

Die „Suche nach Normalität“ als subjektiver Bewältigungsprozess im Arbeitsalltag nach Brustkrebs

Miriam Schanze

Beitrag zur Veranstaltung »Aktuelle Beiträge zur Medizin- und Gesundheitssoziologie« der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie.

1 Problemaufriss

Weltweit sind 2020 rund 19 Millionen Menschen an Krebs erkrankt (vgl. IARC 2020). In Deutschland sind es jährlich fast 500.000 Menschen, die eine solche Diagnose bekommen (vgl. RKI/GEKID 2019, S. 18). Bei dem ersten Deutschen Krebsforschungskongress (DKFK) in 2019 wurde mit Blick auf die steigende Krebs-Inzidenz von einem zu erwartenden „Tsunami an Krebserkrankungen“ gesprochen. Im selben Jahr hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Initiative „Nationale Dekade gegen den Krebs“ ausgerufen, um sich in verschiedenen Arbeitsgruppen systematisch der – vorwiegend medizinisch geprägten – Erforschung der komplexen Krebserkrankung sowie ihrer Ursachen und Präventionsstrategien zu widmen (vgl. BMBF o.J.).

Während der politische, medizinische und wissenschaftliche Fokus damit aktuell vor allem darauf liegt, etwas gegen das Auftreten der Erkrankung zu unternehmen, gerät allerdings eine wichtige Gruppe etwas aus dem Blick: die der bereits Erkrankten. Da die Krebssterblichkeit seit einiger Zeit sinkt, gibt es eine wachsende Gruppe an Krebsüberlebenden (vgl. dazu u.a. Arnold et al. 2019; Angelis et al. 2014). Vor dem Hintergrund, dass „die Zahlen der mit einer Krebserkrankung lebenden Menschen und der Langzeitüberlebenden nach Krebs [...] im Vergleich zu den Neuerkrankungen noch stärker angestiegen [sind]“ (RKI 2016, S. 22), ist es gesellschaftlich drängend, die Belange dieser Gruppe intensiv auszuleuchten. Denn die Belastungen, die mit einer Krebserkrankung und -behandlung einhergehen, sind komplex. Sie umfassen körperliche, psychische, kognitive Einschränkungen genauso wie berufliche, finanzielle und soziale Veränderungen (vgl. Mehnert 2011a; Mehnert 2011b; Delbrück 2003).

Nach wie vor steigt mit zunehmendem Alter das Risiko, an Krebs zu erkranken (vgl. Torre et al. 2015, S. 87; RKI 2016, S. 18; Lauterbach 2015, S. 29f.). Doch je nach Krebsart sind durchaus auch „eine große Zahl von Patienten, die im berufsfähigen Alter sind und für die Karriere und Beruf eine entscheidende Rolle für ihr eigenes Befinden, aber auch für das Familien- und Sozialleben spielen“ (Schilling et al. 2014, S. 202) betroffen. Insbesondere das Mammakarzinom tritt bei einer vergleichsweise jungen Gruppe auf.

In Deutschland fallen rund 45 Prozent der Brustkrebserkrankungen auf weiblich gelesene Personen¹ zwischen 50 und 69 Jahren. Drei von zehn Erkrankten sind jünger als 55 Jahre (vgl. DRV 2018, S. 74; RKI 2016, S. 36). Von dieser nach wie vor stigmatisierten Erkrankung betroffen zu sein (vgl. Sontag 1996) und damit mehrere Monate arbeitsunfähig zu werden, entzündet für Betroffene ein komplexes Spannungsfeld rund um die Frage, wie sie ihren Alltag, Familienleben und Beruf mit der Erkrankung gestalten können.

Insbesondere die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit gilt dabei als wesentlicher Meilenstein auf dem Weg zurück in ein „normales“ Leben (vgl. Albers 2016; Maytal und Peteet 2009). Entsprechend hoch ist die Motivation der Krebserkrankten, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren (vgl. Mehnert 2011a, S. 1).

Doch dieser essentielle Lebensbereich kann auch zu einer zusätzlichen Belastungsquelle für die Betroffenen werden; etwa, weil durch krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen die Tätigkeit nicht mehr in vollem Umfang ausgeübt werden kann (vgl. Albers 2016, S. 449). Eine Studie von Jochen Ernst et al. (2017) hält fest, dass rund ein Drittel der Krebserkrankten im erwerbsfähigen Alter aufgrund hoher beruflicher Anforderungen nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehrt (vgl. Ernst et al. 2017, S. 305). Welche Aspekte spielen nun also für das Gelingen der beruflichen Rückkehr nach einer Krebsdiagnose eine Rolle? Die vorwiegend quantitativen Studien zu dieser Thematik haben herausgearbeitet, dass sich Aspekte wie Alter, Geschlecht, Krankheitsstadium und Behandlungsart ebenso auf das Ge- oder Misslingen der beruflichen Rückkehr auswirken können, wie Progredienzangst, krankheitsbedingte Erschöpfung (*fatigue*) und die soziale Unterstützung von Familie und Freunden (vgl. Mehnert 2011a, S. 2).

Doch trotz interdisziplinärer Verzahnung von Forschungen aus Medizin, Psychologie und Gesellschaftswissenschaften bleibt bisher – insbesondere im deutschsprachigen Raum – offen, wie sich die berufliche Rückkehr von Krebsüberlebenden im Detail gestaltet und welche Herausforderungen sich im Verlauf des Rückkehrprozesses für die Betroffenen ergeben.

Folgende Fragen sind daraus für die qualitative Längsschnittstudie² der Autorin abgeleitet worden: Welche konkreten beruflichen Anforderungen werden an Krebsbetroffene gestellt? Wie erleben Betroffene die berufliche Rückkehr und die strukturellen Wiedereingliederungsmaßnahmen? Wie gehen Betroffene während eines Arbeitstags mit den Begleiterscheinungen der Operation, Bestrahlung und Chemotherapie um? Wie meistern Krebsbetroffene den Übergang ihres Status von „krank“ zu „gesund“ bzw. „erwerbsfähig und -tätig“? Und: Wie reagieren Kolleg:innen auf die Rückkehr von Erkrankten?

2 Das methodische Vorgehen: Qualitativer Längsschnitt

Um das subjektive Erleben von Brustkrebsbetroffenen breit auszuleuchten und die berufliche Rückkehr als Phase begleiten zu können, ist ein qualitativer Längsschnitt konzipiert worden (vgl. Flick 2010, S. 183).

Dieses aufwändige und daher selten angewendete methodische Design (vgl. Lüders 2008; Schupp 2019, S. 1265) bietet die Möglichkeit, Veränderungen im Verlauf des Rückkehrprozesses abzubilden und wird von Bren Neale und Jennifer Flowerdew (2003) daher mit einem Film verglichen, der durch die wiederholten Erhebungszeitpunkte produziert werde – im Unterschied zum „Schnappschuss“ einer Querschnittserhebung (vgl. Neale und Flowerdew 2003).

¹ An dieser Stelle soll mit der gewählten Bezeichnung „weiblich gelesene Person“ auf das Thema der Geschlechterdiversität im Zusammenhang mit Erkrankungen und Diagnosen aufmerksam gemacht werden. Nach wie vor wird z.B. im Fall der Brustkrebserkrankung zwischen „Frauen“ und „Männern“ unterschieden, ohne das hier zugrunde liegende binäre Geschlechterverständnis zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen.

² Der Beitrag basiert auf der Dissertation der Autorin, die im Januar 2023 veröffentlicht worden ist (vgl. Schanze-Cichos 2023).

Zwei wesentliche Kriterien bestimmten die Auswahl der Interviewpartnerinnen: Es sollte eine Brustkrebserkrankung vorliegen und nach Abschluss der Rehabilitation sollte die Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen werden (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 65).

2.1 Feldphase und Erhebungswellen des qualitativen Längsschnitts

Wie erleben Erkrankte die Rückkehr in den Beruf und den Wechsel aus einer intensiven Arbeitsunfähigkeitsphase zurück in den Erwerbsfähigen-, also Gesunden-Status?

Um diese Frage beantworten und zentrale Veränderungen im Rückkehrprozess erfassen zu können, sind die vier Erhebungszeitpunkte entsprechend des institutionalisierten Krankheits- bzw. Rückkehrverlaufs gesetzt worden. Abbildung 1 stellt die Feldphase und die vier Erhebungswellen dar.

Die erste Erhebung (t0) fand während der Rehabilitation der Brustkrebspatientinnen statt. Denn der drei- bis vierwöchige Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik kann nach dem operativen Eingriff plus Bestrahlungs- und/oder Chemotherapie als letzte institutionelle Krankheitsphase gesehen werden. Und insbesondere für die Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit nimmt die Rehabilitation in Deutschland einen zentralen Stellenwert ein (vgl. Rick et al. 2012; Mehnert et al. 2013). Dabei werden die Erkrankten in einer spezifischen räumlichen und sozialen Umgebung umfassend mobilisiert und aktiviert, bevor sie dann in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren. Die zweite (t1) und dritte (t2) Erhebungswelle bildeten die auf struktureller Ebene wichtigen Zeitpunkte innerhalb der beruflichen Rückkehr ab. Dabei handelt es um den Beginn und das Ende der stufenweisen Wiedereingliederung (StW) als sozialrechtliche Maßnahme. Diese sieht eine sukzessive Aufstockung der Arbeitszeit und -aufgaben für die Betroffenen über einen zuvor festgelegten Zeitraum vor (vgl. BAR 2020, S. 12f.; Anton-Dyck 2011, S. 69; Plocher 2015; Delbrück 2003, S. 54f.).³ Die vierte Erhebungswelle (t3) diente einem bilanzierenden Rückblick. Die Erhebungsphase dauerte insgesamt elf Monate. Die sogenannte Panel-Mortalität – ein wesentliches Risiko von Längsschnittuntersuchungen – trat im vorliegenden Sample nicht auf (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 68).

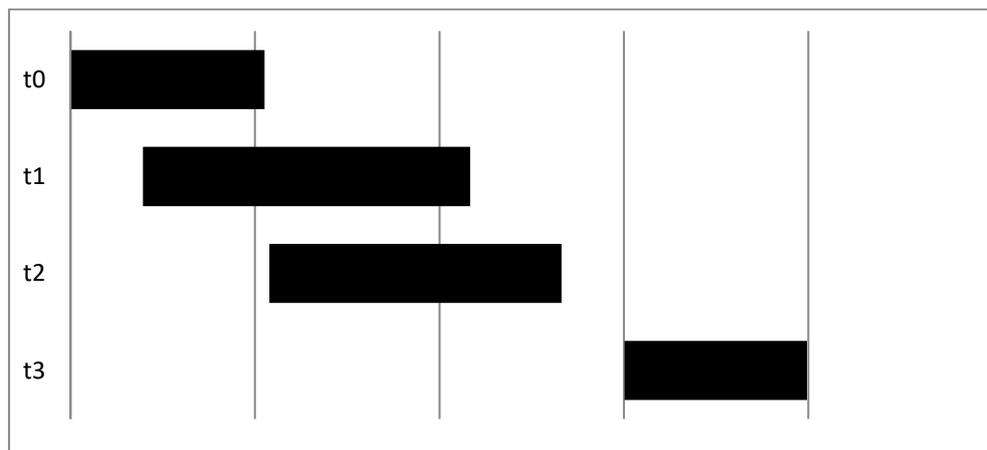


Abbildung 1: Vier Erhebungswellen des qualitativen Längsschnitts (Schanze-Cichos 2023, S. 60)

³ Die Interviewpartnerinnen, die ohne diese Maßnahme zurückgekehrt sind, sind in einem ähnlichen Zeitabstand interviewt worden.

2.2 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Als Erhebungsinstrument sind leitfadengestützte Interviews verwendet worden. Entsprechend des Prinzips „So offen und flexibel – mit der Generierung monologischer Passagen – wie möglich, so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig“ (Helfferich 2004, S. 161) ist darauf geachtet worden, eine Leitfadenbürokratie (vgl. Hopf 1978) zu vermeiden und den Interviewpartnerinnen möglichst viel Raum für ihre Erzählungen zu geben.

Für die Auswertung lag so eine Datenbasis von 40 Interviews mit einer Dauer zwischen eineinhalb bis dreieinhalb Stunden vor. Der mehrstufige Auswertungsprozess war maßgeblich durch zwei methodische Ansätze geprägt: die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) bzw. Kuckartz (2014) und das thematische Kodieren nach Flick (2010).

In einem ersten Schritt ist das Material mithilfe eines deduktiv-induktiven Kategoriensystems inhaltlich strukturierend zusammengefasst worden (vgl. Kuckartz 2014). Das Ziel war es dabei, das umfangreiche Material zunächst zu reduzieren. Denn durch die zeitbedingten Veränderungen der inhaltlichen Aspekte von Erhebungswelle zu Erhebungswelle erhöhte sich die Komplexität des Materials.

In einem weiteren Schritt sind Fallbeschreibungen angefertigt worden, die dazu dienten, von der eher darstellenden Funktion des Kategoriensystems in eine kontrastierende Ausrichtung der Analyse zu wechseln. Die kontrastierende Fallanalyse ist nach dem Prinzip des thematischen Kodierens von Flick (2010) durchgeführt worden, um die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Erkrankten hinsichtlich ihrer Herausforderungen während des beruflichen Rückkehrprozesses heraus zu filtern (vgl. Flick 2010, S. 401ff.).

2.3 Das Sample

Insgesamt umfasst das Sample zehn Interviewpartnerinnen. Neun weiblich gelesene Personen haben die Diagnose „Brustkrebs“ erhalten. Eine Interviewpartnerin erkrankt so schwer an einer Krebsvorstufe, dass sie sich einer Amputation der Brust unterzieht. Eine (weitere) Binnendifferenzierung ergibt sich im Sample durch das Alter, die Behandlungsart, die Einbettung in soziale Netzwerke sowie die Arbeitsbelastung in der ausgeübten Tätigkeit (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 75ff.).

Die Interviewpartnerinnen sind zwischen 33 und 60 Jahren alt. Ein Großteil der Betroffenen, insgesamt acht der zehn Frauen, erkrankt zum ersten Mal. Für eine der interviewten Personen ist es die zweite Brustkrebs-Diagnose. Neben der operativen Entfernung des Tumors plus Bestrahlungstherapie berichten vier Interviewpartnerinnen von einer zusätzlichen Chemotherapie. Eine interviewte Person hat, wie erwähnt, eine Amputation der betroffenen Brust vornehmen lassen. Die sozialen Netzwerke der Betroffenen sind unterschiedlich groß und die Beziehungen der Interviewpartnerinnen zu ihren Kontaktpersonen sind verschieden eng. Die meisten Interviewpartnerinnen sind verheiratet und leben mit ihrem Partner – teilweise auch mit gemeinsamen Kindern – in einem Haushalt. Die Bandbreite der Belastungen der im Sample ausgeübten Tätigkeiten erstreckt sich von vorwiegend sitzenden bis hin zu vorwiegend körperlich aktiven Tätigkeiten (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 79).

3 Ergebnis: Die ambivalente „Suche nach Normalität“

Die Ergebnisse der qualitativen Längsschnittstudie zeigen eine problematische Diskrepanz zwischen dem subjektiven Erleben der Betroffenen und der institutionalisierten Wiedereingliederungsmaßnahmen des professionellen Systems auf.

Während die Erkrankten entweder mit Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme, spätestens aber mit Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung als „gesund“ und „erwerbsfähig“ gelten, ist dieser Status für die Betroffenen eher die Bezeichnung eines durchaus angestrebten Zustands, von dem wiederum aber unklar ist, ob und wie genau er erreicht werden kann (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 142ff.).

Mit Ende der Rehabilitation begeben sich die Betroffenen auf die ambivalente, unstete, belastende und kräftezehrende „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023). Diese ist zwar auch durch alltägliche und familiäre Anforderungen geprägt, doch kommt im Arbeitskontext eine spezifische leistungsbezogene Dimension hinzu. Die subjektiven Ansprüche der Betroffenen an die eigene Leistungsfähigkeit sowie die im Zuge der Rehabilitation verstärkt zurückkehrenden Kompetenzen und Fähigkeiten verdichten diese Situation enorm. Es entzündet sich hier ein Spannungsfeld rund um die Vereinbarkeit einer sich wiederherstellenden Gesundheit bei gleichzeitig spürbaren Krankheitsfolgen und den leistungsorientierten Anforderungen in/durch die Erwerbstätigkeit.

Diese „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023) zeigt sich im beruflichen Kontext in einem ständigen Beobachten, Überprüfen und Reflektieren bestehender Anforderungen sowie die zur Verfügung stehenden, verlorenen und zurückgearbeiteten Kompetenzen. „Es soll so sein, wie es vorher war“ ist hier der maßgebliche Anspruch und die Normalität von vor der Diagnose ist die Referenzfolie der aktuellen sowie zukünftig herzustellenden Normalität – sowohl für die Betroffenen als auch für deren soziales Umfeld.

Objektiv betrachtet scheint im Zuge der beruflichen Rückkehr auch schnell wieder der „alte“ Alltag von vor der Diagnose zu herrschen: Nachdem in der Rehabilitation durch die Mobilisierungsangebote diese Normalität erprobt worden ist, kehren die Betroffenen in dasselbe berufliche Umfeld und dieselbe Erwerbstätigkeit von vor der Diagnose zurück. Es findet, mit Klaus Wingenfeld (2009) gesprochen, also kein „Richtungswechsel“ im Lebens(ver-)lauf der Betroffenen statt (vgl. Wingenfeld 2009, S. 99).

Doch der Blick auf die subjektive Ebene zeigt, dass sich die Betroffenen in einem turbulenten, anstrengenden Bewältigungsprozess einer prekären Diskrepanz befinden. Während die äußerlich sichtbaren Spuren der Krebserkrankung zurückgehen – die Narben werden heller, das Gewebe verheilt und die Haare wachsen nach – werden die Betroffenen im (beruflichen) Alltag immer wieder darauf gestoßen, dass es die „alte“ Normalität von vor der Diagnose nicht mehr gibt. Leistungseinbußen, Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten, Progredienzangst und die immer wieder aufflackernden Erinnerungen an den einstigen „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ (Gerdes 1986) durch die Diagnose, aber auch die allgegenwärtige Scheu, über die tabuisierte Krebserkrankung zu sprechen, stellen die krankheitsbedingten Veränderungen ständig heraus (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 150ff.).

In insgesamt vier Spannungsfeldern bildet sich die „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023) ab (siehe Abbildung 2): der Dazwischen-Status, die Unvorhersehbarkeit der Erkrankung, die Unsichtbarkeit des Krebses und die soziale Irritation, die diese Erkrankung verursacht (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 173ff.). Der gemeinsame Nenner der Spannungsfelder besteht in dem unberechenbaren Hin- und Herschwanken von Betroffenen zwischen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und einem wiederhergestellten (Arbeits-)Alltag.

Dazwischen-Status zwischen „Krankheit“ und „Gesundheit“	Unvorhersehbarkeit der Erkrankung
(Zunehmende) Unsichtbarkeit der Erkrankung	Soziale Irritation der Diagnose

Abbildung 2. Die vier Spannungsfelder der „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023).

Dazwischen-Status | Der Dazwischen-Status bezieht sich auf die (Selbst-)Verortungsschwierigkeiten, die die Betroffenen in dem nach wie vor verbreiteten, binären und dichotomen Verständnis von „Krankheit“ und „Gesundheit“ haben (vgl. dazu Luhmann 2005; Stollberg 2001; Gerlinger 2006). Im Prozess ihrer beruflichen Rückkehr sehen sie sich als „dazwischen“, da sie sich weder als so akut krank wie während der Behandlungszeit noch als so gesund wie vor der Diagnose erleben.

Hinzu kommt, dass mit dem Ende der Rehabilitation die Legitimität des Krankenstatus und der daran geknüpften Pflichtentbindungen (vgl. Parsons 1958; Behrens und Dreyer-Tümmel 1996, S. 189) zerbröckelt. Denn mit dieser Maßnahme endet die letzte institutionalisierte Phase zur Überwindung der Krankheit. Die stufenweise Wiedereingliederung wird hier als zusätzliche Überbrückungsmaßnahme gesehen, die nicht jede:r Erkrankte automatisch in Anspruch nehmen kann, sondern an strukturelle (Antrags- und Begutachtungs-)Verfahren geknüpft ist.

Mit Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung erhalten die Betroffenen formal den Gesunden-Status und die damit verbundenen Rechte zurück, wie beispielsweise das volle Gehalt antragsfrei zu bekommen. Die in ihrer Belastung nicht zu unterschätzenden Pflichten, die der Kranken-Status mit sich bringt, wie zum Beispiel in regelmäßigen Abständen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erneuern zu lassen und an verschiedene sozialrechtliche Akteure zu verschicken, um die Entgeltersatzleistungen zu bekommen, enden hier. Doch der formale Gesunden-Status vermag das subjektive Erleben der Betroffenen nicht abzubilden (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 174).

Unvorhersehbarkeit | Die Unvorhersehbarkeit der Erkrankung entfaltet als zweites Spannungsfeld eine paradoxe Wirkung. Denn das belastende Moment dieser Unvorhersehbarkeit bezieht sich auf den Moment der Diagnosestellung, in dem die Betroffenen von einem Schock, von einem „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ (Gerdes 1986) berichten. Der Krebs hatte zuvor keine oder unspezifische Symptome hervorgerufen. Diese weitestgehende Beschwerdefreiheit wiederum ist von den Betroffenen bis zum Moment der Diagnose mit „Gesundheit“ gleichgesetzt worden. Dieser Trugschluss und das Wissen um die grundlegende Fragilität von Normalität (vgl. dazu auch Keil 2013; Canguilhem 1974) schlagen sich nun in verschiedenen Verhaltensweisen nieder: Zum einen führt die immer wieder aufflackernde Angst vor einer (wieder unbemerkten) Wiedererkrankung zu einer ausgeprägten Beobachtung des eigenen Körpers als Versuch, einen Kontrollmechanismus zu entwickeln. Zum anderen werden „normale“ Körpervorgänge, wie das Jucken des heilenden Narbengewebes rund um die betroffene Brust, subjektiv pathologisiert (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 176).

Unsichtbarkeit | Die verschiedenen Stadien der Unsichtbarkeit der Erkrankung erleben die Betroffenen als höchst widersprüchlich. Auf der einen Seite ist die zunehmende Unsichtbarkeit im Krankheitsverlauf sehr entlastend, da sie das Stigmatisierungsrisiko reduziert und so die Normalisierungsprozesse äußerlich zu erleichtern vermag. Das soziale Umfeld der Interviewpartnerinnen nimmt ab einem gewissen Zeitpunkt an, dass sich die Normalität von vor der Erkrankung wiedereingestellt hat.

Diese äußerliche Unsichtbarkeit der Erkrankung, auf die die Betroffenen durchaus auch mit Aussagen wie „Du siehst doch gut aus“ angesprochen werden, bedeutet für die Interviewpartnerinnen aber *keinesfalls* die gelungene Wiederherstellung einer „alten“ Normalität. Vielmehr empfinden die Betroffenen zunehmend die belastende Notwendigkeit, die für sie noch spürbaren Folgen der Krebserkrankung gegenüber dem sozialen Umfeld zu begründen oder einen eigenverantwortlichen, „stillen“ Umgang damit zu finden (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 175).

Soziale Irritation | Zusätzlich löst der Befund im sozialen Umfeld der Betroffenen eine soziale Irritation aus. Die Formen, in denen sich die soziale Irritation ausgestaltet, reichen von plötzlich gesteigerter Fürsorglichkeit und „Kontrollanrufen“ bis hin zum kommunikativen Aussparen der Krebserkrankung in Gesprächen mit den Betroffenen (vgl. Schanze-Cichos 2023, S. 177).

Dass sich überhaupt Veränderungen im Verhalten des sozialen Umfelds zeigen, ist für die Betroffenen mitunter schwer auszuhalten. Denn gerade diese Veränderungen zeigen immer wieder die irritierende Wirkung der mystifizierten Erkrankung an (vgl. dazu Sontag 1996).

4 Analytische Verortung

Die sensible Rückkehrphase nach einer Krebserkrankung ist in der derzeitigen Forschungslandschaft eher unterbelichtet. Auch soziologische Konzepte, die sich grundlegend mit der Thematik von Krankheit und Beruf auseinandersetzen, wie zum Beispiel die Patientenkarriere nach Uta Gerhardt (1975, 1986) richten ihren Blick nicht auf diese spezifische Phase des Übergangs zurück in den Beruf bzw. können die aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Rückkehr in die Erwerbsarbeit nicht adäquat erfassen.

Eine der wenigen Arbeiten, die sich im deutschsprachigen Raum mit der beruflichen Rückkehr von Krebspatient:innen beschäftigt, stammt von Ulrike Heckl et al. (1998), die schon vor über 20 Jahren die berufliche Rückkehr von Krebspatient:innen als Dilemma zwischen den Rollen als „Krebsbetroffene:r“ und „Arbeitnehmer:in“ problematisiert. Das Selbstverständnis der Betroffenen schwankt demnach zwischen „chronisch krank“ und „voll einsatzfähig“ (vgl. Heckl et al. 1998, S. 324). Damit bedienen sich Heckl et al. (1998) dem Konzept der Krankenrolle nach Talcott Parsons (1958) und verstehen das Dilemma als Übergangproblem zwischen zwei Rollen.

Die ambivalente „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023) als subjektiver Bewältigungsprozess zeichnet sich allerdings durch eine spezifische Dynamik aus, die sich nicht sinnvoll im Kontext des Rollenkonzepts verorten lässt. Denn der Kern der „Suche nach Normalität“ ist weniger in der Idee eines linearen und gleichmäßigen Rollen- oder Statuswechsels zu sehen. Im Gegenteil: Dieses Verständnis würde das zentrale Moment der „Suche nach Normalität“, nämlich das Unbestimmte, das Fluide, das Unstete, das Unvorhersehbare, kurzum: das Bewegungsmoment dieses Prozesses, aus dem Blick verlieren.

Mit den ritualtheoretischen Ansätzen zu (sozialen) Übergängen von Arnold van Gennep (2005) und Victor Turner (2005) jedoch lassen sich die Brustkrebsbetroffenen im Prozess der Rückkehrphase als „Übergänger“ verstehen, die einen Werdens-Prozess durchlaufen (vgl. Turner 2005, S. 94f.). Während die Betroffenen sich in der Phase der beruflichen Rückkehr zwischen den Polen „Krankheit“ und

„Gesundheit“ hin- und herbewegen, sind sie „betwixt-and-between“ (Turner 1964), also dazwischen. Damit lassen sie sich als „Passierende“ (Turner 2005, S. 94) in einem offenen Schwellenzustand (vgl. Turner 2005, S. 94f.) sehen. Um in dieser Perspektive erneut das Fluide und das Bewegliche explizit in den Mittelpunkt zu stellen, wird die „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023) analytisch an das Transitionsverständnis von Harald Welzer (1993a, 1993b) angebunden. Denn im Vergleich zu dem Konzept der Statuspassage (vgl. Glaser und Strauss 1971), das ebenfalls eine grundlegende Dynamik bei Zustandswechseln betont, hebt Welzer (1993a) in seiner Auffassung von Transition „das Bewegungsmoment gegenüber den Stationen“ (Welzer 1993a, S. 146) hervor, ohne Kontinuität anzunehmen (vgl. dazu Welzer 1993b, S. 26). Die hier vorgenommene Betonung von Offenheit und Unbestimmtheit trifft den Kern der „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023).

5 Fazit

Dieser Beitrag ergänzt die primär medizinisch, psychologisch, arbeitswissenschaftlich und pädagogisch geprägte Forschungslandschaft um eine soziologische Analyse zur beruflichen Rückkehr nach einer (Brust-)Krebserkrankung. Die qualitativen Ergebnisse der Längsschnittstudie zeigen eine Reihe praxisbezogener sowie wissenschaftlicher Schlussfolgerungen auf, von denen im Folgenden jeweils ein Aspekt in den Mittelpunkt gestellt wird.

Mit Blick auf die Praxis ist zu betonen, dass die Betroffenen für die „Suche nach Normalität“ (Schanze-Cichos 2023) und die zu bewältigende Diskrepanz zwischen dem formalen Gesunden-Status und dem subjektiv erlebten Dazwischen-Status einen finanziell besser abgesicherten Rahmen benötigen. Denn erst mit dem Zurückerlangen des formalen Gesunden-Status geht der antragsfreie Bezug des vollen Gehalts einher, was die Betroffenen nach monatelanger Arbeitsunfähigkeit und eine durch die anteiligen Entgeltersatzleistungen angespannte finanzielle Situation in ein Dilemma rund um ihren Status sowie ihr Leistungsvermögen bringt.

Für die weitere wissenschaftliche Forschung ist aus den Ergebnissen die Notwendigkeit einer systematischen Auseinandersetzung mit der beruflichen Rückkehr als höchst ambivalenter, unsteter Suchprozess abzuleiten. Insbesondere die Soziologie sollte hier ihr Potential als „second opinion“ (Germov 2009) in einem solch medizingepägten Feld stärker als bisher ausschöpfen.

Literatur

- Albers, Peter. 2016. Menschen mit Krebs dürfen nicht den Anschluss an das soziale Leben verlieren. *Forum* 31:449.
- Angelis, Roberta de, Milena Sant, Michel Coleman, Silvia Francisci, Paolo Baili, Daniela Pierannunzio, Annalisa Trama, Otto Visser, Hermann Brenner, Eva Ardanaz, Magdalena Bielska-Lasota, Gerda Engholm, Alice Nennecke, Sabine Siesling, Franco Berrino und Ricardo Capocaccia (and the EURO CARE-5 Working Group). 2014. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5 - a population-based study. *Lancet Oncology* 15:23–3.
- Anton-Dyck, Jeannine. 2011. *Stufenweise Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX, § 74 SGB V*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Arnold, Melina, Mark Rutherford, Aude Bardot, Jacques Ferlay, Therese Andersson, Tor Åge Myklebust, Hanna Tervonen, Vicky Thursfield, David Ransom, Lorraine Shack, Ryan Woods, Donna Turner, Suzanne Leonfellner, Susan Ryan, Nathalie Saint-Jacques, Prithwish De, Carol McClure, Agnihotram Ramanakumar, Heather Stuart-Panko, Gerda Engholm, Paul Walsh, Christopher Jackson, Sally Vernon,

- Eileen Morgan, Anna Gavin, David Morrison, Dyfed Huws, Geoff Porter, John Butler, Heather Bryant, David Currow, Sara Hiom, Max Parkin, Peter Sasieni, Paul Lambert, Bjørn Møller, Isabelle Soerjomataram and Freddie Bray. 2019. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURVMARK-2): A population-based study. *Lancet Oncology* 20:1493–1505.
- Behrens, Johann, und Anne Dreyer-Tümmel. 1996. Abstiegskarrieren und Auffangpositionen. In *Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung*, Hrsg. Johann Behrens, und Wolfgang Voges, 188–226. Frankfurt am Main: Campus.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Hrsg. 2020. *Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Arbeitshilfe*. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/AH_Stufenweise_Wiedereingliederung_2020.pdf (zuletzt überprüft am 20.11.2020).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). o.J. *Nationale Dekade gegen Krebs*. <https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/gesundheit/nationale-dekade-gegen-krebs/nationale-dekade-gegen-krebs.html#:~:text=Vier%20Themenbl%C3%B6cke%20stehen%20in%20den%20kommenden%20Jahren%20im%20Fokus%3A&text=Und%20wie%20kann%20jeder%20Einzelne,sollen%20eine%20personalisierte%20Krebsfr%C3%BCherkennung%20erm%C3%B6glichen.> (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Canguilhem, Georges. 1974. *Das Normale und das Pathologische*. München: Carl Hanser Verlag.
- Delbrück, Hermann. 2003. *Krebsnachbetreuung. Nachsorge, Rehabilitation und Palliation*. Berlin: Springer.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). Hrsg. 2018. *Reha-Bericht. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik – mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2018.html (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Ernst, Jochen, Anja Mehnert, Sabine Taubenheim, Anke Rentsch, Beate Hornemann und Peter Esser. 2017. Stigmatisierung von erwerbstätigen Patienten mit Brust-, Darm-, Prostata- und Lungenkrebs. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 67:304–311.
- Flick, Uwe. 2010. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 3. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Gennep, Arnold van. 2005. *Übergangsriten (Les rites de passage)*, 3. Auflage. Frankfurt am Main: Campus.
- Gerdes, Nikolaus. 1986. Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. In *Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs*, Hrsg. Werner Schmidt, 10–34. München: Kaiser.
- Gerhardt, Uta. 1975. Krankenkariere und Existenzbelastung. *Zeitschrift für Soziologie* 5(3):215–236.
- Gerhardt, Uta. 1986. *Patientenkarrieren*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerlinger, Thomas. 2006. Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In *Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Hrsg. Claus Wendt, und Christof Wolf, 34–56. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Germov, John. Hrsg. 2009. *Second opinion. An Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press.
- Glaser, Barney, und Anselm Strauss. 1971. *Status passage*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Heckl, Ulrike, Joachim Weis, und Uwe Koch. 1998. Berufliche Rehabilitation von Tumorpatienten. In *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*, Hrsg. Uwe Koch, und Joachim Weis, 319–329. Stuttgart: Schattauer.
- Helfferich, Cornelia. 2004. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hopf, Christel. 1978. Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie* 7(2):97–115.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). Hrsg. 2020. *GLOBOCAN All cancers fact sheet*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> (zuletzt überprüft am 21.02.2022).

- Keil, Annelie. 2013. Krankheit als biographischer Ausnahmezustand: Der objektive Faktor Subjektivität. In *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*, Hrsg. Dieter Nittel, und Astrid Seltrecht, 125–138. Berlin: Springer.
- Kuckartz, Udo. 2014. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lauterbach, Karl. 2015. *Die Krebsindustrie. Wie eine Krankheit Deutschland erobert*. Berlin: Rowohlt Berlin.
- Lüders, Christian. 2008. Herausforderungen qualitativer Forschung. In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage, Hrsg. Uwe Flick, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke, 632–642. Reinbek: Rowohlt.
- Luhmann, Niklas. 2005. Der medizinische Code. In *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven*, 3. Auflage, Hrsg. Niklas Luhmann, 176–188. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, Philipp. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse*, 12. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Maytal, Guy, und John Peteet. 2009. The meaning of work. In *Work and Cancer Survivors*, Hrsg. Michael Feuerstein, 105–119. New York: Springer.
- Mehnert, Anja. 2011a. Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung. *Forum* 26:1–4. DOI 10.1007/s12312-010-0581-3 (zuletzt überprüft am 30.05.2022).
- Mehnert, Anja. 2011b. Employment and work related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 77:109–130.
- Mehnert, Anja, Angela de Boer und Michael Feuerstein. 2013. Employment challenges for cancer survivors. *Cancer* 119(11):2151–2159.
- Neale, Bren, und Jennifer Flowerdew. 2003. Time, texture and childhood: the contours of longitudinal qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology* 6(3):189–199.
- Parsons, Talcott. 1958. Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhefte*, Band 3, 10–57. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Plocher, Eva-Maria. 2015. Betriebliches Eingliederungsmanagement und besondere Aspekte bei Langzeiterkrankungen – Krankheitsbedingte Fehlzeiten als Herausforderung für das Personalmanagement. *Der BETRIEB* 49:2875–2880.
- Rick, Oliver, Eva-Marie Kalusche, Timm Dauelsberg, Volker König, Christian Korsukéwitz und Ulf Seifart. 2012. Reintegrating cancer patients into the workplace. *Deutsches Ärzteblatt International* 109(42):702–708.
- Robert Koch-Institut (RKI). Hrsg. 2016. *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-014> (zuletzt überprüft am 23.09.2022).
- Robert Koch-Institut (RKI) / Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID). Hrsg. 2019. *Krebs in Deutschland für 2015/2016*, 12. Ausgabe. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2019/krebs_in_deutschland_2019.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt überprüft am 24.05.2022).
- Schanze-Cichos, Miriam. 2023. *Zurück ins Arbeitsleben nach Krebs. Befunde eines qualitativen Längsschnitts zur Suche nach Normalität*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schilling, Georgia, Alexandra Stein, Julia Quidde und Carsten Bokemeyer. 2014. Survivorship-Programme. *Forum* 29(3):202–205.
- Schupp, Jürgen. 2019. Paneldaten für die Sozialforschung. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Hrsg. Nina Baur, und Jörg Blasius, 1265–1280. Wiesbaden: Springer.
- Sontag, Susan. 1996. *Krankheit als Metapher*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Stollberg, Gunnar. 2001. *Medizinsoziologie*. Bielefeld: transcript.
- Torre, Lindsey, Freddie Bray, Rebecca Siegel, Jacques Ferlay, Joannie Lortet-Tieulent und Ahmedin Jemal. 2015. Global Cancer Statistics 2012. *CA Cancer J CLIN* 65:87–108.
- Turner, Victor. 1964. Betwixt and Between: the Liminal Period in Rites de Passages. In *Proceedings of the 1964 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, Hrsg. June Helm, 4–20. Seattle: University of Washington Press.
- Turner, Victor. 2005. *Das Ritual: Struktur und Anti-Struktur*. Frankfurt am Main: Campus.

DIE „SUCHE NACH NORMALITÄT“ ALS SUBJEKTIVER
BEWÄLTIGUNGSPROZESS IM ARBEITSALLTAG NACH BRUSTKREBS

- Welzer, Harald. 1993a. Transitionen – ein Konzept zur Erforschung biografischen Wandels. *Handlung Kultur Interpretation* 2(3):137–155.
- Welzer, Harald. 1993b. *Transition: Zur Sozialpsychologie biographischer Wandlungsprozesse*. Tübingen: Edition Diskord.
- Wingenfeld, Klaus. 2009. Transitionen im Krankheitsverlauf. In *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, Hrsg. Doris Schaeffer, 91–110. Verlag Hans Huber: Bern.