernährung, Yoga und vielem mehr verändert. Im Rahmen der zweiten Krebserkrankung erfolgten die gleichen Therapien: Chemotherapie, Operation und Strahlentherapie. Frau C. berichtet, dass die Angst vor Metastasen immer mitschwingt. Nach der ersten Brustkrebserkrankung fiel es Frau C. schwer in ihr altes Aufgabenfeld als OP-Krankenschwester zurückzukehren. Die Nachtschicht übernahm sie nicht mehr. Zu einem späteren Zeitpunkt wechselte sie in ein anderes Operationsteam und hat nun auch an den Wochenenden frei. Sie berichtet, dass ihr bis heute die Assistenz bei onkologischen Operationen sehr schwerfällt. Oftmals wird sie deshalb von ihrer Pflegedienstleitung aus Rücksicht anderen Operationen zugewiesen. Es ist Frau C. schwer gefallen die Formulare der Leistungsträger auszufüllen. Sie hat sich Unterstützung bei den Sozialarbeiter*innen organisiert. Während der Chemotherapie erhielt Frau C. einen Anruf der Gesetzlichen Krankenkasse, was sie verwundert und irritiert hat. Frau C. erhielt auf ihre zweite Brustkrebserkrankung keinen Grad der Behinderung (GdB) von 50 zugesprochen. Sie legte Widerspruch ein. Dieser wurde abgelehnt. Sie hatte auf eine Woche Zusatzurlaub gehofft. Frau C. berichtet des Weiteren von einem Schock, als sie nach der ersten Brustkrebserkrankung vom Finanzamt einen Bescheid erhält. Sie war damals in Steuerklasse V und musste eine vierstellige Summe, im Rahmen des Progressionsvorbehalts, nachzahlen. Sie habe damals geweint, man ist ein Jahr so schwer krank und bekommt dann noch so eine hohe Nachzahlung. Frau C. hat sich mit dem Finanzamt auf zwei Ratenzahlungen geeinigt. Sie zahlte die Raten mit dem Geld von Sparbüchern, mutmaßlich die Sparbücher der Kinder. Sie berichtet, dass ihr der Umgang mit materieller Unsi-

cherheit vertraut sei, es diesmal jedoch richtig knapp war. In der Typenbildung wird sie als „die Pragmatische“ bezeichnet.

Fall D

Sozialanamnese:

Familienstand: ledig, lebt mit Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 45 Jahre

Kinder: keine

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: eigenes Einkommen und Einkommen des Lebensgefährten

Belastungssituation: betreuungsbedürftiger Vater, aktuell im Seniorenheim

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Abitur

Ausbildungsberuf: Dipl. Ingenieurin

Berufsbiografie: seit vielen als Dipl. Ingenieurin tätig, immer in Vollzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 37 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

November 2019 bis Juli 2020 aufgrund der onkologischen Erkrankung.

September 2020 bis Januar 2021 aufgrund einer orthopädischen Erkrankung.

Fallvignette D:

Frau D. (45jährig) lebt mit ihrem Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft. In ihrer ersten Mammografie, aufgrund genetischer Disposition, wurde ein Verdacht geäußert. Nach weiteren Untersuchungen stand die Diagnose DCIS fest. Es wurde eine Operation und anschließende Strahlentherapie durchgeführt. Frau D. berichtet, dass die Nebenwirkungen der Bestrahlung sehr massiv waren. In der Anschlussheilbehandlung fiel sie zunächst in ein „Loch“. Sie erfuhr mehr über das Thema Krankheitsbewältigung und lernte im sozialen Kontext die Reaktionen ihrer Mitmenschen und ihre eigenen Reaktionen und Gefühle besser einzuordnen. Frau D. fühlt sich von den Leistungsträgern (Gesetzliche Krankenkasse und Deutsche Rentenversicherung) allein gelassen. Sie habe von ihnen nicht erfahren, wer für die Zeit der Rehabilitation zuständig ist und zahlt. Nur durch ihre eigene Internetrecherche ist sie darauf gestoßen, dass die Deutsche Rentenversicherung Übergangsgeld während der Rehabilitation zahlt und die Versicherten selbst einen Antrag auf das Übergangsgeld stellen müssen. Sie fühlte sich von den vielen Formularen und der unverständlichen Amtssprache überfordert und kritisiert, dass die telefonische Erreichbarkeit der Deutschen Rentenversicherung nicht immer gewährleistet ist. Man hänge ewig in den Warteschleifen und lande dann im Betreuungszentrum. Die dortigen Mitarbeiter*innen können in Detailfragen nicht weiterhelfen und die nächste Warteschleife beginnt mit Weiterleitung in die Fachabteilung. Sie spricht von einer „psychischen Belastung“. Hinzu kam, dass ihre gestellten Anträge verschwunden waren und sie diese noch einmal stellen musste. Selbst in der Rehabilitation stand sie unter Druck und musste diesbezüglich mehrmals mit der DRV telefonieren. Der Druck für Frau D. war sehr hoch, da sie Angst hatte, dass die Fixkosten abgebucht werden und sich kein Geld auf ihrem Konto befindet. Die Belastungssymptome manifestierten sich in Schlafstörungen, nächtliches „Zähne krampfen“ sowie einer ständigen inneren Anspannung. Frau D. resümiert, dass man in dieser Zeit wirklich andere Sorgen habe, als sich um diese administrativen Dinge zu kümmern. Als zusätzliche Belastung berichtet Frau D. von der familiär angespannten Situation aufgrund ihres an Demenz erkrankten Vaters. Ihre Mutter verstarb an Speiseröhrenkrebs. Ihr Vater hatte Darm- und Prostatakrebs. Weiterhin wünscht sie sich, dass sie mit der Krebsvorstufe DCIS von den Ärzt*innen ernster genommen wird, da sie die gleichen Therapien durch-

läuft wie eine Brustkrebspatientin. In der Typenbildung wurde Frau D. von der Forscherin ebenfalls als „die Getriebene“ kategorisiert.

Fall E

Sozialanamnese:

Familienstand: verheiratet, lebt mit Ehefrau in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 49 Jahre

Kinder: keine

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: Krankengeld und Einkommen der Ehefrau

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist arbeitslos und kommt arbeitsunfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Mittlere Reife

Ausbildungsberuf: Krankenschwester

Berufsbiografie: seit vielen Jahren als Krankenschwester in der Intensivpflege tätig, Wechsel als Intensivkrankenschwester in ein Hospiz, Teilzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 35 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

November 2020 bis August 2021 aufgrund der onkologischen Erkrankung.

Fallvignette E:

Frau E. (49jährig) lebt mit ihrer Ehefrau in häuslicher Gemeinschaft. Ihre Brustkrebsdiagnose erhielt sie nach einer Mammografie völlig ahnungslos. Aufgrund ihrer genetischen Disposition rechnete sie mit einer Herzerkrankung. Die Diagnose war ein Schock, sie hat geweint. Ihr Glaube gab Sicherheit und half ihr, mit diesem Schockerleben besser umzugehen und die Erkrankung anzunehmen. Die Nebenwirkungen der Chemotherapie belasteten Frau E. sehr. Als Krankenschwester nahm sie nach der Herzchirurgie eine Tätigkeit im Hospiz an. Hier hatte sie viel Kontakt mit Krebspatient*innen und das habe ihr gut getan. Zwei Wochen vor Diagnosestellung kündigte Frau E. im Hospiz. Neben ihrer Hospiztätigkeit übte Frau E. einen Minijob mit behinderten Menschen aus. Dort kann sie nach ihrer Arbeitsunfähigkeit mit 23 Stunden anfangen. Sie berichtet, dass sich ihr Gehalt bereits mit dem Wechsel von der Herzchirurgie ins Hospiz reduziert habe und der neue Arbeitgeber werde ihr zukünftig noch weniger zahlen können. Die wirtschaftliche Situation hat sich durch die Arbeitsunfähigkeit verändert. Unsicher berichtet Frau E. von ihrer Einkommenslücke durch das Krankengeld und den Wegfall des 450 Euro-Jobs. Es war ihr nicht bewusst um welche genaue Summe es sich handelt. Im Gesprächsverlauf zeigte sich, dass sie monatlich circa 800 Euro geringere Einnahmen hatte. Sie war erstaunt. Allein die gemeinsame Miete mit ihrer Ehefrau liegt bei 1300 Euro. Sie überbrückt die Zeit und nutzte ihr Ersparnis. Sie berichtet, dass es dann doch plötzlich sehr schnell knapp wurde. Unverständlich war für Frau E., dass die Ärzt*innen nur in die Richtung „Gesund werden“ beraten und nicht auch den anderen Weg mit ihr besprachen. Sie hätte sich mehr Aufklärung gewünscht. Daraufhin habe sie sich selbst im Internet über „Brustkrebs Triple negativ“ informiert. Frau E. wollte alles geregelt haben und heiratete im Therapieverlauf ihre Lebensgefährtin. Zudem erstellte sie ihre Patientenverfügung und ihre Vorsorgevollmacht. Nun vertraut sie auf den Lauf des Lebens „es kommt wie`s kommt“. Frau E. ergänzt nach Abschluss des Gespräches, wenn sie jetzt mit 23 Stunden anfangen zu arbeiten und ein Rezidiv bekäme, dass das Krankengeld dann nur noch bei circa 800-900 Euro monatlich läge. „Dann wird es ganz finster“.

Zum Zeitpunkt der Erhebung handelte es sich um einen 450 Euro-Job⁷. Sie habe mit der Gesetzlichen Krankenkasse telefoniert und man habe ihr gesagt, dass es dumm sei, jetzt nur noch 23 Stunden zu arbeiten. Frau E. meint, es wäre schon sinnvoll höher einzusteigen, aber „ich mach das jetzt trotzdem“. In der Typbildung wurde ihr von der Forscherin die „*die friedvoll Trotzende*“ zugeschrieben.

Fall F

Sozialanamnese:

Familienstand: verheiratet, lebt mit Ehemann in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 54 Jahre

Kinder: zwei erwachsene Kinder

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: eigenes Einkommen und Einkommen des Ehemannes

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Abitur

Ausbildungsberuf/Studium: Dipl.-Chemikerin

Berufsbiografie: seit vielen Jahren Bürotätigkeit als Sachbearbeiterin für Lohnabrechnungen, Buchhaltung in Teilzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 23 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

Juni 2020 bis Juli 2020 aufgrund der Bestrahlung.

⁷ Zum Zeitpunkt der Erhebung handelte es sich um einen 450 Euro-Job. Ab dem 01.01.2024 wurde der 538-Euro-Job eingeführt.

Fallvignette F:

Frau F. (54-jährig) lebt mit ihrem Ehemann in häuslicher Gemeinschaft. Nach der Mammografie und weiteren Untersuchungen erhielt sie die Diagnose DCIS. Sie berichtet vom ersten Schockerleben. Nach der Operation wurde Brustkrebs diagnostiziert und es mussten noch zwei weitere Operationen durchgeführt werden. Sie sei „von einer Ohnmacht in die andere gefallen“ (Z. 77). Hinzu kam die psychische Belastung, dass ihre Brust nicht mehr so schön aussah. Sie hat sehr viel darüber geweint und befürchtete auch Auswirkungen auf der Paarebene durch die Veränderung ihres Körperbildes. Im Anschluss ließ Frau F. sich in einer Schönheitsklinik zwecks Operation beraten. Aus Kostengründen wurde diese nicht durchgeführt. In ihrer Firma verabschiedete sie sich vor der Operation und sagte, dass sie in drei Wochen wieder da sei. Nach diesen drei Operationen ging Frau F. nach sieben Wochen wieder ins Büro (Lohnbranche). Auch während der Strahlentherapie ging sie arbeiten. Rückblickend stellt sie fest, dass es doch etwas zu früh war, obwohl sie sich relativ fit fühlte. Sie vermutet, dass die Krankheitsakzeptanz von ihrem Chef, durch diesen frühen Wiedereinstieg, nachgelassen hat. Bis zum heutigen Tag gebe es Phasen, in denen sie nachts aufwacht und Angst hat, dass sie sterben wird. In Bezug auf die Leistungsträger berichtet sie, dass sie sich mehrmals über die Gesetzliche Krankenkasse geärgert habe, dass sie um einen Lymph-BH und um den Prosigna-Test kämpfen musste, der vom Tumorboard als eine wesentliche Empfehlung für die anschließenden Therapien dargestellt wird. Klinik und Gynäkologin schoben sich die Zuständigkeiten zu. Frau F. kontaktierte ihre Gesetzliche Krankenkasse und erhielt eine Ablehnung. Sie habe geweint und fühlte sich „im Stich gelassen“ (Z. 403) und „völlig hilflos“ (Z. 430). Daraufhin organisierte ihre Gynäkologin einen Termin in der Onkologie, diese konnten den Prosigna Test verschreiben. Ein weiteres Problem mit der Gesetzlichen ergab sich durch einen Ausfüllfehler der AU-Bescheinigung durch den Arzt. Statt Brustkrebs notierte er Hallux Valgus. Da es sich hierbei um eine neue Erkrankung handelte, sollte der Arbeitgeber Entgelt zahlen. Die Gesetzliche Krankenkasse stellte daraufhin das Krankengeld ein. Nach Rücksprache mit dem Arzt stellte er eine neue AU-Bescheinigung aus. Dabei kam es zu einem weiteren Fehler. Das Ausstelldatum war später datiert. Vor diesem Hintergrund zahlte die Gesetzliche Krankenkasse für diese Tage kein Krankengeld. Frau F. ärgerte sich sehr über das Verhal-

ten ihrer Gesetzlichen Krankenkasse, auch über die späte Auszahlung des Krankengeldes. und wechselte daraufhin bewusst die Krankenkasse. Einen weiteren Kritikpunkt sieht Frau F. im Progressionsvorbehalt. Man sei krank gewesen und zahlt im nächsten Jahr bei der Einkommenssteuererklärung doppelt. In der Typenbildung fand die Forscherin die Bezeichnung „*die mutig Konsequente*“.

Fall G

Sozialanamnese:

Familienstand: geschieden

Alter: 50 Jahre

Kinder: keine

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: Krankengeld

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsunfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Mittlere Reife

Ausbildungsberuf: Krankenpflegerin

Berufsbiografie: seit vielen Jahren als Krankenpflegerin tätig, Vollzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 38 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

November 2020 bis Oktober 2021 aufgrund der onkologischen Erkrankung.

Fallvignette G:

Frau G. (50jährig) ertastete einen Knoten in ihrer Brust und kontaktierte ihren Gynäkologen. Es folgte eine Mammografie und nach der bestätigenden Diagnose Brustkrebs eine Operation mit anschließender Chemotherapie. Frau G. ist alleinlebend und seit vielen Jahren in der Altenpflege in Vollzeit tätig. Sie berichtet von den vielen Zuzahlungen. Zum einen die Taxifahrt zur Chemotherapie (10 Euro/Tag). Zum anderen pro Chemoeinheit 130 Euro Zuzahlung. Sie kontaktierte ihre Gesetzliche Krankenkasse, da sie von der Zuzahlung seit 1995 befreit sei. Es wurde behauptet, dass die Zuzahlung ihr zuzumuten sei. Immer wieder kamen Schreiben, dass sie 2 Prozent Zuzahlung leisten müsse. Dies stellte für Frau G. während des Krankengeldbezugs ein finanzielles Problem dar. Sie musste ihre Ersparnisse anbrechen. Erschwerend kam hinzu, dass der Port von Frau G. eiterete, sie wurde dreimal ambulant operiert und die Verbandskosten für drei Monate für sterile Pflaster etc. kosteten zusätzlich Geld. Darüber hinaus musste Frau G. die Rechnung für die Krankenzuzahlung während der Operation leisten. Sie berichtet, dass sie die Aussage zur Zuzahlung von der Gesetzlichen Krankenkasse so hingenommen habe, weil es ihr so schlecht ging und sie keine Kraft hatte dagegen anzugehen. Während der Chemotherapie kam von der Gesetzlichen Krankenkasse der Reha-Antrag. Aufgrund ihres Zustandes nahm Frau G. nicht wahr, dass hier eine 10 Wochen-Frist bei der Beantragung einzuhalten ist. Ein Anruf der Gesetzlichen Krankenkasse folgte. Wenn sie die Frist nicht einhalte, werde ihr mit sofortiger Wirkung das Krankengeld gesperrt. Dies löste enorme Existenzangst bei Frau G. aus. Erst nach der Bestrahlung fühlte sich Frau G. in der Lage, einen Termin mit der Gesetzlichen Krankenkasse zu vereinbaren. Es bestätigte sich, dass sie tatsächlich seit 1995 von der Zuzahlung befreit ist. Mittlerweile hatte sie ihre 6000 Euro Ersparnes für Zuzahlung, Miete, Lebensmittel etc. aufgebraucht. Ihr fehlten monatlich 1000 Euro, da der Minijob ebenfalls weggefallen ist. Frau G. berichtet, dass sich ihre Existenzangst in massiver Schlaflosigkeit geäußert hat, weil sie nicht mehr wusste, wie sie die Rechnungen bezahlen sollte. Mutter und Kollegin unterstützen sie bei ihrer Mietzahlung, sonst „würde ich heute auf der Straße sitzen.“ (Z. 354) In ihrer Not fragte sie in der Gesetzlichen Krankenkasse nach, ob sie im Krankengeldbezug Wohngeld beantragen kann. Dies verneinte die Mitarbeiterin der Gesetzlichen Krankenkasse, es sei neben dem

Krankengeld keine anderen Leistungen möglich. Sie beschreibt sich als Kämpferin und gab nicht auf. Sie habe sich in den Jahren einen gewissen Standard erarbeitet und jetzt fühle sich wie ein Hartz IV Empfänger. Ihr war nicht bewusst, dass der soziale Abstieg so schnell gehen kann. In der Typbezeichnung benannte die Forscherin Frau G. als „die wütende Kämpferin“.

Fall H

Sozialanamnese:

Familienstand: verheiratet, lebt mit Ehemann und Kind in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 47 Jahre

Kinder: ein minderjähriges Kind

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: Krankengeld und Einkommen des Ehemannes

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsunfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Fachhochschulreife

Ausbildungsberuf/Studium: Sozialarbeiterin

Berufsbiografie: Tätigkeiten in Gastronomie, sozialem Bereich, Fußpflegerin, seit vielen Jahren als Hauswartin und Betreuerin in einer Seniorenwohnanlage in Teilzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 30 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

Oktober 2020 bis Oktober 2021 aufgrund der onkologischen Erkrankung.

Fallvignette H:

Frau H. lebt mit ihrem Ehemann und ihrem minderjährigen Kind in häuslicher Gemeinschaft. Es wurde zunächst eine Chemotherapie, zwei Operationen und eine Strahlentherapie durchgeführt. Eine Zyste am Hals wurde festgestellt und es brachte Frau H. direkt in Alarmbereitschaft. Diese Ungewissheit ist besonders anstrengend. Sie hatte massive Angst, dass der Krebs bereits gestreut hat. Sehr unterstützend empfand sie die Zusage seitens ihres Arbeitgebers, dass sie ihren Arbeitsplatz behalte. Frau H. berichtet, dass es aufgrund der finanziellen Situation eine sehr harte Zeit war. Daher hatte sie enormen Druck, ihre Arbeit so schnell wie möglich wieder aufzunehmen. Die Sonderausgaben, wie z.B. für die zwei Perücken (1000 Euro) und für die Chemotherapie (800 Euro), brauchten ihre ganzen Reserven (Urlaubsgeld) auf. Sie berichtet von der Angst, was passiert, wenn jetzt die Waschmaschine kaputtgeht. Erschwerend kam in ihrer Situation hinzu, dass ihr Ehemann einen Tennisunfall erlitt und auch in das Krankengeld fiel. Um Geld einzusparen verzichtete die Tochter auf ihren Gitarrenunterricht und reduzierte das Reiten auf einmal wöchentlich. Der Ehemann trat aus finanziellen Gründen aus dem Tennisverein aus. Die soziale Teilhabe ist beeinträchtigt. Frau H. traute sich trotz der sehr angespannten Finanzlage nicht, in ihrem sozialen Umfeld nach finanzieller Unterstützung zu fragen. Eine Fehlauskunft der Gesetzlichen Krankenkasse brachte Frau H. unter zusätzlichen wirtschaftlichen Druck. Es wurde ihr mitgeteilt, dass sie das Krankengeld noch vor der Rehabilitation erhalte. Dem war nicht so. Das Geld wurde nicht überwiesen. Daher telefonierte sie während der Rehabilitation mit der Gesetzlichen Krankenkasse und es stellte sich heraus, dass sie das Krankengeld erst zahlen, wenn ein Folgekrankenschein vorläge. Sie berichtet, dass sie jetzt zweimal Miete zahlen müssen mit einem Krankengeld. Beide Konten waren dadurch im Minus. Vor der Rehabilitation habe sie bereits den Antrag auf Übergangsgeld ausgefüllt. Jetzt berichtet ihr Ehemann von zuhause, dass die Deutsche Rentenversicherung viele Antragsformulare geschickt habe. Aus der Reha heraus hat Frau H. telefonisch mit ihrem Ehemann den Antrag auf Übergangsgeld noch einmal ausgefüllt, aus Sorge, dass das Übergangsgeld zu spät ausgezahlt wird. Frau H. beschreibt ihren starken Willen, der sie durch diese Zeit gebracht hat. Unterstützend empfand Frau H. die Sozialberatung im Brustkrebszentrum. Hier wurde sie über den Härtefallfond der Deutschen Krebshilfe infor-

miert. Sie sei jedoch mit den Anträgen überfordert gewesen und habe die Angaben falsch berechnet. Daher erhielt sie keine finanzielle Unterstützung. In der Typenbenennung wurde sie von der Forscherin als „die tapfere Kämpferin“ bezeichnet.

Fall I

Sozialanamnese:

Familienstand: getrennt lebend, lebt mit Kindern in häuslicher Gemeinschaft

Alter: 58 Jahre

Kinder: zwei erwachsene Kinder

Soziale Situation: stützendes soziales Umfeld, durch Familie und Freundeskreis gegeben

Wohnsituation: zufriedenstellend

Finanzielle Sicherung: Krankengeld

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Rehabilitandin ist erwerbstätig und kommt arbeitsunfähig in die Rehabilitation

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: Fachhochschulreife

Ausbildungsberuf/Studium: Steuerfachangestellte

Berufsbiografie: Tätigkeiten als Bilanzbuchhalterin, Personalkauffrau und Betriebswirtin, seit vielen Jahren als Teamleiterin Personalwesen in Teilzeit

Wöchentliche Arbeitszeit: 34 Stunden

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (letzten 12 Monate):

Dezember 2020 bis Oktober 2021 aufgrund der onkologischen Erkrankung.

Fallvignette I:

Frau I (58jährig) erhielt die Diagnose Brustkrebs nach einer Screeninguntersuchung. Auf Empfehlung einer Bekannten nahm Frau I. nicht mit dem unmittelbar nächsten Brustzentrum Kontakt für die Behandlungen auf, da sie im weiter entfernten Zentrum zeitnähere Behandlungstermine erhielt. Dies hatte später jedoch zur Folge, dass die Gesetzliche Krankenkasse die Taxikosten nicht in vollem Umfang erstatten wollte, da es sich nicht um die nächstgelegene Praxis handele. Die Taxikosten als Selbstzahlerin hätten sich auf 100 Euro pro Tag belaufen, bei 16 Chemotagen. Dies wollte Frau I. nicht und fuhr selbst, auch wenn es ihr nicht so gut ging, oder sie ließ sich von einer Freundin fahren. Nach der Operation war den Ärzt*innen unklar, ob zunächst eine Chemotherapie durchgeführt werden sollte. Daher wurde ein Genexpressionstest durchgeführt. Hier entstand für Frau I. Aufregung, da die Gesetzliche Krankenkasse ihr schrieb, dass sie die Kosten für diesen Test nicht übernehme. Erschwerend kam in der Therapiezeit hinzu, dass sich Frau I. nach 35 Jahren Ehe von ihrem Ehemann trennte. Die Trennung war schon länger geplant, stellte sie jedoch zusätzlich vor besondere Herausforderungen. Sie fühlte sich durch die Therapien sehr kraftlos und forderte ihn auf ausziehen. Er nahm, bis auf die Küche, fast alle Möbel mit. Sie improvisierte und holte ihre Gartenmöbel herein. Mit dem Geld der Schwester und des Sohnes konnte sie sich neue Möbel kaufen und weitere Ausgaben abdecken. Als weiteres einschneidendes Lebensereignis muss der Tod ihrer Mutter während der Strahlentherapie angeführt werden. Durch das Krankengeld ist ihre finanzielle Situation sehr knapp. Das Hausdarlehen ist auf das volle Gehalt berechnet und muss noch abgetragen werden. Ihr Bankberater fragte häufig nach, wann sie denn wieder arbeiten gehe. Dies setzte Frau I. zusätzlich unter Druck. Frau I. ging sehr aufmerksam mit den AU-Bescheinigungen um. In der Strahlenklinik wollte man ihr wieder eine Erstbescheinigung ausstellen. Dann hätte sie weder von der Gesetzlichen Krankenkasse noch von ihrem Arbeitgeber Geld erhalten. Es folgte eine intensive Diskussion. Aus Mitleid stellte ihr die Arzthelferin dann doch eine Folgebescheinigung aus. Frau I. konnte dies nicht so stehen lassen und behauptete sich. Sie sagte der Arzthelferin, dass sie die Änderung nicht aus Mitleid vornehmen müsse, sondern dass hier ein Fehler gemacht worden sei, das wäre einfach Fakt. Ein Fehler unterlief im weiteren Procedere der Arzthelferin, sie vergaß die AU-

Bescheinigung für die Gesetzliche Krankenkasse auszustellen. Frau I. fuhr daraufhin selbst zur Gesetzlichen Krankenkasse und klärte dies. In Bezug auf das Übergangsgeld der Deutschen Rentenversicherung erfuhr Frau I. aus dem Internet von der Möglichkeit einer Vorschusszahlung. Sie rief bei der DRV an und es stellte sich heraus, dass ihre Antragsformulare für das Übergangsgeld nicht vorlagen. Sie füllte diese nochmals aus. Hätte Frau I. nicht nachgefragt, hätte sie in ihrer bereits angespannten finanziellen Situation zunächst keine Entgeltersatzleistung erhalten. In ihrem beruflichen Wiedereinstieg verzichtet Frau I. aus wirtschaftlichen Gründen auf eine stufenweise Wiedereingliederung, um zeitnah wieder ihr volles Gehalt zu beziehen. In der Typenbildung bezeichnete die Forscherin Frau I. als „pragmatische Kämpferin“.

8.2 Auswertung

Wie berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit erleben steht im Zentrum dieses Forschungsprojektes. Erleben stellt das subjektive und rezeptive Wahrnehmen des Menschen von sich selbst und seinen Interaktionen mit den Mitmenschen in seiner Umwelt dar sowie die Verarbeitung von Informationen (vgl. Dorsch, S. 2021).

Die befragten Brustkrebspatientinnen beschreiben in den Interviews, wie sie die konkreten Situationen materieller Unsicherheit subjektiv wahrgenommen und erlebt haben. Dadurch wird nachvollziehbar, dass materielle Unsicherheit von den Brustkrebspatientinnen in unterschiedlichen Dimensionen erlebt wird. So kann die finanzielle Situation von „in Existenznot“ bis „versorgt“ beschrieben werden. Ist eine Brustkrebspatientin „versorgt“, weist dies darauf hin, dass die finanzielle Situation während der Brustkrebserkrankung gut und entspannt bewältigt werden kann. Sie kann beruhigt und unabhängig von finanziellen Belastungen ihre Therapien durchführen. Befindet sich eine Brustkrebspatientin hingegen in materieller Existenznot, ist sie zu ihren Therapien zusätzlich auf verschiedenen Ebenen gefordert. Oftmals nehmen sie in Eigeninitiative Kontakt zu den Leistungsträgern sowie Ämtern auf, um weitere existenzsichernde Auskünfte zu erhalten. Ihr Antrieb sowie der massive Kraftaufwand zur Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz kostet sie viel Energien, welche ihnen in dieser Zeit kaum zur Verfügung stehen und die sie sicherlich zur Bewältigung der Therapien benötigen. Somit entsteht eine

enorme emotionale und physische Überforderungssituation. Die betroffenen Patientinnen gelangen so in eine Situation, in der alle finanziellen Reserven aufgebraucht werden und sie gegebenenfalls mit Schulden aus der Krebserkrankung herausgehen. Teilweise nehmen sie finanzielle Unterstützung an, teilweise lehnen sie eine Unterstützung aus Schamgefühl ab und versuchen mit großem Verzicht und Einschränkungen ihre Situation in irgendeiner Form zu meistern. Hierzu treffen sie aktive Entscheidungen, z.B. Verzicht auf die soziale Teilhabe (Sportclub). Ferner führen Fragen der Zuständigkeit aber auch Falschaukünfte der Kostenträger zu weiteren Irritationen der Brustkrebspatientinnen. Zudem können sie zur Verschlechterung ihrer finanziellen Lage beitragen, wenn z.B. mitgeteilt wird, dass ein Antrag auf Wohngeld während des Krankengeldbezuges nicht möglich sei. Erschwerend kommen zusätzlich belastende Lebensereignisse, wie die Trennung vom Ehepartner oder der Tod eines nahen Familienmitgliedes während der Therapiezeit hinzu, welche ebenfalls bewältigt werden wollen. Die angespannte finanzielle Situation erfordert zuweilen einen schnellen beruflichen Wiedereinstieg. Hierbei fühlen sich die Brustkrebspatientinnen oftmals gezwungen eine stufenweise Wiedereingliederung abzulehnen und zeitnah ihre Arbeit aufzunehmen bzw. mit Abbau von Resturlaub die finanzielle Situation zu stabilisieren.

8.3 „Dreifacher Kampf ums Überleben“ – Eine Grounded Theory

Die einzelnen Ergebnisse der Kategorien und Subkategorien der Forschungsarbeit werden in diesem Kapitel zusammengefasst und das Theoriemodell „Erleben von materieller Unsicherheit - Dreifacher Kampf ums Überleben“ von berufstätigen Brustkrebspatientinnen vorgestellt. Die Theorie skizziert das subjektive Erleben von materieller Unsicherheit der Brustkrebspatientinnen sowie ihre Interaktionen in diesem spezifischen Kontext. Zugleich erklärt die Theorie die Bedeutsamkeit der materiellen Dimensionen einer Krankheit und ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Lebenswelt der Brustkrebspatientinnen im Verlauf ihrer Krankheit und ihren dreifachen Kampf. Zunächst werden die Kernkategorie und weitere Kategorien mithilfe der vier Elemente des Kodierparadigmas nach Strauss und Corbin in ihren Eigenschaften und Dimension vorgestellt und miteinander in Beziehung gesetzt. Die vier Elemente des Kodierparadigmas beinhalten die ursächlichen Bedingungen, welche zu einem Phänomen führen, den Kontext und intervenierende

Bedingungen, die handlungs- und interaktionale Strategien sowie deren Konsequenzen (s. Abb. 5, S.107). Es handelt sich hierbei um subjektive Wahrnehmungen und Erfahrungen der befragten Brustkrebspatientinnen. Um die einzelnen, miteinander verbundenen Sequenzen der Handlungen und Interaktionen der Ereignisse auszuwerten, ist es wesentlich, die „Prozeßaspekte zu identifizieren und in die Analyse einzubauen“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 119), wie die folgende Darstellung aufzeigt.

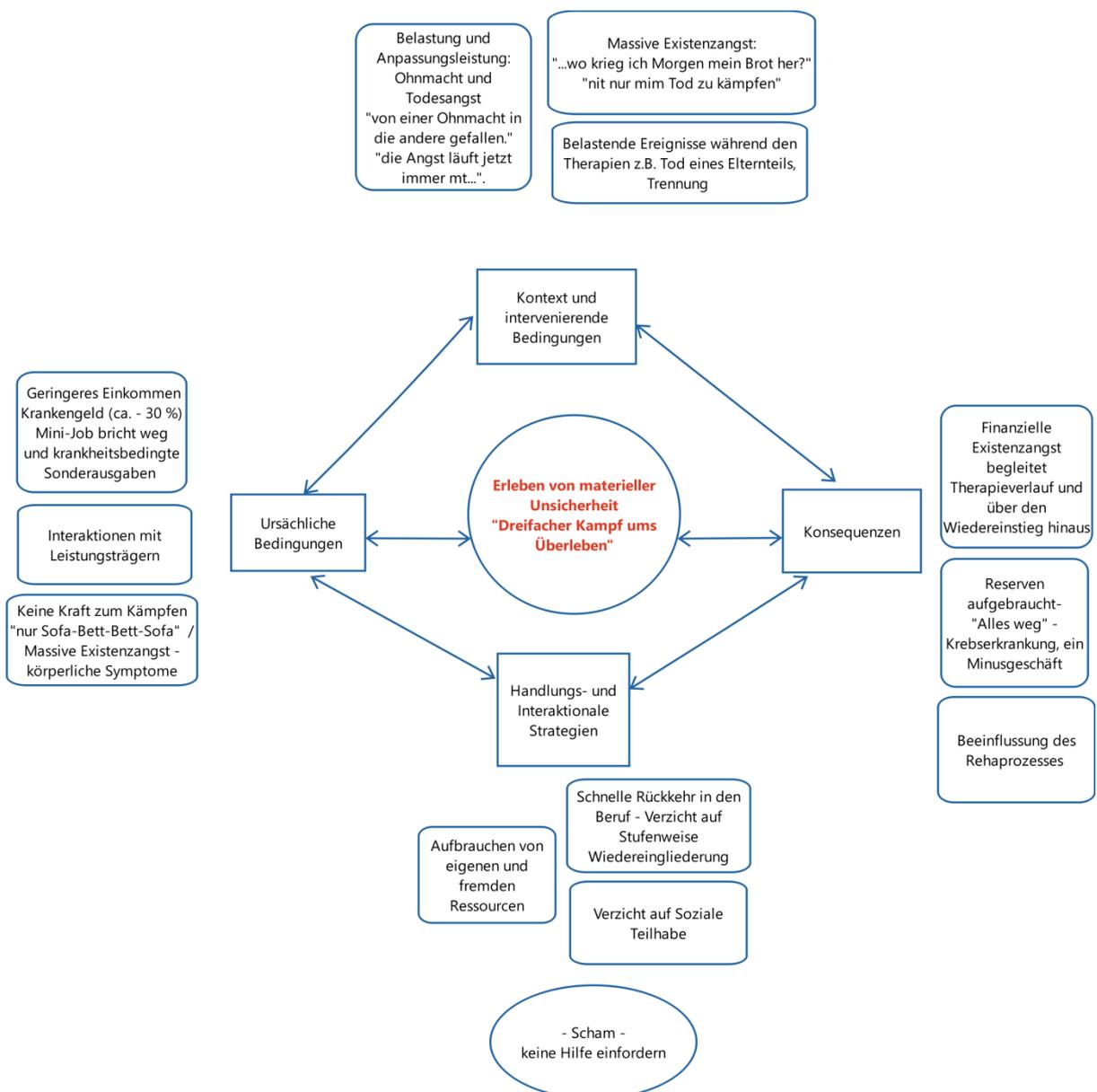


Abbildung 6: Kernkategorie: „Erleben von materieller Unsicherheit – Dreifacher Kampf ums Überleben“ (eigene Ausarbeitung mit MAXQDA).

8.3.1 Die Kernkategorie „Dreifacher Kampf ums Überleben“

Die Ergebnisse der Untersuchung haben aufgezeigt, dass die von materieller Unsicherheit betroffenen Brustkrebspatientinnen diese Situation als dreifachen Kampf (biologisch-medizinisch, psychisch und sozial) erleben. Vor diesem Hintergrund wurde der „Dreifache Kampf“- mit all seinen Wechselwirkungen zur Kernkategorie der Grounded Theory erhoben.

Zunächst wird auf die Definition des Wortes „Kampf“ eingegangen. Etymologisch stammt das Wort „Kampf“ aus dem Mittelhochdeutschen *kampf*, lateinisch *campus* = „flaches Feld; Schlachtfeld“ (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 2024a).

Es finden sich mehrere Bedeutungen zu dem Terminus „Kampf“:

- „Auseinandersetzung größeren Ausmaßes zwischen militärischen Gegnern, feindlichen Kräften
- (mit Waffen geführte) handgreifliche Auseinandersetzung zwischen zwei oder mehreren persönlichen Gegnern
- Begegnung zwischen Sportlern, bei der um den Sieg gerungen wird, Wettkampf
- Einsatz aller Kräfte, um einer Sache Einhalt zu gebieten oder um etw. zu verwirklichen
- innere Auseinandersetzung“
(Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 2024a).

Durch die Definition des Begriffes „Kampf“ wird ersichtlich, unabhängig auf welcher Ebene er stattfindet, handelt es sich um Verteidigung, um einen großen Kraft- und Ressourcenaufwand. Im übertragenen Sinne sind die Brustkrebspatientinnen ebenfalls gefordert, ihre Existenz auf verschiedenen Ebenen zu sichern, zu stabilisieren und zu verteidigen. Die Kernkategorie „Dreifacher Kampf ums Überleben“ impliziert einen Kampf auf drei unterschiedlichen Ebenen. Bisher beinhaltet der Kampf in der Regel die biologisch-medizinische und die psychische Ebene. Diese Forschungsarbeit belegt, dass zusätzlich auch ein Kampf auf der sozialen Ebene geführt wird. Daraus resultiert die Dreidimensionalität des Kampfes und der damit verbundene Kraftaufwand der befragten Brustkrebspatientinnen. Wie im Kapitel

sechs „Soziologie von Gesundheit und Krankheit“ beschrieben wird deutlich, dass sich Krankheit nicht dichotom denken lässt. Zur biologisch - medizinischen Dimension kommt die psychische Dimension hinzu. Wie diese Forschungsarbeit mit ihrem Bio-Psycho-Sozialen Ansatz darlegt, erscheint es jedoch wesentlich, auch die soziale Dimension, insbesondere die materielle Dimension, einer Krankheit mit einzubeziehen und im Krankheitsverlauf zu berücksichtigen. Die Komplexität des Kampfes wird aus der Erlebens- und Handlungsperspektive der Betroffenen als dreifacher Kampf ums Überleben bezeichnet.

Die Einbeziehung der sozialen Dimension ermöglicht, dass die sozialen Prozesse, die sozialen Erfahrungen sowie ihre biografische Bedeutsamkeit für die Patientinnen in Bezug auf Gesundheit bzw. Krankheit berücksichtigt werden (vgl. Richter 2016, S. 4 f.).

Im Anschluss werden beispielhaft Passagen beleuchtet, in denen verschiedene Formen des Kampfes und die daraus resultierenden Belastungen auf der sozialen Ebene veranschaulicht werden:

Unerwarteter Kampf

Als eine Form des Kampfes wird der unerwartete Kampf identifiziert. Es zeigt sich, dass Versicherte, welche Unterstützung im Gesundheitssystem von einem Leistungsträger erwarten, teils gezwungen sind sich gegen genau dieses Verwaltungssystem zur Wehr zu setzen bzw. zu kämpfen. Diese Paradoxität erfordert einen zusätzlichen Kraftaufwand der Betroffenen.

Im Datenmaterial gibt Frau F. Hinweise auf ein unerwartetes Erleben von Kämpfen, wenn auch in einer abgeschwächten Dimension. Aufgrund ihres Fachwissens durch ihre Tätigkeit in der Lohnbranche hat die Patientin schon früh den Antrag auf Übergangsgeld gestellt, trifft jedoch auf andere Herausforderungen mit der Gesetzlichen Krankenkasse.

„... es war ein bisschen, ich hab bei manchen Dingen so so gedacht, HÄ, muss ich so so ein bisschen kämpfen, um Dinge, ja die wo ich dachte, ich bin jetzt krank, es wäre jetzt schön, wenn sich jemand um mich kümmern würde“ (Z. 365-367).

Durch die Bezeichnung „ein bisschen“ relativiert Frau F. ihren Kampf zunächst. Sie scheint überrascht, dass sie im Kontext mit der Gesetzlichen Krankenkasse

unerwartet kämpfen muss. Sie erwartet eher Empathie und Unterstützung seitens des Leistungsträgers in ihrer Krankheitssituation. Das Gegenteil tritt ein, es wird alles technokratisch abgearbeitet und sie scheint überrascht, dass sie sich wehren und in Widerstand gehen muss. Durch die doppelte Abschwächung „ein bisschen“ und Verzögerung durch das Zweifache „so so“ scheint es, dass Frau F. fast ungläubig die Situation reflektiert. Sie hatte die Erwartung, dass ihr aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise administrative Vorgänge abgenommen werden.

An diesen Beispielen zeigt sich, dass es im Krankheitsverlauf unerwartet zu Kämpfen kommen kann, um z.B. eine therapierelevante Leistung der Krankenkasse zu erhalten. Ansonsten könnten Versicherte die Leistung z.B. den Prosigna-Test nur durchführen, wenn sie diese aus eigenen finanziellen Mitteln bestreiten. Dies hat zur Folge, dass Menschen mit geringem Einkommen sich dies nicht leisten können und somit von bestimmten Leistungen ausgeschlossen werden. Diese herausfordernde Situation steht dem Bedürfnis der Versicherten, dass sich jemand um sie kümmert, entgegen. Dieses Vorgehen zeigt, dass von Versicherten, unabhängig an welcher Stelle sie sich im Versorgungsverlauf befinden, administrative Angelegenheiten sowie die Einforderung von bestimmten Leistungen abgerungen wird.

Beachtenswert ist, dass Frau F. und Frau D. beide das Bedürfnis „des Kümmerns“ äußern. Frau F. äußert das Bedürfnis, dass sich jemand um sie kümmert und ihr administrative Dinge abgenommen werden, da sie jetzt krank ist. Frau D. möchte sich ausschließlich um sich und die Reha kümmern. Dieses Kümmern, wieder Kräfte zentrieren, ist eng verbunden mit einem Gefühl der Überforderung und Erschöpfung.

„Dann, die Sachen also, dieses Kümmern halt einfach...“ (Z. 254).

„Also dass letztendlich em man eh befreit ist von dieser Antragsstellung, von administrativen Aufgaben, sondern dass man sich ausschließlich um sich und um die Reha kümmern kann (Z. 270-272).

Der Aspekt der Überforderung findet sich ebenfalls im Kapitel 8.4.2.2 „Interaktionen mit Leistungsträgern“ in der Thematik Überforderung mit administrativen Aufgaben wieder.

Kampf ums Überleben

Durch das reduzierte Einkommen während der Arbeitsunfähigkeit kann die finanzielle Lage der krebserkrankten Menschen so prekär werden, dass diese in einen Kampf ums Überleben mündet, wie das nachfolgende Beispiel zeigt:

Frau G. kämpft zusätzlich zur Krebserkrankung massiv um ihr finanzielles Überleben:

„da hat man nit nur in mim Tod zu kämpfen, sondern auch noch mit eh ...wo krieg ich Morgen mein Brot her...“ (Z. 803-806).

Diese Form des Kampfes wird insbesondere im Kapitel 8.4.2.1 geschildert und verdeutlicht ihre Verzweiflung, z.B. ihre Wohnung zu behalten und ihre damit verbundene schambesetzte besetzte Gefühlswelt „...ich kam mir wirklich vor wie so ein Bettler“ (Z. 372). Weitere Ausführungen zu den massiven Existenzängsten werden in Kapitel 8.4.3.2 beleuchtet.

Belastung des Kampfes

Die Auswirkungen, in Form der psychischen Belastung des Kampfes am Beispiel der Zuständigkeitsklärung von Leistungsträgern, verdeutlicht Frau D. in ihrer folgenden Aussage:

„Also des war für mich dann da schon e bissl – en – psychische Belastung“ (Z. 180).

Durch ihre Wortwahl „schon“ bekräftigt sie ihr Erleben und schwächt es im Anschluss mit „e bissl“ gleichzeitig wieder ab. Ihre darauffolgenden Gedankenpausen veranschaulichen ihre Überlegung ihre psychische Belastung zu benennen. Es kann vermutet werden, dass sie aus Schamgefühl so zögerlich sprach.

Eine weitere Belastung des Kampfes wurde in der Verteidigung gegen einen Mitarbeiter der Leistungsträger von Frau G. sichtbar. Um eine existenzsichernde Lösung zu erarbeiten, musste sie all ihre Kräfte mobilisieren und sich gegen den Mitarbeiter wehren, indem sie nach seinem Vorgesetzten verlangte. Hier knüpft das Thema des Kampfes wieder an das Geschehene an. Leider zeigt sich, dass Frau G., wie Kapitel 8.4.2.3 „Keine Kraft zum Kämpfen - „nur Sofa-Bett-Bett-Sofa““ belegt, aufgrund der Therapien nicht mehr über allzu viele Kraftressourcen für eine solche Auseinandersetzung verfügt.

Im weiteren Datenmaterial findet sich eine Textstelle, in der Frau G. ihre Erschwernis beim Ausfüllen von Formularen beschreibt:

„ ...Und dann muss man diese Anträge ausfüllen und – stöhnen- oha....Das war, da kriegt man schon so en Kopf...nur vom Nachdenken, ja“ (Z. 445-449).

Mit dem „ja“ bekräftigt sie nochmals ihr Überforderungserleben. Durch das Stöhnen wird die Belastung im Umgang mit den Formularen deutlich.

Das Ausfüllen der Formulare ist oftmals mit einer kognitiven Überforderung der Patient*innen verbunden. Dies kann auf die therapieinduzierte Konzentrations- und Merkfähigkeit zurückzuführen sein oder eine grundsätzliche Überforderung mit Dokumenten bei geringen Kraftressourcen.

Art des Kampfes

In der Auswertung des Forschungsprojektes werden unterschiedliche Typisierungen der Interviewpartnerinnen herausgearbeitet, welche sich mit den persönlichen Eigenschaften in der sozialrechtlichen Fallkonstruktion (Kapitel 8.1) wiederfinden. Wie sich im Vergleich der einzelnen Fälle zeigt, ist die Art des Kämpfens von mehreren Faktoren abhängig. So spielen neben dem Kontext, den intervenierenden Bedingungen und den ursächlichen Bedingungen gerade auch die persönlichen Eigenschaften der erkrankten Frauen eine wesentliche Rolle. Die innere Haltung, der Umgang mit Herausforderungen oder auch die Herangehensweise an die Lösung von Problemen beeinflussen die Art des sozialen Kampfes in besonderem Maße.

Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht der Zuschreibung von Typisierung und der jeweiligen Interviewpartnerin:

Typisierung	Interviewpartnerin
„Die Getriebene“	A
„Die Versorgte“	B
„Die Pragmatische“	C
„Die Getriebene“	D
„Die friedvoll Trotzende“	E
„Die mutig Konsequente“	F
„Die wütende Kämpferin“	G
„Die tapfere Kämpferin“	H
„Die pragmatische Kämpferin“	I

Abbildung 7: Zuschreibung von Typisierung und die jeweilige Interviewpartnerin (eigene Darstellung).

8.3.2 Ursächliche Bedingungen

Zu den ursächlichen Bedingungen der Kernkategorie des Phänomens „Dreifacher Kampf ums Überleben“ zählen „Ereignisse, Vorfälle, Geschehnisse, die zum Auftreten oder der Entwicklung eines Phänomens führen“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 75). In dieser Forschungsarbeit beruhen die ursächlichen Bedingungen auf verschiedenen Ebenen. Auf der wirtschaftlichen Ebene sind an dieser Stelle das geringere Einkommen während der Arbeitsunfähigkeit und die krankheitsbedingten Sonderausgaben zu benennen. Für die bio-psycho-soziale Ebene steht die Kategorie „Keine Kraft zum Kämpfen“. Diese Kategorie subsumiert die massiven Existenzängste und die damit verbundenen körperlichen Symptome der befragten Brustkrebspatientinnen. Die administrative Ebene stellt die Interaktionen der Patientinnen mit den Leistungsträgern, wie Gesetzliche Krankenkasse und Deutsche Rentenversicherung und den Ärzt*innen, dar.

Im Folgenden werden diese Kategorien mit Auszügen aus dem Datenmaterial veranschaulicht und belegt.

8.3.2.1 Geringeres Einkommen und krankheitsbedingte Sonderausgaben

Durch die Kategorie Geringeres Einkommen werden die einzelnen Dimensionen deutlich, in dessen Rahmen sich die jeweiligen Einkommensverluste und Sonder-

ausgaben, wie z.B. Zuzahlungen während der Arbeitsunfähigkeitszeit, bewegen und welcher wirtschaftliche und soziale Druck sich daraus für die Brustkrebspatientinnen entwickelt.

Frau A. berichtet,

„das Krankengeld war soviel wie ich an eh Miete zahl“ (Z. 171).

In Bezug auf die Höhe des Krankengeldes sieht sie den Zusammenhang ihres geringen branchenspezifischen Einkommens

„in meiner Branche verdient man nicht wahnsinnsviel“ (Z. 135).

Dieses Einkommen wird als Berechnungsgrundlage für ihr Krankengeld herangezogen.

Frau D. notiert den Einkommensverlust besonders beim Übergangsgeld

„wo ich halt wirklich dann nur mit Übergangsgeld überbrücken musste...“
(Z. 342).

Frau E. erzählt zu Interviewbeginn

„Es war nur ein bisschen weniger“ (Z. 246).

Diese Aussage beinhaltet eine doppelte Abschwächung „nur“ und „ein bisschen weniger“. Sie markiert diesen Einkommensverlust an dieser Stelle als nicht sehr bedeutsam. Es stellt sich jedoch im Verlauf des Interviews heraus, dass es sich tatsächlich um höhere Summen gehandelt hat und Frau E. diese Lücke mit ihrem Ersparten gefüllt hat. Es erweckt der Eindruck, dass sich Frau E. nicht sehr intensiv mit dem wirtschaftlichen Thema beschäftigt hat. Es bleibt offen, ob sie das finanzielle Thema verdrängt, sich durch ihre Ehefrau in wirtschaftlicher Sicherheit glaubt, sich durch ihren Glauben getragen fühlt oder das Thema eher schambelegt ist.

Erst zu einem späteren Interviewzeitpunkt wird Frau E. bewusst, wie hoch der reale monatliche Einkommensverlust war.

„Ach so und mein 450 Euro-Job der fliegt dann auch weg. Der zählt ja nicht dabei. Dann sind es im Endeffekt, dann ja... fällt schon ne Menge weg dann, Geld auf einmal.“ (Z. 266-267).

An Miete bezahlt das Ehepaar 1300 Euro und Frau E. wirft ein

„Und da waren die 450 so schon wichtig dafür, die sind ja auch noch mit weggefallen.“ (Z. 285-286).

Sie resümiert, dass ihr 450 Euro-Job aufgrund der Erkrankung wegfiel und sich mit Krankengeldbezug ihr monatlicher Gesamtverlust auf circa 800 € beläuft.

Frau F. thematisiert ihr geringeres Einkommen während der Arbeitsunfähigkeit nicht explizit. Frau F. fühlt sich durch ihren Ehemann, als Hauptverdiener abgesichert. Die Schilderung zeigt, dass die jeweilige Lebensform das Erleben von massiver Existenzangst der Betroffenen beeinflusst. Diese ist weniger ausgeprägt, wenn der/die nicht betroffene Partner*in Hauptverdiener*in ist. Die Einkommensverluste während der Arbeitsunfähigkeit bewegen sich in einem vertretbaren Rahmen. In solchen Fällen erleben die Betroffenen keine bzw. nur geringe materielle Existenzangst und es besteht kein erhöhtes Verarmungsrisiko. Solch eine Fallkonstruktion scheint dann erst gefährdet, wenn, wie im Fall von Frau H. (Kap. 8.2), der/die Ehepartner*in zeitgleich ebenfalls erkrankt und in Krankengeldbezug fällt.

Frau F. reflektiert ihren Fall auf Expertenebene, da sie in der Lohnbranche tätig ist. Trotz der finanziellen Absicherung ist eine Belastung im finanziellen Bereich bzw. Ärgernis über das Krankengeld spürbar „ich hab mich zwar nur geärgert über dieses Krankengeld, ne“ (Z. 583).

Im Fall von Frau G. ist erwähnenswert, dass im Gegensatz z.B. zu Frau E. deren Verluste ihr zunächst nicht präsent waren, sie exakt ihre Einnahmen und Ausgaben beziffern konnte. Daraus lässt sich schließen, dass Frau G., sich aufgrund ihrer akuten materiellen Existenznot mit diesen Beträgen sehr oft beschäftigt hat. Über ihren Einkommensverlust berichtet sie:

„... , also mir fehlen 1.000 Euro im Monat.“ (Z. 269).

Der 450 Euro-Job „Der ist auch weggefallen, ...“ (Z. 304).

Für Frau H. kam zu ihrem eigenen Einkommensverlust durch Krankengeldbezug noch im gleichen Zeitraum erschwerend hinzu, dass ihr Ehemann einen Tennisunfall erlitt und ebenfalls in den Krankengeldbezug fiel. Sie beschreibt die Situation:

„Also es war halt ne Zeit lang ziemlich hart jetzt, ne?“ (Z. 170).

Frau I. fühlt sich in ihrem Krankheitsverlauf fortdauernd in einer angespannten finanziellen Situation, seit sie sich im Krankengeldbezug befindet.

„Eh, ja weiterhin Krankengeld kriege und da fehlen ja dann schon die 30 Prozent, die vorher da waren.“ (Z. 298-299).

Ihre Lebenssituation mit einem geringeren Krankengeldbezug verschärft sich durch die Trennung von ihrem Ehemann. Das zweite Einkommen des Ehemanns bricht weg und auf Frau I. kommen noch Mehrausgaben hinzu. Die Trennung muss somit nicht nur auf der Beziehungsebene verarbeitet werden, sondern auch auf der wirtschaftlichen Ebene.

Im zweiten Teil des Kapitels werden die krankheitsbedingten Sonderausgaben der Brustkrebspatientinnen beschrieben. Zu diesen Sonderausgaben zählen z.B. Zuzahlungen⁸ und Fahrtkosten.

So berichtet Frau G. von täglich 10 Euro Zuzahlung für Fahrtkosten zur Chemotherapie. Zudem entstanden weitere Zuzahlungen von 130 Euro für die Chemotherapie. Hierbei handelt es sich um die Medikamentenzuzahlungen. Frau G. erzählt, dass alle zwei Wochen eine Rechnung über 130 Euro kam. Ein weiterer hoher Kostenfaktor stellt für Frau G. die Versorgung ihres Ports dar. Es erfolgten drei ambulante Eingriffe an ihrem Port und er war lange Zeit entzündet. Er musste daher jeden Tag gespült werden und eine Wundversorgung erfolgte. Die Kosten für die Kompressen, sterile Pflaster und NaCl-Lösung musste Frau G, über einen Zeitraum von circa drei Monaten, selbst tragen.

„So. Kochsalzlösung, Kompressen, Pflaster, transparente Pflaster, diese sterilen Pflaster...kosten 5 Stück 10,00 Euro, ja? Ohne Kompressen, ohne große, also ohne K... eh eh em ohne NaCl-Lösung, ohne alles, musste ich alles selbst tragen. Nicht ein Pflaster wurde bezahlt...“ (Z. 67-70).

Aufgrund der finanziellen Situation beschließt Frau G, nicht mit dem Taxi zur Strahlentherapie zu fahren. Sie hätte sonst, wie bei der Chemotherapie, 10,00 Euro/Tag an Zuzahlungen leisten müssen. Deshalb entschließt sie sich, mit ihrem eigenen Auto zur Strahlentherapie zu fahren, um Geld zu sparen.

„Ich hab gesagt, das mach ich nit, weil ich ja jedes Mal mit dem Taxi fahre, muss ich ja wieder 10,00 Euro zuzahlen.“ (Z. 234-235).

⁸ Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel und Fahrtkosten werden im Sozialgesetzbuch V im Paragraph 60 ff. geregelt.

Der Tatsache geschuldet, dass Frau G. in der Zeit des Krankengeldbezuges monatlich 1.000 Euro weniger Einkommen besitzt, ist jede Zusatzzahlung ein finanzieller Balanceakt, der Frau G. erneut in eine soziale Drucksituation bringt.

Auch Frau H. sah sich durch die Sonderausgaben extrem gefordert. Ein großer Posten mit 1.000 Euro stellten die Kosten für Perücken dar. Hier spielt das Thema der Körperlichkeit während einer Chemotherapie eine wesentliche Rolle. Es stellt sich die Frage, wie kann ich in die Welt treten ohne Haare? Frau H. möchte sich trotz Haarverlust gut und sicher fühlen. Sie legte Wert auf ihre äußere Erscheinung und besorgte sich zwei Perücken. In der Regel wird eine Perücke von der GKV bezuschusst. Im Fall von Frau H. wurden später für die erste Perücke circa 400 Euro bewilligt.

Perücken sind im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes gelistet. Es ist im Vorfeld mit der GKV zu klären, welchen Betrag sie übernimmt. Eine Zuzahlung für ein Hilfsmittel wie eine Perücke von 10 Prozent des Abgabepreises, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € ist ebenfalls von der Versicherten zu leisten (vgl. betanet, 2022). Es ist davon auszugehen, dass Frau H. die zweite Perücke komplett selbst finanzieren musste und zu der ersten Perücke eine entsprechende Zuzahlung anfiel.

In ihrer Schilderung erwähnt Frau H. ebenso die hohen Zusatzkosten, welche sie zur Chemotherapie leisten musste. Sie erhielt 16 Chemotherapie-Einheiten á 5 Beutel. Für diese 80 Chemotherapiebeutel wurde ihr eine Zuzahlung von 800,00 Euro in Rechnung gestellt. Im Interview wird deutlich, wie schwer es für die Familie war, diese Sonderausgaben zu stemmen.

„Aber halt diese Sonderausgaben, die bringen einen auch ganz schön ins Schleudern“ (Z. 147-148).

Eine weitere Sonderausgabe wird bei den Spezial-BHs für Brustkrebspatientinnen erforderlich. Frau H. erzählt, dass sie 30 Euro Zuzahlung von ihrer GKV erhielt. Die hierfür erhältlichen Modelle gefielen ihr jedoch nicht und sie wählte ein teureres und hübscheres Modell.

Frau H. räuspert sich „...aber ich hab natürlich, also so Modelle gab es halt nicht für das Geld, also hat das ja auch wieder das Doppelte gekostet.“ (Z. 367-368).

Zuzahlungen sind auch im Fall von Frau I. ein Thema. Sie erwähnt an dieser Stelle explizit die Zuzahlungen für die Chemotherapie.

„...ja dann ist das schon knapp. Und auch es laufen ja auch diese Zuzahlungen zu den Chemos, sind ja auch noch da“ (Z. 263-266).

„Und das waren, wie gesagt, das waren irgendwas zwischen 600 und 700 Euro“ (Z. 278).

In Bezug auf die Fahrtkosten zur Chemotherapie gestaltete sich eine besondere Situation. Frau H. entschied sich aufgrund einer Empfehlung aus ihrem Bekanntenkreis für eine Behandlung in einer Klinik, die nicht die nächstgelegene Klinik zu ihrem Wohnort darstellt. Aufgrund dieser Tatsache teilte ihr die GKV mit, dass die Fahrtkosten nicht übernommen werden und sie diese selbst tragen müsse. Frau H. informierte sich. Mit einem Taxi kostete die Hin- und Rückfahrt täglich circa 100 Euro. Sie war nicht in der Lage, diese Kosten selbst zu tragen und entschied sich gegen die Taxifahrten.

„Wie gesagt mit dem Taxi, jedes Mal, dann 100,00 Euro noch, das, hätte ich jetzt nicht tragen können“ (Z. 348-349).

Frau H. suchte nach Alternativen für ihre Fahrt zur Klinik. Eine Freundin fuhr sie täglich zur Klinik. Die Freundin verlangte kein Geld von Frau H., dies entlastete sie sehr.

Resümee

Der Bezug von Krankengeld stellt zunächst eine wirtschaftliche Versorgung im Krankheitsverlauf dar. Ob und in welcher Form Ausstattungsprobleme während dieser Bezugszeit auftreten, ist von mehreren Faktoren abhängig. Zum einen stellt das branchenspezifische Einkommen der berufstätigen Brustkrebspatientinnen die Berechnungsgrundlage für das Krankengeld dar. Zum anderen ist die Ausübung eines 450 Euro-Jobs während den Therapien in der Regel nicht möglich und für diesen Wegfall ist gesetzlich keine Krankengeldzahlung vorgesehen. Somit brechen im Fall einer Arbeitsunfähigkeit zusätzliche Einnahmequellen weg und tragen zur Mehrbelastung der Betroffenen bei.

Die Höhe der finanziellen Rücklagen haben ebenfalls große Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation in dieser Phase. Das Ansparen von Rücklagen ist nur möglich, wenn im Zeitraum vor der Krebserkrankung ein Einkommen erzielt wur-

de, welches Sparen ermöglicht und die Ausgaben, wie z.B. Mietkosten, in einem adäquaten Verhältnis stehen. Ein weiterer Faktor, der die wirtschaftliche Situation beeinflusst, ist die aktuelle Lebenssituation der Brustkrebspatientin. Hatte sie gerade einen Jobwechsel absolviert, ihre Arbeitsstunden reduziert, ist ein Darlehen abzutragen oder wurde eine Trennung vollzogen? All dies beeinflusst die Einkommenssituation maßgeblich.

Es wird deutlich, dass durch das Krankengeld zwar einerseits eine Grundversorgung gegeben ist, dies aber andererseits keine grundsätzliche Aussage über die wirtschaftliche Situation der Brustkrebspatientin darstellt. Daher ist es wesentlich, die oben beschriebenen Faktoren zu identifizieren, die direkt in Wechselwirkung zu den Mehrbelastungen der betroffenen Frauen stehen.

Die individuelle Lebenssituation vor und während der Krebserkrankung ist entscheidend und beeinflusst die finanzielle Situation während der Arbeitsunfähigkeit. Angelehnt an das paradigmatische Modell von Strauss und Corbin werden an dieser Stelle die Wechselwirkungen der einzelnen Elemente deutlich. Zu dem geringeren Einkommen während der Arbeitsunfähigkeit kommen erschwerend noch weitere Ausgaben hinzu. Die Aussagen der Brustkrebspatientinnen skizzieren eindrücklich die Mehrbelastung durch die Sonderausgaben sowie die Zuzahlungen zu der Chemotherapie und den Fahrtkosten. Zudem wurde ein besonders sensibles Thema der Körperlichkeit und Weiblichkeit im Kontext einer Brustkrebserkrankung in diesem Kapitel sichtbar. Es zeigt sich im Umgang mit Haarausfall durch die Chemotherapie und dem Tragen einer Perücke ebenso wie in der Anschaffung eines schönen Spezial-BHs. Durch die körperliche Beeinträchtigung der Brust, dem Zeichen von Weiblichkeit und Sexualität, erscheint es für das Selbstbild der Patientinnen, welches auch das Körperbild und die Attraktivität beinhaltet, wesentlich durch Perücke und Spezial-BH nichts an Attraktivität einzubüßen und sich in ihrem Körper wohlfühlen, (vgl. Ditz, 2006, S. 143) unabhängig von den jeweiligen (Mehr)kosten.

8.3.2.2 Interaktionen mit Leistungsträgern

Dieses Kapitel präsentiert den Themenkomplex der unterschiedlichen Interaktionen der Interviewpartnerinnen mit den Leistungsträgern der gesetzlichen Krankenkasse und/oder der Deutschen Rentenversicherung. Die Zuständigkeiten der

Leistungsträger sind in den Sozialgesetzbüchern V und VI geregelt. In der Praxis und den Interaktionen mit den Brustkrebspatientinnen bestehen jedoch oftmals Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit, was eine zusätzliche Belastung für die Patientinnen in ihrem Versorgungsverlauf darstellen.

Die ursächlichen Bedingungen für das belastende Erleben im Bereich der Interaktion mit Leistungsträgern sind im Wesentlichen drei Themenkomplexe zu zuschreiben:

- Unklarheit über die Zuständigkeiten von Leistungsträgern
- Fehlinformationen, Fehlentscheidungen durch Ärzt*innen und Leistungsträger
- Überforderung mit administrativen Aufgaben

Diese drei Themenkomplexe lassen sich in der Darstellung nicht immer klar voneinander abgrenzen, da sie thematisch eng miteinander verknüpft sind.

8.3.2.2.1 Unklarheit über die Zuständigkeiten von Leistungsträgern

In der Auswertung des Datenmaterials zeigten sich verschiedene Themenbereiche, in denen Unklarheiten über die Zuständigkeiten der Leistungsträger bestand. In Bezug auf das Übergangsgeld erlebte Frau D. Zeiten von Uninformiertheit über die Zuständigkeit und damit verbundener Unsicherheit, welches das folgende Zitat hervorhebt.

„... wenn ich nicht durch Zufall im Internet rum recherchiert hätte und so, em da war ich schon e bissl allein dagestanden“ (Z. 162-164).

„Also ich habe jetzt weder von der Krankenkasse erfahren, dass die für die Reha nicht zuständig sind, dass ich da kein Geld krieg, sondern die Rentenversicherung und von der kam auch nix“ (Z. 166-168).

Frau D. fühlt sich nicht ausreichend unterstützt, vielmehr fühlt sie sich in dieser Situation eher allein gelassen. Dies kann als Kritik am Gesundheitssystem verstanden werden. Hier wird noch einmal deutlich, wie vielschichtig und unübersichtlich der Krankheitsverlauf mit seinen administrativen Anforderungen und Zustän-

digkeiten verläuft. Dies benötigt eine Expertise seitens der Patient*innen. Hinzu kommt, dass in dieser Situation ein hohes Maß an Eigeninitiative von den Betroffenen erforderlich ist, welches sie oftmals nicht in der Lage sind zu leisten.

Erschwerend kam für Frau D. hinzu, dass ihre Antragsformulare auf Übergangsgeld verloren gingen. So war sie gezwungen, die Formulare erneut auszufüllen. Frau D. beschreibt sich als

„... ich bin ein Mensch, ich hab gern em meine Sache geregelt...“ (Z. 173).

Aus dieser Aussage geht hervor, dass Frau D. eine Person ist, die ihre Angelegenheit verantwortungsvoll wahrnimmt und im Vorfeld ihre Dinge regelt. Sie erscheint sehr strukturiert. Es lässt vermuten, dass ihr dieses Vorgehen sehr wichtig ist und ihr Sicherheit vermittelt. Durch die Uninformiertheit bezüglich der Zuständigkeit der Leistungsträger und das Verschwinden ihres Antrages auf Übergangsgeld erfährt sie Unsicherheit und psychische Belastung, verstärkt durch den auf ihr lastenden finanziellen Druck.

„Es hat mich halt unter Druck gesetzt, weil mer ja dort automatisch weiß, man die Ausgaben laufen ja weiter! [...]. Die die Fixkosten, die mer daheim hat und wenn man dann weiß, mer kriecht keins oder es kommt der Tag immer näher, wo die Fixkosten abgebucht werden [...] und mer weiß, es ist kein Geld auf em Konto in dem Moment,“ (Z. 201-207).

Unklarheit über die Zuständigkeit für die Kostenübernahme des Prosigna-Tests erlebte auch Frau F. Die Klinik sah sich nicht zuständig und verwies sie an ihre Gynäkologin. Diese teilte ihr mit, dass sie ihn nicht verschreiben dürfe. Frau F. nahm daraufhin direkt Kontakt zu ihrer Gesetzlichen Krankenkasse auf.

„Und dann habe ich bei der Krankenkasse angerufen und die haben gesagt, sie dürfen es nicht und dann hab ich eine Mail geschrieben und dann wurde der, also innerhalb von fünf Minuten wurde der abgelehnt, wo ich gedacht hab, also Entschuldigung fünf Minuten oder 10 Minuten...ne, für ne Mail zu beantworten, das heißt ja, da hat jemand gar nicht drauf geschaut und letztendlich hat mir da, also das war auch so ne – wa so ne ganz ganz schlimme und da hab ich dann nochmal geheult, hinterher...,so weil ich gedacht hab, wurde so ein bisschen im Stich gelassen ...“ (Z. 394-403).

Der Prosigna-Test ist ein Instrument für die Empfehlung der weiteren Therapien. Vor diesem Hintergrund war es für Frau F. existenziell diesen Test durchführen zu können. Die Klinik weist ebenso wie zunächst die Gynäkologin die Zuständigkeit ab. Als letzte unterstützende Instanz betrachtet Frau F. die Gesetzliche Krankenkasse. Durch die schnelle schriftliche Ablehnung erscheint Frau F. irritiert. Die Ablehnung der Gesetzlichen Krankenkasse wird von Frau F. als nicht nachvollziehbar und intransparent wahrgenommen. Dieser Test hat entscheidende Auswirkungen auf die Wahl ihrer Therapie, ihre Genesung, ihr Leben und er wird in kürzester Zeit abgelehnt. Diese Tatsache erscheint für die Patientin unfassbar. Es erweckt den Eindruck, dass sie sich in ihrer Situation und Not einfach nicht gesehen fühlt. Dieses Unfassbare wird in ihrem sprachlichen Zögern und der Gedankenpause deutlich. Die emotionale Erschütterung wird durch die Wiederholung, stocken und Wortlücke „wa so ne ganz ganz schlimme...“ spürbar. Der Druck, der auf Frau F. in dieser Situation lastete, löst sich durch ihr Weinen. Durch ihre Beschreibung

„wurde so ein bisschen im Stich gelassen...“ (Z. 403)

ist anzunehmen, dass die Patientin sich von allen Beteiligten alleingelassen fühlt. Durch „ein bisschen“ relativiert sie ihre Aussage. Ein Widerspruch gegen diesen Bescheid einzulegen, würde einen zusätzlichen Kraftaufwand für die Patientin bedeuten.

In Bezug auf ihre Krankmeldung erlebt Frau I. eine weitere Unsicherheit. Sie hat sich selbstbestimmt dafür entschieden ihre Operation und Chemotherapie nicht in der nächstliegenden Einrichtung durchzuführen. Die administrativen und wirtschaftlichen Konsequenzen, welche aus solch einer getroffenen Entscheidung zur Behandlung resultieren, sind für die Versicherten zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht absehbar. In diesem Kontext wird deutlich, dass selbstständig getroffene Entscheidungen, außerhalb der Systemlogik der Leistungsträger bzw. des Leistungskataloges, zu erheblichen Mehrbelastungen für die Versicherten führen kann. Obwohl das Versorgungssystem an anderer Stelle eine hohe Gesundheitskompetenz von der Versicherten erwartet, scheint genau der Einsatz dieser Kompetenz nicht mehr in die Systemlogik hineinzupassen, wenn Frau I. den Ort ihrer Behandlung selbst aussuchen möchte. Mit dem Mittel der Finanzierungszusicherung bzw. –ablehnung findet eine Zuordnungssteuerung statt, welche jedoch in diesem Fall

nicht dem Wunsch und den Bedürfnissen von Frau I. entgegenkommt. Die Systemlogik stellt sich, in einem automatisierten Prozess, über die Wünsche des Individuums. Eine Anpassung an das System und seine inhärenten Logiken können für das Individuum im Regelfall einfacher erscheinen, als ein Kampf gegen sie.

Durch diese Entscheidung kam es bereits zu Irritationen bezüglich der Kostenübernahme für die Taxifahrten (Z. 121-126). Die Strahlentherapie führte sie in einer anderen Einrichtung durch. Diese sah sich nur zuständig Frau I. eine Erstbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auszustellen.

„Da hat die gesagt, ja das machen wir immer so und sie sind ja auch hier nicht eh operiert worden und se sie und hatten auch hier keine Chemo...“ (Z. 195-197).

Dies hätte zu weitreichenden Folgen bzw. weiteren Zeiten von materieller Unsicherheit für Frau I. geführt. Bei einer Erstbescheinigung hätte die Entgeltzahlung für sechs Wochen seitens des Arbeitgebers geprüft werden müssen. Die gesetzliche Grundlage ist im Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz) im § 3 Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall geregelt.

Der Arbeitgeber hatte jedoch für die gleiche Erkrankung bereits sechs Wochen Entgeltzahlung geleistet. Die Überprüfung und Klärung der Zuständigkeit für die Zahlung hätte einige Zeit in Anspruch genommen und die Auszahlung des Krankengeldes an Frau I. hätte sich in ihrer aktuellen Trennungssituation verzögert.

Das Erleben der aufkommenden Panik beschreibt das folgende Zitat.

„...und da hab ich gesagt, ja das kann nich so sein, also dann krieg ich von niemandem Geld,...das kann doch nicht sein, dass ich in dieser Situation eh, sag ich mal, das hab ich der dann auch gesagt, ich sag, das ist das Letzte, was ich jetzt gebrauchen kann auch noch ohne Geld dazustehen“ (Z. 197-202).

Im Krankheitsverlauf hat Frau I. bereits mehrfache Hürden im sozialrechtlichen Kontext erfahren. Durch ihre Wiederholung „das kann nich so sein“ (Z. 197) ist die Ungläubigkeit über dieses Vorgehen sowie die Verzweiflung von Frau I. spürbar. Durch ihre Aussage „das ist das Letzte, was ich jetzt gebrauchen kann (Z. 201)

drückt Frau I. ihre permanente finanzielle Bedrohung, verbunden mit aufsteigender wirtschaftlicher Angst, aus. Es erweckt den Eindruck, Frau I. könne zusammenbrechen, wenn diese Situation tatsächlich eintreten würde. Es scheint der berühmte Tropfen zu sein, der ihr Fass zum Überlaufen bringen würde und der einen gefühlten Kontrollverlust über ihr Leben zur Folge hätte. Ihre Belastungsgrenze scheint erreicht.

Resümee

Im Krankheitsverlauf der befragten Brustkrebspatientinnen werden verschiedene Interaktionsfelder mit den Leistungsträgern beleuchtet. Die Interviewpartnerinnen stellen die Interaktionen mit den Leistungsträgern als anstrengend und kräftezehrend dar. Von der teils permanenten Bedrohung der wirtschaftlichen Sicherung wird eindrücklich berichtet. Es wird ebenso deutlich, wie schnell Betroffene in eine existenziell bedrohliche Situation gelangen und welche unterschiedlichen administrativen Hürden auf dem Weg zur wirtschaftlichen Sicherung eine berufstätige Brustkrebspatientin durchläuft. Es wird ersichtlich, dass die verschiedenen Institutionen und Systeme nach ihren jeweils eigenen Handlungslogiken arbeiten und nicht miteinander verzahnt sind. Diese Konstellation erschwert den Zugang zur wirtschaftlichen Versorgung für die Betroffenen. Abschließend lässt sich für den Themenkomplex „Unklarheit über die Zuständigkeiten von Leistungsträgern“ konstatieren, dass hier ebenfalls, wie im Kapitel 8.3.1 der Kernkategorie beschrieben, ein Kampf auf der sozialen Ebene für die Betroffenen stattfindet. Der daraus resultierende hohe Kraft- und Ressourcenaufwand stellt eine weitere Zumutung im Kontext ihrer Krebserkrankung dar und stößt bei den Betroffenen auf großes Unverständnis.

8.3.2.2 Erreichbarkeit, Fehlinformationen und -entscheidungen von Leistungsträgern und Ärzt*innen

Im zweiten Teil der Kategorie Interaktionen mit Leistungsträgern liegt der Fokus auf der Erreichbarkeit der Leistungsträger, den Fehlinformationen und Fehlentscheidungen der Leistungsträger und Ärzt*innen. Die Interviewausschnitte belegen anschaulich die daraus resultierenden zusätzlichen Belastungen für die befragten Patientinnen.

Erreichbarkeit

So berichtet Frau D. von ihrer Kontaktaufnahme mit der Deutschen Rentenversicherung. Zum einen bemängelt sie die schwierige Erreichbarkeit und zum anderen die wenig qualifizierten Antworten der Mitarbeiter*innen.

„... es ist halt Rentenstelle, man kriecht ja auch keinen ans Telefon, des is ja ach ganz schwierig bei den Renten...muss mer sagen. Des ist halt ach irgendwo so e Kundenbetreuungscnter, die ham zwar von allem en bisschen Ahnung, aber nicht ins Detail, d.h. die brauchen ach vorher die Fachabteilung und hintendran und das zieht sich dann hängt mer ewig in der Warteschleife oder kommt gar nit oder hat einen der überhaupt kei Ahnung hat, also des is, des is dann scho bissl...doof“ (Z. 306-317).

Fehlentscheidungen

Frau F. schildert eine Situation, in der ihr behandelnder Arzt eine falsche Diagnose auf ihre Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dokumentierte. Statt der Diagnose Brustkrebs notierte er die Diagnose Hallux Valgus. Da Frau F. zwischen den Bestrahlungen gearbeitet hatte, galt die Diagnose Hallux Valgus als eine neue Erkrankung.

„..., em da hatte der Arzt en Fehler gemacht mit der Krankschreibung und dann gab`s en Kuddelmuddel, weil em diese Diagnose die drauf stand,,,war dann sozusagen die Falsche, er hatte Hallux Valgus statt Brustkrebs – lacht -...o mein Gott, wir sind alle Menschen. Es lief halt komplett schief, d.h. da wurde dann natürlich mein Krankengeld abgelehnt, logisch, neue Erkrankung, eh und dann hab ich also Bescheid bekommen, ich würde kein Krankengeld bekommen, em der der Arbeitgeber sei ja für meine Entgeltfortzahlung zuständig. Weil die natürlich dachten, es ist ja ne neue Krankheit“ (Z. 451-463).

Durch die Angabe einer anderen Erkrankung kam es laut Frau F. zu einem „Kuddelmuddel“. Dies wird als ein „Durcheinander“ bezeichnet. Durch die Verwechslung wurde die Auszahlung des Krankengeldes seitens der Gesetzlichen Krankenkasse abgelehnt. Ihre Aussage „Es lief halt komplett schief...“ (Z. 460) lässt das Ausmaß der Verwechslung erkennen. Die Situation ist mit zusätzlicher Aufregung

und weiteren Aufgaben zur Klärung (z.B. Telefonat mit der Gesetzlichen Krankenkasse) für die Brustkrebspatientin verbunden.

Nach der Klärung des oben geschilderten Sachverhaltes mit der Gesetzlichen Krankenkasse kommt es für Frau F. zu einem weiteren Ausfüllfehler des Arztes. Er notiert ein falsches Datum auf die neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Dadurch entsteht eine Lücke und die Gesetzliche Krankenkasse weigert sich erneut das Krankengeld für diese Tage an Frau F. auszuzahlen. Frau F. versucht erneut, diese Angelegenheit mit ihrer Gesetzlichen Krankenkasse zu regeln, stößt diesmal jedoch auf Unverständnis. Das Krankengeld wird ihr für diese Tage nicht bewilligt. Frau F. beschreibt diese Situation wie folgt:

„...dann hat der Arzt den nächsten Fehler gemacht, er hat den Tag des Ausstelldatums, war nicht der Tag vor der, also es war, lief so alles schief, aber die ham sich da bei der Krankenkasse so so schräg angestellt und mir da zwei Tage einfach nicht ...auszahlen wollen...“ (Z 480-485).

Auch in dieser administrativen Situation „lief so alles schief“ (Z. 481) und Frau F. versuchte erneut, den Fehler des Arztes zu revidieren. Die Reaktion der Gesetzlichen Krankenkasse hat sie als „so so schräg angestellt“ (Z. 482) bezeichnet. Durch die Wiederholung „so so“ wird das verstärkte Erleben der Auseinandersetzung mit der Gesetzlichen Krankenkasse deutlich. Frau F. ist wie beim ersten Dokumentationsfehler des Arztes gezwungen mit ihrem Leistungsträger Kontakt aufzunehmen und das weitere Vorgehen zu besprechen. Die Patientinnen müssen also aktiv werden und administrative Fehler korrigieren, um Auswirkungen auf ihre wirtschaftliche Situation zu minimieren, obwohl diese Fehler eindeutig von den Akteur*innen des Gesundheitswesens verursacht wurden. Dadurch kommen Patient*innen direkt mit dem administrativen Verwaltungssystem der Leistungsträger wie auch mit der spezifischen Verwaltungslogik der Gesetzlichen Krankenkasse in Berührung. Die Aussage der Patientin verdeutlicht das Thema.

„..., natürlich war das Datum von Beginn der Krankheit richtig drin...weil das war der Beginn der Bestrahlung, aber das Datum der Ausstellung war dann eben zwei Tage später eh ausgestellt, ...und dann wurden mir die zwei Tage..., weil das Datum, weil das Datum der Ausstellung muss übereinstimmen, ... Ja, das sind so die Regeln, also“ (Z. 504-516).

Die folgende Aussage impliziert ihre Überlastung, sich während der Krankheitsphase zusätzlich um die administrativen Angelegenheiten und die Fehlerkorrektur der Ärzte zu ihren eigenen Lasten zu kümmern:

„...um so einen Scheiß zu kümmern...“ (Z. 519)

Ihren Ärger über diese zutiefst unbefriedigende Situation drückt sie wie folgt aus:

„Ich krieg da ja dann einfach jetzt nichts für diese zwei Tage, das find ich schon ne ne große, en dicker Hund, ne“ (Z. 494-495).

Durch zwei Gedankenpausen und einer damit verbundenen Wiederholung „ne ne große,“ (Z. 494) zögert Frau F. ihre Aussage heraus und es lässt erkennen, dass sie ursprünglich ein anderes Nomen für ihr Erleben gewählt hatte, sich jedoch anders entschied. Dies lässt Spekulationen zu, dass Frau F. ein sozial erwünschtes Verhalten in diesem Interviewabschnitt zeigt und ihre Aussage abschwächt.

Als ein „dicker Hund“ (Z. 495) bezeichnet man umgangssprachlich eine Frechheit, einen großen Fehler. Diese Begrifflichkeit bringt ihren Ärger zum Ausdruck und impliziert ebenso eine normative Vorstellung von den administrativen Vorgängen der Gesetzlichen Krankenkasse im Kontext der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und des Krankengeldbezuges.

Im Fall von Frau G. wird eine Fehlentscheidung seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung getroffen, welche wirtschaftlich existenzielle Folgen nach sich zog. Als die Rechnung für die Zuzahlung der Chemotherapie kam, nahm Frau G. häufig Kontakt zu ihrer GKV auf. Seit 1995 muss sie aufgrund einer chronischen Erkrankung nur 1 Prozent Zuzahlung leisten. Der Mitarbeiter der GKV behauptete jedoch, dass sie nicht befreit sei und eine höhere Zuzahlung leisten müsse.

„Ja ne, sie haben 2 Prozent und die 868,00 Euro Zuzahlung, die kann man Ihnen zumuten...“ (Z. 53-54).

Belastend für die wirtschaftliche Situation kam für Frau G. hinzu, dass ihr Port sich entzündete, sie dreimal ambulant operiert werden musste und dass sie für die Wundversorgung drei Monate Pflaster Kompressen und mehr täglich benötigte, die sie selbst zahlen musste.

Die Gesetzliche Krankenkasse schickte immer wieder Schreiben, in denen sie zur 2 Prozent Zuzahlung aufgefordert wurde.

„...aber ich habe immer wieder ein Schreiben bekommen 2 Prozent müsst ich zuzahlen“ (Z. 87-88).

Als Konsequenz der Fehlentscheidung durch die GKV entschied sich Frau G. dagegen ein Taxi zur Bestrahlung zu nutzen, obwohl es ihr nicht gut ging.

„Deswegen bin ich zur Bestrahlung mit dem eigenen Auto gefahren. Ich hab gesagt, das mach ich nit, weil ich ja jedes Mal mit dem Taxi fahre, muss ich ja wieder 10,00 Euro zuzahlen. Pro Tag, Ja! Da sag ich, wer soll das denn zahlen?“ (Z. 232-239)

Die ständigen Zuzahlungen, auch ohne Taxinutzung, verstärkten zusätzlich die materielle Not von Frau G. Die damit verbundene Mehrbelastung und die Kraftlosigkeit zur Auseinandersetzung mit der GKV wird im Kapitel „Keine Kraft zum Kämpfen“ näher beschrieben.

Nach Beendigung der Strahlentherapie vereinbart Frau G. einen Termin bei der GKV. Es bestätigt sich nun, dass Frau G., wie in den Jahren zuvor, nur ein Prozent des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen⁹ leisten muss.

„...und hat erstmal im Computer geguckt und macht er, sie haben recht, hat er dann gemeint“ (Z. 175-176).

Rückwirkend stellt sich heraus, dass sie den Großteil der Zuzahlungen während ihrer Krebserkrankung nicht hätte zahlen müssen. Demzufolge wäre ihre wirtschaftliche Not während des Versorgungsverlaufes erheblich gemindert gewesen und sie hätte nicht so einen hohen finanziellen Druck erleben müssen. Dieser Druck wurde somit durch die Fehlentscheidung der Gesetzlichen Krankenkasse herbeigeführt.

Durch den Leistungsträger der Deutschen Rentenversicherung erlebte Frau G. eine weitere Fehlentscheidung Es war ihr Wunsch eine ambulante Rehabilitation durchzuführen. Von der Deutschen Rentenversicherung wurde ihr eine Rehabilitationsklinik in einem 62 km entfernten Ort bewilligt. Ein Rehabilitationstag mit Hin- und Zurückfahrt kommt auf 124 km /Tag. Das Spritgeld hätte Frau G. für mindestens drei Wochen vorlegen müssen und das in ihrer bereits schon sehr ange-

⁹ Die gesetzliche Grundlage für Zuzahlungen findet sich im § 62 Absatz 1 „Belastungsgrenze“ SGB V.

spannten finanziellen Situation. Die Fahrtkostenerstattung erfolgt in der Regel bei Abreise aus der Rehabilitationsklinik.

Frau G. ärgert sich sichtlich und bringt dies auch zum Ausdruck, was folgendes Zitat belegt:

„...Da hab ich da angerufen, da sag ich, eh jetzt mal ganz ehrlich, hab ich gesagt, eh seid ihr noch ganz dicht, hab ich gesagt, sag ich, wer bezahlt denn den Sprit? Das sag ich jetzt mal ernsthaft....Und dann hab ich gesagt, entweder gehe ich stationär nach XY oder ich mache gar nix, hab ich gesagt,... (Z. 246-252).

Frau G. wird aktiv und nimmt Kontakt mit GKV auf. Ihr Ärger und ihr hoher finanzieller Druck finden Ausdruck in „...eh seid ihr noch ganz dicht,...“ (Z. 247). Ihre Verzweiflung bricht aus ihr heraus und sie wird gegenüber den Krankenkassenangestellten ausfallend. Es macht den Eindruck, dass ihre Belastungsgrenze erreicht ist und Frau G. stellt Forderungen für eine stationäre Rehabilitation, die zeitnah von der Deutschen Rentenversicherung genehmigt wird. Der stationäre Aufenthalt beinhaltet höhere Kosten für die Deutsche Rentenversicherung.

Fehlinformationen

Zu einer Fehlauskunft seitens der GKV kam es für Frau G. im Zusammenhang von ergänzenden Leistungen. Sie fragte eine Mitarbeiterin der GKV:

„Weil ich hab auch gefragt, ob im Kranken.. eh em oder ob man wenigstens Wohngeld beantragen kann, für die Zeit“ (Z. 374-375).

Frau G. gibt die Auskunft der Mitarbeiterin in ihrer Wahrnehmung im Interview wieder:

„Nee, darf man nicht. Solange man Krankengeld bezieht, darf man keine anderen zusätzlichen irgendwelche Quellen eh anschreiben oder sonst was, wo man zusät...das hat die mir so gesagt, die Frau XY von der GKV. Die hat gesagt, macht se, man darf eh auf de während dem Krankengeld darf man keine anderen Bezüge beziehen. Arbeitslosengeld oder Wohngeld, oder sonst irgendwas, nichts“ (Z. 377-381).

Die Aussage der Mitarbeiterin der GKV ist für Frau G. glaubhaft und sie ist daraufhin der Überzeugung, dass sie keinen Anspruch auf Wohngeld habe.

„Nichts dergleichen, hat sie gemeint, so wurde mir das gesagt. – Pause – Ok, dann muss ich wohl in den sauren Apfel beißen, hab ich dann gemeint“ (Z. 383-384).

Frau G. rezipiert diese Aussage und nimmt an, dass die Mitarbeiterin der GKV über ein umfangreiches Fachwissen in diesem Bereich verfügt. Sie vertraut ihrer Aussage und stellt sie nicht in Frage. Dies lässt sich durch die Begrifflichkeit „Öffentliches Vertrauen“ von Bentele erklären. Es werden drei Arten von Vertrauensobjekten differenziert. Man unterscheidet zwischen dem Systemvertrauen, dem Vertrauen in Institutionen sowie dem Vertrauen in Personen (vgl. Bentele, 1994, S. 141 ff.).

Frau H. macht ebenfalls die Erfahrung einer Fehlinformation durch die Gesetzliche Krankenversicherung. In Bezug auf die Krankengeldauszahlung vor der Rehabilitation schildert Frau H. folgende Situation:

„Also, da waren da ja sofort Probleme, weil die Krankenkasse hat mir telefonisch versichert, dass ich em das Krankengeld noch bekomme und ich brauch mir keine Sorgen machen, das wird schon noch überwiesen ...“ (Z. 281-283).

Frau H. kam durch diese Aussage beruhigt in die Rehabilitationsklinik und stellt fest, dass das Krankengeld, trotz persönlicher Zusage durch die GKV, nicht überwiesen wurde.

Das Adverb „sofort“ verdeutlicht, dass es direkt zu Problemen kam, als die GKV das ausstehende Krankengeld nicht bezahlte. Dieses Thema wird ergänzend unter den Konsequenzen des Phänomens im Kapitel 8.4.5 in „Beeinflussung des Rehaprozesses“ näher beleuchtet. Durch die Zusicherung „ich brauch mir keine Sorgen machen“ (Z. 282) wiegt sich Frau H. in Sicherheit und fragt nicht mehr nach. Die GKV erhält einen Vertrauensvorschuss. Dieser lässt sich, wie im Fall von Frau G., durch das öffentliche Vertrauen in die Institution nach Bentele (1994, 141 ff.) erklären. Frau H. ist enttäuscht und kann das Vorgehen nicht nachvollziehen:

„Und da die warten auf nen Folgekrankenschein. Ich sag ja aber, ich habe mich ja abgemeldet...und sie wissen ja, dass ich in eh in die Reha gefahren

bin. Ja, sagt er, das wär so üblich im Computerprogramm und ich hab jetzt wieder zwei Monate überbrücken müssen, ne“ (Z. 290-293).

In diesem Fall zeigt sich ebenfalls, dass die systemimmanente Logik (Luhmann) der GKV greift. In diesem Fall ist es ein striktes Vorgehen anhand der Verwaltungsstrukturen „das wär so üblich im Computerprogramm“ (Z. 292-293), hier nach § 46 Absatz 2 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld. Hier heißt es:

„Der Anspruch auf Krankengeld entsteht im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.“

Für die Auszahlung ihres Krankengeldes muss Frau H. eine weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der GKV vorlegen. Da sie sich jedoch zurzeit in einer Rehabilitationseinrichtung befindet und der Kostenträger ihrer Rehabilitation die Deutsche Rentenversicherung ist, kann keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt werden. Frau H. musste vor diesem Hintergrund und ihrer angespannten wirtschaftlichen Situation mehrmals telefonischen Kontakt mit der GKV während ihrer Rehabilitation aufnehmen. Hierbei schilderte sie ihre finanzielle Not, um eine Auszahlung des Krankengeldes zu erreichen. So erhielt Frau H. verspätet ihr Krankengeld. Gleichzeitig wurden die laufenden Fixkosten abgebucht und ihr Konto und das Konto ihres Ehemanns gingen ins Minus. Dies stellt eine Konsequenz des Phänomens Erleben von materieller Unsicherheit „Dreifacher Kampf ums Überleben“ dar und wird im Kapitel 8.4.5 „Beeinflussung des Rehaprozesses“ näher dargestellt.

Resümee

Das intensive Erleben materieller Unsicherheit durch mangelnde Erreichbarkeit, Fehlinformationen und -entscheidungen von Leistungsträgern und Ärzt*innen wird eindrucksvoll durch die Aussagen der Befragten skizziert. Eine Erfahrung ist hier-

bei die schwierige telefonische Erreichbarkeit der Leistungsträger und die damit verbundene Zeit der Ungewissheit.

Gravierende Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Patient*innen haben Fehler der Akteur*innen des Gesundheitssystems. Dabei lässt sich zwischen offensichtlichen und angenommenen Fehlern differenzieren. Hier ist eine besondere Aufmerksamkeit bzw. Wachsamkeit der Brustkrebspatientinnen im Umgang mit den Leistungsträgern gefordert. Die Patient*innen sind gefordert, Fehler zu erkennen und zu korrigieren, um ihre finanzielle Situation nicht zu gefährden.

Zur Regulierung von weiteren Fehlinformationen und -entscheidungen sind Betroffene im Krankheitsverlauf gezwungen Kontakt zu den Leistungsträgern aufzunehmen, um ihre administrative Angelegenheit in ein systemimmanentes Vorgehen umzugestalten. Dies war von besonderer Herausforderung und Notwendigkeit geprägt, da die Konsequenzen der Fehlinformationen und -entscheidungen eine massive existenzielle Bedrohung für die Patientinnen darstellten. Dadurch kamen die Patientinnen aktiv mit dem administrativen Verwaltungssystem und der spezifischen Verwaltungslogik der Leistungsträger in Kontakt. Luhmann spricht aus systemtheoretischer Sicht den Organisationen als soziale Systeme eine „Systemrationalität auf einem Niveau höherer Komplexität“ (Luhmann, 2022, S. 136) zu. Die Systeme besitzen nach Luhmann eine „selbstreferentiell-geschlossene Struktur“ (Luhmann, 2022, S. 227), die nur im Kontakt mit sich selbst arbeiten. Dieses Vorgehen hat Auswirkungen auf den System-Umwelt-Kontakt, denn die Systemstruktur schließt eine singuläre Beziehung zu seinem Umfeld aus. Luhmann bezeichnet dies als „unbürokratisches Helfen“ (Luhmann, 2022, S. 227). In seiner Theorie geht Luhmann davon aus, dass „Unbürokratisches Helfen“ nicht normativ vorgegeben werden kann, sondern es sich hierbei um ein „Kontrastverhalten“ handelt. In Organisationen, welche Entscheidungen treffen und nach bestimmten Vorgaben (z.B. Regeln oder Paragraphen) verfahren, welche im Vorfeld auch durch bestimmte Entscheidungen entstanden sind, ist zu vermuten, dass sie die Bedürfnisse ihrer Klient*innen, nur vor dem Hintergrund ihres eigenen Entscheidungsrahmen betrachten können. Hierdurch wird die Handlungsfähigkeit erheblich eingeschränkt (vgl. Luhmann, 2022, S. 227 f.), „unbürokratisches Helfen“ zugunsten der Brustkrebspatientinnen wird somit erschwert bzw. verhindert.

Beachtenswert ist das von Bentele beschriebene „Öffentliche Vertrauen“, es bezeichnet den „kommunikativen Mechanismus zur Reduktion von Komplexität, in dem öffentliche Personen, Institutionen und das gesamte gesellschaftliche System in der Rolle des ‚Vertrauensobjektes‘ fungieren“ (Bentele, 1994, S. 141 ff.).

Abschließend lässt sich resümieren, dass die Eigenlogik des Gesundheitssystems sowie dessen Fehleranfälligkeit auf die existentielle Not der Erkrankten treffen. Die daraus resultierende Dynamik zwingt die Frauen, während ihren Therapien, auf der sozialen Ebene zu kämpfen, um ihr Verarmungsrisiko zu minimieren.

8.3.2.2.3 Belastung durch administrative Aufgaben

Während des gesamten Versorgungsverlaufs werden Brustkrebspatientinnen mit unterschiedlichen administrativen Aufgaben konfrontiert. Verschiedene Anträge müssen gestellt werden, Post der Leistungsträger muss beantwortet und versandt werden, oftmals sind die Vorgänge an eine Frist gebunden. Diese administrativen Aufgaben stellen neben dem Therapieverlauf, der Krankheitsbewältigung und vielem mehr eine besondere Herausforderung bis hin zu einer zusätzlichen Belastung für die Betroffenen dar. Im folgenden Abschnitt wird dies durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen belegt.

Frau A. berichtet von ihrem Antrag auf Rehabilitation. Aufgrund verschiedener Fragen hätte sie sich direkten Kontakt zu ihrer Sachbearbeiterin der GKV gewünscht. Die Coronapandemie verhinderte jedoch den persönlichen Kontakt, so dass sich dieser auf das Telefonieren und auf den Postweg beschränkte.

„Also wurde, musste alles per Telefon, die haben es mir dann zugeschickt und dann musst es ausgefüllt werden, auch hier für die eh Reha, ne?

Das musste jetzt alles persönlich eh eh em telefonisch und Briefpost auf em Postweg gemacht werden und das war jetzt nicht so schön. Weil man hat ja doch irgendwie so beim Ausfüllen Fragen“ (Z. 354-360).

Bei Fragen nimmt Frau A. keinen Kontakt zum Leistungsträger auf. Die Gründe für dieses Verhalten gehen aus dem Interview nicht hervor. Es kann daher nur vermutet werden, ob z.B. aus Scham, aus Zeitgründen, aus Trotz oder aus Vertrauen, dass sich alles schon regeln wird, keine Kontaktaufnahme stattfand.

„Und dann ruft man auch nicht direkt an, sondern ja muss jetzt durch. Wenn es falsch ist, kriegste eh wieder Bescheid, ne?“ (Z. 362-363).

Durch ihre Aussage „sondern ja muss jetzt durch“ (Z. 362) wird deutlich, dass sie viel von sich fordert, verbunden mit der Idee, stark sein zu müssen und dass sie die Situation so annimmt, wie sie aktuell ist und keine Hilfe einfordert. An einer späteren Interviewpassage wird jedoch deutlich, dass sie sich doch eine Ausfüllhilfe für den Antrag auf Rehabilitation gewünscht hätte. Ambivalente Erlebensqualitäten werden hier erkennbar.

„...ja, da hätte ich lieber jemand gehabt, der mit mir das das Zeugs da ausfüllt“ (Z. 371).

Durch das Nutzen die Begrifflichkeit „das Zeugs“ (Z. 371) findet eine Abwertung statt und ihre innere Ablehnung gegen die administrative Aufgabe wird sichtbar. Die Dimension der Ablehnung kann aus der Wiederholung „das das Zeugs“ (Z. 371) abgeleitet werden.

Eine weitere Herausforderung stellen die unterschiedlichen Formulare des Antrags auf Rehabilitation dar. Ein Teil der Formulare leitete Frau A. an ihren Arbeitgeber weiter. Auch dieser schien damit überfordert. Im Verlauf kam ein Formular der Gesetzlichen Krankenkasse wieder zu Frau A. zurück. Dies brachte viele Irritationen und Unsicherheiten mit sich, wie Frau A. berichtet:

„Weil eh ein Teil, also für die Reha musste ja auch zum Arbeitgeber em, die wussten dann auch nicht so recht und und und, dann hat ich dann auch das so den einen Schein für Krankenkasse, den haben sie mir wieder zurückgegeben, der, der, durft ich den ausfüllen, das wusst ich alles nich, eh ja. Also da da war das, war jetzt nicht gut“ (Z. 373-377).

Dieser Interviewauszug belegt, dass sowohl Frau A. als auch der Arbeitgeber sich mit den vielen Formularen überfordert fühlten. Es lässt sich erahnen, mit wie vielen Fragen und Unsicherheiten Frau A. in der Phase der Antragsstellung konfrontiert war und welcher Kraftaufwand der gesamte Vorgang sie kostete. Rückblickend lässt sich in der sozialrechtlichen Fallanalyse festhalten, dass der Arbeitgeber von Frau A. keine Formulare hätte ausfüllen müssen, da sie bereits im Krankengeldbezug war. Dies ist auf das „Nichtverstehen“ der Antragsformulare bzw. der Amtssprache zurückzuführen.

Frau C. erklärt in ihrer Selbstbeschreibung ihr Verhältnis zu den administrativen Aufgaben:

„..., also ich bin ja nicht so mit Papieren so behaftet – lacht –“ (Z. 199).

Die Patientin gesteht sich ein, dass die administrativen Aufgaben nicht zu ihren Stärken gehören. Durch ihr Lachen relativiert sie ihre Aussage wieder etwas. Im Gegensatz zu Frau A. hat sie sich Unterstützung organisiert. Sie lässt die Dinge nicht laufen und wartet, ob vom Leistungsträger etwas zurückkommt, sondern wird selbst aktiv und nimmt Kontakt zu einem Sozialarbeiter des Brustzentrums auf.

„Ich hab mir da jeweils sehr schnell Hilfe gesucht... Em, ja, also die Reha-Anträge, da hat ich jeweils en guten Sozialarbeiter, der mir da zur Seite gestanden hat und em sonst auch hier in den Rehakliniken, ich bin dann halt immer direkt zur Beratung“ (Z. 201-205).

Aus ihren Aussagen „sehr schnell Hilfe gesucht“ (Z. 201) und „bin dann halt immer direkt ...“ (Z. 204) ist herauszulesen, dass Frau C. nicht lange in einer hilflosen Situation verharrt, sondern sich schnellstens Unterstützung organisiert.

Ihre Überforderung in administrativen Angelegenheiten schildert Frau D. in folgendem Interviewauszug:

„Also, dass letztendlich em man eh befreit ist von dieser Antragsstellung von den administrativen Aufgaben, sondern dass man sich ausschließlich um sich und um die Reha kümmern kann. ... Also, mer weiß auch gern, was braucht mer denn alles für Anträge und muss ich den ausfüllen. Denke ich mal mer kriecht dann, hot dann 25 verschiedene Datenblätter vor sich liegen, muss ich des, muss ich nicht, ne, dann muss mer widder in der Krankenkasse, in der em Rentenkasse anrufen, brauch ich das Formblatt, brauch ich`s nit. [...].

Weil manchmal ist es so unverständlich alles geschrieben, was da drauf steht und des ist dann schon, ich sage mal, ich bin ja noch en relativ junger Mensch, ich ich versteh des ja noch, aber wenn ich jetzt grad denk en älterer Mensch...“ (Z. 270-283).

Zu Beginn ihrer Aussage verwendet Frau D. mehrmals das Pronomen „man“. Im weiteren Verlauf wechselt sie von „man“ zu dem Dialekt „mer“. Durch die Nutzung des Pronomens distanziert sie sich von der Situation.

Frau D. nutzt das Wort „befreit“ von der Antragsstellung, dies impliziert sich von einer Last entledigen zu wollen, Ballast abzuwerfen. Ihr Wunsch „sich ausschließlich um sich und um die Reha kümmern kann“ (Z. 271-271) wird im Kapitel 8.3.5 „Konsequenzen“ unter „Beeinflussung des Reha-Prozesses“ näher behandelt.

Unsicherheit wird im Umgang mit den vielen Antragsformularen deutlich. Dies spiegelt sich insbesondere in der Aussage „was braucht mer denn alles für Anträge und muss ich den ausfüllen“ (Z. 168). Hier wird spürbar, wie hin- und hergerissenen Frau D. sich fühlt und welcher Anstrengung sie ausgesetzt ist. Die Überforderung zeigt sich auch in der Wiederholung „brauch ich das Formblatt, brauch ich`s nit“ (Z. 278-279). Dann die erforderlichen Telefonate mit der GKV und der DRV. Dies benötigt einen großen Ressourcenaufwand in Form von Kraft- und Zeitaufwand während des Versorgungsverlaufes. Ebenso wie Frau A. macht Frau D. auf das „Nichtverstehen“ der Amtssprache in den Antragsformularen aufmerksam. „Weil manchmal ist es so unverständlich alles geschrieben“ (Z. 281). Trotz ihres akademischen Hintergrundes als Ingenieurin beschreibt Frau D. ihre Schwierigkeiten die Amtssprache zu verstehen. Ein Widerspruch ist in ihrer Aussage zu erkennen. Zum einen erzählt Frau D. wie „unverständlich alles geschrieben“ (Z. 281) ist und zum anderen teilt sie mit „...ich bin ja noch en relativ junger Mensch, ich ich versteh des ja noch...“ (Z. 282). Durch ihr Zögern und die Wiederholung „ich ich“ schwächt sie jedoch ihre Aussage wieder ab.

Frau D. zeigt Mitgefühl mit den älteren Menschen, die solche Antragsformulare ausfüllen müssen. Es kommt der Gedanke von Überforderung, Hilflosigkeit bzw. auf Hilfe angewiesen zu sein sowie Ausgrenzung von älteren Menschen auf.

Frau G. erlebt eine administrative Überforderungssituation im Kontext ihres Antrages auf Rehabilitation. Während ihrer Chemotherapie wird ihr unaufgefordert von der GKV ein Antrag auf Rehabilitation zugeschickt.

„...dann kam Mitte April, April, ja kam schon der Reha-Antrag...von der Dings von der Krankenkasse und da war ich noch mitten in der Chemo, mitten drinne und hab gesagt, was wollen die jetzt schon von mir mit dem Reha-Antrag. ...Hab den auf die Seite gelegt und dann am - wann war das, so am 1. Juni, hab ich einen Anruf bekommen, von einer Frau XY, von der Krankenkasse und die hat mich gefragt, eh was denn mit meinem Reha-

Antrag wäre und eh ob ich den noch nicht ausgefüllt hätte, und em ich hätte am 8. Juni Abgabetermin. Und dann hab ich erst mal, da war ich erst mal hellhörig, dann hab ich gesagt, wie, was, gibt es da ne Frist, dass wusste ich gar nit...Dann hat sie gesagt, ja macht se, wenn sie den bis am Montag nicht eingeworfen oder bei uns abgegeben haben, macht se, dann kriegen sie ab dem Tag kein Krankengeld mehr“ (Z. 94-108).

Als Frau G. den Antrag auf medizinische Rehabilitation erhielt, befand sie sich noch mitten in der Chemotherapie und litt an ihren Nebenwirkungen. Sie beschreibt es als irritierend zu einem für sie frühen Zeitpunkt, an dem es ihr sehr schlecht ging, einen solchen Antrag zu erhalten. Die Frist hat sie in diesem Anschreiben nicht wahrgenommen. Während der Chemotherapie kann es, neben den geschilderten Nebenwirkungen, auch zur eingeschränkten Konzentrations- und Merkfähigkeit kommen. Im Beispiel von Frau G. wird die Überforderung mit den administrativen Angelegenheiten während den Therapien besonders eindrücklich und nachvollziehbar geschildert. Bei der Aufforderung zur Rehabilitation bzw. zur Antragsstellung handelt es sich um die Aufforderung nach § 51 SGB V „Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“:

- (1) „Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben.
- (2) (3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragsstellung wieder auf.“

Die Mitteilung, dass ihr Krankengeld bei nicht fristgerechter Antragsstellung eingestellt wird, versetzt Frau G. unter erheblichen Druck:

„So und dann wurde ich natürlich auch nochmal unter Druck gesetzt“ (Z. 110).

Der Ausdruck „nochmal“ bestätigt, dass Frau G. bereits unter wirtschaftlichem Druck stand bzw. noch steht. Wird das Krankengeld eingestellt, wird sich die finanzielle Situation weiter zuspitzen. Auf die Frist aufmerksam gemacht, nimmt

Frau G. Kontakt zu ihren behandelnden Ärzten auf um sich die notwendigen Formulare ausfüllen zu lassen. Es stellte sich heraus, dass ihre bisherige Ärztin nicht mehr tätig ist und die neue Ärztin noch nicht ihre Arbeit aufgenommen hat. Diese Tatsache und die damit verbundene verspätete Abgabe ihres Antrages auf Rehabilitation wollte Frau G. ihrer GKV mitteilen, um eine Einstellung des Krankengeldes zu verhindern.

„Da hab ich wieder in der Krankenkasse angerufen, und hab gesagt, ich kann euch nicht versprechen, dass ich das an diesem Tage abge..also schaffe“ (Z. 118-119).

Als Frau G. bei ihrer GKV anrief, kam sie an einen Mitarbeiter, der wenig empathisch und unterstützend für sie war und eher für weiteren Unmut und Ärger sorgte:

„...der hat dann in so einem eher den genervten schnippischen Ton, hat er eh so gemeint, ei ja, da macht er, eh das wäre ja nicht sein Problem, eh eh wenn ich das noch nicht abgegeben hätte, ich hätte ja drei Monate Zeit gehabt“ (Z. 125-217).

Seitens des GKV-Mitarbeiters erlebt Frau G., dass keine Rücksicht auf ihre Therapiezeit mit den Nebenwirkungen genommen wird und sie nimmt gleichzeitig eine Distanziertheit des Mitarbeiters wahr, in dem er ihr mitteilt „das wäre ja nicht sein Problem...“ (Z. 126). Unter diesen Voraussetzungen ist kein fruchtbarer Dialog mehr möglich und Frau G. verlangt nach seinem Vorgesetzten.

Ihre Verzweiflung und ihr Ärger über diese als respekt- und empathielos wahrgenommene Behandlung des GKV-Mitarbeiters zeigt sich darin, dass sie nach dieser Aussage ihre Fassung verliert:

„Und dann hab ich eh meine Kinderstube vergessen... eh, meine Erziehung, mein alles, weil da ist mir dann de de Kragen geplatzt bis oben hin“ (Z. 129-131).

Rückblickend ist festzuhalten, dass seit dem Anruf der GKV mit dem Hinweis auf fristgerechte Abgabe des Antrages auf Rehabilitation Frau G. unter massiven wirtschaftlichen Druck stand. Angesichts ihrer angespannten finanziellen Situation ist zu vermuten, dass Frau G. alles Mögliche getan hätte, um die Abgabefrist zu wahren, wenn sie diese Abgabe bewusst wahrgenommen hätte. Seitens des Leis-

tungsträgers erlebt Frau G. keine Unterstützung, sondern sie nimmt im Gegenteil nur zusätzliche Belastungen und Mitarbeiter mit fehlender Empathie wahr. An dieser Stelle spiegelt sich ein Machtgefälle der Institution GKV gegenüber ihren Versicherten wider. Hier wird für Frau G. die „Systemrationalität“ des Systems GKV mit seinen Konsequenzen spürbar (vgl. Luhmann, 2022, S. 136).

Im Rahmen der Antragsstellung des Übergangsgeldes macht Frau H. folgende Erfahrung mit ihrer GKV, welche einige Irritationen und Mehrbelastung mit sich bringt:

„Em das hab ich beantragt, und man man hab ich auch nochmal mit der Krankenkasse gesprochen, dass die auch gesagt hat. Sie schickt zum Teil auch Papiere zur Rentenkasse...Und dass ich mich um nichts mehr kümmern muss...Ich bin dienstags hier angereist, donnerstags hatte ich wieder Post zu Hause, hat mein Mann mir gesagt, von der Rentenkasse und um alle Blätter nochmal auszufüllen...Jetzt konnte ich das ja nicht mit hier hin nehmen,...,weil das war ja nicht da, als ich zu Hause war, ne?“ (Z. 330-340).

Im Vorfeld hat Frau H. bereits mehrmals mit der GKV über das Übergangsgeld gesprochen. Durch die zweifache Nutzung des Pronomen „man man“ (Z. 330) distanziert sich Frau H. deutlich.

Die Aussage bleibt emotionslos. Ärger bzw. Wut ist ihrer Darstellung nicht zu entnehmen. Dies verwundert umso mehr, da die Aussage des Krankenkassenmitarbeiters: „Und dass ich mich um nichts mehr kümmern muss“ (Z. 333). Frau H. Sicherheit gab. Dann folgte die Überraschung, dass die Antragsformulare der Deutschen Rentenversicherung zu ihr nach Hause geschickt wurden, während sie in der Rehabilitationsklinik war.

So sah sich Frau H. unter Druck in der Reha telefonisch mit ihrem Ehemann die Papiere nochmals auszufüllen. Weitere Ausführungen hierzu im Kapitel 8.4.5.3 Beeinflussung des Reha-Prozesses.

Zur Stabilisierung ihrer wirtschaftlichen Situation erhielt Frau H. in der Sozialberatung des Brustzentrums den Hinweis auf den Härtefond der Deutschen Krebshilfe. Die Erläuterung zur Antragsstellung hat Frau H. missverstanden, als Berechnungsgrundlage für die Bewilligung hatte sie ihr Einkommen vor der Erkrankung

herangezogen. Somit lag sie über der Bemessungsgrenze und der Antrag für ihre finanzielle Unterstützung wurde abgelehnt, da aufgrund dieser Datenlage keine Bedürftigkeit vorlag. Es ist anzunehmen, dass hier ebenfalls eine Überforderung beim Ausfüllen der Formulare vorlag, dies kann ebenso wie bei Frau G. in der reduzierten Konzentrations- und Merkfähigkeit begründet sein sowie in der Gesamtüberforderung in ihrer existenziell bedrohten Situation.

Resümee

Im Themenbereich Belastung durch administrative Aufgaben finden sich weitere Herausforderungen für Brustkrebspatientinnen im Kontext der Interaktionen mit Leistungsträgern. Während der Auswertung wurde deutlich, dass hohe Anforderungen durch die administrativen Aufgaben an die Betroffenen gestellt werden. Das Datenmaterial lässt vermuten, dass ein persönlicher Kontakt zum Leistungsträger für das Ausfüllen der Formulare gewünscht wird. Dabei können weitere Fragen und Unsicherheiten hinsichtlich der besonderen Lebenssituation zeitnah und befriedigend geklärt werden. Je nach Region befand sich eine solche Beratungsstelle nicht in unmittelbarer Nähe, konnte aufgrund der Corona-Pandemie nicht aufgesucht werden oder ein solches Unterstützungsangebot war den betroffenen Frauen nicht bekannt.

Die schlechte Erreichbarkeit der Leistungsträger wurde bereits in dem Bereich „Fehlinformationen und -entscheidungen von Leistungsträgern und Ärzt*innen“ bemängelt. Sowohl der pandemiebedingte fehlende persönliche als auch der eingeschränkte telefonische Kontakt erwiesen sich als große Hürden. Die Interviewauszüge belegen eindrucksvoll, dass sich die Befragten emotional, kognitiv (therapieinduzierte reduzierte Konzentrations- und Merkfähigkeit), kräftemäßig und inhaltlich mit dem Ausfüllen der zahlreichen Formulare, dem „Formulardschunegel“ überfordert fühlten. Erschwerend wird hierbei die Amtssprache benannt, die selbst für Betroffene mit akademischem Hintergrund schwer, bis nicht verständlich ist. Das Gefühl der Überforderung mit administrativen Aufgaben scheint nach den Äußerungen der Befragten unabhängig von Alter und Bildungsgrad zu bestehen.

Beim Ausfüllen des Rehabilitationsantrages tritt erneut der Themenkomplex „Unklare Zuständigkeiten von Leistungsträgern“ in den Vordergrund und sorgt für Überforderung. Für einige Betroffene, selbst für Arbeitgeber, war es nicht ersicht-

lich, welches Formular an welchen Leistungsträger gesandt werden musste. Als eine weitere zusätzliche Belastung wurde die Androhung wahrgenommen, dass bei nicht fristgerechter Abgabe des Antrages die sofortige Einstellung des Krankengeldes erfolgt.

Zum Thema Hilfsangebote im Kontext administrativer Aufgaben lässt sich ableiten, dass die Betroffenen Hilfsangebote zum Ausfüllen der administrativen Aufgaben, gesucht und angenommen haben bzw. nicht in Anspruch genommen haben. Folgende Motive für die Nichtinanspruchnahme von Hilfen konnten aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden:

- Zeitgründe
- Scham
- Vertrauen, dass sich schon alles regelt und der Leistungsträger sich bei Bedarf melden wird.
- Verdrängung
- Persönlichkeitsmerkmale, z.B. viel von sich selbst fordern, auch in der Krankheitsphase.

Die herausgearbeiteten Motive können zum einen das Gefühl von Hilflosigkeit der Betroffenen erhöhen, zum anderen den intrapsychischen Druck und die Notwendigkeit des Kampfes beeinflussen. Diese Ergebnisse können im Rahmen der administrativen Unterstützung von Brustkrebspatientinnen Berücksichtigung finden. Dies wird im Kapitel 8.7 Implikationen für die Soziale Arbeit näher erläutert.

8.3.2.3 Keine Kraft zum Kämpfen - „nur Sofa-Bett-Bett-Sofa“

Diese Kategorie steht für die bio-psycho-soziale Ebene der ursächlichen Bedingungen, wie in Kapitel 8.4.2 beschrieben. In dieser Kategorie kommen die massiven Existenzängste mit den in Verbindung stehenden körperlichen Symptomen der betroffenen Frauen zum Ausdruck. Diese Erfahrungen und Situationen der Kraftlosigkeit und massiver Existenzangst können alleine oder in Verbindung mit den bereits beschriebenen ursächlichen Bedingungen dazu beitragen, dass sich das Phänomen des Kampfes entwickelt. (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 79).

Mit Blick auf das Phänomen der materiellen Unsicherheit „Dreifacher Kampf ums Überleben“ erscheint dieses Kapitel auf den ersten Blick paradox. Zum einen wird

von einem „Dreifachen Kampf ums Überleben“ gesprochen, dies impliziert die biopsychosoziale Dimension des Kampfes ums Überleben. Für einen Kampf, jeglicher Art, sind Energie, Kraft, Kampfgeist, Widerstand, Strategien, Ausdauer, Ressourcen und vieles mehr erforderlich. Im Falle der befragten Brustkrebspatientinnen wird ersichtlich, dass im Hinblick auf ihre Auseinandersetzungen und Herausforderungen, z.B. mit den Leistungsträgern, diese Attribute erforderlich wären. Aufgrund der durchgeführten Therapien und im Kontext der Krankheitsverarbeitung verfügen die Befragten in ihrer aktuellen Lebensphase jedoch nicht bzw. nur begrenzt über diese Eigenschaften, die sie für eine erfolgreiche Auseinandersetzung benötigen.

In der Schilderung ihrer subjektiven Wahrnehmung schildert Frau A., dass sie viel Zeit für Erholungsphasen benötigt.

„...ich hab nur noch im Bett, auf der Couch ...“ (Z. 109) und bekräftigt „...ich hab wirklich nur im Bett gelegen.“ (Z. 154).

Die Darstellung erweckt den Eindruck, dass diese Situation für sie fast unvermittelbar wirkt, ohne Tagesstruktur etc. Es lässt vermuten, dass ihr ein solches Verhalten selbst fremd ist. Das erklärt auch, warum sie im Anschluss die Situation wieder relativiert „Obwohl ich eigentlich nicht so krank war“. (Z.156). Dies kann ein Hinweis sein, dass ihre Krankheitsverarbeitung bzw. Krankheitsakzeptanz nicht abgeschlossen ist und das Thema somit eine Wechselwirkung zum Kontext und intervenierenden Bedingungen in Kapitel 8.4.3 darstellt. Über die zeitliche Komponente der reduzierten Leistungs- und Handlungsfähigkeit von einem Jahr berichtet Frau C. Ihr Zitat verdeutlicht, dass sie über ein Jahr in ihrer gewohnten Handlungsfähigkeit beeinträchtigt war

„Und dann war nach der Chemo die Operation, dann kam die Strahlentherapie,...alles in allem so ungefähr ein Jahr war ich damit außer Gefecht gesetzt.“ (Z. 55-58).

Frau C. benutzt mit „außer Gefecht gesetzt.“ (Z. 58) eine militarisierte Sprachwendung, welche auf den Terminus Kampf hindeutet und die Kernkategorie bekräftigt. Die Bezeichnung „außer Gefecht gesetzt“ bedeutet laut des Digitalen Wörterbuches der deutschen Sprache, dass „jemand seine berufliche (sportliche) Tätigkeit nicht mehr ausüben bzw. eine Aufgabe nicht mehr erfüllen kann; jemanden etwas

handlungsunfähig machen“ (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 2024b).

Auf die Überforderung im Umgang mit den administrativen Anforderungen der Leistungsträger wurde bereits in der Interaktion mit den Leistungsträgern, insbesondere in Kapitel 8.4.2.2.3, hingewiesen.

Durch die Ablehnung der Kostenübernahme für den Prosigna-Test erfährt Frau F. weitere emotionale Belastungen, welche sie in ihrer Handlungsfähigkeit, in ihrem Kampfgeist schwächen bzw. ihr Kraft rauben. In dem Kapitel 8.4.2.2 „Interaktion mit Leistungsträgern“ wird explizit noch einmal auf diese Situation eingegangen. Dies wird in den folgenden Zitaten verdeutlicht.

„... und da hab ich dann nochmal geheult, hinterher....wurde so ein bisschen im Stich gelassen“ (Z. 400-403).

„... da war ich so – stockt – völlig hilflos...“ (Z. 430).

Durch das Erleben von völliger Hilflosigkeit werden Menschen mit unterschiedlichen Gefühlen wie, z.B. Ängsten und Wut, konfrontiert. Oftmals geht ein Erleben von Kontrollverlust mit einher.

Die Wut und Verzweiflung von Frau F. ist auch der folgenden Aussage zu entnehmen.

„... um so einen Scheiß zu kümmern...“ (Z. 519).

Durch ihre Wut scheint Frau F. wieder in ihre Handlungsfähigkeit zu gelangen und wechselt letztlich die Gesetzliche Krankenkasse.

Frau G. schildert hingegen eine Situation, in der sie handlungsunfähig war. Sie hat das Schreiben der Gesetzlichen Krankenkasse einfach so hingenommen, sich nicht gewehrt, weil sie in dieser Zeit keine Kraft zum Widerspruch besaß.

„...hab ich das so hingenommen, weil wie gesagt mit mir ging es halt nit gut, ich hat mit mir selbst genug zu tun“ (Z. 90-92).

Wie kräftezehrend und mit Verzicht verbunden Frau G. ihre Brustkrebserkrankung, die Therapien und den Versorgungsverlauf empfindet, beschreibt sie rückblickend in einer Metapher.

„Deswegen, ja aber wie gesagt, also man lässt viele Federn in der Zeit“ (Z. 555).

Das Interviewmaterial von Frau G. belegt eindrücklich, dass sie keine Kraft zum Kämpfen hatte und die falsche Aussage der GKV in Bezug auf ihre Zuzahlungsbe freiung einfach hinnahm und durch dieses „Nichtkämpfen“ tiefer in eine wirtschaftliche Notsituation geriet.

„..., hab ich das so hingenommen, weil wie gesagt mit mir ging es halt nit gut, ich hat mit mir selbst genug zu tun... mit Nebenwirkungen und überhaupt“ (Z. 90-94).

Durch ihre Aussage wird ersichtlich, dass Frau G. mit sich, der Krebserkrankung, den Nebenwirkungen sowie „und überhaupt“ den damit verbundenen Kontextfaktoren keine Energie für weitere Herausforderungen aufbrachte. Es ist zu vermuten, dass die Energie ausschließlich für die Bewältigung des Alltags ausreichte.

Von zentraler Bedeutung ist die Beschreibung, welche Frau G. in ihrer Ausführung liefert. Diese ist für die Behandlungssituation mit ihren Auswirkungen bezeichnend:

„...ich hat genug mit mir zu tun, glauben sie es mir....war jo Bett, Couch, Couch Bett und dann war gut. Das war jo ganz, alle Nebenwirkungen von dem ersten Paket, das ich bekommen hab, da hab ich also, da hab ich, ich hab zu mener Freundin gesagt, also über Telefon, ich hab gesagt, ich geh nicht an dem Krebs kaputt, hab ich gesagt, ich sterbe an den Nebenwirkungen, hab ich gesagt, entweder ich verhungere oder ich vertrockene...Eins von beiden, hab ich gesagt. Weil ich hat wirklich von Atemnot über eh eh eh diese Schweißausbrüche, dann Schüttelfrost – kurze Pause – Durchfall, aber wirklich im 20-Minuten-Takt Tag und Nacht ja, em ich kann ich hab gedacht, em zeitweise meine letzte Stunde hätt geschlagen“ (Z. 646-661).

Vor dem Hintergrund solch massiver Nebenwirkungen zeigt sich, dass die betroffenen Frauen keine Kraft zum Kämpfen aufbringen können. In solch einer Situation sind sie besonders vulnerabel und zeigen einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Dies äußert sich insbesondere beim Ausfüllen von Anträgen oder im Kampf gegen Systementscheidungen.

Auch Frau I. schildert an mehreren Stellen im Datenmaterial, dass ihre Belastungsgrenze durch die Erkrankung und die Therapien zeitweise erreicht war, und dass sie inständig hoffte, dass keine weiteren Anforderungen an sie herangetragen werden. Folgende Zitate verdeutlichen diese Wahrnehmung dieser Situation.

„... so ne Aufregung, die man nicht unbedingt brauch“ (Z. 99).

„..., also da ging dann irgendwie so gar nichts, nur Sofa – Bett – Bett – Sofa“ (Z. 132).

Auch in der Trennungsphase von ihrem Ehemann wird die Erschöpfung verstärkt sichtbar.

„..., hatte ich dann auch nicht so die Kräfte“ (Z. 159).

Durch diese Aussage wird deutlich, dass Frau I. während ihrer Krankheitsphase temporär nicht in der Lage war zu kämpfen, bzw. größere Handlungen vorzunehmen.

Um das Bild der Kategorie „Keine Kraft zum Kämpfen“ zu komplettieren, erscheint es sinnvoll an dieser Stelle die erlebte massive Existenzangst mit den damit verbundenen Auswirkungen auf die körperliche Ebene aufzuzeigen. Diese beeinflussen ebenfalls die Leistungsfähigkeit der Brustkrebspatientinnen und beeinträchtigen sie in ihrer Resilienzfähigkeit.

Massive Existenzangst

Inhalt dieses Kapitels ist die Existenzangst, als ursächliche Bedingung. Der Themenkomplex des geringen Einkommens und der krankheitsbedingten Sonderausgaben (Kapitel 8.4.2.1) wird erweitert. Aus der Kraftlosigkeit fürs Kämpfen resultiert und manifestiert sich eine massive Existenzangst, die im Zusammenhang mit den körperlichen Symptomen steht. Diese Erlebnisse stellen somit eine weitere Ursache für die Entwicklung des Phänomens Kämpfen dar. Anhand des Datenmaterials wird dies im Folgenden aufgeführt und erläutert.

Frau A. stellt sich zu Interviewbeginn als taff dar, ihre Brustkrebserkrankung relativiert sie „Obwohl ich eigentlich nicht so krank war.“ (Z. 156).

Auf die Frage, wie Frau A die materielle Unsicherheit erlebt hat, berichtet sie: „Stress, Stress und Angst, ja. Nicht mehr schlafen können“ (Z. 203-205). Erschwerend kamen belastende Gedanken hinzu. Tagsüber versuchte sie durch Ablenkung, wie z.B. mehrmals die Wohnung putzen, ihre Gedanken unter Kontrolle zu bringen, nachts gelang ihr dies weniger. Sie konnte die Gedanken nicht unterbre-

chen und steigerte sich in Gedankenspiralen hinein. Dies führte bei Frau A zu einem hohen Blutdruck.

„Also tagsüber hab ich mich dann halt eben mit allen möglichen anderen Sachen abgelenkt ..., nachts hat man das schlechter unter Kontrolle,“ (Z. 209-224).

In dieser Textpassage erscheint sie bereits als „die Getriebene“. Die Patientin erzählt, dass sie bereits zweimal in ihrem Leben Existenzkrisen erlebt habe. Sie vergleicht diese beiden Krisen nicht mit ihrer jetzigen Brustkrebserkrankung, sondern ihre aktuelle wirtschaftliche Situation bewertet Frau A. als Existenzkrise. Den Stress und ihre Angst empfindet sie aufgrund ihrer materiellen Not. Die durch ihren Ehemann finanziell versorgte Frau B. erlebt keine materiellen Unsicherheiten und beschreibt auch keine körperlichen Symptome. Frau C. hingegen berichtet „Das war ein Schock.“ (Z. 248), als sie den Bescheid des Finanzamtes (Progressionsvorbehalt) mit der vierstelligen Nachzahlung erhielt. Sie erlebt eine massive „finanzielle Sorge“ (Z. 232), ihre Erschütterung bekräftigt sie durch die Aussage „das hat uns sehr getroffen.“ In der aktuellen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO (ICD-10) wird ein Schock wie eine „Art von „Betäubung“ beschrieben, verbunden mit einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit“. „Diesem Zustand kann ein weiteres Sich zurückziehen aus der Umweltsituation folgen [...] oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf“ (ICD 10, 2023, F 43.0).

Frau C. berichtet, dass sie geweint habe, wütend und verzweifelt war.

„Das war schlimm“ (Z. 314-318).

Auf die explizite Frage, ob Frau C materielle Unsicherheit erlebt habe, verneint sie zunächst. Sie gibt an,

„wir baden nicht im Geld, - lacht – wir, es ist mir vertrauter Umgang mit, ja, dass es mal knapp ist...“ (Z. 252-253).

Daraus ist zu schließen, dass es für Frau C. vertrauter Umgang ist, mit begrenzten Ressourcen zu leben. Wirtschaftlich angespannte Situationen sind ihr bekannt und trotzdem wurde die oben beschriebene Situation als Schockerlebnis von ihr wahr-

genommen. Aufgrund der biografischen Erfahrungen ist zu vermuten, dass sie in einen ihr bekannten „Alarmzustand“ hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation eingetreten ist.

Die ungeklärte wirtschaftliche Situation mit dem Übergangsgeld hat Frau D. sehr belastet.

„Es hat mich halt unter Druck gesetzt, weil mer ja dort automatisch weiß, man die Ausgaben laufen ja weiter! ...die Fixkosten, die mer daheim hat und wenn man dann weiß, mer kriecht keins oder es kommt der Tag immer näher, wo die Fixkosten abgebucht werden...und mer weiß, es ist kein Geld auf em Konto in dem Moment“ (Z. 201-207).

Die hier beschriebene Anspannung manifestiert sich auf der körperlichen Ebene mit unruhigem, unterbrochenem Schlaf und nächtlichem Krampfen mit den Zähnen.

„...ich fang dann an nachts zu mit den Zähnen zu eh krampfen, [...] wenn ich em psychischen Druck hab, [...] verbeiß mich“ (Z. 233-237).

Es erwächst der Eindruck, dass sich Frau D. durch ihre finanziellen Sorgen und Ängste verkrampft, an etwas „festbeißt“ und dadurch nicht lockerlassen kann. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch erahnen, warum Frau D. sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht in die Reha einlassen kann, welches in Kapitel 8.4.5.3 „Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess“ beleuchtet wird.

Frau F. vertritt das klassische Rollenbild. Ihr Ehemann ist Hauptverdiener, dadurch ist sie weniger in finanzieller Sorge. Ihr Einkommen

„...ist sozusagen das em Bonbon, was so die Freizeit, den Luxus und das halt das schöne Leben,...“ (Z. 574-574) finanziert.

Ihr erworbener wirtschaftlicher Status wird nicht durch die Krebserkrankung gefährdet. Das Selbstbild kann in diesem Kontext somit aufrechterhalten werden. Die Erfahrung in Bezug auf die wirtschaftlichen Themen nimmt Frau F. daher eher auf der bürokratischen und rationalen Ebene wahr. Diese werden in Kapitel 8.4.2.2 weiter vertieft. Dennoch erlebt auch Frau F. völlige Hilflosigkeit, als die Kostenübernahme für ihren Prosigna-Test seitens der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden sollte.

„Ja, aber da hab ich einmal wirklich so richtig, da war ich so – stockt – völlig hilflos...“ (Z. 430).

Im Fall von Frau G. werden hingegen wirtschaftliche Existenzängste ab Beginn der Erkrankung wahrgenommen. Die Patientin ist alleinlebend und alleinversorgend.

„Das ist es ja, deswegen fragt man schon so Existenzängste was noch dazu kommt....Ja, wie bezahle ich meine Rechnungen,... Das war bei mir von Anfang an“ (Z. 273-285).

Dieser massive Existenzdruck wirkt sich bei Frau G. auf ihr Schlafverhalten aus. Sie berichtet:

„Ja, Schlaflosigkeit, ich hab nachts nit gepennt, weil ich nicht wusste, wie ich die Rechnungen zahlen sollte.“ (Z. 308-309).

Diese Schlaflosigkeit verursacht zusätzlichen Stress sowie innere Unruhe und Anspannung.

Bildlich gesehen, sind bei Frau G. seit Krankheitsbeginn zwei Alarmsysteme aktiviert. Ein Alarmsystem bezüglich der Krebserkrankung und ein weiteres Alarmsystem aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Situation. Frau H. merkt dazu an:

„Das einzige was wirklich halt, es ist halt hart, wenn man dann em mit dem weinigen Geld auskommen muss, ne, und das sitzt einem ja dann so auch im Nacken“ (Z. 139-140).

Resümee

Die Interviewpassagen belegen, dass aufgrund des Erlebens von temporärer großer Erschöpfung oftmals Situationen hingenommen werden. Es fehlen Energieressourcen um zu verhandeln, sich zu wehren bzw. in Widerspruch zu gehen, wie dies sonst im gesunden Zustand der Fall gewesen wäre. Somit ist von einer geminderten Handlungsfähigkeit auszugehen, welche Auswirkungen auf den privaten und den öffentlichen/administrativen Bereich nach sich zieht und die finanzielle Situation zusätzlich verschärfen können.

Die massive wirtschaftliche Existenzangst löst körperliche Symptome aus, die zusätzlich zu den bekannten Nebenwirkungen der Chemo- und Strahlentherapie auftreten und zu einer weiteren Belastung der Brustkrebpatientinnen führt. Die Er-

gebnisse zeigen anschaulich, dass existenzielle Sorgen und Ängste zu körperlichen und seelischen stressassoziierten Symptomen führen können. Sie belasten die Patientinnen also zusätzlich und stellen weitere Herausforderungen dar, die im Rahmen der Erkrankung bewältigt werden müssen.

8.3.3 Kontext und intervenierende Bedingungen

Neben den ursächlichen Bedingungen, welche Attribute eines Phänomens darstellen und die handlungs- und interaktionalen Strategien bedingen können, wird der Fokus in diesem Kapitel um den Kontext und die intervenierenden Bedingungen ergänzt (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 82).

Die Autoren stellen den Kontext in unterschiedlichen Dimensionen dar. Zum einen als „den spezifischen Satz von Eigenschaften [...], die zu einem Phänomen gehören“ und zum anderen stellt der Kontext ebenso „den besonderen Satz von Bedingungen dar, innerhalb dessen die Handlungs- und Interaktionsstrategien stattfinden, um ein spezifisches Phänomen zu bewältigen, damit umzugehen, es auszuführen und darauf zu reagieren“ (ebd., S. 80 f.).

Die intervenierenden Bedingungen werden „als den breiteren strukturelleren Kontext, der zu einem Phänomen gehört“ (ebd., S. 82) dargestellt. Diese strukturelle Form der Bedingungen kann z.B. Zeitangaben, kulturelle Angaben, den sozioökonomischen Status und biografische Angaben beinhalten. Die Auswirkungen der intervenierenden Bedingungen können somit die handlungs- und die interaktionalen Strategien begünstigen bzw. behindern (vgl. ebd., S. 82).

Im Folgenden werden diese besonderen Bedingungen des vorliegenden Forschungsprojektes, innerhalb denen das Phänomen materielle Unsicherheit „Dreifacher Kampf ums Überleben“ bewältigt wird, dargestellt. Es wurden im Datenmaterial die folgenden drei zu hervorhebenden Subkategorien ermittelt:

- Belastungen und Anpassungsleistungen
„von einer Ohnmacht in die andere gefallen“ (vgl. Fall F, Z. 77)
- Massive Existenzangst
„...wo krieg ich Morgen mein Brot her?“ (vgl. Fall G, Z. 806)
- Zusätzlich belastende Lebensereignisse während den Therapien

Als intervenierende Bedingungen sehen Strauss und Corbin „die breiten und allgemeinen Bedingungen, die auf handlungs- und interaktionale Strategien einwirken. Diese Bedingungen beinhalten: Zeit, Raum, Kultur, sozialökonomischer Status,...und individuelle Biographie“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 82).

8.3.3.1 Belastungen und Anpassungsleistungen an die Erkrankung „von einer Ohnmacht in die andere gefallen“

In diesem Themenabschnitt werden die Belastungen und die damit verbundenen Anpassungsleistungen im Rahmen einer Brustkrebserkrankung geschildert. In ihrer Dimension und Ausprägung werden diese von den befragten Interviewpartnerinnen unterschiedlich erlebt. Auf Basis dieser Bedingungen führen die Patientinnen individuell ihre späteren handlungs- und interaktionalen Strategien durch.

Frau A. berichtet, dass sie nach dem Anruf des Brustkrebszentrums ahnte, dass sie eine Krebserkrankung haben könnte:

„...war ich eigentlich schon überzeugt, des Scheiße“ (Z. 15-16).

Eine Entlastung stellte die Aussage des Arztes für sie dar:

„...sie haben Glück, er ist noch sehr sehr klein“ (Z. 26-27).

Sie durchlief 20 Bestrahlungen und währenddessen

„hab wirklich nur im Bett gelegen“ (Z. 154).

Diese Aussage steht in Widerspruch zur Folgenden:

„Obwohl ich eigentlich nicht so krank war“ (Z. 156).

Es erweckt den Eindruck, dass Frau A. trotz Nebenwirkungen der Strahlentherapie ihre Krebserkrankung insgesamt als nicht zu bedrohlich ansieht, ob dies durch die Aussage des Arztes entsteht, bleibt zu vermuten. Die weitere These eines pragmatischen Umgangs der Erkrankung erhärtet sich im Interviewverlauf. Abschließend zu ihrer ersten Krankheitsschilderung sagt Frau A.:

„So, das war eine kurze Geschichte“ (Z. 42).

Diese Aussage bestätigt ihren klaren, pragmatischen Umgang mit dem Krankheitsgeschehen. Die „kurze“ Geschichte dauerte einige Monate mit Operation und Strahlentherapie. Mit „So“ bekräftigt sie den Abschluss dessen. Sie habe alles abgearbeitet und geschafft und jetzt geht es weiter. Sie ist zukunftsorientiert.

In der Typologie wird sie als „die Getriebene“ beschrieben. Sie kommt aufgrund ihrer finanziellen Sorgen nicht zur Ruhe und Reflexion und fordert dabei viel von sich selbst. Sie erlebte ihre materielle Unsicherheit mit „Stress, Stress und Angst, ja...Nicht mehr schlafen können“ (Z. 203-205). Das Stresserleben fördert die Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin und Noradrenalin und bewirkt, dass sich Frau A. in einer ständigen Alarmbereitschaft befindet. Im Erleben von Frau A. wird die massive materielle Existenzangst mit ihren Auswirkungen bedrohlicher wahrgenommen und beschrieben als die Krebserkrankung selbst. Dies ist als ein besonderes Phänomen im Kontext der materiellen Unsicherheit festzuhalten. An dieser Stelle wird bereits die Wechselwirkung zum Thema „Massive Existenzangst“ erkennbar.

Frau C. berichtet im Gegensatz zu Frau A. über ihre erste Krebserkrankung in einer anderen Erlebensqualität:

„Aus heiterem Himmel für mich, hab ich überhaupt nich mit gerechnet, ich hab mich überhaupt nicht in die Risikogruppe einsortiert und eh war sehr betroffen davon“ (Z. 22-24).

Ganz unverhofft erhält Frau C. ihre Diagnose. Eine große Betroffenheit, eine Schockstarre ist zu spüren. Das Leben steht still.

„...war ich ziemlich im Ausnahmezustand“ (Z. 33).

„Und em hab mir große Sorgen um mich aber vor allen Dingen um meine Kinder gemacht und um meine Familie allgemein, ja. Und dann war bei uns absolute Ausnahmesituation, klar!“ (Z. 26-28)

Als Betroffene beschreibt sich Frau C. in einer Ausnahmesituation nach der Krebsdiagnose und durch ihre Umschreibung die „absolute Ausnahmesituation“ wird deutlich, dass eine Krebserkrankung das ganze Familiensystem berührt und erschüttern kann. Bei ihrer zweiten Krebsdiagnose schildert Frau C.

„...der Schock war zwar groß, dass es jetzt wieder so ist, aber dann wussten ja auch alle schon, alle um mich rum, wussten schon, was jetzt passiert...“ (Z. 111-113).

Durch die Diagnose erfährt Frau C. erneut ein großes Schockerleben, jedoch relativiert sie dasselbe unmittelbar durch „aber dann wussten ja auch alle um mich rum, wussten schon, was jetzt passiert“ (Z. 111-113). Sie kann mit ihren Angehö-

rigen auf ein Erfahrungs- und Handlungswissen im Umgang mit der ersten Krebserkrankung zurückgreifen. Dadurch erfährt Frau C. mehr Sicherheit und einen geringeren Kontrollverlust.

In einer späteren Interviewpassage erzählt Frau C. von einer dauerhaften Belastung, ihrer Angst vor Metastasen:

„Und das ist auch jetzt immer noch so. Also diese diese Angst vor Metastasen, dass – em, eh – ja, das ist mir, das bleibt mir haften“ (Z. 177-178).

Durch die Wiederholung „diese diese Angst“ beschreibt sie etwas Nichtgreifbares, das über ihr schwebt. Grigelat berichtet in diesem Kontext davon, dass ehemalige Krebskranke unter dem „berüchtigtem Damoklesschwert“ (Grigelat, 2021, S. 167) leben. Diese Ungewissheit kann eine Angst erzeugen, „dass das Glück der Heilung jederzeit wieder zerstört werden kann“ (Grigelat, 2021, S. 167).

Wie Frau E. nach ihrer Mammografie ganz unverhofft ihre Krebsdiagnose erlebt, beschreibt sie wie folgt:

„...und dann bin ich raus, natürlich liefen mir die Tränen, ich hatte jetzt Krebs, ist ja erst mal ein Schock (Z. 49-50).

Nach Tschuschke (2018, S. 172) erlebt Frau E. ein Schockerlebnis nach der Diagnosestellung. Sie war geschockt und musste erst mal zur Entlastung weinen. Zum bewussten Wahrnehmen der Situation setzt sich langsam die Erkenntnis „...ich hatte jetzt Krebs“ (Z.49). Es entsteht der Eindruck, als ob ab diesem Zeitpunkt ein neuer Zeitabschnitt bzw. Lebensabschnitt beginnt. Frau E. findet recht schnell nach der Diagnosestellung Zugang zu ihrer Ressource, ihrem Glauben, der sie durch die Krankheit trägt.

„...und hab mir so gedacht, aber irgendwie hast du so viel Frieden in dir drin“ (Z. 50-51).

Frau F. hingegen berichtet von mehreren Schockerlebnissen. Zunächst wurde DCIS diagnostiziert:

„Das war so Schock eins, da war ich also wahrscheinlich totenbleich...“ (Z. 46-47).

Die Vorstellung „totenbleich“ zu sein kann mit der Assoziation von Tod und Sterben bei Diagnosestellung in Verbindung gebracht werden (vgl. Weiss, 2022, S.

431 f.). Zwei Wochen nach der Operation wird aufgrund des pathologischen Befundes die Brustkrebsdiagnose gestellt:

„...und da bin ich dann eigentlich in die nächste Ohnmacht gefallen“ (Z. 66-67).

Es musste noch zweimal nachoperiert werden, unter anderem wegen Lymphknotenbefall, und Frau F. beschreibt ihr Erleben dieser unfassbaren Situation:

„...ich bin von einer Ohnmacht in die andere gefallen“ (Z. 77).

Durch das Erleben ihres Therapieverlaufs scheint Frau F. nicht aus ihrem Schockerleben und ihrer Schockstarre heraus zu kommen.

„Man geht so durch diesen Tunnel...“ (Z. 200-201).

In Anlehnung an Schulz-Kindermann (2021, S. 252 f.) befand sich Frau F. in einem schockähnlichen Zustand. Es scheint so, als würde Frau F. schrittweise die Kontrolle über ihr bisheriges Leben verlieren. Das Tunnelbild lässt die Vorstellung zu, dass sie nicht mehr in der Lage war, über ihre Therapien hinaus zu blicken, ihr Sichtfeld war sehr eingengt. Aufgrund der erlebten lebensbedrohlichen Situation war ihre Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt.

Frau F. erzählt weiterhin von ihren Todesängsten, welche sie immer wieder erlebt:

„Also, wirklich, also war alles in Ordnung, natürlich bin ich manchmal aufgewacht, das tue ich heute dann auch noch, und hab gedacht o mein Gott ich sterbe...“ (Z. 203-204).

Obwohl die Patientin die Operationen und Therapien gut überstanden hat, ist ihre temporäre Zuschreibung der Todesängste bedeutsam. Bis heute hat sie nachts regelmäßig Todesängste, die sie immer wieder mit ihrer Erkrankung und der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben konfrontieren. Frau F. berichtet weiterhin über ihre Rezidivangst:

„...die Angst läuft jetzt immer mit, ne, die ist immer so ein bisschen hinten drin... Dass es nicht wieder kommt.“ (Z. 253-256).

Grigelat (2021, S. 167) beschreibt die Angst als „ein vielgestaltiges Phänomen. Manchmal kommt sie anfallartig, ähnlich einer klassischen Panikattacke, ist von heftigen körperlichen Symptomen oder einem hilflosen, lähmenden Gefühl begleitet“.

Nach der Mitteilung, dass ihr Brustkrebs hochgradig aggressiv sei, berichtet Frau G. von einem anderen Erleben ihres schockähnlichen Zustandes. Als ihr Arzt noch

in der Überlegung ist, ob er zuerst eine Chemotherapie oder eine Operation empfehlen soll, reagiert Frau G. wie folgt:

„Ich hab gesagt, dass müssen Sie entscheiden, hab ich gesagt, ich muss morgen wieder arbeiten. Also, für mich war das alles so was von weit weg und so was von – ich hab den Ernst der Lage gar nit so erkannt – in dem Moment...“ (Z. 31-34).

Die Aussage von Frau G. bestätigt die Beobachtung von Schulz-Kindermann, dass aufgrund des schockähnlichen Zustandes im Diagnosegespräch oftmals die Botschaft „Sie sind an Krebs erkrankt“ nicht zu den Patientinnen durchdringt (vgl. Schulz-Kindermann, 2021, S. 252 f.).

Von ihren Ängsten berichtet Frau H., als sie eine Zyste selbst entdeckt hat:

„...mit dem Hals mit der Zyste, aber dann merkt man dann schon, dass man empfindlicher wird, em dass man nicht sofort denkt, ach das ist nur ein Lymphknoten, sondern dass man dann sagt, ne das gehört da nicht hin und irgendwie fühlt sich`s komisch an“ (Z. 50-53).

Ihre Selbstbeschreibung lässt erahnen, dass Frau H. sich in ständiger Alarmbereitschaft in Bezug auf ihre Krebserkrankung befindet und somit ein erhöhtes Stresserleben empfindet.

Die lange Wartezeit mit der Ungewissheit, bis das Untersuchungsergebnis eintrifft erlebt Frau H. als äußerst anstrengend und belastend:

„In diesem Ungewissen zu sein, weil man nicht sofort ein Ergebnis bekommt..., sechs Wochen musste ich jetzt dann darauf warten, ne“ (Z. 58-29).

Die dadurch erlebte Belastung äußert sich anhand folgender Symptome:

„Dass man eh em sehr nervös war, viel geweint hat und wieder Angst bekommen hat, dass es, dass jetzt gar nichts mehr geht, ne! Das jetzt überall der Krebs ist im Körper über und dass das jetzt wieder an einer anderen Baustelle weiter geht, ne“ (Z. 95-97).

Die subjektive Bedeutung der Situation belegt, dass sich Frau H. in dieser Zeit in einem absoluten Ausnahmezustand befindet, in der sie auf der physiologischen Ebene, der psychischen und der sozialen Ebene Stresserleben erfährt. Diese belastende Situation ist ein Beispiel für das Stresserleben und zeigt, wie von

Grigelat beschrieben: die „archaische Kampfreaktion des Körpers wird standardmäßig abgerufen“ (Grigelat, 2021, S. 33). Frau H. befindet sich in dieser Phase in ständiger Alarmbereitschaft.

Resümee

Die Kategorie „Belastungen und Anpassungsleistungen - „von einer Ohnmacht in die andere gefallen“ zeigt die unterschiedlichen Erlebensqualitäten von Schockerfahrungen in den Phasen der Diagnose und Therapieverlauf. Aus den Darstellungen der Interviewpartnerinnen ist zu entnehmen, dass durch die Brustkrebserkrankung das Thema Tod und Sterben fortwährend mitschwingt und dass es bis zum Interviewzeitpunkt zum Auftreten von Todesängsten kommt, dabei spielt der Kontrollverlust der bisherigen Unversehrtheit eine wesentliche Rolle. Die diversen Umgangsmöglichkeiten aus diesem Schockerleben heraus werden facettenreich geschildert, dieser Umgang scheint ursächlich vom Zugriff auf das individuelle Erfahrungs- und Handlungswissen sowie vom Stand der jeweiligen Krankheitsverarbeitung der Betroffenen abhängig zu sein. Besonders hervorzuheben ist, dass die materielle Unsicherheit in Verbindung mit massiven Existenzängsten manche der betroffenen Frauen weitaus mehr belastet als ihre eigentliche Brustkrebserkrankung.

8.3.3.2 Massive Existenzangst „...wo krieg ich Morgen mein Brot her?“

In der Kontextrahmung stellt die massive Existenzangst „wo krieg ich Morgen mein Brot her?“ eine weitere Bedingung für das zentrale Phänomen „Erleben von materieller Unsicherheit“ dar. Das verdeutlichen die hier aufgeführten aussagekräftigen Interviewpassagen.

Frau A. berichtet, dass sie ihre finanziellen Ressourcen vor dem Hintergrund ihrer Ausgaben und der Höhe des Krankengeldes berechnet hat:

„Eh, Gedanken natürlich, weil ich hab dann ausgerechnet, so und soviel Monate könnte ich mir das finanziell erlauben und dann wird`s eng“ (Z. 168-169).

Frau A. muss feststellen, dass

„wird knapp,...“ (Z. 136)

und daraus entwickelt sich der Druck, nicht zu lange arbeitsunfähig zu sein und Krankengeld zu beziehen. Dies bekräftigt sie mit der Aussage

„Länger geht auch nicht. – lacht“ (Z. 138).

Das Lachen von Frau A. kann auf eine Übersprungshandlung hinweisen, da der Druck sehr hoch war bzw. sie sehr verzweifelt und angespannt war. Die Schilderung von Frau A. verdeutlicht, dass aufgrund des geringeren Einkommens die Belastungssituation auf der materiellen Ebene extrem hoch war. Sie kontrastiert hiermit ihre Schilderungen zu Interviewbeginn.

Frau A. sprach von sich aus ihre wirtschaftliche Situation nicht an. Erst auf Nachfrage ging sie auf das Thema ein, das brachte eine besondere Dynamik mit sich, sie wechselte das Thema später, als es um den Antrag auf Rehabilitation ging.

„und jetzt schau ich mal, ob ich auch Geld kriech, ne“ (Z. 380).

Dieser plötzliche Themenwechsel verdeutlicht, dass die angespannte wirtschaftliche Situation von Frau A. im Hintergrund immer präsent ist und mitschwingt.

Frau C. berichtet, dass sie nach ihrer ersten Brustkrebserkrankung einen Zahlungsbescheid des Finanzamtes in vierstelliger Höhe erhielt. Aufgrund des Progressionsvorbehaltes wurde ihr die Zeit des Krankengeldbezuges mit niedrigeren Einkünften beim Lohnsteuerjahresausgleich zum Verhängnis und der hohe Rückzahlungsbetrag entstand.

Das Thema der materiellen Unsicherheit hat Frau C. ungefragt in das Interview eingebracht. Nach ihrer Schilderung über ein Telefonat mit der Gesetzlichen Krankenkasse lenkte sie plötzlich das Thema auf die finanzielle Situation:

„...Es war dieses eine Telefonat und ansonsten hatte ich also keine finanziellen Sorgen. ... Den größten, also ein eine finanzielle Sorge war damals, als ich das erste Mal krank war, war ich Steuerklasse V... und bin ja wieder ausgefallen, also fehlte dem Finanzamt ein bisschen was und wir mussten vierstellig nachzahlen, das hat uns sehr getroffen“ (Z. 229-236).

Dies trifft die Familie zu einem Zeitpunkt, an dem sie sich von der schwierigen finanziellen Phase des Krankengeldbezuges gerade erholt. Sie berichtet

„Das war en Schock.“ (Z. 248).

Hier schildert Frau C. ein Schockerleben, welches mit der Angst verknüpft war, wie bzw. mit welchen Mitteln kann die Forderung des Finanzamtes beglichen werden.

Aufgrund des hohen Einkommensverlustes von 1.000 Euro pro Monat schildert Frau G. ihre finanziell angespannte Situation und die damit verbundenen Existenzängste:

„Ja, das war halt extrem, weil man halt jeden Cent dreimal rumdrehen musste. ...und von heute auf morgen... musste ich rechnen, musste gucken, kannst dir das leisten, kannst dir das kaufen, kannst ei das hat manchmal noch nicht mal mehr für`s Brot gereicht.“ (Z. 345-351).

Ihre wirtschaftliche Situation hat sich zugespitzt und ohne Unterstützung hätte Frau G. ihre Miete nicht mehr zahlen können. Die prekäre Situation wird im folgenden Zitat offensichtlich:

„Hätte ich meine Mutter nit, also hätt ich ne Kollegin nit gehabt, ja, muss ich ganz ehrlich sagen, die mir die Miete bezahlt hätt, da würde ich heute auf der Straße sitzen.“ (Z. 353-354).

Zu dieser massiven existenziellen Bedrohung kam zusätzlich ein Gefühl von Ausgeliefertsein, von Abhängigkeit sowie Schamgefühl hinzu:

„...ich kam mir wirklich vor wie so ein Bettler.“ (Z. 372).

Frau G. war auf ihre finanzielle Unabhängigkeit stolz und es scheint ihr unfassbar, dass sie ihren etablierten Lebensstandard so schnell verliert.

„...ich kam mir vor wie so so en... ich kanns ihnen nit sagen, Hartz IV-Empfänger in dem Sinne, ja?“ (Z. 421-422).

„Ich wusste aber halt nur nicht, dass das so schnell geht...Innerhalb von Monaten war das Geld weg!“ (Z. 467-469).

Auch Frau H. lässt einen Einblick in ihre Existenzängste zu:

„Und dann kriecht man so ganz kurz so ein bisschen Angst, aber was ist, wenn jetzt noch die Waschmaschine kaputt geht ne?“ –lacht! (Z. 164-165).

Ihre materielle Not und Verzweiflung werden durch das anschließende Lachen noch einmal verdeutlicht. Die Anspannung entlädt sich. Es durfte nichts Unvorhergesehenes geschehen, keine zusätzlichen Mehrkosten, dann wäre das wirtschaftliche System von Frau H. implodiert. Mit dieser Existenzangst und der Angst vor unverhofften Mehrausgaben musste Frau H. eine enorme Anpassungsleistung in ihrer Situation meistern. Laut ihrer Schilderung erlaubt sie sich auch nur einen kurzen Blick auf die angespannte wirtschaftliche Situation und versucht somit ihre Existenzangst unter Kontrolle zu halten.

Resümee

Die Existenzangst zeigt sich in den Interviewpassagen mannigfaltig. Durch Berechnungen wird faktisch deutlich, dass wegen begrenzter finanzieller Reserven nur ein bestimmter Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit möglich ist. Die Krankschreibung wird also nicht nach den gesundheitlichen Erfordernissen in Anspruch genommen, sondern durch die finanzielle Situation bestimmt. Diese Erkenntnis bewirkt Existenzängste, die finanzielle Situation impliziert, die Erwerbstätigkeit möglichst schnell wieder aufzunehmen, um das volle Gehalt zu beziehen. Dieser Druck ist meist während des gesamten Therapieverlaufes latent vorhanden. Die Konsequenz aus einem zu frühen beruflichen Wiedereinstieg wird zu einem späteren Zeitpunkt (Kapitel 8.4.5.1) thematisiert.

Abhängig von den individuellen Bedingungen werden die Existenzängste in unterschiedlicher Erlebensstärke und –qualität erfahren. Das Spektrum zeigt unterschiedliche Ängste, wie Angst vor möglicher Wohnungslosigkeit oder kein Geld für Grundbedürfnisse wie Nahrungsmittel zu haben, aber auch Sorgen vor Unvorhergesehenem, wie z.B. dem notwendigen Ersatz von defekten Haushaltsmaschinen. Es wird anschaulich, dass durch eine Krebserkrankung das Verarmungsrisiko steigt und die Befriedigung von Grundbedürfnissen, wie z.B. Essen und Wohnung, gefährdet werden kann. Daraus resultieren massive Existenzängste, welche die Brustkrebspatientinnen zusätzlich belasten. Die Deutsche Krebshilfe bestätigt, das Armutsrisiko für ein Drittel aller Krebspatient*innen. Besonders gefährdet sind hierbei Betroffene aus dem Niedriglohnssektor, solche mit hohen Einkommensverlusten, Menschen mit progredienter Krebserkrankung, alleinlebende Menschen sowie selbstständig Tätige (vgl. Deutsche Krebshilfe (2020)).

8.3.3.3 Zusätzliche kritische Lebensereignisse während den Therapien

Kritische Lebensereignisse können unverhofft während des Therapieverlaufs eintreten und müssen im Kontext des Phänomens von materieller Unsicherheit berücksichtigt werden. Einige Befragte berichten von ihren individuellen Erfahrungen:

Als Frau B. nach besonderen Ereignissen seit ihrer Diagnose befragt wird, berichtet sie von folgender Situation. Während ihrer Strahlentherapie, kurz vor Weihnachten, kam ihre 92jährige Mutter ins Krankenhaus. In dieser Phase zeigte sich,

dass sie nicht mehr allein leben kann und ein Platz im Seniorenheim benötigt wurde. Zeitgleich zu ihrer eigenen Therapie musste sich Frau B. nun mit organisatorischen und sozialrechtlichen Angelegenheiten auseinandersetzen, wie z.B. den Antrag auf Pflegeleistungen, dem medizinischen Dienst, Vollmachten etc. Vom Seniorenheim kam die Mutter erneut ins Krankenhaus, Entscheidungen zwecks Reanimation mussten getroffen werden und schließlich verstarb die Mutter im Januar. Im Februar endete die Strahlentherapie und im März begann ihre Rehabilitationsmaßnahmen.

„sondern hat se das eben nicht geschafft.... Dann is se dann noch eh Ende Januar ham mer se beerdigt....Und ich hatte immer noch nebenbei die Bestrahlung“ (Z. 231-235).

Diese intensiven Ereignisse stellt Frau B. sehr ausführlich und sachlich dar (Z. 152-246), dennoch ist ihr inneres Erleben nicht abzuleiten, es zeigt sich ein inkongruentes Verhalten in der äußeren und inneren Wahrnehmung. Frau B. erwähnt ihre Bestrahlung im Zusammenhang mit dem Tod der Mutter und der Beerdigung. Es ist nur zu erahnen, welche emotionalen und psychischen Herausforderungen Frau B. lautet Ihre einzige emotionale Äußerung, die die Belastung erahnen lässt.

„War schon heftig dann, sag ich mal“ (Z. 244).

Das Kümmern und Organisieren, das Abschiednehmen legen nahe, dass Frau B. wenig Raum für ihre eigenen Bedürfnisse während der Therapie hatte und im „Funktionsmodus“ agierte.

Frau I. reagiert in einer anderen Erlebensqualität auf die kritischen Lebensereignisse während ihrer Krebserkrankung. Von der Würdigung, wie Frau I. die finanzielle Situation gelöst hat:

„Da ham sie einiges zu ...ja ... zu zu meistern gehabt, ne?“ (Z. 381)

wechselt Frau I. unvermittelt das Thema zu einem kritischen Lebensereignis und berichtet, ebenfalls wie Frau B., vom Verlust eines Elternteils. Ihre Mutter ist in der Therapiepause zwischen Chemotherapie und Strahlentherapie verstorben.

„und in diesen zwei Wochen ist dann meine Mutter noch verstorben – weint“ (Z. 383).

Die Nutzung des Adverbs „noch“ macht deutlich, dass zusätzlich zu den bestehenden Herausforderungen ein weiteres Ereignis hinzukam. Es schwingt eine ge-

wisse Schwere mit. Ihr Weinen zeigt ihre Emotionen, ihre Trauer, ihre Betroffenheit, es eröffnet Raum für ihre Emotionen und ermöglicht Verarbeitung des Erlebten.

Die Trennung von ihrem Mann nach 35 Ehejahren erlebt Frau I. während ihrer Krankheitsphase als weiteren schweren Verlust. In der folgenden Interviewpassage gibt Frau I. diese Situation wieder:

„...aber im Großen und Ganzen ham wir uns da ziemlich einvernehmlich getrennt. Natürlich hat ja sag ich ma, hatte ich dann auch nicht so die Kraft und so und hab einfach gesagt, ich möchte, dass du ausziehst und eh also das Haus gehört mir, was ich auch noch abbezahlen muss und em er hat dann aber so – fast komplett – bis auf die Küche, alle Möbel mitgenommen“ (Z. 158-162).

Ihre Schilderung ist bezeichnend für ihre aktuelle Lebenssituation. Sie verfügt über wenig Kraft, sich gegebenenfalls mit Dingen auseinanderzusetzen, zu kämpfen, in diesem Fall z.B. um die Möbel. Aus dieser Interviewpassage ist durch die Konjunktion „aber“ abzuleiten, dass es ursprünglich nicht so geplant war, dass der Ehemann alle Möbel mitnimmt.

„...er hat dann aber so – fast komplett – bis auf die Küche, alle Möbel mitgenommen“ (Z. 161-162).

Durch das als rücksichtslos erlebte Verhalten ihres Ehemanns steht Frau I. vor einer weiteren Herausforderung. Aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Situation improvisiert sie im häuslichen Umfeld:

„...dann hab ich meine Gartenstühle erst mal reingeholt“ (Z. 164) und „...dann hat meine Schwester hat mir dann Geld gegeben und auch mein Sohn“ (Z. 168).

Frau I. erfährt finanzielle Unterstützung durch ihre Familie. An einer späteren Interviewstelle greift Frau I. das finanzielle Thema wieder auf und berichtet, wie sie sich durch ihren Bankberater zusätzlich unter Druck gesetzt fühlt:

„Mein Banker fragt nur immer wieder, wann ich denn nun endlich anfangen zu arbeiten“ (Z. 360).

Durch die Veränderungen, die mit einem kritischen Lebensereignis einhergehen, werden weitere Lebensbereiche betroffen und das ganze „soziale System“ wird in Mitleidenschaft gezogen oder gerät in eine Schiefelage. Dies fordert von den Be-

troffenen weitere Anpassungsleistungen, in ihrer oftmals bereits geschwächten Situation. Die Erschütterungen, welche die Interviewpartnerinnen zusätzlich zu ihrer Krebserkrankung durchleben, finden im Folgenden ihre theoretische Begründung. Kritische Lebensereignisse bringen laut Filipp und Aymanns (2018, S. 27), das bisherige „Person-Umwelt-Passungsgefüge“ ins Wanken. Durch das Ereignis kommt dieses Gefüge aus seiner Balance und es hat ein Ungleichgewicht zur Folge. Dies geht soweit, dass „sie subjektive Theorien als die bislang unhinterfragten Gewissheiten erschüttern und dass sie heftige Emotionen auszulösen in der Lage sind und den Betroffenen nicht selten den Schlaf, den Appetit und die Lebenslust rauben [...] dass die Welt nicht mehr die ist, die sie einmal war, und dass auch die Betroffenen nicht mehr die sind, die sie einmal waren. Die bisherige Sicht der Dinge greift nicht mehr; die Person und ihre Umwelt – sie passen nicht mehr zueinander“ (Filipp und Aymanns, 2018, S. 27).

Es besteht auch die Möglichkeit, dass während eines kritischen Lebensereignisses traumatische Erfahrungen gemacht werden oder eine existenziell bedrohliche Situation erlebt wird, welche an die bzw. über die Grenze der Belastbarkeit hinausgeht. Dieses Erleben kann in seiner Stärke verbunden sein mit dem Gefühl von Hilflosigkeit, Ohnmachtserleben, Reduzierung der Belastbarkeit und einer sehr reduzierten Handlungsfähigkeit. Solch eine Konstellation beinhaltet die Gefahr, dass das Erleben eines kritischen Lebensereignisses der Auslöser für eine Lebenskrise darstellen kann (vgl. (Filipp und Aymanns, 2018, S. 27 f.).

Resümee

Die Brustkrebserkrankung an sich stellt bereits ein kritisches Lebensereignis für die Betroffenen dar. Kommen im Therapieverlauf weitere kritische Lebensereignisse hinzu, ist eine besondere Sensibilität, auch im Umgang mit den Betroffenen, gefordert. Die Interviewpassagen illustrieren, wie individuell die Betroffenen in diesen Situationen agieren und wie einzigartig jeweils der emotionale Umgang, die Verarbeitung und ihre Anpassungsleistungen sind. Der „Funktionsmodus“ ist erst einmal überlebensnotwendig, um mit der Mehrbelastung adäquat umgehen zu können. Zu beachten ist jedoch, ob die Belastungsgrenze überschritten wird und professionelle Hilfe in verschiedenen Dimensionen (z.B. sozial, psychologisch) angezeigt ist. Eine weitere Möglichkeit des Umgangs besteht darin, dass im ge-

geschützten Rahmen der Rehabilitation die Betroffenen zur Ruhe kommen, aus ihrem „Funktionsmodus“ heraustreten und Raum für Reflexion des Erlebten erhalten und wahrnehmen.

8.3.4 Handlungs- und Interaktionale Strategien

In diesem Abschnitt werden die von den betroffenen Brustkrebspatientinnen durchgeführten bzw. unterlassenen Handlungen und Interaktionen im Umgang mit dem Phänomen „Materielle Unsicherheit - Dreifacher Kampf ums Überleben“ sowie die Bewältigungsstrategien eruiert.

Nach Strauss und Corbin sind hier die individuellen Handlungen der Betroffenen wie auch andere interaktionale Ausübungen zu subsumieren. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Handlungen und Interaktionen ein bestimmter Zweck bzw. ein bestimmtes Ziel von den Beteiligten verfolgt wurde. Eingebettet sind diese in den Kontext sowie den intervenierenden Bedingungen der Patientinnen, welche sie in ihrem prozessualen Handeln eher fördern bzw. hemmen (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 83).

In der Datenauswertung kristallisierten sich folgende Handlungsstrategien und Interaktionen der Befragten heraus, welche vor dem oben geschilderten Hintergrund, beleuchtet werden:

- Aufbrauchen von eigenen und fremden Ressourcen
- Verzicht auf soziale Teilhabe
- Schnelle Rückkehr in den Beruf
- Verzicht auf eine stufenweise Wiedereingliederung
- Scham – keine Hilfe einfordern

8.3.4.1 Aufbrauchen von eigenen und fremden Ressourcen

Um dem Phänomen der materiellen Unsicherheit „Dreifacher Kampf ums Überleben“ wirkmächtig zu begegnen, versuchen die betroffenen Frauen in der Phase ihres Krankengeldbezuges, verschiedene finanzielle Ressourcen zu nutzen. Dabei wird zwischen den eigenen und fremden Ressourcen unterschieden, welche im Folgenden vorgestellt werden.

Frau A. berichtet, dass sie ihr Ersparnis für die Altersvorsorge und das Urlaubsgeld zum Ausgleich für den Verdienstausschlag eingesetzt hat:

„Und da ich vorsorglich seit Jahren schon für meine Altersrente vorsorge“ (Z. 136),... aber, da ja letztes Jahr Urlaub ausgefallen ist, eh hat ich ja noch mein nicht gemachtes es Urlaubsgeld...in Reserve“ (Z. 191-194).

Anhand ihrer Aussagen erweckt Frau A. den Eindruck, dass sie eine vorsorgeorientierte Frau ist und dass sie bereits seit vielen Jahren als Vorsorge für ihr Alter gespart hat. Das Wissen um ihr branchenspezifisch geringes Einkommen (Bäckerei) lässt erahnen, unter welchen Einsparungen und Entbehrungen Frau A. bisher Reserven für ihr Alter zurückgelegt hat, welches jetzt im Zuge der Krebserkrankung aufgebraucht wurde. Diese Konsequenzen werden im Kapitel 8.4.5.2 „Alles weg“ Krebserkrankung ein Minusgeschäft“ näher beleuchtet. Für Frau A. ist es selbstverständlich, dass sie diese finanzielle Situation aus eigenen Mitteln bestreitet. Erst wenn ihre Ersparnisse vollständig aufgebraucht wären, und sie ihre Grundbedürfnisse nicht mehr decken könnte, würde sie fremde Ressourcen in Betracht ziehen.

„Wenn das Angesparte eh aufgebraucht eh wäre, natürlich hätte mein Freund, wenn ich gesagt, kannst du mir zwei Hundert Euro geben, ich hab nix mehr zum em Essen,...“ (Z. 178-183).

Das Thema Hilfe annehmen ist zusätzlich mit Scham besetzt, welches im Kapitel 8.4.4.4 näher erläutert wird.

In einem finanziellen Engpass, der durch eine unerwartete Nachforderung entstand und Druck auslöste, befand sich Frau C., als das Finanzamt, aufgrund des Progressionsvorbehaltes, eine vierstellige Summe einfordert.

„...also ich hab mim Finanzamt telefoniert, wir hätten das stunden können, ich glaub ich hab sogar auf zwei Raten dann zurückgezahlt“ (Z. 259-260).

Frau C. geht in die aktive Rolle, beweist ihre Handlungsfähigkeit und vereinbart mit dem Finanzamt Ratenzahlung. Sie nutzt hierfür folgende Ressourcen:

„...wir hatten en bisschen noch was auf em Sparbuch und ich weiß gar nicht, es kann auch sein, dass ich`s von den Kindern vom Sparbuch genommen hab,...“ (Z. 301-302).

Zum einen das Gesparte des Ehepaares und zum anderen ist zu vermuten, dass sie Geld vom Sparbuch ihrer Kinder genutzt hat, um die Ratenzahlungen leisten zu können. Allein die Benennung der Sparbücher der Kinder eröffnet den Möglichkeitsspielraum, dass sie tatsächlich genutzt wurden. Es scheint für Frau C. priori-

tär gewesen zu sein, die Forderung zu begleichen und nachrangig, woher das Geld kam. Wesentlich erscheint, dass die Ressourcen dem Familiensystem entstammen. Im Interview sind keine Überlegungen für die Inanspruchnahme fremder Ressourcen (Darlehen, Freunde etc.) zu erkennen.

Auffallend ist in der Schilderung der finanziell angespannten Situation, dass Frau C. keine konkreten Aussagen macht bzw. machen kann, woher sie das Geld letztendlich genommen hat. Dies äußert sich in ihrer Wortwahl: „ich glaub ich hab...“ (Z. 259-260), „ich weiß gar nicht...“ (Z. 301), „es kann auch sein, dass...“ (Z. 301-302). Diese Wortwahl steht im Gegensatz zu ihren restlichen Aussagen, in denen sie konkrete Sachverhalte darlegen konnte. Eine Hypothese ist, dass diese angespannte finanzielle Situation schambesetzt (Kapitel 8.4.4.4) ist und daher die vagen Angaben und Erinnerungslücken resultieren.

Auch Frau E. schließt die Einkommenslücke mit ihrem Ersparten:

„...das ich jeden Monat ich hab das gar nicht so, en bisschen schon drauf gezahlt habe...Ja, vom Ersparten“ (Z.248-251).

Bereits im Kapitel 8.4.2.1 „Geringeres Einkommen und krankheitsbedingte Sonderausgaben“ wurde anhand des Datenmaterials herausgearbeitet, dass Frau E. sich ihren realen Einkommensverlusten nicht bewusst war und sie erst im Interviewverlauf realisierte, dass sich diese auf 800 Euro monatlich beziffern. Als eine weitere Ressource schilderte Frau E. das Einkommen ihrer Ehefrau. Frau G. nutzt ihr erspartes Urlaubsgeld, für Einkommenslücken zu schließen:

„...also ich hatte mir knapp 6.000 Euro angespart, ...weil ich nach Amerika wollte, die sind weg“ (Z.192-194).

Das Ersparte hat sich Frau G. in ihrem 450-Euro-Job, neben ihrer Vollzeittätigkeit, erarbeitet:

„Ja und dann hab ich mir immer, ich hab ja noch einen Nebenjob gehabt vorher, so Betreuungsdienst....Auf 450,00 Euro Basis und das hab ich mir dann immer schön weggelegt, das Geld“ (Z.295-298).

Im weiteren Interviewverlauf schildert Frau G., dass sie neben ihren eigenen auch fremde Ressourcen in Anspruch genommen hat.

„Hätte ich meine Mutter nit, also hätt ich ne Kollegin nit gehabt, ja, muss ich ganz ehrlich sagen, die mir die Miete bezahlt hätt, da würde ich heute auf der Straße sitzen“ (Z. 353-354).

In dieser Darstellung wird ein neues Phänomen sichtbar. Durch die Nutzung von fremden Ressourcen könnte zum einen eine Abhängigkeit entstehen und zum anderen entstehen Forderungen auf spätere Rückzahlung des geliehenen Geldes. Diese Handlungsstrategien sind eng verknüpft mit der Konsequenz: „Reserven aufgebraucht – „Alles weg“ – Krebserkrankung ein Minusgeschäft“ in Kapitel 8.4.5.2.

Frau H. berichtet, dass sie ihre eigenen Reserven zuerst aufgebraucht hat. Diese waren ursprünglich für den Urlaub angespart worden:

„Ja, war eigentlich das Urlaubsgeld, ne...“ (Z. 220).

Die finanzielle Situation war insgesamt sehr angespannt, da ihr Ehemann zeitgleich ebenfalls in den Krankengeldbezug kam. Frau H. kam aus bestimmten Gründen davon ab, fremde Ressourcen zu erfragen. Dies wird später in Kapitel 8.4.4.4 unter Scham – keine Hilfe einfordern näher erläutert.

Durch die Trennungssituation von ihrem Ehemann kam Frau I. in eine besonders prekäre Situation. Ferner kam hinzu, dass sie aufgrund des Auszuges keine Möbel, bis auf die Küche, besaß. Frau I. hatte keine eigenen Reserven mehr, sie erhielt finanzielle Unterstützung durch ihre Familie:

„Ja, aber dann hat meine Schwester hat mir dann Geld gegeben und auch mein Sohn....Und dann ham wer en paar Möbel gekauft“ (Z. 168-170).

Durch die Unterstützung des Sohnes ist festzuhalten, dass in dieser wirtschaftlichen Notsituation eine Umkehr der sozialen Rollen von Kind zu Eltern/ Eltern zu Kind eintritt. Die Konsequenzen sind dem Interview nicht weiter zu entnehmen.

Die Unterstützung seitens ihrer Schwester vermittelt Frau I. das Gefühl von Sicherheit:

„...was natürlich so im Hinterkopf ist, meine Schwester, sag ich mal, die ist ziemlich gut, wie wie soll man sagen, also bei der ist es nicht so knapp mit Geld...Leiht mir jederzeit was....Eh, das ist natürlich schon sicherer“ (Z. 324-239).

Anzumerken ist, dass in diesem Kontext das Thema Scham ebenfalls eine Rolle spielt und in Kapitel 8.4.4.4 näher analysiert wird.

Resümee

Anhand des ausgewerteten Datenmaterials kristallisiert sich heraus, dass die in wirtschaftliche Not geratenen Brustkrebspatientinnen zunächst ihre eigenen finanziellen Ressourcen, wie z.B. Urlaubsgeld oder Altersvorsorge, aufbrauchen. Danach werden Ressourcen des inneren Familienkreises, des eigenen Haushaltes generiert. Selbst die Sparbücher der Kinder kommen in Betracht. Der danach folgende Unterstützungsradius scheint die Herkunftsfamilie zu sein, wie z.B. die Schwester. Eine außerfamiliäre Unterstützung wurde durch eine Kollegin geleistet. Erwähnenswert ist, dass grundsätzlich geringe finanzielle Polster der befragten Brustkrebspatientinnen vorhanden sind. Die Frauen, insbesondere die Alleinlebenden, scheinen mit ihrer Arbeit und gegebenenfalls einem 450 Euro-Job ein auskömmliches Einkommen zu erwirtschaften. Teilweise sind sogar Rücklagen für Urlaubsgeld und Alter möglich. Tritt jedoch eine längere Krankheitsphase ein, wie die Krebserkrankung, kippt dieses Finanzmodell schon nach kurzer Zeit und das Armutsrisiko steigt. Von besonderer Bedeutung erscheint auch, dass nur eine Befragte nach ergänzenden Leistungen, wie z.B. Wohngeld, bei ihrer Gesetzlichen Krankenkasse nachfragte und dabei eine Fehlinformation erhielt. Auffallend ist tatsächlich, dass kein weiterer Gedanke, keine Idee, keine Nachfrage in Richtung institutioneller Unterstützung stattfand. In Bezug auf das Thema Kämpfen ist es für die Akteur*innen des Gesundheitswesens bedeutsam zu erfahren, dass aufgrund ursächlicher Bedingungen, wie mangelnder Energie der Betroffenen oder fehlender Kraft zum Kämpfen, ein oftmals nur geringer Handlungsspielraum zur Existenzsicherung zur Verfügung steht und daher von den Akteur*innen eine proaktive unterstützende Haltung gefordert ist.

Hier ist weiter zu klären, welche Faktoren für dieses Verhalten ausschlaggebend waren. Handelt es sich um fehlende Informationen, um persönliche Priorisierung oder ist dieses Thema schambesetzt? Auf das Thema Finanzen und Scham wird in Kapitel 8.4.4.4 explizit eingegangen.

8.3.4.2 Verzicht auf soziale Teilhabe

Das Ziel der selbstbestimmten sozialen Teilhabe wurde in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) verankert und findet mittlerweile prozessual in dem durch das Bundesteilhabegesetz reformierten

neunten Sozialgesetzbuch eine Umsetzung (vgl. Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V, 2022).

Angelehnt an den Lebenslagenansatz fokussiert die soziale Teilhabe die „[...] soziale Zugehörigkeit und die Risiken, ausgeschlossen zu sein. Dennoch gibt es nicht nur Teilhabe oder Nichtteilhabe, sondern auch unterschiedliche Grade der Teilhabe. Zugleich ist es möglich und kommt regelmäßig vor, dass Personen in einigen Lebensbereichen teilhaben und in anderen Lebensbereichen wiederum nicht“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021, S. 28).

Im untersuchten Datenmaterial bildet sich ab, dass Brustkrebspatientinnen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen und den in Wechselwirkung stehenden Auswirkungen in verschiedenen Bereichen der sozialen Teilhabe in unterschiedlichen Dimensionen eingeschränkt waren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Erkrankung in den Zeitraum der Corona Pandemie fiel und formale Teilhabeeinschränkungen gesetzlich verordnet wurden. Daher wurden in der Datenauswertung explizit nur die Beeinträchtigungen untersucht, welche aufgrund der Brustkrebserkrankung entstanden sind und die im Folgenden vorgestellt werden:

Durch die Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben beeinträchtigt bzw. gefährdet. In den untersuchten Fällen erfolgte eine temporäre Exklusion aus dem Arbeitssystem und den damit verbundenen sozialen Kontakten mit Kolleg*innen, Kund*innen etc.

Ihre Freude über die Inklusion in das Arbeitsleben beschreibt Frau A.:

„...und dann war ich sehr froh, dass ich wieder gehen konnte,...“ (Z. 98-99).

„Und, aber erst mal wollte ich ... arbeiten und wieder raus und wieder ... des Normale, weil ich hab wirklich nur im Bett gelegen (Z. 150-154).

Aufgrund der Einkommenslücke ist Frau D. dankbar, dass

„aufgrund dessen, dass man in der AHB eigentlich nichts brauch oder in der Reha [...] war ja, ich sach mal so, all inklusive gebucht hat, geht`s weil man die Ausgaben auch nicht hat“ (Z. 347-351).

Es ist anzunehmen, dass Frau D. sich in der Zeit ihrer Rehabilitation nichts Zusätzliches leistete.

Frau E. schildert das Erleben ihrer Exklusion aus dem Arbeitsleben:

„..., da arbeitet man 20 oder 22 Jahre und dann ist man, wird man kommt von 100 dann auf 0, von der Arbeit und geht ja ab da nicht mehr arbeiten und da hab ich erst mal gemerkt, wie man runter fährt“ (Z. 122-124).

Im Kontext der Einkommenslücke und der damit verbundenen Teilhabe reflektiert Frau E.:

„..., man kann sich dementsprechend auch einschränken, aber ich hatte dann, ich reise halt gerne sag ich mal, oder fahr Leute besuchen...Sprit ist auch teuer und dann kommt das ganz schnell, ...ich hab Neffen und Nichten, die sollen ja da nicht darunter leiden, sag ich mal“ (Z. 292-297).

In dieser Interviewpassage sind ambivalente Tendenzen zu spüren. Auf der einen Seite die hohen Spritkosten und auf der anderen Seite das Bedürfnis ihre Verwandten zu besuchen. Die sozialen Kontakte werden als Ressource bzw. unterstützend betrachtet und unterliegen in der Krankheitsphase einer wirtschaftlichen Abwägung.

Im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben wählt Frau F. ein anderes Vorgehen und nimmt noch während der Strahlentherapie ihre Tätigkeit wieder auf.

„Bin ich auch wieder arbeiten gegangen. Einfach will ich`s gerne mache, ich arbeite wirklich gerne“ (Z. 160-161).

Die Arbeit stellt während ihrer Erkrankung auch eine Konstante für Frau F. dar. Aufgrund des frühen beruflichen Wiedereinstiegs macht Frau F. jedoch folgende Erfahrung und nimmt dabei ein interessantes Phänomen wahr:

...ich konnte die immer bewältigen, das meine ich nicht, das habe ich nicht bedauert, dass ich gegangen bin, aber die Akzeptanz hat nachgelassen. Also es war dann wirklich so, ach ja jetzt gehe sie nochmal in Reha, so der Chef...“ (Z.163-166).

Frau F. erlebt ihre frühe Teilhabe am Arbeitsleben in ihrer Selbstwahrnehmung als Freude und Ressource. In der Fremdwahrnehmung wird ihre frühe Rückkehr zu einem späteren Zeitpunkt als eine Selbstverständlichkeit wahrgenommen und scheint für ihren Arbeitgeber im Arbeitsalltag keine Rolle mehr zu spielen, bzw. nicht mehr im Bewusstsein zu sein. Vor diesem Hintergrund lässt sich die erlebte „nachlassende Akzeptanz“ erklären.

In Bezug auf den Teilhabeaspekt stuft Frau F. ihr Einkommen auf folgende Weise ein:

„...ist sozusagen das em Bonbon, was so die Freizeit, den Luxus und das halt das schöne Leben“ (Z. 574-575).

Durch die zeitnahe Aufnahme der Tätigkeit kann ebenfalls „das schöne Leben“ (Z. 575) fortgesetzt werden und die Teilhabe, z.B. im Freizeitbereich, bleibt unberührt bzw. gesichert.

Frau G. hat die Therapiephase sehr mitgenommen. Vor allem litt sie unter den starken Nebenwirkungen (Kapitel 4):

„...em ich kann ich hab gedacht, em zeitweise meine letzte Stunde hätt geschlagen“ (Z. 646-661).

Aufgrund ihres schlechten Zustandes während der Therapien ist nachvollziehbar, dass Frau G. kein Bedürfnis nach weiteren Teilhabeaktivitäten, z.B. im Freizeitbereich, verspürte. Ergänzend kam noch der materielle Existenzkampf, in dem Frau G. parallel gefordert war, dazu.

Im Fall von Frau H. ist zu erkennen, dass die soziale Teilhabe der ganzen Familie in der Phase des Krankengeldbezuges eingeschränkt wurde, um die finanziellen Mittel zu schonen. Die Eltern versuchten weiterhin ihrer Tochter die bisherigen Teilhabeaktivitäten wie Gitarre spielen und reiten zu ermöglichen. Die 14jährige Tochter verzichtet jedoch selbst auf den Gitarrenunterricht. Das Reiten reduziert sie auf einmal wöchentlich:

„Wir haben versucht, dass sie sich nicht einschränken muss, aber sie hat dann freiwillig gesagt ok, sie geht dann nicht mehr zum Gitarrenunterricht...Und sie hat halt em das Reiten auch auf einmal die Woche beschränkt, dass der Betrag auch runter gegangen ist, ne“ (Z. 189-193).

Um weitere Einsparungen zu erzielen, tritt der Ehemann von Frau H. aus seinem Tennisverein aus:

„...das wir das runter gefahren haben, ne...dass er dann auch gesagt hat, ich scheide dann erst mal aus für ein Jahr“ (Z. 210-212).

Die finanzielle Solidarität in der Familie bringt eine temporäre Entlastung mit sich. Durch die Exklusion aus dem Tennisverein wird die soziale Teilhabe in Form von Sport und sozialem Austausch eingeschränkt, was gerade in belastenden Situationen eine Ressource für die Familienmitglieder darstellen könnte. Aufgrund der finanziellen Situation wird darauf verzichtet.

Die Renovierung der Wohnung wird vor diesem Hintergrund auch zurückgestellt:

„...und die Renovierung dann halt verschoben, die eigentlich anstand, ne? Die Sachen, die wir jetzt gekauft ham, sind ja auch noch haltbar für en Jahr und den Rest müssen wir halt warten bis wir wieder genug Geld haben, ne“ (Z. 216-218).

Am Beispiel von Familie H. zeigt sich exemplarisch, dass die Krebserkrankung das gesamte Familiensystem betrifft. Jedes Familienmitglied leistet seinen persönlichen Beitrag, um die angespannte wirtschaftliche Situation zu meistern. Durch den gemeinsamen Verzicht kann ein starkes Gemeinschaftsgefühl entstehen.

Geplante Projekte, wie hier die Renovierung des Wohnbereiches, werden zurückgestellt und verschoben in eine Zeit, in der wieder höhere monetäre Ressourcen zur Verfügung stehen. Das bisherige Leben, die bisherige Planung greift nicht mehr.

Resümee

Um die ökonomische Situation während des Krankengeldbezuges zu stabilisieren, können Einsparungen oder Einschränkungen im Bereich der sozialen Teilhabe eine Konsequenz auf das reduzierte Einkommen sein. Es zeigt sich, dass Projektplanungen aufgrund der Brustkrebserkrankung neu überdacht werden müssen bzw. neu organisiert werden müssen. Anhand dieser Ergebnisse wird ersichtlich, dass sich die betroffenen Frauen in einem weiteren Spannungsfeld bewegen. Sie stehen zum einen zwischen Rückzug bzw. Verzicht im Bereich der sozialen Teilhabe und zum anderen im Kampfmodus. Dies ist von weiteren Aspekten abhängig und von den Betroffenen werden eine Priorisierung, ein Abwägen und Entscheidungen erwartet und auch eingefordert. Dieses Bewegen in einem solchen Spannungsfeld kann zusätzliche intrapsychische Belastungen für die Frauen zur Folge haben.

Es wird ebenfalls ersichtlich, dass nicht alle Bereiche von Einschränkungen berührt sind und dass der Verzicht bzw. die Einschränkung der sozialen Teilhabe von mehreren Faktoren abhängig ist:

- Individuelle Lebenssituation bzw. Lebenswelt
- Soziales Umfeld
- Soziökonomische Situation, weitere Einkommen im Haushalt

- Individuelle Bereitschaft
- Weitere kritische Lebensereignisse
- Ausprägung der Nebenwirkungen
- Individuelle Bedürfnispriorität

Ferner wird in den Interviewausschnitten belegt, dass das ganze Familiensystem betroffen ist, einschließlich der Kinder. In einem Aushandlungsprozess werden der Verzicht bzw. die Einschränkungen der sozialen Teilhabe erörtert. Es handelt sich um eine komplexe Anpassungsleistung des gesamten Familiensystems, verbunden mit temporärem Verzicht bzw. Einschränkungen. Soziale Teilhabe und soziale Interaktionen stärken die Resilienzfähigkeit, muss aus den bereits dargestellten wirtschaftlichen Aspekten darauf verzichtet werden, reduzieren sich damit auch die stärkenden Ressourcen für alle Familienmitglieder in dieser schweren Lebenssituation. Angelehnt an die individuellen Ausstattungsprobleme nach Staub-Bernasconi wird reklamiert, dass aufgrund von Wechselwirkungen zwischen den geschilderten sozialen Problemlagen und der mangelnden Befriedigung der Bedürfnisse der Individuen vermutlich Interferenzen auftreten. Die Autorin macht darauf aufmerksam, dass „andere Bedürfnisverletzungen“ ebenfalls Berücksichtigung finden müssen und dass bei gleichzeitigem Aufkommen von mehreren sozialen Problemen diese weniger aus eigener Kraft und Initiative gelöst werden können, als durch externe Unterstützung mit Ressourcenbildung (vgl. Staub-Bernasconi, 2018, S. 213 f.).

8.3.4.3 Schnelle Rückkehr in den Beruf - Verzicht auf eine stufenweise Wiedereingliederung

Nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit, wie im Falle einer Brustkrebserkrankung, wird die Rückkehr in das Arbeitsleben mit einer stufenweisen Wiedereingliederung empfohlen. Das sogenannte Hamburger Modell ist eine Maßnahme, mit der durch eine schrittweise Erhöhung der Arbeitsstunden die Tätigkeit wieder aufgenommen wird. Ein ärztlicher Stufenplan wird gemeinsam mit den Patient*innen erarbeitet.

Zunächst werden die unterschiedlichen Facetten der Bedeutung von Arbeit im Leben von Menschen, welche in den Interviews zum Ausdruck kamen, vorgestellt.

- Finanzieller Aspekt
- Haltgebende Tagesstruktur
- Anerkennung, Selbstwertgefühl
- Eine Aufgabe haben
- Ablenkung von der Krebserkrankung
- Sozialer Aspekt, soziale Kontakte
- Wieder zurück ins „Normale“

In den Interviews wird ersichtlich, dass die Bedeutung der Arbeit für die Befragten in unterschiedlichen Dimensionen ausgeprägt ist und dadurch die Rückkehr in das Arbeitsleben beeinflussen. Dies belegen die folgenden Interviewabschnitte:

Frau A. teilt im Interview mit, dass sie keine stufenweise Wiedereingliederung durchführen möchte:

„Weil mit Wiedereingliederung vier Stunden anfangen, gehe ich mit einem Gefühl nach Hause, ich habe es nicht ge..., also ich bin nicht fertig geworden. ... Da setz ich mich so sehr unter Druck! ... Es ist besser, wenn ich nicht kann, kann ich auch ne Stunde eher gehen. Eh, aber dieses Gefühl, jeden Tag nach Hause zu gehen und zu sagen, bo, du hast noch dat hast wieder nicht und die Kalkulation hast du noch nicht und die Bestellung hast noch nicht“ (Z. 247-258).

In dieser Aussage von Frau A. zeigt sich ihr individueller hoher Leistungsanspruch. Sie erhebt den Anspruch, direkt nach ihrer Rückkehr an ihre volle Leistungsfähigkeit wie vor der Erkrankung anknüpfen zu können. Dies ist der Wunsch vieler Krebspatientinnen und Patienten, entspricht in der Regel aber nicht der Realität. Es erweckt erneut der Eindruck, dass Frau A. ihre Krankheitsverarbeitung noch nicht abgeschlossen hat, bzw. die Schwere ihrer Erkrankung nicht akzeptiert (Kapitel 8.4.2.3 „Keine Kraft zum Kämpfen „nur Sofa-Bett-Bett-Sofa“) und mit ihrem alten Verhaltensmuster und einem hohen Leistungsanspruch in das Berufsleben zurückkehrt. Frau A. gibt in einer früheren Interviewstelle an, dass der Haupt-

grund für ihre Rückkehr ohne stufenweise Wiedereingliederung die Rückkehr in das Normale sei:

„Und, aber erstmal wollte ich...arbeiten und wieder raus und wieder...und wieder des Normale“ (Z. 150-1254).

Zweitrangig war für sie zunächst der wirtschaftliche Aspekt:

„Der, der war erst zweitrangig“ (Z. 144).

Durch das Adverb „erst“ ist zu vermuten, dass der wirtschaftliche Aspekt anfänglich bzw. zunächst zweitrangig war. Erst im Laufe der Arbeitsunfähigkeit und dem damit verbundenen Schwinden ihrer finanziellen Ressourcen wurde der wirtschaftliche Aspekt für eine direkte Rückkehr in den Beruf ohne stufenweise Wiedereingliederung zur Priorität.

Einen großen Einfluss für die Entscheidung liegt auch in der unterstützenden Haltung ihres Arbeitgebers.

„...und wenn ich nicht könnte, könnte ich auch nach Hause gehen, also ich hab sehr...sehr nette, sehr nette Chefin. Die sagen, machen sie wie sie wollen und wie sie können“ (Z. 262-265).

Frau G. hat beschlossen, mit einer stufenweisen Wiedereingliederung ihre Vollzeittätigkeit als Krankenpflegerin aufzunehmen. Für sie stand es außer Frage, mit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu beginnen. Aufgrund ihrer langen Arbeitsunfähigkeit ist die Aussteuerung bzw. das Ende des Krankengeldbezuges hierbei zu beachten, da während der stufenweisen Wiedereingliederung Arbeitsunfähigkeit besteht.

„Im Großen und Ganzen, denke ich mal, dass ich ab Januar dann wieder die Wiedereingliederung mache ... ja ja, das ist noch, ich hab ja 65 eh 75 Monate (sie meint damit Krankengeldanspruch) ... 18 Monate nur! ... “ (Z.869-884).

Durch ihre Aussage wird deutlich, dass Frau G. nach dieser existenziell bedrohlichen Phase, den Zeitpunkt herbeisehnt, an dem sie wieder ihr regelmäßiges Einkommen beziehen wird:

„...ich bin froh, wenn ich wieder arbeite,...dass ich mein Gehalt wieder kriegen... Glauben sie es mir, eh, ne...Ich hab da keine Lust mehr drauf...“ (Z. 902-908).

Die Finanzen sind eine Motivation wieder in das Arbeitsleben zurückzukehren.

Der finanzielle Druck, so bald wie möglich die berufliche Tätigkeit aufzunehmen, ist auch im Fall von Frau H. spürbar:

„Das einzige was wirklich halt, es ist halt hart, wenn man dann em mit dem wenigen Geld auskommen muss, ne, und das sitzt einem ja dann so auch im Nacken. Dass man denkt, man muss ja jetzt auch wieder an die Arbeit, damit wir da genug Geld haben (Z. 139-143).

Die Metapher „ ... sitzt einem ja dann so auch im Nacken...“ (Z. 140) weist darauf hin, dass die psychische Belastung, hier in Form von existenziellen Ängsten, sich auch auf der physischen Ebene manifestieren kann. Diese Aussage lässt vermuten, dass Frau H. längere Zeit unter existenziellem Druck stand und dadurch auch körperliche Anspannung wahrgenommen hat.

Das ausgewertete Datenmaterial belegt, dass zum einen die wirtschaftliche Lage für Frau I. sehr angespannt ist und zum anderen ihre Handlungsstrategie daraus resultiert, keine stufenweise Wiedereingliederung durchzuführen.

„Ja, die hat sich in dem Sinne noch nicht entspannt, weil ich ja weiter, also bis ich jetzt wieder anfangen zu arbeiten. Eh, ja weiterhin Krankgeld kriege und da fehlen ja dann schon die 30 Prozent, die vorher da waren....das ham wir ja so geregelt, dass ich, ich hab ja noch ne ganze Portion Urlaub von diesem Jahr, eh das ich halbe Tage Urlaub nehme und so mir die Wiedereingliederung gestalte und dann in dem Sinne den Vorteil hab, dass ich dann eh em sag ich mal, gleich meinen normalen Verdienst habe“ (Z. 297-306).

Frau I. hat sich gegen eine stufenweise Wiedereingliederung entschieden. Sie baut ihren Resturlaub in halben Tagen ab und erzielt hiermit eine reduzierte Arbeitszeit. Für diese Konstellation muss Frau I. sich im Status der Arbeitsfähigkeit befinden. Eine Folge dieser Strategie ist, dass sie keine Entgeltersatzleistung in Form von Krankengeld mehr bezieht und sie ihr volles Gehalt erhält. Durch diese Entscheidung werden die zuständigen Kostenträger wie Deutsche Rentenversicherung bzw. die Gesetzliche Krankenkasse nicht belastet.

Auf der einen Seite entlastet dieses Vorgehen ihre angespannte wirtschaftliche Situation. Auf der anderen Seite erfährt sie nicht den schützenden Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Frau I. ist durch ihre Entscheidung dazu verpflichtet, die vertraglich vereinbarte Arbeitsleistung zu erbringen, gemäß § 611a Abs. 1 BGB Arbeitsvertrag „...zur Leistung weisungsgebundener, fremdbestimmter Arbeit in persönlicher Abhängigkeit verpflichtet“. Dies könnte nach einer längeren Arbeitsunfähigkeitszeit eine Herausforderung für Frau I. darstellen, jedoch verbunden mit einer finanziellen Entlastung. Vor diesem Hintergrund stellt eine solche Abwägung ein Entscheidungsdilemma für die Brustkrebspatientin dar.

Resümee

Die Auswertung der Interviews veranschaulicht das Phänomen, dass die Brustkrebspatientinnen unterschiedliche Formen des beruflichen Wiedereinstieges wählten. Die Spannbreite ihrer Entscheidungen reichen vom Durchführen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach einer weiteren Stabilisierungsphase über einen direkten Wiedereinstieg bis dahin, den Resturlaub umzuwandeln und somit halbtags direkt in den Arbeitsprozess einzusteigen. Die soziale Dimension, wie die wirtschaftliche Sicherung, stellt für den direkten Wiedereinstieg, mit und ohne Abbau von Resturlaub, das Hauptargument dar. Persönliche Faktoren, wie z.B. viel von sich selbst einfordern, hoher Leistungsanspruch, mangelnde Selbstfürsorge, das Bedürfnis wieder zurück in das „Normale“ nach der Erkrankung zu kommen, soziale Kontakte sowie Freude an der Arbeit, sind ebenso Aspekte für die Entscheidungsfindung. Diese Tatsachen sind eng mit dem Thema Kampf verknüpft. Die Patientinnen kämpfen sich in ihren privaten und beruflichen Alltag zurück und mobilisieren ihre Kräfte und Ressourcen, um ihre Ziele zu erreichen. Beispielhaft sind hier die Steigerung der täglichen Arbeitszeit und der Kampf gegen die Erschöpfung während der stufenweisen Wiedereingliederung zu nennen.

Weiterhin wurde herausgearbeitet, dass Unterstützung seitens des Arbeitgebers ein wesentliches Kriterium für die Art der Rückkehr in das Arbeitsleben und den Zeitpunkt der Rückkehr darstellt. Hier sind vor allem die weichen, psychosozialen Faktoren, wie das Gefühl des Willkommenseins, das Gefühl von Unterstützung, Motivation sowie flexible Gestaltungsmöglichkeiten, hervorzuheben. Die Ergebnisse der Auswertung geben jedoch auch zu bedenken, dass sich nicht alle Brustkrebspatientinnen eine stufenweise Wiedereingliederung finanziell leisten können. Dies impliziert ebenfalls, dass sie sich keine umfängliche Selbstfürsorge aus fi-

nanziellen Gründen leisten können. Vor ihrem wirtschaftlich angespannten Hintergrund sehen sich die Betroffenen oftmals gezwungen, ohne schützenden Rahmen, wieder in das Arbeitsleben zurückkehren und zu „funktionieren“. Hier liegt die Vermutung nahe, dass dieses Vorgehen zu Lasten ihres Restleistungsvermögens geschieht und sie sich nicht die notwendige Rekonvaleszenz gönnen. Dieser Return to work-Entscheidung liegt keine selbstbestimmte Lebensführung zu Grunde, sondern sie entsteht durch den hohen finanziellen und somit existenziellen Druck.

8.3.4.4 Scham – keine Hilfe einfordern

Nach Strauss und Corbin (1996, S. 83) sind im Kontext der handlungs- und interaktionalen Strategien auch jene von Bedeutung, die eine Handlung bzw. eine Interaktion unterstützen oder beeinträchtigen. Im Rahmen dieses Forschungsprojekt stellt sich die Frage, warum wurde keine finanzielle Unterstützung von einigen der befragten Brustkrebspatientinnen eingefordert? In der Auswertung der Interviews kristallisiert sich heraus, dass dieses Verhalten oder Nicht-Verhalten in kausalem Zusammenhang mit der phänomenologischen Häufung des Schamgefühls zu sehen ist. Puca beschreibt Scham als einen negativen Affekt, der sich entwickelt, wenn die Person den Eindruck bzw. das Gefühl hat, den gesellschaftlichen Normen, Regelungen und Vorstellungen nicht zu entsprechen. Dieses Gefühl kann mit körperlichen Symptomen, wie z.B. dem Erröten, verbunden sein (vgl. Puca, 2021). Baer und Frick-Baer bezeichnen Scham als „ein soziales Gefühl, ein Interaktionsgefühl, ein Gefühl, das aus der Wechselwirkung zwischen Menschen entsteht und sich in ihr konstituiert. Zur Scham gehört die Öffentlichkeit anderer Menschen, zumindest die gedachte oder vermutete Öffentlichkeit anderer Menschen. [...] Im Schamgefühl äußert sich der Wunsch, etwas zu verbergen, zu verstecken, unsichtbar zu machen, das sichtbar war oder sichtbar werden könnte“ (Baer und Frick-Baer, 2022, S. 37). Salentin sieht Scham als „ein Produkt der besonderen Fähigkeit des Menschen, die Perspektive anderer auf sich selbst zu antizipieren, sich sozusagen mit den Augen ihrer Mitmenschen zu sehen und deren vermeintliche Bewertung in das eigene Handeln einfließen zu lassen“ (Salentin, 2008, S. 28).

Die obigen Beschreibungen skizzieren das Schamgefühl, aufgrund der angespannten finanziellen Situation, und dass damit verbundene Nicht-Handeln der

Befragten treffend, wie die folgenden Interviewpassagen eindrücklich dokumentieren:

Frau A. schildert den allerletzten Ausweg für ihre finanzielle Situation:

„Wenn das Angesparte eh aufgebraucht eh wäre, natürlich hätte mein Freund, wenn ich gesagt, kannst du mit zweihundert Euro geben, ich hab nix mehr zum em Essen, hätte der natürlich gemacht, aber, das ist ja der allerletzte Schritt“ (Z. 178-185).

In ihrer Beschreibung wird erkennbar, dass Frau A. zunächst ihr Erspartes aufbraucht und erst als „allerletzten Schritt“ ihren Freund um Unterstützung anfragt. Durch das Adjektiv „allerletzt“ verstärkt sie ihre Haltung in ihrer Konsequenz. Dieser Ausweg kommt ausschließlich zum Tragen, wenn sie ihre Grundbedürfnisse nach Maslow nicht mehr befriedigen kann, bevor sie hungert. In ihrem pragmatischen Verhalten stellt sie sich sehr rigide dar und die Vermutung liegt nahe, dass hier das Schamgefühl eine wesentliche Rolle spielt, gegebenenfalls die Scham sich zu offenbaren. Auch ihr bescheidener Wunsch von 200 Euro steht in keinem Verhältnis zu der auf mehreren Ebenen existenzbedrohlichen Situation. Im Interview wurden von Frau A. keine Angaben über die Dauer bzw. die Beziehungsqualität gemacht. Durch ihren frühen beruflichen Wiedereinstieg ohne stufenweise Wiedereingliederung verhindert Frau A., laut ihrer Vorberechnung, dass sie in eine prekäre Lebenslage kommt und ihren Freund um Unterstützung bitten muss. Kontextuelle Themenbereiche zu Scham können auch Unabhängigkeit und Stolz sein, keine Hilfe erfragen und annehmen zu müssen.

Frau B. ist verheiratet und lebt mit ihren beiden volljährigen und berufstätigen Kindern im eigenen Haus. Der Ehemann ist Hauptverdiener. Auf die Frage:

„Und dadurch eh bestand letztendlich auch die Absicherung während ihrer Krankheitsphase...?“ (Z. 420-421) antwortet Frau B:

Ich denke mal, notfalls, also wo dat würden wir jetzt ja nicht unbedingt machen, würden hätten uns wahrscheinlich unsere Kinder sonst auch noch mal...was gege...oder mit geguckt“ (Z. 422-427).

Im Anschluss kommen ihr reflexartig Zweifel, es erweckt den Eindruck des moralischen Zweifelns „das darf man nicht“, Geld von seinen Kindern annehmen:

„Ja, aber... Würden wir zwar nicht tun, aber...aber, ne“ (Z. 433-437)!

Auf der einen Seite bestehen moralische Bedenken, auf der anderen Seite ist durch das Adverb „zwar“ gleichzeitig eine Einschränkung verbunden. Die Konjunktion „aber“ drückt ebenfalls einen Gegensatz aus, welcher durch die Wiederholung verstärkt wird. Durch „ne“ versucht die Befragte eine Zustimmung ihrer Interviewpartnerin zu erhalten. Dies würde sie in ihrer Überlegung stärken. Abschließend ist zu vermuten, dass Frau B. ihre moralischen Zweifel hätte, Geld von ihren Kindern einzufordern, im äußersten Notfall dies jedoch umsetzen würde.

Frau C. erlebte einen Schock, als der Bescheid zur vierstelligen Nachzahlung kam. Sie selbst eröffnet ohne Aufforderung der Interviewerin das finanzielle Thema und schildert diese Nachzahlung als ihre damalige größte finanzielle Sorge.

Sie entwickelte folgende Handlungsstrategie:

„Ja wir ham dann, wir hatten en bisschen noch was auf em Sparbuch und ich weiß gar nicht, es kann auch sein, dass ich`s von den Kindern vom Sparbuch genommen hab,...irgendwo hab ich`s hergenommen,...das weiß ich jetzt gar nicht mehr genau“ (Z. 301-306).

Es ist sehr unwahrscheinlich, dass Frau C. ihre Lösungsstrategie in einer Situation, welche für sie mit der größten finanziellen Sorge im Kontext ihrer Krebserkrankung, verbunden war, nicht mehr präsent ist. Dies kann mit ihrem Schamgefühl in Zusammenhang stehen. Da das Schamgefühl als sehr unangenehm erlebt werden kann, besteht eine Möglichkeit darin, es abzuwehren. Dies geschieht in der Regel im Unbewussten. Die „unbewusste Ich-Leistung“ vermeidet das Erleben von schmerzvollen Gefühlen, wie z.B. Scham und Gefühle von Minderwertigkeit (vgl. Scherhag, 2015, S. 17).

So kann es dazu gekommen sein, dass Frau C. die Details ihrer Handlungsstrategie verdrängt hat und/oder sie aus Scham der Interviewerin nicht mitteilen möchte, dass sie letztlich Geld vom Sparbuch ihrer Kinder zur Begleichung der Forderung entnommen hat. Ergänzend gilt es zu bedenken, dass die Forderung von einer Behörde kam und somit ein erhöhter Druck bestand, die Forderung zeitnah zu begleichen. Priorität hatte für Frau C. die Begleichung der Behörden-Forderung, unabhängig davon, aus welcher Quelle das Geld stammt.

Frau G. berichtet in ihren Beschreibungen von Schamerleben, welches sie aufgrund ihres geringen Einkommens, ihrer Existenznot im Hinblick auf staatliche Zuschüsse während ihrer Krankheitsphase erfährt:

„...also eh und ich kam mir wirklich vor wie so ein Bettler“ (Z.372).

„Und dann von heut auf Morgen ist das alles weg, ja? Man weiß, ich kam mir vor wie so so en...ich kanns ihnen nit sagen, Hartz IV-Empfänger in dem Sinne, ja (Z. 419-422).

„So richtig wie so en Bettler“ (Z. 424).

Frau G., die bisher selbstbestimmt und unabhängig ihr Leben führte und ihre Vollzeittätigkeit ausübte, sieht sich durch die finanziellen Folgen ihrer Brustkrebserkrankung gezwungen nach Unterstützung zu suchen. Besonders beschämend und demütigend empfindet sie Situationen, in denen sie sich nach staatlicher Unterstützung (hier Wohngeld) erkundigt. Salentin schreibt hierzu: „Die Schmach, die ein Sozialleistungsbezug und andere Manifestationen wirtschaftlicher Schwierigkeiten potentiell nach sich ziehen, schmerzt“ (Salentin, 2008, S. 31). Dieser soziale Schmerz ist in den Aussagen von Frau G. deutlich spürbar.

Leider erhielt sie eine Fehlaukunft der Gesetzlichen Krankenkasse und glaubte somit, keinen Anspruch auf Wohngeld und andere ergänzende Leistungen zu haben. Es bleibt im Interview ungeklärt, ob sie aufgrund des Schamerlebens oder des „öffentlichen Vertrauens“ (Kapitel 8.4.4.4 und Kapitel 8.4.2.2.2) keine weitere staatliche Institution aufsucht bzw. sich nach weiteren Hilfen erkundigt.

Eine weitere Aussage von Frau G. weist auf Schamgefühle aufgrund des schnellen finanziellen Abstieges hin:

„Ja, das is – eh unglaublich, das darf man niemandem erzählen, ehrlich nit““ (Z. 471).

Ihre Fassungslosigkeit, dass die Reserven so schnell aufgebraucht sind und sie sich jetzt in materieller Existenznot befindet, werden in diesem Interviewausschnitt deutlich.

Frau H. skizziert ihre ökonomische Belastungssituation und Überlegungen für eine finanzielle Unterstützung:

„Also es war halt ne Zeit lang ziemlich hart jetzt, ne?...Mit dem Finanziellen und man traut sich ja auch nicht dann so zu fragen, ob einer einem was, ich

meine Eltern hätten mir bestimmt was leihen können, aber die haben halt auch so wenig“ (Z. 170-173).

Es wird ersichtlich, dass sich Frau H. nicht traut in ihrem Umfeld nach finanzieller Unterstützung zu fragen. Das Geldthema ist tabuisiert. Es wird nicht offen darüber kommuniziert. Dies kann damit verbunden sein, dass es für sie mit der Assoziation des sozialen Abstieges und des Rollenverlusts einhergeht und sie das Gefühl hat, sich den Bewertungen anderer Menschen auszusetzen und die Befürchtung mit-schwingt, stigmatisiert zu werden.

Frau I. berichtet ebenfalls von Schamerleben. Während des Krankengeldbezuges und nach der Trennung ihres Ehemanns lieh sich Frau I. Geld von ihrer Schwester. Grundsätzlich ist es ein beruhigendes Gefühl, dass eine finanzielle Unterstützung im familiären Kreis möglich ist und gleichzeitig ist es Frau I. unangenehm und mit Schamerleben verbunden:

„...meine Schwester, sag ich mal, die ist ziemlich gut, wie wie soll man sagen, also bei der ist es nicht so knapp mit Geld...Leiht mir jederzeit was...Eh, das ist natürlich schon sicherer...Hintergrund, wenn`s wirklich ganz mega eng ist. ... Aber natürlich möchte man das auch nicht (Z. 324-333).

Durch ihre Aussage „wirklich ganz mega eng“ (Z. 331) wird deutlich, wie angespannt ihre ökonomische Lage tatsächlich ist. Allein hätte sie diese Situation nicht meistern können. Einerseits ist Frau I. froh um die Unterstützung, auf der anderen Seite ist es ihr unangenehm und sie schämt sich dafür. Mit der Beschreibung ihrer Schwester „die ist ziemlich gut,...“ (Z. 324) findet eine positive Bewertung statt und es liegt der Gedanke nahe, dass Frau I. sich dadurch selbst abwertet, da sie aktuell finanziell weniger gut da steht. Dies kann die Möglichkeit des Schamerlebens zusätzlich erhöhen. Im Weiteren distanziert sie sich durch die Nutzung des Pronomens „man“. „Aber natürlich möchte man das auch nicht“ (Z. 333). Diese Aussage assoziiert, dass dieses Vorgehen nicht ihrer Vorstellung von gesellschaftlichen Normen entspricht und sie sich nur durch ihre Existenznot zu diesem Handeln genötigt sieht.

Resümee

Das beschriebene Schamerleben der befragten Brustkrebspatientinnen zeigt, dass dadurch ihre Handlungen bzw. ihre Handlungsstrategien beeinflusst werden. Es ist ebenso bedeutsam, dass einige Betroffene das Thema rund um die Finanzen nicht von selbst ansprechen und andere wiederum ungefragt das Thema in das Interview einbringen. Es ist auffallend, dass es den Frauen teils nicht leicht fiel über die persönlich angespannte wirtschaftliche Situation zu sprechen, obwohl diese ein zentraler Aspekt in ihrer Krankheitsgeschichte darstellt. Dieses Vorgehen lässt sich mit dem Gefühl des Schamerlebens in Verbindung setzen und begründen. Durch das Gefühl der Scham erleben die Patientinnen im Kontext der sozialen Dimension von Krankheit zusätzlich zu ihrer materiellen Unsicherheit oftmals noch ein Gefühl von Versagen, etwas nicht zeigen wollen, daraufhin keine Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Diese zusätzliche Herausforderung stellt eine weitere Bewältigungsaufgabe in ihrem Krankheitsprozess dar. In diesem Zusammenhang findet ein Kampf auf verschiedenen Ebenen statt. Zum einen die intrapsychische Auseinandersetzung mit Selbstabwertung und zum anderen ein Kampf ums Überleben in den Außenbeziehungen z.B. mit den Institutionen.

8.3.5 Konsequenzen

Die Handlungs- und Interaktionsstrategien der Brustkrebspatientinnen sind diversen Bedingungen ausgesetzt. Individuell ausgeführte Aktivitäten bewirken Konsequenzen, die wiederum zu neuen Bedingungen für zukünftiges Handeln hinsichtlich materieller Unsicherheit werden können.

8.3.5.1 Materielle Unsicherheit begleitet Betroffene im Therapieverlauf und über den beruflichen Wiedereinstieg hinaus

Grundsätzlich beginnt der Versorgungsprozess im Rahmen einer Krebserkrankung mit der Diagnosestellung. Ausgehend von der Erstdiagnose werden die möglichen Behandlungsoptionen mit den Patientinnen erörtert. Je nach individuellem Krankheitsbild und dem Stadium der Krebserkrankung sind dies eine Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung, welche in einem ambulanten und/oder stationären Setting stattfinden und einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen

können. Ergänzende Therapien können Immuntherapien, Anti-Hormontherapie, Tumorfeldtherapie oder Antikörpertherapie sein. Durch die lebensbedrohliche Krebserkrankung sind die Patientinnen bereits emotional schwer belastet, in ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt, vulnerabel und mit existenziellen Themen konfrontiert (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe, 2016, S. 19 f).

Auch die Interaktionen der onkologischen Patientinnen mit den Leistungsträgern können zusätzliche Belastungen zur Folge haben. Aufgrund der mit der Krebserkrankung verbundenen langen Arbeitsunfähigkeitszeiten kommt es oftmals zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten, welche zusätzliche massive existenzielle Auswirkungen mit sich bringen. Diese wirtschaftlichen Schwierigkeiten von Frauen mit Brustkrebs sind von vielen Faktoren, wie z.B. der Lebenssituation, dem Familienstand, der Berufsqualifikation, der Branche und vieles mehr abhängig.

In dem Aufeinandertreffen von eintretender Brustkrebserkrankung, langanhaltenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, Therapien, Lebenssituation und materieller Unsicherheit während des Krankheitsverlaufes ist dieses Forschungsprojekt verortet. Der Fokus liegt hierbei im Zeitraum des Krankengeldbezuges. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen eine wissenschaftlich fundierte Bestandsaufnahme der zusätzlichen psychosozialen Belastungen von berufstätigen Brustkrebspatientinnen im Kontext der wirtschaftlichen Unsicherheit darstellen und mögliche Ressourcen und Bewältigungsstrategien aufzeigen. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse Erkenntnisse zur administrativen Interaktion zwischen Leistungsträgern, hier vor allem den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), und den Krebspatientinnen während des Versorgungsverlaufes liefern und deren mögliche psychosoziale Auswirkungen auf die Brustkrebspatientinnen aufzeigen. Aus der Untersuchung werden Aufgaben für die Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Handlungsfeld der onkologischen Rehabilitation herausgearbeitet. Diese können zur Verbesserung des Beratungsangebotes von Sozialarbeiter*innen für Rehabilitand*innen beitragen sowie das Spannungsfeld zwischen Rehabilitand*innen und Leistungsträgern beleuchten.

Infolgedessen sind die Kapitel handlungs- und interaktionale Strategien mit dem Kapitel der Konsequenzen eng verknüpft und werden oftmals durch die gleichen

Aussagen der Befragten validiert. Die aus dem Datenmaterial ausgewerteten Konsequenzen werden in diesem Kapitel vorgestellt. Eine zentrale Kategorie „Materielle Unsicherheit begleitet Betroffene im Therapieverlauf und über den beruflichen Wiedereinstieg hinaus“ hat sich aus dem Material heraus entwickelt. Aus ihr haben sich zwei Subkategorien herauskristallisiert:

- “Alles weg“ Krebserkrankung ein Minusgeschäft
- Beeinflussung des Rehabilitationsprozesses

8.3.5.2 “Alles weg“ Krebserkrankung ein Minusgeschäft

Eine Konsequenz der beschriebenen handlungs- und interaktionalen Strategien wird in der Subkategorie „Alles weg“ Krebserkrankung als ein Minusgeschäft skizziert. Durch das Vorgehen der Betroffenen wird der Mangel an materieller Ausstattung sichtbar, welcher in der Folge zu weiteren Konsequenzen führt und auf zukünftige Handlungen der Patientinnen Einfluss nimmt. Im Folgenden werden die materiellen Auswirkungen geschildert:

Um der Forderung des Finanzamtes nachzukommen entscheidet sich Frau C. als Handlungsstrategie dafür, das Gesparte von den Sparbüchern, vermutlich auch der Kinder, abzuheben. Somit werden die finanziellen Reserven der Familie aufgebraucht.

„...wir hatten en bisschen noch was auf em Sparbuch und ich weiß gar nicht, es kann auch sein, dass ich`s von den Kindern vom Sparbuch genommen hab (Z. 301-302).

Die Beschreibung

„en bisschen noch was ...“ (Z. 301)

macht deutlich, dass es sich bei dieser Angabe um einen relativ geringen Betrag handeln muss. Es ist anzunehmen, dass bei den zwei Ratenzahlungen das Gesparte verbraucht ist. Eine weitere Konsequenz war für Frau C. die Steuerklassen zu wechseln. Vor der Erkrankung war sie in Steuerklasse V, ihr Ehemann in Steuerklasse III. Durch den Wechsel sind jetzt beide Ehepartner in Steuerklasse IV.

Im Fall von Frau E. werden monatlich circa 800 Euro vom Ersparten darauf verwendet, die laufenden Kosten während der Arbeitsunfähigkeitsphase zu begleichen. Die Ersparnisse haben sich Monat um Monat minimiert. Die Patientin hat bei ihrem neuen Arbeitgeber ihre Arbeitszeit auf 23 Stunden reduziert. Nach der Re-

habilitation nimmt sie ihre Tätigkeit auf. Durch die Stundenreduzierung erhält sie ein geringeres Einkommen und kann voraussichtlich keine neuen bzw. nur geringere Rücklagen bilden.

Das Urlaubsgeld, welches sich Frau G. über die Jahre hinweg für ihre USA-Reise angespart hatte, wird ebenfalls im Krankheitsverlauf komplett aufgebraucht, um die laufenden Kosten zu decken:

„..., also ich hatte mir knapp 6.000 Euro angespart...weil ich nach Amerika wollte, die sind weg (Z. 192-194).

Erst wenn sie ihre Tätigkeit voll umfänglich wieder aufnimmt, kann sie allmählich wieder damit beginnen Geld für ihre Reise zurückzulegen.

„In dem Sinne. Jetzt kann ich wieder von vorne anfangen in dem Sinne (Z. 214-215).

Aus dem weiteren Interviewverlauf ist zu entnehmen, dass Frau G. nicht nur ihr Erspartes aufgebraucht hatte, sondern sich zusätzlich Geld von ihrer Mutter und ihrer Kollegin geliehen hatte, um ihre finanzielle Situation meistern zu können:

„ Hätte ich meine Mutter nit, also hätt ich ne Kollegin nit gehabt, ja, muss ich ganz ehrlich sagen, die mir die Miete bezahlt hätt, da würde ich heute auf der Straße sitzen...Geliehen, dass ich aber auch wieder zurückzahlen muss“ (Z. 353-358).

Ihre Aussage belegt, dass Frau G. mit Schulden aus ihrer Phase der Krebserkrankung herausgeht. Also ein „Minusgeschäft“. Bis sie wieder ihr Urlaubskonto auffüllen kann, liegt es nahe, dass sie im Vorfeld ihre Schulden begleicht. Somit gerät ihre Traumreise in die USA in weite Ferne. Es wird eine lange Zeit benötigen, bis das finanzielle Polster wieder aufgefüllt ist. Erschwerend kommt bei Frau G. hinzu, dass sie als Altenpflegerin in einer Branche tätig ist, die geringe Gehälter zahlt. Ein weiterer Aspekt der im Hinblick auf den Vermögensaufbau zu bedenken ist. Zudem bleibt abzuwarten, ob Frau G. aufgrund ihres Leistungsvermögens nach den Therapien in der Lage sein wird, ihren 450 Euro-Job zusätzlich auszuüben¹⁰. Der rasante finanzielle Abstieg durch ihre Krebserkrankung war für Frau G. unfassbar. In kurzer Zeit sah sie sich gezwungen, ihre Reserven aufzubreuchen:

¹⁰ Diese Aussagen belegen ebenfalls, dass die materielle Unsicherheit die Patientin auch nach dem beruflichen Wiedereinstieg begleitet. (s. Kapitel „Materielle Unsicherheit begleitet Therapieverlauf und über den beruflichen Wiedereinstieg hinaus“). Es weist darauf hin, dass die Themenbereiche eng miteinander verbunden sind.

„Ich wusste halt nur nicht, dass das so schnell geht...Ja? Innerhalb von Monaten war das Geld weg! ...Ja, das is – eh unglaublich, das darf man niemandem erzählen, ehrlich nit““ (Z. 467-471).

Ihre Betroffenheit wird in diesem Interviewausschnitt spürbar. Es erscheint ihr immer noch unglaublich, dass der finanzielle Abstieg durch ihre Erkrankung so schnell von statten ging. Auch im Überschuldungsreport 2022 werden solche Ereignisse erhoben. Hier werden die Überschuldungsgründe für Krankheit im Jahr 2021 auf 11,8 Prozent beziffert. Wenn bei Krankheit keine ausreichenden Rücklagen vorhanden sind, fällt es den Betroffenen schwer, die entstandenen Ausgaben aus eigenen Mitteln zu erwirtschaften (vgl. Institut für Finanzdienstleistungen e. V., 2022, S. 5).

Auch Frau H. macht die Erfahrung, dass ihre finanziellen Reserven während der Arbeitsunfähigkeitsphase schnell aufgebraucht sind:

„...und dann war ruck zuck halt eh die Reserven aufgebraucht (Z. 161).

Diese Erkenntnis löst ein Angsterleben in Frau H. aus, welches im Kapitel 8.4.3.2 „Massive Existenzangst“ näher beleuchtet wird.

In einer späteren Interviewpassage offenbart Frau H. nähere Details zu ihren finanziellen Rücklagen:

„ Ja, war eigentlich das Urlaubsgeld, ne. – lacht und das war auf einmal dann auch letztendlich... Alles weg (Z. 220-222).

Diese Information lässt das Ausmaß der finanziellen Not der Familie erkennen. Die Familie verfügt über keine weiteren materiellen Ressourcen. Es bestätigt sich für Frau H., dass eine Krebserkrankung ein Minusgeschäft darstellt.

„Da waren beide Konten halt im Minus, von meinem Mann und meins auch“ (Z. 322).

An einer späteren Interviewstelle bekräftigt sie nochmals ihre angespannte finanzielle Situation und somit implizit auch das „Minusgeschäft“.

„Also da war jetzt alles weg dann, ne, weil wir zweimal Miete zahlen mussten, ohne dass ich Krankengeld bekommen hab“ (Z. 297-298).

Die Patientin geht mit Schulden aus ihrer Krebserkrankung heraus. Wenn Frau H. ihre Tätigkeit wieder aufnimmt, steht zunächst die Abtragung der Schulden bzw. des Überziehungskredites im Vordergrund, bevor der Aufbau von materiellen Reserven erfolgen kann.

Bei Frau I. zeichnet sich eine ähnliche Situation ab. Auch sie hat sich in der Krankheitsphase Geld von ihrer Schwester geliehen, welches wieder zurückgezahlt werden muss. Die Trennung von ihrem Ehemann hat die finanzielle Situation ebenfalls nachhaltig beeinflusst.

Resümee

Die Konsequenzen „Materielle Unsicherheit begleiten Betroffene im Therapieverlauf und über den beruflichen Wiedereinstieg hinaus“ werden durch die Aussagen der Betroffenen bestätigt. Zu Krankheitsbeginn, während der Therapien und nach dem Wiedereinstieg in den Beruf werden von den Interviewpartner*innen materielle Unsicherheiten erlebt. Die signifikante Konsequenz der von ihnen beschriebenen Strategien ist, dass am Ende der Therapie sowohl die Ersparnisse aufgebraucht sind als auch entstandene Schulden zurückgezahlt werden müssen. Sie starten mit einem Minus auf ihrem Bankkonto aus der Erkrankung in das Berufsleben. Die Krebserkrankung stellt somit für sie ein „Minusgeschäft“ dar. Die finanzielle Situation ist bei einigen Brustkrebspatientinnen deutlich schlechter als zum Zeitpunkt der Erstdiagnose. Somit ist festzuhalten, dass eine Krebserkrankung ein erhöhtes Armutsrisiko mit sich bringen kann. Der schnelle finanzielle Abstieg, die damit verbundenen Ängste und Schamgefühle werden eindrücklich in den Interviewpassagen skizziert. Zu Bedenken gilt an dieser Stelle ebenfalls, dass vor diesem Hintergrund der verbundene Druck, die Tätigkeit wieder voll umfänglich auszuüben, enorm steigt. Hierbei besteht die Gefahr, dass bei einer Rückkehr in den Arbeitsmarkt die eigenen Belastungsgrenzen überschritten werden bzw. die Belastbarkeit überschätzt wird. Es gilt zu vermeiden, dass dieses Verhalten zu Lasten des Restleistungsvermögens der Patientinnen geht. In einigen Fällen wurde vor der Krebserkrankung ein 450 Euro-Job ausgeübt, um Rücklagen zu bilden. Es gilt abzuwarten, ob die Patientinnen nach der Erkrankung wieder in der Lage sind, neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit einen Nebenjob auszuüben, um somit ihre Reserven wieder aufzubauen. Erwähnenswert ist ebenfalls das Gefühl von materieller Unsicherheit und Stresserleben bei der finanziellen Spätbelastung im Rahmen des Progressionsvorbehalts.

Die Therapien sind beendet, jedoch bleiben die materiellen Folgen für die Betroffenen noch längerfristig bestehen und der „Kampf ums Überleben“ (Kapitel 8.4.1)

geht für sie weiter. Die Patientinnen kämpfen häufig jahrelang mit den sozialen Auswirkungen ihrer Krebserkrankung und können somit das Thema mental noch nicht abschließen. Zum einen müssen die Schulden abgetragen werden, zum anderen müssen wieder neue finanzielle Reserven aufgebaut werden.

Auf der Systemebene geht für die Gesetzliche Krankenkasse mit der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auch die Beendigung der Entgeltersatzleistung und ein Abschluss des Krankengeldfallmanagements einher. Die wirtschaftliche Sicherung erfolgt bei Rückkehr in den Beruf nun über die Entgeltzahlung des Arbeitgebers. Wird hier jedoch ein zu geringes Einkommen erzielt, kann es notwendig sein, einen weiteren Leistungsträger, wie z.B. das Jobcenter, hinzuzuziehen. An den Schnittstellen der Systemübergänge ist daher von den nachsorgenden Akteur*innen eine besondere Aufmerksamkeit und Sensibilität, insbesondere im materiellen Kontext, gefordert. Hierzu zählen unter anderem die Sozialarbeiter*innen der Rehabilitationsklinik, Mitarbeiter*innen von Leistungsträgern, Arbeitgeber*innen, Arbeitnehmervertreter*innen sowie Mitarbeiter*innen der Integrationsfachdienste.

8.3.5.3 Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess

Die durch die materielle Unsicherheit verknüpften handlungs- und interaktionalen Strategien der Interviewpartnerinnen haben zudem Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess. Das finanzielle Thema wird mit in die onkologische Rehabilitation transportiert. Sei es z.B. in Form von administrativen Herausforderungen oder finanziellen Sorgen bis hin zur Existenzangst.

Die Unsicherheit im Umgang mit dem wirtschaftlichen Thema ist bei Frau A. spürbar. Sie berichtet im Interview zunächst vom Ausfüllen des Antrages auf Übergangsgeld und dann äußert sie:

„Und jetzt schau ich mal, ob ich auch Geld kriech, ne“ (Z. 380).

„Mmh, ja ich denke ma, dass das jetzt reibungslos oder muss ich da jetzt noch was machen?“ (Z. 406).

Auf der einen Seite hofft, Frau A., dass das Übergangsgeld reibungslos ausbezahlt wird, auf der anderen Seite bestehen jedoch Zweifel und sie fragt, ob sie noch selbst etwas zur Sicherstellung der Auszahlung beitragen kann.

Die Begründung, warum es für sie wichtig ist, dass das Übergangsgeld zeitnah ausgezahlt wird, liefert Frau A. im Anschluss:

„..., weil zweite Miete ist ja jetzt auch dann fällig, ne? Dann wär schon dann ganz gut, wenn nachkommt“ (Z. 416-417).

In den ersten Sätzen wurde die Dringlichkeit auf eine pünktliche Auszahlung zunächst nicht deutlich. „Und jetzt schau ich mal,...“ Erst durch ihre Begründung wird ersichtlich, dass Frau A. auf eine zeitnahe Auszahlung angewiesen ist und dadurch auch während der Rehabilitation ein wirtschaftlicher Druck besteht.

Frau C. sucht, aufgrund der administrativen Herausforderungen mit den Kostenträgern, Unterstützung in der Rehabilitation.

„...auch hier in den Rehakliniken, ich bin dann halt immer direkt zur Beratung,...hab mir das alles erklären lassen“ (Z. 204-207).

Im Fall von Frau D. ist der Antrag auf Übergangsgeld verloren gegangen und sie musste sich in der Rehabilitation nochmal um die Antragsstellung kümmern.

„...alles relative em lang hinterhergerannt, auch von der Reha aus hier viel telefoniert [...] mit dem Leistungsträger“ (Z. 186-188).

Diese Situation in der Rehabilitation hat Frau D. als sehr belastend wahrgenommen:

„Es hat mich halt unter Druck gesetzt, weil mer ja dort automatisch weiß, man die Ausgaben laufen ja weiter! [...]. Die die Fixkosten, die mer daheim hat und wenn man dann weiß, mer kriecht keins oder es kommt der Tag immer näher, wo die Fixkosten abgebucht werden [...] und mer weiß, es ist kein Geld auf em Konto in dem Moment [...] Dann schlaf ich dann auch schlecht, das belastet mich dann ach psychisch...“ (Z. 201-211).

Für den Ablauf in der onkologischen Rehabilitation bedeutet dies für Frau D., dass sie zwischen ihren Anwendungen auf ihr Zimmer gehen muss und ihre Telefonate mit dem Leistungsträger führt. Somit hat sie zusätzliche Termine zu bewältigen und zu organisieren. Weiterhin schildert die Patientin, dass sie aufgrund der ungeklärten wirtschaftlichen Situation schlecht schläft und es eine erhöhte psychische Belastbarkeit für sie darstellt. Ihre Überforderung bringt sie mit der folgenden Aussage zum Ausdruck:

„Also, dass letztendlich em man eh befreit ist von dieser Antragsstellung von den administrativen Aufgaben, sondern dass man sich ausschließlich um sich und um die Reha kümmern kann“ (Z. 270-272).

Es ist somit zu befürchten, dass aufgrund der zusätzlichen Aktivitäten und der ungeklärten finanziellen Situation Frau D. sich nicht vollumfänglich auf die Rehabilitationsangebote einlassen bzw. konzentrieren kann.

Im Falle von Frau H. kam es zu Fehlinformationen seitens der Gesetzlichen Krankenkasse, wie bereits in Kapitel 8.4.2.2.2 geschildert. Das Krankengeld wurde nicht, wie zugesagt, ausgezahlt. Dieser Sachverhalt machte es dringend erforderlich, dass sich auch Frau H., während ihrer onkologischen Rehabilitation, also zwischen ihren therapeutischen Behandlungen, mit ihrer Gesetzlichen Krankenkasse telefonisch in Verbindung setzten musste.

„...weil das noch nicht angekommen ist, hat ich mich ein bisschen gewundert und da hab ich jetzt vorgestern angerufen und gefragt, warum das noch nicht da ist“ (Z. 287-288).

Zunächst wird durch ihre Aussage „hat ich mich ein bisschen gewundert“ die Dringlichkeit der Auszahlung nicht deutlich. Diese zeigt sich erst in einer weiteren Interviewpassage:

„Und die warten auf nen Folgekrankenschein. Ich sag ja aber, ich hab mich ja abgemeldet...und sie wissen ja, dass ich in eh in die Reha gefahren bin. Ja sagt er, das wär so üblich im Computerprogramm und ich hab jetzt wieder zwei Monate überbrücken müssen, ne“.

Frau H. kann es kaum fassen, dass es wieder nicht zur Auszahlung des Krankengeldes kommt. Dies wird durch die Verwendung der Konjunktion „aber“ deutlich. „...ich sag ja aber,...“. In diesem administrativen Vorgang zeigt sich ein Systemfehler. Trotz Abmeldung bei ihrer Gesetzlichen Krankenkasse mit dem Hinweis, dass ihre onkologische Rehabilitationsmaßnahme beginnt, findet keine Auszahlung statt. Seitens der Gesetzlichen Krankenkasse wird auf einen neuen Folgekrankenschein gewartet, welcher nicht in der onkologischen Rehabilitation ausgestellt werden kann.

Die Beschäftigung mit diesen existenziellen Angelegenheiten während des Rehabilitationsprozesses erfordert einen zusätzlichen Zeit-, Kraft- und Organisationsaufwand von Frau H. und bedeutet eine weitere psychosoziale Herausforderung.

Frau H. hatte bereits vor Antritt der Rehabilitation den Antrag auf Übergangsgeld gestellt. Als sie sich bereits in der Rehabilitationsklinik befand, bekam Frau H. von der DRV Antragsformulare für das Übergangsgeld zugesandt. Ihr Mann teilte ihr dies telefonisch mit. Obwohl Frau H. bereits einen Antrag gestellt hatte, sah sie sich aufgrund der Notwendigkeit, dass Übergangsgeld zeitnah zu erhalten, in der Pflicht den Antrag ein zweites Mal aus der Reha heraus zu stellen. Den Antrag füllte sie per Telefon mit ihrem Ehemann, außerhalb der Therapiezeiten, aus:

„Ich bin dienstags hier angereist, donnerstags hatte ich wieder Post zu Hause, hat mein Mann mir gesagt, von der Rentenkasse und um alle Blätter nochmal auszufüllen...Ich hab's mit ihm jetzt gemeinsam übers Telefon ausgefüllt und hab ihm schon mal gesagt, er soll's bitte wieder losschicken, ...damit es nicht noch länger dauert, dass wir da dann auch so spät erst die Zahlung bekommen“ (Z. 335-344).

Resümee

Die Datenauswertung belegt, dass die Betroffenen auch während der onkologischen Rehabilitation materielle Unsicherheit erleben und diese Auswirkungen in den Rehabilitationsprozess hineinwirkten. Es wird deutlich, dass die Patientinnen, angetrieben von ihrer Existenzangst, alles Erforderliche unternehmen, um die wirtschaftliche Existenz aus der Rehabilitation heraus zu sichern. Es kann hierbei zwischen ihrem zeitlichen und organisatorischen Einsatz in den Therapiepausen und den damit verbundenen psychosozialen Belastungen unterschieden werden. Es ist anzunehmen, dass die Rehabilitandinnen sich erst vollumfänglich auf den Rehabilitationsprozess einlassen können, wenn die Anträge etc. zur wirtschaftlichen Sicherung gestellt sind, alle kontextuellen Fragen mit den Leistungsträgern geklärt sind und sie dadurch ihre wirtschaftliche Situation gesichert wissen.

8.4 Ergebnisse und Erkenntnisse

Der zentralen Forschungsfrage dieser Untersuchung „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“ wird, angelehnt an die Grounded Theory Methodologie von Strauss und Corbin, in dieser Untersuchung nachgegangen. Um die soziale Dimension einer Krankheit näher zu beleuchten, wird in diesem Forschungsprojekt der Fokus somit

auf die materielle Ausstattung der Brustkrebspatientinnen gelegt. Der qualitative Forschungszugang in Form von narrativen Interviews ermöglicht es, das subjektive Erleben von materieller Unsicherheit in seiner Tiefe zu erschließen und die Sinnstrukturen der Handlungen und Empfindungen (Kap. 7.3) von den betroffenen Frauen nachzuvollziehen. Damit ermöglicht die empirische Arbeit einen Einblick in die Lebenswelt und den materiellen Kontext der Brustkrebspatientinnen in ihrem Versorgungsverlauf. In den einzelnen Kapiteln werden sequentiell die zentralen Themenschwerpunkte der Interviews herausgearbeitet und insbesondere durch das axiale Kodieren werden einzelne Kategorien und Subkategorien miteinander in Verbindung gesetzt. Dies geschieht anhand des paradigmatischen Modells, welches die Interviewdaten auf eine besondere Art in Beziehung zueinander bringt und somit eine systematische Datenauswertung unterstützt (vgl. Strauss, Corbin, 1996, S. 76).

Im Folgenden werden die grundlegenden Erkenntnisse des vorliegenden Forschungsprojektes zusammengefasst. Durch die Zusammenführung entwickelt sich die gegenstandsbasierte Theorie „Erleben von materieller Unsicherheit - Dreifacher Kampf ums Überleben“, welche die ursächlichen Bedingungen, kontextuelle und intervenierende Bedingungen, handlungs- und interaktionale Strategien sowie die Konsequenzen umfasst. Der Titel der Theorie wird gewählt, da sich durch die Untersuchung zeigt, dass die befragten Frauen nicht nur auf der biologischen und psychischen Ebene aufgrund ihrer Brustkrebserkrankung zu kämpfen haben, sondern auch auf der materiellen Ebene. Durch die Einbeziehung der sozialen Dimension wird ermöglicht, dass die sozialen Prozesse, die sozialen Erfahrungen sowie die biografische Einbettung der betroffenen Frauen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit Berücksichtigung finden (vgl. Richter, 2016, S. 4 f), welche in der Kernkategorie „*Erleben von materieller Unsicherheit - Dreifacher Kampf ums Überleben*“ mündet. Die grafische Darstellung der *Kernkategorie* (Abb. 6) ermöglicht einen zusätzlichen Blick auf die Wechselwirkungen der sozialen Faktoren in Bezug auf den dreifachen Kampf. Ein weiterer Erkenntnisgewinn zeigt sich in den unterschiedlichen *Formen des Kampfes* und den daraus resultierenden Belastungen. Es handelt sich einerseits um einen unerwarteten Kampf mit Institutionen, dem sich die erkrankten Frauen plötzlich ausgesetzt sehen, andererseits geht es um den Kampf ums wirtschaftliche Überleben. In welcher Art und Weise die Frau-

en diese Kämpfe führen und nach Lösungen suchen wird von den jeweiligen persönlichen Eigenschaften beeinflusst. Die persönlichen Eigenschaften spiegeln sich in der Typenbildung wider (Kap. 8.3.1).

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass die Frauen meist unerwartet die Diagnose Brustkrebs erhalten. Sie beschreiben ein Schockerleben in unterschiedlichster Ausprägung. Durch diese Diagnose verändert sich ihr bisheriges Leben schlagartig. Es erfolgt ein Rollenwechsel von einem gesunden Menschen in die Krankenrolle und der Inklusion in das Gesundheitssystem mit all seinen Akteur*innen. Gleichzeitig findet eine temporäre Exklusion aus dem Arbeitsleben statt, mit seinen bisher strukturgebenden und sozialen Bezügen. Aufgrund all dieser Gegebenheiten findet ein Wechsel von einer bisher selbstbestimmten Rolle im Leben in eine stärker fremdbestimmte Rolle statt. Hinzu kommt die Konfrontation mit dem Thema Tod und Sterben, welches zunächst über allem schwebt und Angsterleben bedingen kann. In der Summe bedeutet dies für die Betroffenen eine immense Anpassungsleistung, die sie unter existenziell bedrohlichen Umständen sowie ihren Therapien und den damit einhergehenden Nebenwirkungen erbringen müssen.

Es zeigt sich, dass die *ursächlichen, kontextuellen und intervenierenden Bedingungen* (Abb. 6) einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob und in welchem Ausmaß sozioökonomische Probleme während des Versorgungsverlaufes seitens der Brustkrebspatientinnen erlebt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass das *reduzierte Einkommen* in Form von Krankengeld im Versorgungsverlauf die Grundversorgung für die Patientinnen darstellt, die aber häufig nicht ausreichend für die materielle Versorgung ist. In welcher Ausprägung die Patientinnen die materielle Unsicherheit erleben, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Ein wesentlicher Faktor stellt die *Lebenssituation*, in der sich die Frauen zum Zeitpunkt ihrer Diagnose befinden, dar. So zeigt sich ein gravierender Unterschied darin, ob die Betroffenen allein für ihr Einkommen sorgen oder durch Lebenspartner*in bzw. Angehörige ein weiteres Einkommen generiert werden kann. Erschwerend kommt hinzu, dass viele der betroffenen Frauen bereits vor der Erkrankung zur *einkommensschwachen Gruppe* zählen. So treffen auf ein be-

reits reduziertes Einkommen die zu leistenden Zuzahlungen der GKV für Therapien, Taxifahrten etc. Allein diese *krankheitsbedingten Sonderausgaben* lösen bei den Patientinnen einen zusätzlichen finanziellen Druck aus. Vor der Erkrankung stellte gerade ein Mini-Job in diesem Zusammenhang eine trügerische Sicherheit dar. Die Patientinnen waren durch diesen zwar in der Lage finanzielle Reserven aufzubauen, jedoch entfällt in Zeiten der Arbeitsunfähigkeit dieser Zusatzverdienst komplett, was eine weitere gravierende Einkommenslücke darstellt. Tritt eine längere Krankheitsphase ein, werden häufig die angelegten Reserven aufgebraucht, das bisherige Finanzmodell kippt schon nach kurzer Zeit, wodurch das Armutsrisiko der Frauen steigt. Die Deutsche Krebshilfe (2020) bestätigt das *erhöhte Armutsrisiko für ein Drittel der Krebspatient*innen*.

Einen weiteren belastenden Faktor bilden die *massiven Existenzängste*, welche die betroffenen Frauen von Beginn ihrer Erkrankung und über den Versorgungsverlauf hinaus begleiten. Die materielle Unsicherheit verbunden mit massiven Existenzängsten wird in Einzelfällen subjektiv belastender empfunden als die Krebserkrankung selbst. Es wird von einer permanenten Anspannung berichtet, ausgelöst durch die Sorge, die Grundbedürfnisse nicht sichern zu können und auch die Befürchtung vor unvorhersehbaren Ereignissen. Dieser soziale Kampf, verbunden mit der materiellen Unsicherheit, wirkt sich bei den Betroffenen auf der psychosomatischen Ebene aus. Zu den therapieinduzierten Nebenwirkungen kommen dann noch Ängste, Schlafstörungen oder auch erhöhter Blutdruck hinzu, dadurch wird die Belastbarkeit zusätzlich reduziert. An dieser Stelle gewinnt das *Total Pain Konzept* von Saunders Bedeutung, denn durch die massiven Existenzängste werden soziale Schmerzen sowie ein soziales Leiden ausgelöst. Dieses komplexe Schmerzerleben erfordert einen ganzheitlichen Blick der Akteur*innen im Gesundheitssystem auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen. Die Erkenntnisse des Forschungsprojektes zeigen, dass ein reduzierter Blick, lediglich auf die medizinische Behandlung, nicht ausreicht. Durch das Zusammentreffen von *sozialen Schmerzen* und den Nebenwirkungen berichten die betroffenen Interviewpartnerinnen, dass sie über „keine Kraft zum Kämpfen“ verfügen. Sie sind gezwungen sparsam mit ihren Energiereserven zu haushalten, um ihre alltäglichen Arbeiten im Sinne von Corbin und Strauss überhaupt bewältigen zu können. Diese Kraftlosigkeit erschwert somit auch die Interaktionen mit den Leistungsträ-

gern GKV und DRV. Im Bereich der Interaktionen mit Leistungsträgern kristallisieren sich drei Themenschwerpunkte heraus, welche von den Betroffenen zusätzliche Anstrengungen erfordern.

Hierzu zählt die *Unklarheit über die Zuständigkeit* von Leistungsträgern. Die Befragten beschreiben sowohl unterstützende und weiterhelfende Interaktionen als auch kräftezehrende und mühsame Interaktionen. Das Gefühl im Stich gelassen und allein zu sein ist hier ebenfalls zu beobachten. Dieses Phänomen tritt verstärkt auf, wenn die befragten Brustkrebspatientinnen sich von den Leistungsträgern nicht ausreichend unterstützt fühlen, Unklarheit über Zuständigkeiten herrscht, respektive sie *ungenügende Informationen* erhielten. Somit stellt sich an dieser Stelle wieder das Gefühl der Hilflosigkeit ein. Der benannte Themenschwerpunkt lässt sich in der Wechselwirkung mit den Systemen bzw. der Verwaltungslogik der Leistungsträger erklären. Auf Systemebene verdeutlicht die Untersuchung, dass die einzelnen Systeme der Leistungsträger in ihrer eigenen *Systemrationalität* mit einer selbstreferentiell-geschlossenen Struktur nach Luhmann arbeiten und den Betroffenen dadurch oftmals die *Zugänge zu Leistungen erschwert* werden. Hinzu kommt, dass die singuläre Systemlogik der Leistungsträger eine Kooperation zugunsten der Versicherten oftmals beeinträchtigt bzw. behindert und das Miteinander der Leistungsträger erschwert. In einzelnen Fällen wurden durch Einzelfallentscheidungen schnelle und unbürokratische Lösungen gefunden. Nach Luhmann ist ein solch unbürokratisches Handeln nicht normativ vorzugeben. Es handelt sich um ein „Kontrastverhalten“, welches die Versicherten entlastet und den ökonomischen Druck reduziert (vgl. Luhmann, 2022, S. 227).

Von weiteren belastenden Interaktionen berichten die betroffenen Frauen aufgrund von *Fehlinformationen und Fehlentscheidungen von Leistungsträgern und Ärzt*innen*. Anhand der Untersuchungsergebnisse wird aufgezeigt, dass dadurch die ökonomischen Folgen für die betroffenen Frauen mit zusätzlicher materieller Unsicherheit und finanziellem Druck verbunden sind. Die empirischen Beobachtungen dieser Untersuchung lassen zu dem Schluss kommen, dass die Patientinnen selbst, aufgrund ihrer materiellen Not gezwungen sind, die Fehler der Akteur*innen zeitnah zu korrigieren, um die ökonomischen Konsequenzen für sich selbst zu minimieren. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse wird eine höhere Sensibilität der beteiligten Akteur*innen gefordert.

Als eine weitere empirische Beobachtung zeigt sich das Phänomen, dass die Betroffenen den Aussagen von Mitarbeiter*innen der Leistungsträger in ihrer Überforderungssituation blind vertrauen und deren Aussagen nicht hinterfragen, auch wenn sie dadurch finanzielle Nachteile erfahren. Diese Tatsache lässt sich durch ein „*Institutionenvertrauen*“ erklären. In Anlehnung an Luhmann definiert Bentele dieses „öffentliche Vertrauen“ als „kommunikativer Mechanismus zur Reduktion von Komplexität, in dem öffentliche Personen, Institutionen und das gesamte gesellschaftliche System in der Rolle des „Vertrauensobjekts“ fungieren“ (Bentele, 1994, S. 141). Luhmann erklärt das Vertrauen damit, dass „das Vertrauen primär durch seine Funktionen für die systeminterne Ordnung der Informationsverarbeitung und nicht unmittelbar durch Umweltgarantien getragen“ wird.

„Die innere Erlebnisverarbeitung tritt so an die Stelle einer umweltbezogenen Begründung der „Richtigkeit“ der Komplexitätsreduktion“ (Luhmann, 2009, S. 33).

Der Wunsch nach Komplexitätsreduzierung stellt vor dem belastenden Hintergrund der Brustkrebspatientinnen eine wesentliche Rolle dar, welches das öffentliche Vertrauen in Institutionen unbewusst stützt.

Die geforderte Bearbeitung *administrativer Aufgaben* während des Krankheitsverlaufs ist für die Brustkrebspatientinnen belastend. Die einzelnen Interviewpassagen belegen eindrucksvoll, dass sich die betroffenen Frauen von dem „*Formulardschungel*“ überfordert fühlen, insbesondere wegen der therapieinduzierten reduzierten Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie Erschöpfung. Als einen wesentlichen Kritikpunkt wurde die Amtssprache, unabhängig von Alter und Bildungsgrad der Patientinnen, benannt. Einige Befragte berichten, dass ihre Arbeitgeber*innen ebenfalls mit der Bearbeitung der Formulare überfordert seien. Das Ausfüllen der Formulare ist jedoch für die Frauen von besonderer Bedeutung, da ihre wirtschaftliche Existenz eng damit verknüpft ist. Durch diesen Zusammenhang verspüren die Betroffenen einen zunehmenden Druck, wenn Irritationen in diesem sensiblen Themenbereich auftreten. Gerade mit Androhung der Einstellung der Krankengeldzahlung bei nicht fristgerechter Abgabe der Antragsformulare nehmen die betroffenen Frauen verstärkt Existenzängste wahr. Zur Klärung dieser administrativen Aufgaben kam für die betroffenen Frauen erschwerend hinzu, dass die Leistungsträger häufig *schlechte telefonische Erreichbarkeit* aufweisen. In Einzelfällen

wird ein unangemessener Umgang von Mitarbeiter*innen der Leistungsträger beschrieben, welcher als entwertend von den Frauen empfunden wird. In Wechselwirkung mit der Kraftlosigkeit und der damit verbundenen eingeschränkten Handlungsfähigkeit fällt es den Betroffenen noch schwerer bzw. gelingt es ihnen nicht, ihre Rechte einzufordern. In diesen Fällen entstand eine *Asymmetrie zwischen Versicherter und Leistungsträger*.

Zu den bisher geschilderten Herausforderungen während einer Brustkrebserkrankung sind ebenfalls die *kritischen Lebensereignisse* zu erwähnen, wie z.B. der Tod eines nahen Angehörigen oder die Trennung vom Partner, sie stellen eine weitere Bewältigungsaufgabe im Krankheitsverlauf dar. Den Aussagen der Interviewpartnerinnen ist zu entnehmen, dass ein solch weiteres kritisches Lebensereignis, eine zusätzliche Bewältigungsaufgabe im Versorgungsverlauf einer Brustkrebspatientin darstellt. Es ist zu beobachten, dass die Frauen in eine Art Funktionsmodus geraten, um mit der Mehrbelastung adäquat umgehen zu können. Dieses Verhalten kann als Schutzmodus gedeutet werden, um die besondere Situation tragen bzw. ertragen zu können sowie als Versuch, das bereits erschütterte Leben zu stabilisieren.

Resümierend ist festzuhalten, dass die betroffenen Brustkrebspatientinnen in ihrem Krankheitsverlauf, bzw. auch darüber hinaus, massive Existenzängste erleben und auf biologischer, psychischer sowie sozialer Ebene um ihr Überleben kämpfen. Die bisher geschilderten kontextuellen und ursächlichen Bedingungen der *Kernkategorie* „Erleben von materieller Unsicherheit – Dreifacher Kampf ums Überleben“ tragen dazu bei, dass die betroffenen Frauen ihre individuellen handlungs- und interaktionalen Strategien im Umgang und zur Bewältigung mit dem Phänomen entwickeln. Das Ziel der Betroffenen ist es, die materielle Unsicherheit und die damit oftmals verbundene materielle Hilflosigkeit zu minimieren bzw. komplett zu beheben. Diese Strategien werden je nach individueller Lebenswelt und Möglichkeiten in verschiedenen Bereichen und in unterschiedlicher Intensität umgesetzt. Die Frauen brauchen zuerst ihre eigenen finanziellen Ressourcen auf, um ihre Ausgaben während des Krankengeldbezuges decken zu können. Danach werden die Ressourcen der eigenen Familie und in einem nächsten Schritt die der Herkunftsfamilie herangezogen.

Nach Überlegungen der Patientinnen, welche Personen außerhalb der Familie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kämen, entscheiden sie sich häufig wegen des hohen Schamgefühls dagegen, um Hilfe zu bitten. Auffallend war in diesem Kontext auch, dass lediglich eine Befragte in ihrer Not bei der Gesetzlichen Krankenkasse nach ergänzenden Leistungen wie Wohngeld etc. nachfragt. Noch ein weiteres Phänomen wird in der Untersuchung sichtbar. Die betroffenen Patientinnen und Familienmitglieder verzichten aufgrund ihrer eingeschränkten ökonomischen Situation auf die bisherige *soziale Teilhabe*. Diese Entscheidung und das Ausmaß der *eingeschränkten sozialen Teilhabe* sind abhängig von mehreren Faktoren. Hierzu zählen die sozioökonomische Situation der Frauen (Alleinverdienerin, Trennung vom Ehemann, Erkrankung des Ehemanns im gleichen Zeitraum) sowie die individuelle Bedürfnispriorität. Teils wurde dies in Aushandlungsprozessen innerhalb der Familie gemeinsam erörtert. Es ist bedauerlich, dass Patientinnen und ihre Familienmitglieder gerade in dieser anstrengenden Lebensphase auf die Ressource der sozialen Teilhabe verzichten müssen, obwohl gerade diese zur Entlastung führen könnte und resilienzbildend ist. Staub-Bernasconi macht im Kontext der individuellen Ausstattungsprobleme ebenfalls darauf aufmerksam, dass aufgrund von Wechselwirkungen zwischen der mangelnden Bedürfnisbefriedigung und der sozialen Problemlage Interferenzen auftreten können (vgl. Staub-Bernasconi, 2018, S. 213-214).

Durch diese materielle Unsicherheit und der damit einhergehenden Existenzangst der betroffenen Frauen zeigt sich eine weitere handlungs- und interaktionale Strategie in Form eines zeitnahen beruflichen Wiedereinstieges, ohne stufenweise Wiedereingliederung, gegebenenfalls mit Abbau von Resturlaub. Persönliche Aspekte wie ein hoher Leistungsanspruch, geringe Selbstfürsorge, der Wunsch wieder zurück ins „Normale“ zu kommen, soziale Kontakte und Arbeit als Ressource spielen hierbei ebenfalls eine relevante Rolle in der Entscheidungsfindung. Auch die Arbeitgeber*innen nehmen eine bedeutsame Rolle in diesem Entscheidungsprozess ein. So sind die weichen, psychosozialen Faktoren, wie das Gefühl des Willkommenseins und der Unterstützung, ausschlaggebend in Bezug auf einen frühzeitigen beruflichen Wiedereinstieg. Zudem zeigt sich, dass sich nicht alle Brustkrebspatientinnen eine stufenweise Wiedereingliederung finanziell leisten können. Einige Patientinnen sehen sich daher gezwungen, ihre Tätigkeit nach ei-

ner langen Phase der Arbeitsunfähigkeit teils vollumfänglich aufzunehmen und somit auf eine stufenweise Wiedereingliederung zu verzichten. In einigen Fällen wurde vor diesem Hintergrund sogar auf die medizinisch empfohlene Rekonvaleszenz verzichtet. In diesen Fällen liegt die Vermutung nahe, dass ein Return-to-work-Vorgehen zu Lasten des Restleistungsvermögens der Betroffenen erfolgt.

Die *Konsequenz* aus den aufgezeigten *handlungs- und interaktionalen Strategien* zur Bewältigung werden im Folgenden vorgestellt. Bei der Datenauswertung haben sich hierbei drei Themenkomplexe herauskristallisiert. Zum einen ist das Erleben von *materieller Unsicherheit ab Diagnosestellung* über den gesamten Krankheitsverlauf sowie darüber hinaus für die Betroffenen spürbar. Zu benennen ist zum anderen, dass während des Krankheitsverlaufes die gesamten Ersparnisse der Frauen aufgebraucht wurden. Zur Existenzsicherung wird Geld geliehen, was automatisch *Schulden* mit sich bringt. Die Brustkrebserkrankung ist in der Auswertung als ein Minusgeschäft zu bewerten, was eine signifikante *Steigerung des Armutsriskos* der Betroffenen impliziert. Nur bei vollumfänglicher Tätigkeitsaufnahme und Nichtbeeinträchtigung des Leistungsvermögens der Betroffenen ist ein Schuldenabbau und Vermögensaufbau überhaupt möglich. Einer zeitnahen Konsolidierung steht ebenso der Progressionsvorbehalt in Form einer Zahlungsaufforderung seitens des Finanzamtes entgegen. Durch diese Forderungen, oftmals im Folgejahr, kommt es zu einer unverhofften und erneuten Erschütterung der finanziellen Situation. So wird von einer weiteren Schockstarre berichtet. Diese Ereignisse verdeutlichen, dass eine Konsolidierung der wirtschaftlichen Lage von mehreren Faktoren abhängig ist und langfristig nach Therapieabschluss und beruflichem Wiedereinstieg das Leben der Brustkrebspatientinnen noch massiv beeinflussen kann.

Der dritte Themenkomplex zeigt den *Einfluss der Bedingungen und Handlungsstrategien auf den Rehabilitationsprozess*. Die daraus hervorgehenden Konsequenzen sind hierbei von Bedeutung. In der Rehabilitationsklinik sehen sich die Betroffenen, zwischen ihren verschiedenen Therapien gezwungen, unter *psychosozialer Mehrbelastung*, ihre finanziellen administrativen Angelegenheiten zu regeln. Dies bedeutet im Rehabilitationsalltag für die Frauen einen erheblichen zusätzlichen zeitlichen und organisatorischen Mehraufwand. Die Anspannung und der finanzielle Druck entstehen insbesondere durch ein ungedecktes Konto und

die anfallenden Fixkosten. Infolgedessen sind die Frauen auf eine pünktliche Auszahlung des Übergangsgeldes und des vorangegangenen Krankengeldes angewiesen. Es machen sich verstärkt Existenzängste breit, wenn die Befürchtung einer unpünktlichen Entgeltersatzzahlung besteht. Die damit verbundenen Auswirkungen werden von den betroffenen Frauen auf der psychosomatischen Ebene geschildert. In der Datenauswertung hat sich deutlich gezeigt, dass die Rehabilitandinnen sich erst nach Abklärung und Sicherung ihrer ökonomischen Situation in der Lage fühlen, sich vollumfänglich auf den Rehabilitationsprozess einzulassen.

In Rückbindung an den einführenden theoretischen Teil dieser Arbeit wird im Folgenden Bezug genommen. Der durch die materielle Unsicherheit erlebte soziale Schmerz kann, angelehnt an das *Modell der Salutogenese* von Antonovsky, die Brustkrebspatientin auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum weiter in Richtung Krankheit gleiten lassen. In diesem Modell kann die materielle Unsicherheit und der damit verbundene Kampf zur Existenzsicherung als Stressor angesehen werden, welcher durch die betroffenen Frauen in den Interviews bestätigt wird. Die Brustkrebserkrankung verursacht häufig eine *Erschütterung des Kohärenzgefühls* sowie eine Beeinträchtigung des Urvertrauens zur körperlichen Unversehrtheit. Eine zusätzliche Beschweris bedeutet für die Betroffenen der existenzielle Kampf um die ökonomische Sicherung. In diesem Kontext wird eine hohe Eigenverantwortung der Einzelnen gefordert. Dies knüpft an die Aussagen von Nittel und Seltrecht an, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehende *Entwicklungsaufgaben* verbunden sehen (vgl. Nittel und Seltrecht, 2013, S. 5 ff.).

Die Interviews bestätigen, dass die betroffenen Frauen über die medizinischen und psychischen Aspekte hinaus die materiellen, existenzsichernden Aufgaben leisten müssen. Strauss und Corbin (vgl. Corbin und Strauss, 2004, S. 18 f.) erweitern die Aufgaben noch um die Biografiearbeit. Angelehnt an die theoretischen Bezüge dieser Arbeit bestätigen die Interviews ebenfalls, dass der materielle Kampf zu der notwendigen Alltagsarbeit subsumiert werden kann und zusätzlich zur Krankheitsbewältigung und Biografiearbeit bewältigt werden muss. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes belegen, dass parallel zur Krankheitsverlaufskurve (*Illness Trajectory*) nach Strauss und Corbin, mit ihren unterschiedlichen Phasen,

der materielle Kampf zur Existenzsicherung von den betroffenen Frauen geführt wird. Diese Parallelität verdeutlicht intensiv, den hohen Kraft- und Ressourcenaufwand, den die Patientin*innen zusätzlich aufbringen müssen. In Bezug auf die theoretischen Aspekte der *Patient*innenkarriere* von Gerhardt bekräftigen die Auswertungen der Untersuchung eindrucksvoll das Erleiden der Betroffenen sowie das notwendige aktive Vorgehen zur Erhaltung der Statusrolle und somit zur Sicherung der gesellschaftlichen Zugehörigkeit (vgl. Gerhardt, 1986, S. 23 ff.).

Analog zu einer größeren Übertragung von Verantwortung auf das Individuum für ihre bzw. seine Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. Borgetto, 2016, S. 370) verweisen die Untersuchungsergebnisse ebenfalls auf eine *hohe Verantwortung des Individuums* für die materielle Existenzsicherung während des Krankheitsverlaufes. Gesundheit ist eindeutig ein *gesellschaftspolitisches Thema* (vgl. Liel, 2019, S. 7). Die materielle Absicherung bei einer langfristigen Erkrankung sollte nicht allein in der Verantwortung der Patient*innen bzw. des Individuums liegen. Die theoretischen Bezüge knüpfen an die Ergebnisse der Untersuchung an, wobei der massive materielle Kampf, und somit der dreidimensionale Kampf, mit all seinen Ausprägungen und Konsequenzen, nur wenig bis keine Berücksichtigung findet. So bleibt die Gewichtung der materiellen Unsicherheit als schwerwiegende Belastung unbeachtet: Die Betroffenen stufen diese Belastung in Einzelfällen sogar höher ein als die Krebserkrankung an sich. Die gewonnenen Erkenntnisse sind von zentraler Wichtigkeit für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit (Kap. 8.7) sowie für alle beteiligten Akteur*innen im Rahmen der Bearbeitung einer Brustkrebserkrankung.

Weiterer Forschungsbedarf

Wenngleich unser Sozialsystem sich auf einem hohen Niveau bewegen mag, zeigen die Auswertung dieses Forschungsprojektes und der aktuelle Forschungsstand, dass Versicherte in ihrem Krankheitsverlauf materielle Unsicherheit erleben und somit mit einer Armutsgefährdung konfrontiert werden. Infolgedessen wird weiterer Forschungsbedarf in Bezug auf die spezifischen gesundheitlichen Auswirkungen durch das Erleben von materieller Unsicherheit gesehen. Vor dem Hintergrund der sozialen Gesundheit und der Zunahme von chronischen Erkrankungen müssen Möglichkeiten einer Existenzsicherung erforscht werden. Für das Praxisfeld wäre eine Integration des Total Pain Konzeptes in Bezug auf die

Schnittstellenoptimierung auf der Systemebene und der Bedürfnisorientierung sowie der damit verbundenen wirtschaftlichen Stabilität von Brustkrebspatient*innen im Versorgungsverlauf erstrebenswert. Hier wäre weitere Forschung unter Einbindung der beteiligten Akteur*innen, wie z.B. Patient*innenvertretung, Fachgesellschaften der Sozialen Arbeit, Sozialversicherungsträger und Sozialverbände wünschenswert.

8.5 Kritische Reflexion

Während des gesamten Forschungsprojektes fand in den unterschiedlichsten Formen eine kritische Auseinandersetzung statt. Diese erfolgte im Rahmen des Promotionskolloquiums, der Grounded Theory Auswertungsgruppe, in der Einzel-supervision sowie in Selbstreflexion. Punktuelle Anmerkungen hierzu finden sich an verschiedenen Stellen dieser Arbeit und werden hier ergänzt bzw. zusammengeführt. Im Rahmen des qualitativen Forschungsprojektes steht das subjektive Erleben im Fokus. Jede befragte Brustkrebspatientin berichtet von ihrem individuellen Erleben von materieller Unsicherheit vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenswelt mit all ihrer Eingebundenheit an die jeweiligen Rahmenbedingungen. In dieser Arbeit wird lediglich ein Ausschnitt aus einer Vielzahl der möglichen Ausprägungen des Erlebens herausgearbeitet. Auch die Anzahl der Interviews lässt nur bedingt eine Generalisierung im Hinblick auf das unterschiedliche Erleben zu. Beim theoretischen Sampling wurde auf ein breitgefächertes Spektrum von Lebenswelten und Lebensformen geachtet. Es reicht von einer Patientin, die durch ihren Ehemann wirtschaftlich abgesichert ist, bis hin zu einer alleinlebenden Patientin, die um ihre wirtschaftliche Existenz kämpft. Strauss und Corbin weisen in ihren Ausführungen darauf hin, dass es das Ziel der Grounded Theory ist, „das Spezifizieren von Bedingungen und Konsequenzen, die bestimmte Handlungen/Interaktionen in Beziehung zu einem Phänomen hervorrufen“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 215). Weiterhin weisen sie darauf hin, dass sich diese Ergebnisse nur in Bezug auf diesen jeweiligen Kontext generalisieren lassen (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 215).

Im Hinblick auf die Forschungsmethode der Grounded Theory ist die Vorgehensweise an dieser Stelle besonders zu erwähnen. Strauss und Corbin fordern die Forscher*innen auf, sich an den Forschungskriterien zu orientieren und gleichzei-

tig ein hohes Maß an Kreativität einfließen zu lassen. Die Forscher*innen müssen sich in ständigen Abwägungsprozessen diesen Spielraum und das jeweilige Vorgehen in den einzelnen Forschungsphasen, wie z.B. beim theoretischen Sampling und in der Auswertung, kreativ erarbeiten.

In dem Forschungsprojekt wurden ausschließlich Frauen mit einer Brustkrebs-erkrankung befragt. Männer wurden aufgrund der geringen Anzahl männlicher Brustkrebspatienten bewusst nicht in die Befragung einbezogen.

In der Rolle als Forscherin kann in der kritischen Selbstreflexion die Befragungssituation im klinischen Kontext benannt werden. Es zeigte sich, dass eine Befragung im gleichen Büro, in dem die täglichen Beratungen durchgeführt wurden, eine Rollen-kollision zur Folge hatte. Dies wurde in den Beratungselementen deutlich, die zunächst unbewusst in das Interview einfließen. Nach Kenntnisnahme und Reflexion dieser Situation wurde seitens der Forscherin die räumliche Situation in den nachfolgenden Interviews bewusst verändert.

8.6 Implikationen für die Soziale Arbeit

Das Theoriemodell „Erleben von materieller Unsicherheit - Dreifacher Kampf ums Überleben“ stellt ein Erklärungsmodell dar, welches die Systematik des Erlebens von materieller Unsicherheit von Brustkrebspatientinnen in seiner Entwicklung darstellt. Der in Saunders Konzept zu beobachtende soziale Schmerz zeigt sich in den hier vorliegenden Ergebnissen. Dieses Wissen sowie die Sensibilität für ein schambesetztes Thema sind von besonderer Bedeutung für den Praxisalltag der Akteur*innen sowie der sozialen Diagnostik. Die soziale Dimension einer Brustkrebs-erkrankung, in Form materieller Unsicherheit, kann bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung berücksichtigt werden. Für die verschiedenen Akteur*innen im Gesundheitswesen können demnach folgende Anregungen gegeben werden.

- Im Umgang mit den Betroffenen ist es für die beteiligten Akteur*innen im Gesundheitswesen bedeutsam, das Bewusstsein für die Sensibilität des Themas der wirtschaftlichen Sicherung in Verbindung mit dem Erleben von Scham zu schärfen sowie dies in den Gesprächen bzw. in der Kommunikation mit den Patient*innen zu berücksichtigen.
- Die Reflexion der Untersuchungsergebnisse zeigt, dass bereits ab Diagnosestellung materielle Unsicherheit von den Brustkrebspatientinnen wahrge-

nommen wird. Daher ist es frühestmöglich erforderlich, das Thema der wirtschaftlichen Sicherung in der Sozialberatung zu platzieren. Findet eine Anbindung an ein Krankenhaus bzw. ein Brustkrebszentrum statt, fällt das Thema in den Aufgabenbereich der dort zuständigen Sozialberatung. Bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme erscheint es vor dem beschriebenen Hintergrund sinnvoll, zeitgleich einen Antrag auf Übergangsgeld zu stellen. Aufgrund der Belastungssituation, in der sich die betroffenen Frauen mit einer therapieindizierten reduzierten Konzentrations- und Merkfähigkeit befinden, haben sie oftmals den Überblick darüber verloren, ob und welche Anträge sie bereits gestellt haben. Es scheint daher ratsam, dass diese Arbeit von den Sozialarbeiter*innen im Akutkrankenhaus und der Rehabilitationsklinik begleitend dokumentiert wird.

- Um effizient zu arbeiten, im Hinblick auf die Entlastung der Patientinnen und der Akteur*innen, könnte es eine Möglichkeit darstellen, diese Dokumentation als eine Art „social sheet“ begleitend zu dokumentieren. Die Brustkrebspatient*innen erhalten oftmals eine Informationsmappe vom Brustkrebszentrum bzw. vom Akutkrankenhaus. An dieser Stelle wäre es möglich, einen standardisierten Informationsbogen, ein „social sheet“ für die Sozialberatung zu erstellen mit den Angaben über die Antragsstellungen und Ansprechpartner*innen. Ergänzend kann hier bereits auf weitere Leistungen, z.B. Wohngeld und die zuständigen Leistungsträger sowie Sonderfonds für die wirtschaftliche Sicherung, aufmerksam gemacht werden. Dieses „social sheet“ kann im gesamten Versorgungsverlauf der Patientinnen genutzt und ergänzt werden. Des Weiteren würde diese Dokumentation den betroffenen Frauen selbst einen Überblick über den Stand ihrer aktuellen Antragsstellungen, gegebenenfalls noch auszuführende administrative Aufgaben verschaffen. Den nachsorgenden Sozialarbeiter*innen vermittelt es Hinweise auf getätigte bzw. noch auszuführende administrative Aufgaben. Auf dem „social sheet“ können die behandelten Beratungsinhalte, Antragsstellungen und gegebenenfalls weiterführende Themen sowie Kontaktdaten dokumentiert werden. Die Gestaltung des „social sheets“ kann an das Überweisungsformular der Ärzte angelehnt werden. Die Implementierung eines solchen „social sheets“ kann zur Schnittstellenoptimierung und

zur materiellen Sicherung beitragen. In Anbetracht der zunehmenden Digitalisierung von Verwaltungsvorgängen wäre es wünschenswert, wenn ein digitales (Sozial-)Konto für Patient*innen eingerichtet würde, auf das alle Akteur*innen zugreifen können und die Patient*innen passwortgeschützt Zugang hätten. In einer Art übergeordneter Checkliste könnten zunächst alle notwendigen und möglichen Vorgänge aufgelistet werden. Somit könnte von allen sehr schnell erfasst werden, welche Prozesse bereits erledigt sind, welche Aufgaben noch anfallen und welche Unterstützungsmöglichkeiten es zusätzlich gibt. Das könnte auch den Fehlinformationen vorbeugen. Datenschutz ist dabei zu beachten, aber da es bereits die digitale Versicherungskarte und das digitale Rezept gibt, alle Daten in den Verwaltungen ebenfalls digital erfasst werden, sollte dies langfristig möglich sein. Das würde die Belastungssituation der Brustkrebspatientinnen erleichtern.

- Im Rahmen der onkologischen Rehabilitationsklinik kann die Durchführung einer zeitnahen Informationsveranstaltung mit Hinweisen auf Übergangsgeld etc. bereits in der Anreiseweche zur wirtschaftlichen Sicherung der Brustkrebspatient*innen beitragen.
- Darüber hinaus können Informationsaushänge sowie ein freier Zugang zu den Antragsformularen, im Bereich der Sozialberatung, dieses Anliegen unterstützen. An einem solchen Informationsboard können die Hinweise auf das Übergangsgeld und die Antragsstellung sowie Informationen zu ergänzenden Leistungen wie z.B. Wohngeld ihren Platz finden.
- An dieser Stelle kann auch explizit auf die verschiedenen Sonderfonds bei einer Krebserkrankung aufmerksam gemacht werden. Hierzu zählen u. a. der Härtefond der Deutschen Krebshilfe, Sonderfonds in den Bundesländern sowie des Bundespräsidenten.
- Eine weitere Maßnahme stellt das Angebot der täglich offenen Sprechstunde in der Sozialberatung dar. So wird es Rehabilitandinnen, insbesondere in dringenden finanziellen Notlagen ermöglicht, zeitnah Beratung und administrative Unterstützung zu erfahren und somit ihre wirtschaftliche Situation zu sichern.
- In der Einzelberatung erscheint es hilfreich einen standardisierten Anamneseleitfaden zu nutzen, um die soziale und finanzielle Situation in ihrer Gän-

ze zu erfassen. Hier ist es die Aufgabe der Sozialarbeiter*in die wirtschaftliche Situation zu erheben und empathisch zu thematisieren. Da es sich bei dem ökonomischen Kontext um ein schambesetztes Thema handelt, und wie die Untersuchung zeigt, meist nicht von den Betroffenen eigenständig angesprochen wird, ist es im Beratungsgespräch von besonderer Bedeutung, sich dem Thema mit einem hohen Maß an Sensibilität zu nähern. Hierzu ist ein geschützter Rahmen eine Grundvoraussetzung.

- Wenn Rehabilitand*innen von kritischen Lebensereignissen während ihrer Krankheitsphase berichten, muss beachtet werden, dass dies zu einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit hinsichtlich administrativer Angelegenheiten führen kann. Hier gilt es, in einem sensitiven Gesprächsrahmen den Sachverhalt zu eruieren. Die dabei notwendige Sensibilität lässt sich sehr gut durch die personenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers erreichen, sie ermöglicht einen kommunikativen Austausch durch das empathische, kongruente und akzeptierende Verhalten der Berater*in. Zeigt sich in der Einzelberatung, dass bisher kein Antrag auf Übergangsgeld gestellt wurde, ist es empfehlenswert, diesen direkt mit den Rehabilitand*innen in der Sozialberatung auszufüllen. Entlastend für die Rehabilitand*innen ist hierbei die zeitnahe elektronische Übermittlung der Anträge an die Leistungsträger durch die Sozialarbeiter*innen. Kommt ein Leistungsträger seiner Entgeltersatzzahlung nicht bzw. nicht vollumfänglich nach, sollten sich im Hinblick auf die Entlastung der Rehabilitand*innen die Sozialarbeiter*innen direkt mit dem Leistungsträger in Verbindung setzen und die offene Entgeltersatzleistung einfordern. Der Einsatz der Sozialarbeiter*innen in solch speziellen Fällen ist erforderlich, da sich in der Untersuchung zeigt, dass die Betroffenen meist keine Kraft für eine Auseinandersetzung mit den Leistungsträgern haben. In diesem Zusammenhang sollten die Sozialarbeiter*innen auf die Möglichkeit einer Abschlagszahlung hinweisen und bei Bedarf einen Antrag stellen.
- Im Themenbereich der stufenweisen Wiedereingliederung ist der materielle Aspekt ebenfalls in der Sozialberatung zu berücksichtigen. Strebt die bzw. der Rehabilitand*in entgegen der ärztlichen Empfehlung eine frühe stufenweise Wiedereingliederung an, sind die Beweggründe sensibel herauszu-

arbeiten. Zeigt sich, dass die Betroffenen aufgrund von materieller Unsicherheit zeitnah ihre Tätigkeit wieder aufnehmen möchten, sollte explizit auf die Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung (z.B. Fahrtkostenzuschuss der DRV) hingewiesen werden. Entscheidet sich die Rehabilitandin selbstbestimmt gegen eine stufenweise Wiedereingliederung und möchte die Tätigkeit ohne das Eingliederungsmodell direkt wieder aufnehmen, ist es die Aufgabe der Sozialarbeiter*in auf Entlastungsmöglichkeiten (z.B. tageweiser Abbau von Resturlaub) hinzuweisen.

- Für die Zeit nach der onkologischen Rehabilitation ist es für die Betroffenen wesentlich, dass sie über die nachsorgenden Beratungsangebote informiert werden. An exponierter Stelle kann die Krebsberatungsstelle empfohlen werden. Die Beratungsstellen bieten ein psychosoziales Beratungsspektrum an, welches die sozialrechtlichen und psychoonkologischen Themen beinhaltet. Ein Mehrwert dieser Beratungsstellen ist es, dass sie mit dem onkologischen Hintergrund, in all seinen Facetten, vertraut sind. Im Rahmen des beruflichen Kontexts kann die Kontaktaufnahme mit dem Integrationsfachdienst empfohlen werden. Bei Bedarf kann auch eine Begleitung zum Arbeitgeber*innengespräch stattfinden. Eine weitere Unterstützung stellen im sozialrechtlichen Kontext die Sozialverbände dar. Als Mitglied können sozialrechtliche Beratungen in Anspruch genommen. Bei Bedarf findet eine juristische Begleitung bis zum Sozialgericht statt.
- Im Rahmen des Empowerments kann in der Sozialberatung eine Netzwerkkarte der nachsorgenden Institutionen mit den Rehabilitand*innen erarbeitet werden. Diese Form der Visualisierung eröffnet den Betroffenen Wege zur weiteren Unterstützung und Stabilisierung sowie zur Reduzierung des Gefühls allein gelassen zu werden.

Nach Klärung und Sicherung ihrer wirtschaftlichen Situation mithilfe der Sozialberatung erhöht sich die Chance, dass die Rehabilitandinnen sich vollumfänglich auf den Rehabilitationsprozess einlassen und sich ihrem Genesungsprozess widmen können. Durch dieses Vorgehen und das Zusammenspiel der Akteur*innen hinsichtlich der aufgeführten Maßnahmen erlangt die materielle Dimension ihre notwendige Bedeutung im Krankheitsverlauf von Brustkrebspatientinnen.

Aus dieser Arbeit heraus können neben den Anregungen für die Soziale Arbeit auch Impulse für Ärzt*innen und Leistungsträger hervorgehen. Es hat sich gezeigt, dass die Ärzt*innen wesentlich zur Erhaltung bzw. Stabilisierung der wirtschaftlichen Sicherung der Brustkrebspatientinnen beitragen können. Hierzu scheint zunächst eine Sensibilisierung für dieses Thema sowie die Konsequenz ihres Handelns bzw. Nichthandelns für die Patientinnen entscheidend zu sein. Im Kontext der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist hierfür ein korrektes Ausfüllen des Ausstelldatums sowie eine korrekte Diagnose mit ICD-Schlüssel unabdingbar. Ebenfalls ist die Dauer einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Auszahlung des Krankengeldes zu beachten. Um eine zeitnahe Auszahlung zu ermöglichen, erscheinen teilweise kurzfristigere Bescheinigungen sinnvoll. Vor Beginn einer onkologischen Rehabilitation ist es demnach zu empfehlen, nochmals eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen, um eine Auszahlung des Krankengeldes reibungslos vor bzw. in der Rehabilitation sicher zu stellen. Ebenso wäre für die medizinischen Fachangestellten in der Arztpraxis, in ihrer Lotsenfunktion, eine Sensibilisierung im Bereich der wirtschaftlichen Sicherung wünschenswert. Zudem scheint systemübergreifend eine Sensibilisierung für die wirtschaftliche Sicherung für die Mitarbeiter*innen der Leistungsträger von Bedeutung, insbesondere im Umgang und Verständnis mit den Patient*innen. Diese sind auf eine pünktliche Auszahlung des Krankengeldes angewiesen, denn eine Verzögerung kann sie in eine zusätzliche Belastungssituation bringen. Im Falle einer Strahlentherapie und/oder Chemotherapie wäre im Hinblick auf die Krankengeldauszahlung das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für drei bis sechs Monate sowie eine automatische monatliche Krankengeldauszahlung hilfreich. Hierdurch lassen sich bürokratische Erschwernisse reduzieren, wodurch wiederum eine weitere Entlastung für die Versicherten sowie die Mitarbeiter*innen der Leistungsträger ermöglicht werden kann. Eine weitere Anregung für den Leistungsträger wäre es, das Krankengeld zu Beginn der Rehabilitation automatisch auszuzahlen. Dies würde vielen Patientinnen die Sorge und das Agieren während der Rehabilitation ersparen. Weiterhin wäre eine Aufklärung eines Wechsels der Entgeltersatzleistung von Krankengeld hin zum Übergangsgeld und der damit verbundenen Notwendigkeit einer eigenständigen Antragsstellung unterstützend, da diese nicht automatisch erfolgt. Zudem scheint eine Schulung der Mitarbeiter*innen der Leis-

tungsträger zu den Basisinformationen im Kontext von ergänzenden Leistungen wie Bürgergeld und deren Antragsstellung sinnvoll. Falschankünfte können somit vermindert und die Betroffenen über weitere Zugänge zu Leistungen für die wirtschaftliche Sicherung informiert werden.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage „Wie erleben berufstätige Brustkrebspatientinnen materielle Unsicherheit im Kontext ihres Krankheitsverlaufes?“ lässt sich die Forschungsfrage mit den Worten von Schaeffer und Haslbeck abschließen:

„Selten bleiben chronische Krankheiten auf körperliche Beschwerden begrenzt, sondern haben psychische, soziale und ökonomische Konsequenzen, die im Wechselspiel mit körperlichen Beeinträchtigungen stehen.

Aus dieser für chronische Krankheiten typischen Komplexität erwachsen zahlreiche Herausforderungen für die Krankheitsbewältigung und die Versorgung:

Denn allein mit den Mitteln der Medizin sind chronische Krankheiten nicht zu bewältigen – trotz aller Erfolge in Teilbereichen.

Sie erfordern eine multiprofessionelle koordinierte Versorgung, die aus einem Kontinuum an aufeinander abgestimmten langfristigen Hilfen besteht.“

(Schaeffer, Haslbeck, 2016, S. 245)

9 Literaturverzeichnis

Alheit, Peter (1999): „Grounded Theory“: Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse, S.1-19, Online: www.global-systems-science.org/wp-content/uploads/2013/11/On_grounding_theory.pdf [Aufruf: 12.09.2023].

Angenendt, Gabriele, Schütze-Kreilkamp, Ursula, Tschuschke, Volker (2007): Praxis der Psychoonkologie – Psychoedukation, Beratung und Therapie, Hippokrates Verlag, Stuttgart.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag, Tübingen.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (2021): Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, Online: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom> [Aufruf: 23.07.2023].

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (2020): Leitlinienprogramm Onkologie: Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, Online: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> [Aufruf: 23.07.2023].

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (2020): Leitlinienprogramm Onkologie: Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen - Langversion 1.3, 2020, AWMF Registernummer: 032/054OL, Online: <https://www.leitlinienprogramm.onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie/> [Aufruf: 05.03.2022].

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe Office des Leitlinienprogramms Onkologie (2016): Patientenleitlinie: Psychoonkologie Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige, Berlin.

Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (2016): Positionspapier: Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht, Online: <http://www.aso-ag.eu/fileadmin/downloads/ASO-Positionspapier-ver17jun2016-web.pdf> [Aufruf: 09.09.2023].

Baer, Udo; Frick-Baer, Gabriele (2022): Das große Buch der Gefühle, 5. Auflage, Beltz-Verlag, Weinheim.

Baethge, Christopher (2008): S3-Leitlinien im Deutschen Ärzteblatt - Clinical Practice Guidelines, Deutsches Ärzteblatt, Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/60514/S3-Leitlinien-im-Deutschen-Aerzteblatt> [Aufruf: 12.09.2023].

Bentele Günter (1994): Öffentliches Vertrauen- normative und soziale Grundlage für Public Relations, In: Armbrecht, Wolfgang; Zabel, Ulf (Hrsg.): Normative Aspekte der Public Relations, grundlegende Fragen und Perspektiven, eine Einführung, S. 131-158, Westdeutscher Verlag, Opladen.

Betanet (2022): Haarausfall bei Chemotherapie, Perücken, Kosten und Kostenübernahme, Online: <http://www.betanet.de/haarausfall-bei-chemotherapie.html> [Aufruf: 15.02.2023].

Borgetto, Bernhard (2016): Soziologie des kranken Menschen: Krankenrollen und Krankenkarrerien, In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, S. 369-381, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Blum, Karl (2012): Krankenhausversorgung In: Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver (Hrsg.) (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6. Auflage, S. 813-835, Beltz Juventa. Weinheim und Basel.

Bode, Ingo (2016): Stress durch rekursive Ambivalenz Oder: Wie und warum das Krankenhauswesen mutiert, In: Bode, Ingo; Vogd, Werner (Hrsg.): Mutation des Krankenhauses – Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, S. 253-280, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf (2021): Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in qualitative Methoden, 10. Auflage, Verlag Barbara Budrich, Opladen und Toronto.

Brandenburg, Daan; Maass, Saskia; Geerse,Olaf; Stegmann, Mariken E.; Handberg, Charlotte, Schroevers, Maya J.; Duijts, Saskia (2019): A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: Implications for primary care In: European Journal of Cancer Care, Online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ecc.13086> [Aufruf: 10.04.2022].

Breuer, Franz; Mey, Günter; Mruck, Katja (2011): Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie, In: Grounded Theory Reader, Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.), S. 427-448, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Brunnett Regina (2016): Gesundheit als Kapital – Zur Produktivität symbolischer Gesundheit im flexiblen Kapitalismus. In: Anhorn, Roland; Balzereit, Marcus (Hrsg.) (2016): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit, S. 207-213, Springer, Wiesbaden.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg.) (2016): ICF-Praxisleitfaden 2, Medizinische Rehabilitationseinrichtungen, 2. Überarbeitete Auflage, Frankfurt am Main.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg.) (2013): Arbeitshilfe für Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen, Frankfurt am Main.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg.) (2010): Arbeitshilfe für Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, Frankfurt am Main.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023): Historie, Entstehung der englischsprachigen ICF der WHO, Online: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/historie.html?nn=721746> [Aufruf: 26.08.2023].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Lebenslagen in Deutschland, Berlin, Online: https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=6 [Aufruf: 22.05.2022].

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Krankenhausreform, Bonn, Berlin, Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html> [Aufruf: 26.08.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Krankenhausfinanzierung, Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen, Bonn, Berlin, Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html> [Aufruf: 14.09.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Diagnosen 2020 Ergebnisse der Krankheitsartenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung, Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/Arbeitsunfaehigkeit_nach_Diagnosen_2020_bf.pdf [Aufruf: 13.08.2023].

Bundesversicherungsamt, Bundesamt für Soziale Sicherung (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Online: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf [Aufruf: 14.09.2023].

Chan, Caryn Mei Hsien; Guan Ng, Chong; Taib, Nur Aishah et al. (2018): Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: A 4-year follow-up study, In: *Cancer*, Jahrgang 124, Heft 2, S. 406-416, Online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29152719/> [Aufruf: 08.04.2022].

Charmaz, Kathy C., (2011): Grounded Theory konstruieren, Kathy C. Charmaz im Gespräch mit Antony J. Puddephatt, In: *Grounded Theory Reader*, Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.), 2. Auflage, S. 89-107, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Chou, Eileen; Parmar, Bidhan; Galinsky, Adam (2016): Economic Insecurity Increases Physical Pain, Psychological Science in SAGE journals, Jahrgang 27, Heft 4, Online: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956797615625640> [Aufruf: 16.05.2022].

Corbin, Juliet M., Strauss, Anselm L. (2004): Weiterleben lernen, Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Corbin, Juliet M., Strauss, Anselm L. (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten, S. 1-30, In: Chronisch Kranke pflegen: das Corbin- und Strauss Pflegemodell, Woog, Pierre (Hrsg.); Dt. Ausgabe Lorenz-Krause, Regina, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.

Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm L. (1990): Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria, Qualitative Sociology, 13, 1 Online: <https://doi.org/10.1007/BF00988593> [Aufruf: 11.12.2022].

Dallmann, Hans-Ulrich (2017): Der gesunde Kranke – ethische Perspektiven auf das Krankenhaussystem In: Stemmer, Renate; Rimmel-Faßbender, Ruth; Schmid, Martin; Wolke, Reinhold (Hrsg.) (2017): Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten, S. 93-109, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Dettmers, Stephan; Adolph, Holger; Ansen, Harald; Bönisch, Sebastian; Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter; Ulrich, Heike (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Online: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/QGSA/Qualifikationsprofil-2015.pdf [Aufruf: 03.08.2023].

Deutsche Fatigue Gesellschaft e. V. (DFaG) (2018): Was ist Fatigue? Online: <https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de/fatigue/was-ist-fatigue?> Aufruf: [26.03.2022].

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie – DGHO e. V. (Hrsg., in Zusammenarbeit Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs) (2019): Gesundheitspolitische Schriftenreihe, Band 16, Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen, Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbende Menschen in Deutschland, Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen, Online: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze_2.html [Aufruf: 06.12.2019].

Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Stellungnahme, Berlin, Online: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> [Aufruf: 14.09.2023].

Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst (2022): Krebs: Hilfe für Familie, Angehörige und Freunde, Online: (krebisinformationsdienst.de) <https://www.krebisinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/angehoerige.php> [Aufruf: 01.05.2022].

Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst (2022): Nebenwirkungen und belastende Symptome bei Krebs Online: <https://www.krebisinformationsdienst.de/leben/belastende-symptome/index.php> [Aufruf: 25.04.2022].

Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst (2018a): Brustkrebs: Klassifikation und Stadieneinteilung, Online: <https://www.krebisinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/stadieneinteilung.php> [Aufruf: 24.01.2022].

Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst (2018b):

Brustkrebs: Die Antihormontherapie, Online:

<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/hormontherapie.php>

[Aufruf: 13.08.2023].

Deutsche Krebshilfe (2022a): Chemotherapie, Online:

<https://www.krebshilfe.de/informieren/therapie/chemotherapie/> [Aufruf:

25.04.2022].

Deutsche Krebshilfe (2022b): Mit Krebs leben, Online:

<https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/mit-krebs-leben/> [Aufruf:

01.05.2022].

Deutsche Krebshilfe (2020): Krebs ist ein Armutsrisiko, Das Armutsrisiko ist real,

Online: <https://www.krebshilfe.de/blog/krebs-ist-ein-armutsrisiko>, [Aufruf:

23.03.2022].

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2022): Rehabilitation nach Tumorerkrankungen 17. Auflage, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023): Reha-Bericht 2023, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin Dezernat Reha-Wissenschaften, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2022): Reha-Bericht 2022, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin Dezernat Reha-Wissenschaften, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2021): Reha-Bericht 2021, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin Dezernat Reha-Wissenschaften, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), 5. Auflage, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Bereich Reha-Wissenschaften (2018): Rehabericht 2018, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“, Online: https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2, [Aufruf: 28.05.2019].

Deutsche Rentenversicherung Bund, (Hrsg.), (2011): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten, 1. Auflage, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. Auflage, Berlin.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V (DVSG), (2022): Rehabilitation und Teilhabe Online: <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/rehabilitation-und-teilhabe> [Aufruf: 27.03.2023].

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), (Hrsg.), (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA, Berlin.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), (2010): DVSG-Grundsatzpapier: Soziale Arbeit in der Onkologie, Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen, Online:

https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionierung-Sozialarbeit-Onkologie-2010-06.pdf [Aufruf: 03.08.2023].

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), (Hrsg.), (2018): Die Antihormontherapie bei Brustkrebs, Online:

<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/hormontherapie.php> [Aufruf: 02.04.2022].

Dietsche, Stefan (2018): Risikofaktoren für Armut nach Krebs – Zu den sozioökonomischen Folgen einer Krebserkrankung, Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, 29.09.2018.

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (2024a): „Kampf“, Online: <https://www.dwds.de/wb/Kampf> [Aufruf: 20.01.2024].

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Digitales Wörterbuch der deutsche Sprache (2024b): „außer Gefecht setzen“, Online: <https://www.dwds.de/wb/jmdn.%2C%20etw.%20au%C3%9Fer%20Gefecht%20setzen> [Aufruf: 20.01.2024].

Dinkel, Andreas (2013): Progredienzangst bei unheilbaren Krankheiten, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München. Vortrag Lindauer Psychotherapiewochen, 19.04.2013.

Ditz, Susanne (2006): Brustkrebs und Sexualität In: Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis, Diegelmann, Christa; Isermann, Margarete (Hrsg.), Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Dorsch, Lexikon der Psychologie (2021): Erleben Online:
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erleben> [Aufruf: 27.02.2023].

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 6. Auflage, Marburg, Online: www.audiotranskription.de/praxisbuch [Aufruf: 03.09.2023].

Erhardt, Angelika (2013): Methoden der Sozialen Arbeit, 2. Auflage, Wochenschau Verlag, Schwalbach/Taunus.

Ernstmann, Nicole; Kowalski, Christoph; Heidkamp, Paula; Hiltrop, Kati; Breidenbach, Clara (2021): Wiederaufnahme der Arbeit nach Krebs – eine Untersuchung am Beispiel von Brustkrebspatientinnen (B-CARE) 05/2018 – 12/2020, Abschlussbericht, Bonn, Online:
https://www.ukbonn.de/site/assets/files/16695/ergebnisbericht_b-care_kurzversion.pdf [Aufruf: 06.05.2022].

Faltermaier, Toni (2017): Gesundheitspsychologie, Grundriss der Psychologie, 2. Auflage, W. Kohlhammer, Stuttgart.

Filipp, Sigrun-Heide; Aymanns, Peter (2018): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen, Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Flick, Uwe, v. Kardoff, Ernst, Steinke, Ines (2017): Qualitative Forschung, Ein Handbuch, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Gahleitner, Silke Birgitta (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession - Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen, Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag.

Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren – Eine medizinsoziologische Studie, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Goffman, Erving (1959): The Moral Career of the Mental Patient In: Psychiatry, Interpersonal and biological processes, Volume 22, 1959, S. 123, Online: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.1959.11023166> [Aufruf: 10.07.2022].

Gold, Marshall; Dunn, Laura B.; Phoenix, Bethanien; Hamolsky, Deborah; Levine, Jon D.; Miaskowski, Christine (2016): Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life, Prime PubMed, S. 97-105, Online: Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life, doi: 10.1016/j.ejon.2015.06.003, [Aufruf: 09.05.2022].

Grigelat, Angela (2021): Diagnose Krebs – Das Überlebensbuch für die Seele – Orientierung und Hilfe für Betroffene und Angehörige, Ariston Verlag, München.

Großmaß, Ruth (2014): Beratung In: Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 7. Auflage, S. 94-95, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), Nomos Verlag, Baden Baden.

Hartung, Tim; Johansen Christoffer (2017): Sozioökonomischer Status und Krebs, Forum 32, S. 318-323, Online: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12312-017-0281-3> [Aufruf: 14.09.2023].

Hernandez, Diego; Schlander, Michael (2021): Income loss after a cancer diagnosis in Germany: An analysis based on the socio-economic panel survey In: Cancer Medicine, Volume 10, Heftnummer 11, S. 3726-3740, Online doi: 10.1002/cam4.3913, [Aufruf: 14.09.2023].

Hermelink, Kerstin; Bühner, Markus; Sckopke, Philipp; Neufeld, Franziska et al., (2017): Chemotherapy and Post-traumatic Stress in the Causation of Cognitive Dysfunction in Breast Cancer Patients, In: Journal of the National Cancer Institute JNCI:, Volume 109, Issue 10, S. 1-15, October 2017, Online: <https://doi.org/10.1093/jnci/djx057>, [Aufruf: 14.09.2023].

Herschbach, Peter; Dinkel, Andreas (2015): Angst bei körperlichen Erkrankungen – Was ist normal, was ist behandlungsbedürftig?, Psychotherapie im Dialog 2015 (02), S. 60–62, Online: https://www.researchgate.net/publication/278538203_Angst_bei_koerperlichenn_Erkrankungen_Was_ist_normal_was_ist_behandlungsbeduerftig [Aufruf: 15.05.2022].

Heuveling, Johanna (2022): Onko-Internetportal, Deutsche Krebsgesellschaft, Antihormonelle Therapie bei Brustkrebs, Online: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten//brustkrebs/therapie/hormontherapie.html> [Aufruf: 23.07.2022].

Hobfoll, Stevan (1989): Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress , In American Psychologist, PubMed, Online: www.researchgate.net/publication/20507127_Conservation_of_Resources_A_New_Attempt_at_Conzeptualizing_Stress [Aufruf: 31.08.2022].

Homfeldt, Hans Günther, Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit: Bezugspunkte einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag, München.

Hopf, Christel (2017): Qualitative Interviews – ein Überblick In: Flick, Uwe, v. Kardoff, Ernst, Steinke, Ines (2017): Qualitative Forschung, Ein Handbuch, S. 349-359, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

Horneber, Markus; Fischer, Irene; Freyer, Petra (2015): Tumorassoziierte Fatigue bei soliden Tumoren In: Heim, Manfred E.; Weis, Joachim (Hrsg.): Fatigue bei Krebserkrankungen: Erkennen-Behandeln-Vorbeugen, S. 23-32, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Horneber, Markus; Fischer, Irene; Dimeo, Fernando; Ruffer, Jens Ulrich; Weis, Joachim (2012): Cancer-Related Fatigue - Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment, Deutsches Ärzteblatt Int. 2012; 109 (9): 161-72, Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/122868/Tumor-assoziierte-Fatigue?msclkid=9a870992c78a11ec9ee596f63343> [Aufruf: 29.04.2022].

Hughes, Everett (1958): Men and their work, College Libraries, University of Florida, Online: https://archive.org/stream/mentheirwork00hugh/mentheirwork00hugh_djvu.txt [Aufruf: 10.07.2022].

IGES Institut GmbH, (2017): Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, Berlin, Online: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_objs20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen_ger.pdf [Aufruf: 14.09.2023].

Illich, Ivan (2007): Die Nemesis der Medizin, Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, 5. Auflage, Verlag C.H. Beck, München.

Institut für Finanzdienstleistungen e. V. (2022): iff-Überschuldungsreport 2021, Überschuldung in Deutschland, Hamburg, Online: https://www.iff-hamburg.de/wp-content/uploads/2022/06/Report2022_Abtract_DE.pdf [Aufruf: 09.04.2023].

Institut für Finanzdienstleistungen e. V. (2021): iff-Überschuldungsreport 2021, Überschuldung in Deutschland, Hamburg, Online: https://www.iff-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/06/Report2021_Abtract.pdf [Aufruf: 16.05.2022].

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10), 2023: Akute Belastungsreaktion, F 43.0, Online: <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html> [Aufruf: 22.10.2023].

Jordan Karin, Feyer P, Höller U, Link H, Wörmann B, Jahn F (2017): Clinical practice guideline: Supportive treatments for patients with cancer. Deutsches Ärzteblatt, Int 2017; 114: 481, Online: DOI: 10.3238/arztebl.2017.0481, [Aufruf: 26.08.2023].

Jost, Annemarie (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit: Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen, Soziale Arbeit und Krebserkrankungen am Beispiel: Brustkrebs, Kohlhammer, Stuttgart.

Keil, Annelie (2017): Wenn die Organe ihr Schweigen brechen und die Seele streikt, Krankheit und Gesundheit neu denken, 2. Auflage, Wilhelm Goldmann Verlag, München.

Keil, Annelie (2013): Krankheit als biographischer Ausnahmezustand: Der objektive Faktor Subjektivität In: Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive, Dieter Nittel; Astrid, Seltrecht (Hrsg.), S. 125-137, Springer Verlag Berlin. Heidelberg.

Kieseritzky von, Katrin; Christmann, Daniela (2014): Strahlentherapie, Deutsche Krebsgesellschaft, Onko-Internetportal, Online: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/therapieformen/strahlentherapie-bei-krebs.html> [Aufruf: 27.02.2022].

Kieseritzky von, Katrin (2014): Die Chemotherapie, Deutsche Krebsgesellschaft, Onko-Internetportal, Online: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/therapieformen/chemotherapie.html> [Aufruf: 21.02.2022].

Köppel, Monika (2006). Soziales Kapital und Patientenprivilegierung als Nutzen (Bestandteil) einer qualitäts- und effizienzbasierten Krebstherapie. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2, S.1925-1931, Frankfurt am Main, Campus Verlag, Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-144129> [Aufruf: 14.09.2023].

Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2008): Qualitative Evaluation, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Küsters, Ivonne (2009): Narrative Interviews Grundlagen und Anwendungen, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Lathan, Christopher S; Cronin, Angel; Tucker-Seeley, Reginald; Zafar, S. Yousuf; Ayanian, John Z.; Schrag, Deborah (2016): Association of Financial Strain With Symptom Burden and Quality of Life for Patients with Lung or Colorectal Cancer In: Journal of Clinical Oncology, 2016, Jahrgang 20, Heft 34, S. 1732-1740, Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966336/> [Aufruf: 14.09.2023].

Liel, Katrin (2019): Das Soziale der Gesundheit stärken – Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung, In: FORUM sozialarbeit + gesundheit, Ausgabe 2/2019, S. 6-9, DVSG (Deutscher Verein für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.), Berlin.

Luhmann, Niklas (2022): Organisation als soziales System; Tacke Veronika (Hrsg.); Lukas, Ernst (Hrsg.), In: Schriften zur Organisation 5, VS Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Luhmann, Niklas (2009): Vertrauen: ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, 4. Auflage, Lucius & Lucius, Utb Verlag, Stuttgart.

Mans, Elmar (2000): Soziale Arbeit in der psychosomatischen Rehabilitationsklinik In: Homfeldt, Hans Günther; Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit, S. 194-195, Ernst Reinhardt Verlag, München.

Manzei, Alexandra; Schnabel, Manfred; Schmiede, Rudi (2014): Embedded Competition - Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? Eine methodologische Perspektive. In: R.Schmiede, & A. Manzei (Hrsg.), 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, S. 11-31, Springer VS, Wiesbaden.

Mehlis, Katja; Surmann, Bastian; Eva C. Winkler (2020): Finanzielle Auswirkung von Krebserkrankungen und sozialethische Implikationen In: Der Onkologe, Ausgabe 5/2020, S. 425–430, Online: <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00722-9>, [Aufruf: 27.07.2023].

Mehlis, Katja; Walther, Jürgen; Witte, Julian; Surmann, Bastian; Winkler, Eva Caroline (2018): Finanzielle Auswirkung von Krebserkrankungen in Deutschland: Immer mehr onkologische Patienten mit Beratungsbedarf zur eigenen wirtschaftlichen Situation In: Onkologie heute, Ausgabe 12/2018, S. 59, Kulmbach.

Mey, Günter; Mruck, Katja (2011): Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven, In: Grounded Theory Reader, Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.), 2. Auflage, S. 11-48, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Miles, Andrew (2009): On a Medicine of the Whole Person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice, In: Journal of Evaluation in Clinical Practice, International Journal of Public Health Policy and Health Services Research, Band 15, Heft 6, S. 941-949, Online: https://publication/43022670_On_a_Medicine_of_the_Whole_Person_Away_from_scientific_reductionism_and_towards_the_embrace_of_the_complex_in_clinical_practice [Aufruf: 14.10.2023].

Misoch, Sabina (2015): Qualitative Interviews, de Gruyter Verlag, Berlin, München, Boston.

Mühlum, Albert; Gödecker-Geenen, Norbert (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation, Ernst-Reinhardt Verlag München, Basel.

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg (NCT) (2021): FIAT: Financial Effects of a Tumor Disease, Online: www.nct-heidelberg.de/forschung/nct-core-services/nct-epoc/research/flat.html#Presentations [Aufruf: 12.09.2023].

Nittel, Dieter; Seltrecht, Astrid (Hrsg.), (2013): Vom Wert einer vergleichenden Sicht auf Krankheiten In: Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Pfaff, Holger; Pförtner, Timo-Kolja (2016): Gesundheitssystemgestaltung, Versorgungsgestaltung und Versorgungsentwicklung, In: Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), S. 347-366, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Pfaff, Holger; Ernstmann, Nicole; Driller, Elke; Jung, Julia; Karbach, Ute; Kowalski, Christoph; Nitzsche, Anika; Ommen, Oliver (2011): Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit, In: Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Schott, Thomas; Hornberg, Claudia (Hrsg.), S. 39-61, VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Prien, Peggy (2022): Onko-Internetportal, Deutsche Krebsgesellschaft, Online: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/brustkrebs/diagnose/befund.html> [Aufruf: 17.01.2022].

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2021): Qualitative Sozialforschung, Ein Arbeitsbuch 5. Auflage, de Gruyter Oldenbourg, Berlin, Boston.

Przyborski, Aglaja., Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung, Ein Arbeitsbuch, 4. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.

Puca, Roa Maria (2021): Scham, In: Dorsch, Lexikon der Psychologie, Online: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/scham#search.de> [Aufruf: 02.04.2023].

Reichert, Jo (2015): Die Bedeutung der Subjektivität in der Forschung, In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 16(3), Art. 33, Online: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1503339> [Aufruf: 06.08.2023].

Richter, Matthias; Schumann, Nadine; Roick, Julia; Fink, Astrid; (2018): „Jetzt muss ich mich damit auch noch rumärgern.“ Finanzielle Auswirkungen einer Krebserkrankung und daraus resultierende psychosoziale Belastungen – eine qualitative Studie aus Patientensicht, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, Online: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1668027> [Aufruf: 16.05.2022].

Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), (2016): Soziologie von Gesundheit und Krankheit: Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Robert Koch Institut (Hrsg.), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.), (2023): Krebs in Deutschland für 2019/2020, Berlin.

Robert Koch Institut (Hrsg.), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.), (2021): Krebs in Deutschland für 2017/2018, Berlin.

Robert Koch Institut (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland, Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut, Berlin.

Röh, Dieter (2013): Die vier Mandate der Sozialen Arbeit, In: Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben, Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung, S. 68-71, Springer-Fachmedien, Wiesbaden.

Rösler, Marie; Schulte, Thomas (2018): Sozialmedizinische Bedeutung der onkologischen Rehabilitation In: Rehabilitation – Vom Antrag bis zur Nachsorge, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (Hrsg.), Springer-Verlag GmbH Deutschland, Berlin.

Rößler, Saskia (2019): Progredienzangst, Lebensqualität, Depressivität und Ängstlichkeit bei Patientinnen mit frühem Mammakarzinom, Freie Universität, Berlin, Online: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/26173> [Aufruf: 30.07.2023].

Röntgen, Iris; Bohrmann, Monika; Wolff, Helga; Schilling, Georgia (2018): Psychoonkologie: Mögliche psychosoziale Langzeitfolgen onkologischer Behandlung, Onkologe, Ausgabe 10, Springer Medizin Verlag GmbH, Online: https://krebshamburg.de/wordpress/wp-content/uploads/2018/05/M%C3%B6glich_psychosoziale_Langzeitfolgen_onkologischer_Behandlung.pdf [Aufruf: 10.01.2022].

Rogers, Carl R., (2017): Der neue Mensch, 11. Auflage, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart.

Rosenthal, Gabriele (2015): Interpretative Sozialforschung, Eine Einführung, 5. Auflage, Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sondergutachten 2015) Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuermöglichkeiten (s. 145 ff.), Bonn, Berlin, Online: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf [Aufruf: 01.08.2023].

Salentin, Kurt (2008): Nicht nur zu wenig Geld: Armut, Scham und die Folgen, Konferenzbeitrag, In: Schande Armut: Stigmatisierung und Beschämung. Dokumentation der 7. Armutskonferenz, S. 28-31, Österreichische Armutskonferenz, Wien, Online: https://www.armutskonferenz.at/media/salentin_nicht_nur_zu_wenig_geld-2008.pdf [Aufruf: 07.08.2023].

Salomon, Alice (1998): Grundlagen für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege. In: Thole, Werner; Galuske, Michael; Gängler, Hans: KlassikerInnen der Sozialen Arbeit: Sozialpädagogische Texte aus zwei Jahrhunderten – ein Lesebuch, S. 134, Luchterhand, Neuwied.

Saunders Cicely; Baines, Mary (1991): Leben mit dem Sterben – Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen, Huber Verlag, Bern.

Schaeffer, Doris; Haslbeck, Jörg (2016): Bewältigung chronischer Krankheit, In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus, Soziologie von Gesundheit und Krankheit, S. 243-256, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Scherhag, Nicole (2015): Scham in der Supervision, Die hilfreichen und heilenden Aspekte eines ungeliebten Affektes, unveröffentlichte Qualifizierungsarbeit, Saulheim.

Schneeweiss, Andreas (2018) Warum brauchen wir post-neoadjuvante Konzepte?, Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. , Berlin, Online: <https://www.senologie.org/pressemitteilungen/detail/warum-brauchen-wir-post-neoadjuvante-konzepte?> [Aufruf: 18.02.2022].

Schulz-Kindermann, Frank (2021): Psychoonkologie - Grundlagen und psychotherapeutische Praxis, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Schumm-Draeger, Petra-Maria; Kapitza, Thomas; Mann, Klaus; Fölsch, Ulrich; Müller-Wieland, Dirk (2017): Ökonomisierung in der Medizin: Rückhalt für ärztliches Handeln, In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 4, Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/195183/Oekonomisierung-in-der-Medizin-Rueckhalt-fuer-aerztliches-Handeln> [Aufruf: 19.01.2020].

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview, In: Neue Praxis, 13(3), S. 283-293, Online: [ssoar-np-1983-3-schutze-biographieforschung_und_narratives_interview.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/1983-3-schutze-biographieforschung_und_narratives_interview.pdf) [Aufruf: 04.08.2023].

Schütze, Fritz (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In A. Weymann (Hrsg.), Kommunikative Sozialforschung: Alltagswissen und Alltagshandeln, Gemeindemachtforschung, Polizei, politische Erwachsenenbildung, München, Fink, Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56350> [Aufruf: 24.10.2022].

Schrappe, Matthias; Pfaff, Holger (2017): Institutionen: Grundlegende organisationstheoretische Konzepte, In: Holger, Pfaff; Edmund A.M. Neugebauer; Glaeske, Gerd; Schrappe, Matthias (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 239- 250, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Schwarz, Reinhold; Singer, Susanne (2008): Einführung Psychosoziale Onkologie, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.

Seifart, Ulf; Bohnenkamp, Hanna; Jackisch, Christian (2016a): Armut durch Krebs - Wenn Menschen als Folge der Erkrankung in soziale Notlagen geraten, Hessisches Ärzteblatt 3/2016, Online:
https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/PDFs_ganze_Hefte/2016/HAEBL_03_2016.pdf [Aufruf: 16.05.2022].

Seifart, Ulf; Bohnenkamp, Hanna; Jackisch, Christian (2016b): Soziale Konsequenzen einer Tumorerkrankung – eine unerwartete Problematik für Angehörige - Social consequences of a tumor disease – an unexpected problem for relatives, In: German Medical Science, Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin 2016;5:Doc01, Online: <http://www.egms.de/static/de/journals/ors/2016-5/ors000023.shtml> [Aufruf: 16.05.2022].

Senf, Bianca (2009): Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten in akutstationärer Behandlung, Eine Belastungsdiagnostik anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der theoretischen Medizin des Fachbereiches Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

Singer, Susanne; Claus, Sylke; Briest Susanne; Stolzenburg, Jens-Uwe; Kirsten Papsdorf (2018): Positive and negative changes in life after cancer diagnosis, A prospective mixed-methods study, Der Onkologe, 2018, 24, S. 411-419, Online: <https://doi.org/10.1007/s00761-018-0369-0>, [Aufruf: 02.03.2024].

Sommer, Claudia; Geber, Christian; Young, Peter; Raimung, Forst; Birklein, Frank; Schoser, Benedikt (2018): Polyneuropathien Ursachen, Diagnostik und Therapieoptionen; Polyneuropathies-etiology, diagnosis, and treatment options, S. 83-90, Berlin, Online: www.aerzteblatt.de/archiv/196135//Polyneuropathien [Aufruf: 12.09.2023].

Starker, Anne; Kraywinkel, Klaus; Kuhnert, Ronny (2017): Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland In: Journal of Health Monitoring (2017, 2 (4), Robert Koch Institut (Hrsg.), Berlin, Online: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_04_2017_Mammografie.pdf?_blob=publicationFile [Aufruf: 13.08.2023].

Staub-Bernasoni, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft, Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität, 2. Auflage, Verlag Barbara Budrich, Opladen und Toronto.

Stiftung Deutsche Krebshilfe (Hrsg.) (2021): Fatigue: Chronische Müdigkeit bei Krebs, Antworten, Hilfen, Perspektiven, Bonn.

Stimmer, Franz (2012): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit, 3. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.

Strauss, Anselm (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2. Auflage, Fink Verlag, München.

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Strauss, Anselm; Corbin Juliet (1990): Basics of Qualitative Research, Grounded Theory Procedures and Techniques, SAGE Publications, Inc., Newbury Park, California,

Strübing, Jörg (2021): Grounded Theory, Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils, 4. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Strübing, Jörg (2018a): Grounded Theory: Methodische und methodologische Grundlagen, S. 27-52, In: Praxis Grounded Theory Theoriegenerierendes empirisches Forschen in medienbezogenen Lebenswelten, Christian Pentzold, Andreas Bischof, Nele Heise (Hrsg.), Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Strübing, Jörg (2018b): Qualitative Sozialforschung, Eine komprimierte Einführung, 2. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin/Boston.

Strübing, Jörg (2007): Anselm Strauss, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz.

Tecklenburg, Andreas (2019): Mehr Zeit für Menschen und Medizin, Melsungen, Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Online:
<https://www.bibliomedmanager.de/news/38853-mehr-zeit-fuer-menschen-und-medizin> [Aufruf: 02.08.2023].

Thielgen, Günter (2018): Konzeptionelle Grundlagen der Rehabilitation, Teilhabe, Integration und Inklusion, In: Rehabilitation – Vom Antrag bis zur Nachsorge für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe, S. 360-364, Springer Verlag, Berlin.

Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus; Köngeter, Stefan (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit, 2. Auflage, S. 161-179, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Thole, Werner (Hrsg), (2005): Grundriss Soziale Arbeit, Handlungs- und Arbeitsfelder der sozialen Arbeit heute, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Tschuschke, Volker (2020): Psychoonkologie praktizieren – Welche Hilfe wann und bei wem? Schattauer Verlag, Stuttgart.

Tschuschke, Volker; Karadaglis, Georgios; Evangelou, Kalliopi; Gräfin von Schweinitz, Clara; Schwickerath, Jürgen (2018):

Psychological stress and coping resources during primary systemic therapy for breast cancer. Results of a prospective study. *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie* 2018; 15(03), S. 172-184, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, Online:

DOI: 10.1055/a-0672-1428 [Aufruf: 17.09.2023].

Trabert, Gerhard; Waller, Heiko (2013): *Sozialmedizin, Grundlagen und Praxis*, 7. Auflage, Kohlhammer Verlag, Wiesbaden.

Truschkat, Inga; Kaiser-Belz, Manuela; Volkmann, Vera (2011): Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis In: Mruck, Katja (Hrsg.), Mey, Günter: *Grounded Theory Reader*, 2. Auflage, S. 353-379, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Hrsg.), (2022): *Monitor Patientenberatung 2022*, Berlin, Online:

https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD_Monitor_Patientenberatung_2022.pdf [Aufruf: 31.07.2023].

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Hrsg.), (2021): *Monitor Patientenberatung 2021*, Berlin, Online:

https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD_Monitor_Patientenberatung_2021.pdf [Aufruf: 31.07.2023].

Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD (Hrsg.) (2017), *Monitor Patientenberatung 2017*, Online:

https://www.patientenberatung.de/dokumente/2017_upd_patientenmonitor.pdf [Aufruf: 12.09.2023].

VdK Sozialverband Niedersachsen-Bremen e. V. (2019): Wenn die Krankenkasse drängt, Online: <https://www.vdk.de/permalink/77358> [Aufruf: 06.06.2022].

Waring, Justin; Marshall F.; Bishop S. (2015): Understanding the occupational and organizational boundaries to safe hospital discharge; Journal Health Services Research & Policy 2015; 20,1, S. 35-44, In: Institutionen: Grundlegende organisationstheoretische Konzepte In: Lehrbuch Versorgungsforschung, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Weis, Joachim (2022): Psychische Langzeitfolgen von Krebserkrankungen, Bundesgesundheitsblatt 2022, 65, Online: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03506-1> [Aufruf: 02.03.2024].

Wendt, Peter-Ulrich (2017): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit, 2. Auflage, Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel.

Weyland, Peter (2013): Psychoonkologie – das Erstgespräch und die weitere Begleitung, Schattauer Verlag, Stuttgart.

White, Kevin (2016): An introduction to the sociology of health and illness, 3. Auflage, Sage Publications Ltd., London.

Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.) (2021): Dorsch, Lexikon der Psychologie, Hogrefe AG, Bern, Online: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erleben>, [Aufruf: 13.08.2022].

Witte, Julian; Reckmann, Franziska; Greiner, Wolfgang (2017): Finanzielle Auswirkungen einer Krebserkrankung, Forschungsmethoden und -konzepte aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Vortrag in Kassel 2017 und Telefonat mit Witte am 08.01.2018, Bielefeld.

Zentrum für Krebsregisterdaten (2021): Brustkrebs (Mammakarzinom) ICD 10, C50, Online unter:

https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html [Aufruf: 15.01.2022].

Zimmermann, Tanja; Heinrichs, Nina (2008): Seite an Seite – eine gynäkologische Krebserkrankung in der Partnerschaft gemeinsam bewältigen, Hogrefe Verlag, Göttingen.

Anhang

Personenbezogene Datenerhebung

Für die Untersuchung, insbesondere zur sozialrechtlichen Fallbeschreibung, sind personenbezogene Daten zu erheben:

- Demografische Daten (Alter, Geschlecht, Wohnort)
- Medizinische Daten (Diagnosen)
- Sozialanamnese und Sozialmedizinische Epikrise (berufliche Tätigkeit, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung)

Diese Daten werden im internen Klinikverwaltungssystem (KVS) hinterlegt und wurden von der Forscherin fallbezogen gesichtet.

Verwaltung der personenbezogenen Daten und der erhobenen Forschungsdaten

Die Verwaltung und Bearbeitung der erhobenen Daten erfolgen in anonymisierter Form, so dass eine personenbezogene Zuordnung nicht möglich ist. In einem Vorgespräch erhalten die potenziellen Interviewpartnerinnen detaillierte Informationen zum Forschungsprojekt. Eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme wird von den Teilnehmerinnen eingeholt. Sie erhalten ein Informationsblatt über das Forschungsprojekt mit Kontaktdaten der Ansprechpartnerin. Die Teilnahme ist freiwillig. Im klinischen Kontext entstehen keine Nachteile, z.B. in der Behandlung oder bezüglich der Beratung bei Nichtteilnahme der Rehabilitandin an der Untersuchung. Die personenbezogenen Daten der Interviewpartnerinnen und die Einwilligungserklärungen der Teilnehmerinnen werden verschlossen zehn Jahre aufbewahrt.

Transkriptionsregeln

Folgende Transkriptionsregeln finden, angelehnt an Dresing und Pehl, für dieses Projekt Anwendung:

1. Es findet eine wörtliche Transkription statt.
2. Regionale Dialekte, umgangssprachliche Redewendungen werden transkribiert.

3. Angaben werden anonymisiert, damit keine Rückschlüsse auf Personen und Institutionen möglich sind.
4. Es erfolgt eine Zeilennummerierung.
5. Pausen innerhalb des Gesprächsflusses werden durch Auslassungspunkte in Klammern (...) angezeigt.
6. Zeichen der Verständigung durch die Interviewerin (z.B. Ja, mhm) werden transkribiert.
7. Ein emotionaler Ausdruck der Interviewpartnerinnen wie z.B. lachen, weinen, seufzen wird aufgeführt.
8. Unterbrechungen zum Beispiel durch ein Telefonat oder andere nicht vorhersehbare Ereignisse werden in eckige Klammern gesetzt.
9. Die Interviewerin wird mit „H“ angegeben, die Interviewpartnerinnen werden mit A, B, C ausgewiesen (vgl. Dresing und Pehl, 2015, S. 21 f.).

Einheitliche Schreibweise

Die im Folgenden aufgeführten Punkte unterstützen die spätere Auswertung durch einen einheitlichen Schreibstil:

1. Ausschreibung von Zeichen und Abkürzungen, z.B. Prozent.
2. Kürzungen von Wörtern z.B. „mal“ statt „einmal“ werden genauso niedergeschrieben, wie sie von den Interviewpartnerinnen ausgesprochen wurden.
3. Englische Begrifflichkeiten werden der deutschen Rechtschreibregelung mit Groß- und Kleinschreibung angepasst.
4. Die Pronomen der Anrede wie „du“ und „ihr“ werden kleingeschrieben, Großschreibung erfolgt nur bei „Sie“ und „Ihnen“.
5. Angabe von Zahlen:
 - 5.1 Zahlen von null bis zwölf werden ausgeschrieben
 - 5.2 Schreiben der Zahlen in Ziffern ab 13
 - 5.3 Ausschreiben von runden Zahlen, z.B. zwanzig, eintausend
6. Wiedergabe von Redewendungen/Idiome erfolgen wörtlich
7. Bei Zitierung von wörtlicher Rede in dem Interview wird das wörtliche Zitat in Anführungszeichen gesetzt (vgl. Dresing, Pehl, 2015, S. 24 f.).