

Behinderung durch Krebs und Chancen von Betroffenen zur beruflichen Integration

Diplomarbeit

vorgelegt von

Thoralf Witteck

November 2009

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Hochschule Neubrandenburg

im Wintersemester 2009/2010

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. A.S. Kampmeier
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. P. Schwab

<u>Gliederung</u>	Seite
Einleitung	1
1. Krebs und Behinderung	3
1.1. Definition von Krebs	5
1.2. Therapiemöglichkeiten bei Krebserkrankungen	6
1.3. Behinderung und Behinderungsgrad	7
2. Stigma	9
2.1. Stigmatheorie nach Goffman	10
2.1.1. Soziale Identität	12
2.1.2. Persönliche Identität	14
2.1.3. Ich- Identität	16
2.2. Schlussfolgerungen	18
3. Resilienz	19
3.1. Resilienztheorie	19
3.2. Risikofaktoren	20
3.3. Schutzfaktoren	22
3.4. Auswirkungen von Resilienz und Folgen für die berufliche Integration	24
4. Krebs und Erwerbsarbeit	25
4.1. Auswirkungen auf Betroffene	28
4.2. Mögliche Auswirkungen auf das Arbeitsumfeld	29
4.3. Berufliche Integration	31
4.4. Statistische Erhebungen zu Krebserkrankungen und zur beruflichen Rehabilitation	34
5. Falldarstellung	38
5.1. Marlene F.	38
5.2. Peter J.	41
5.3. Elfriede S.	45
6. Zusammenfassung	49
7. Anhang	52
7.1. Abkürzungen und Begriffe	52
7.2. Abbildungsverzeichnis	54
8. Quellenverzeichnis	55
Eidesstattliche Erklärung	58

Vorwort

Mit Antritt meines berufsbegleitenden Studiums im Fachbereich der sozialen Arbeit an der Hochschule Neubrandenburg im April 2005 war ich mir nicht sicher, ob ich jemals einen Abschluss mit dem Schreiben dieser Diplomarbeit erreiche. Auf diesem Weg hat mich eine Reihe von Personen unterstützt, in meinem Vorhaben bestärkt und auf dem rechten Pfad gehalten, bei denen ich mich besonders bedanken möchte. An erster Stelle meine Frau Anne - Babett, von der ich jede Hilfe und Unterstützung erhielt, wodurch häufig der erforderliche Zeitaufwand für das Studium erst ermöglicht wurde, aber auch für das Korrekturlesen meiner Hausarbeiten und dieser Diplomarbeit. Natürlich auch meine beiden Söhne Christian und Christoph, für die in der Zeit von Studium und Arbeit häufig zu wenig Zeit vorhanden war, was sich jedoch nach dieser Arbeit wieder bessern wird. Dank an meinen Studienzirkel und die Kommilitonen, ohne die ich nicht soweit gekommen wäre. Nicht zuletzt auch ein Dankeschön an Frau Prof. Dr. Anke Kampmeier für die prompte Übernahme und Betreuung dieser Diplomarbeit.

Neubrandenburg / Ahrenshagen, November 2009

Thoralf Witteck

Einleitung

Die Diagnose Krebs ist für jeden Betroffenen ein schwerwiegender Einschnitt in das persönliche Leben. Auch die Angehörigen sind entscheidend einbezogen. Die berufliche Situation ist in Frage gestellt. In dieser Lebenskrise hofft der Patient auf Heilung durch optimale Behandlung und braucht dringend Verständnis und Unterstützung durch die Familie. In der Zeit der medizinischen Rehabilitation stellt sich zu früherem oder auch späterem Zeitpunkt die Frage des möglichen beruflichen Wiedereinstieges.

Die Integration behinderter Menschen in den Beruf ist ein zentrales Thema in der sozialen Arbeit. In der beruflichen Tätigkeit von Sozialdiensten in Rehabilitationskliniken mit dem Schwerpunkt „Onkologie“ ist die berufliche Integration nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung von großer Bedeutung. Bekannt ist, dass die Patienten zu dem Thema des beruflichen Wiedereinstieges extrem voneinander abweichende Einstellungen haben. Für viele ist es das Ziel, nach der medizinischen Rehabilitation die berufliche Tätigkeit zeitnah wieder aufzunehmen. Andere Patienten lehnen dieses bei anscheinend vergleichbarer Situation kategorisch ab.

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema der beruflichen Integration nach Krebserkrankungen und versucht, diese sehr verschiedenen Handlungsformen der Betroffenen zu erläutern und zu erklären. Was bewirkt das Stigma „Behinderung“ bei Betroffenen in Bezug auf ihre weitere oder zukünftige berufliche Tätigkeit? Warum wollen einige sehr schnell wieder arbeiten, andere jedoch schließen einen beruflichen Wiedereinstieg für sich kategorisch aus?

Dazu wird in Kapitel 1 auf den Zusammenhang von Krebs und Behinderung eingegangen. Es folgen Ausführungen zu Krebserkrankungen und möglichen Therapieoptionen. Da die Betroffenen in der Regel einen Schwerbehindertenausweis besitzen, werden Zusammenhänge zwischen Erkrankung, Behinderung und Behinderungsgrad aufgezeigt.

Im Kapitel 2 erfolgt die Auseinandersetzung mit der Stigmatheorie vor dem Hintergrund oben genannter Fragestellung. Die Darstellung der drei Identitätsperspektiven von Goffman (soziale, persönliche und Ich-Identität) bildet die Grundlage zur Erklärung verschiedener Handlungsformen Betroffener. Sie erklärt, wie es zur Stigmatisierung kommt (soziale Identität), wie Betroffene ihr Stigma managen

(persönliche Identität) und welche Auswirkungen dieses auf die Person selbst hat (Ich-Identität). Die Theorie soll Erklärungsmöglichkeiten und Analysekategorien für unterschiedliche Verhaltensweisen am Beispiel der beruflichen Integration oder Rentenantrag aufzeigen. Es liegt die Vermutung nahe, dass in der bisherigen Sozialisation die Auffassung und Bewältigung von Stigma unterschiedlich vermittelt und angenommen wurden. Betroffene setzen sich offensichtlich mit dieser Problematik auf verschiedene Art und Weise auseinander. Diese Theorie wurde für die vorliegende Arbeit hinzugezogen, weil sie sich mit Identität im Krisenfall auseinandersetzt und damit Erklärungsansätze für die Forschungsfragen bietet.

Im Kapitel 3 wird die Resilienztheorie betrachtet. Sie ist zweite Erklärungsvariante für die verschiedenen Verhaltensweisen sein. Welche Schutz- und Risikofaktoren fördern bzw. hemmen die Entstehung von Resilienz, der seelischen Widerstandfähigkeit im Krisenfall? Welche Möglichkeiten haben Menschen mit Krebserkrankungen aus ihrer bisherigen Sozialisation heraus für den weiteren Verlauf ihres Lebens? Die Resilienz ist ständigen Veränderungen und Entwicklungen in der Biografie eines Menschen unterworfen. Welche persönlichen Ressourcen sind erforderlich, um eine berufliche Integration zu erreichen – oder auch nicht?

Im Kapitel 4 wird die Bedeutung von Erwerbsarbeit für von Krebs betroffene Menschen mit Behinderungen näher betrachtet. Welchen Stellenwert hat der Beruf zu diesem Zeitpunkt im Umgang mit der Erkrankung? Welche Möglichkeiten haben Menschen mit Behinderung durch Krebserkrankungen, sich in den Beruf zu integrieren? Welche möglichen Hilfen oder auch Hindernisse können auf diesem Weg liegen? Anhand unterschiedlicher Sichtweisen Betroffener, Arbeitgeber und Kollegen werden die Theorien angewendet. Welche Möglichkeiten einer beruflichen Integration gibt es? In einer Auswertung von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung, des Robert – Koch – Institutes und des Bundesministeriums für Gesundheit wird dargestellt, wie viele der Betroffenen durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in ihren Beruf zurückfinden oder eine Erwerbsminderungsrente beantragen.

In Kapitel 5 erfolgt anhand von 3 Falldarstellungen aus der Literatur (Hahn 1981) die praktische Anwendung der theoretischen Ausführungen.

Marlene F., eine verheiratete Frau, 29 Jahre alt, beginnt nach einer Gebärmutterhalskrebserkrankung wieder ihre berufliche Laufbahn. Ihr Leben verändert sich nach der Erkrankung in eine positive Richtung.

Peter J., verheiratet, Technischer Leiter, 53 Jahre, erkrankt an Kehlkopfkrebs. Nach seiner Erkrankung kann er ein halbes Jahr wieder in seinem Beruf tätig sein. Ein Wiederauftreten der Erkrankung mit erforderlicher Kehlkopfentfernung beendet seine berufliche Laufbahn. Er erschließt für sich neue Aktivitäten in Selbsthilfegruppen und Hobby.

Elfriede S., 41 Jahre, geschieden, hat Brustkrebs. Ein halbes Jahr nach ihrer Krebserkrankung beginnt sie wieder mit ihrer Arbeit. Folgen ihrer Erkrankung versteckt sie vor ihrer Umwelt. Nach einem Rezidiv des Krebses erfolgt erneut eine Wiedereingliederung in den Beruf, in der Folge kommt es aber zu einem weiteren Fortschreiten des bösartigen Tumors, welcher sie in eine Rente zwingt.

In der konkreten Auseinandersetzung anhand der Beispiele mit der Stigma- und Resilienztheorie werden Gründe und Erklärungen für die verschiedenen Verhaltensweisen aufgezeigt werden.

Zur besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, jeweils die weibliche und männliche Form von Personenbezeichnungen aufzuführen. Die grammatikalisch männliche Form wird geschlechtsneutral verwendet.

1. Krebs und Behinderung

Um die Begriffe und den Zusammenhang von Krebs als bösartige Geschwulsterkrankung und Behinderung zu erläutern, folgen an dieser Stelle Ausführungen zur Definition und weitere Grundlagen. Es werden die Zusammenhänge von Krebs über Behinderung zum Stigma dargestellt, die jeweils die Grundlage für die Forschungsfrage und ausgewählte Theorien von Stigma und Resilienz bilden. Krebserkrankungen als lebensbedrohliche Krankheit belasten Betroffene in vielfältiger Weise und fordern die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität. (vgl. Hahn 1981, S.42 ff.) Durch die lebensbedrohliche Erkrankung ist die betroffene Person gezwungen, sich mit diesem Zustand, dem durch Therapien gegebenenfalls veränderten Körper und der „personalen Einmaligkeit“, den „charakteristischen Eigenarten“ (ebd., S.43), auseinanderzusetzen. Die eigene Existenz und Identität stehen in Frage. Die häufig mit dieser Situation einhergehende Behinderung kommt noch erschwerend hinzu. Sie ist nicht selten die Basis zur Stigmatisierung betroffener Personen. Möglichkeiten und Umgangsformen mit Stigma werden un-

ter anderem in Kapitel 2 mit Hilfe der Stigmatheorie nach Goffman erläutert. Von Krebserkrankung betroffene Menschen sind im Zuge der klassischen Behandlungsmethoden von Krebs, zu denen Operation, Bestrahlung und Chemotherapie gehören, erheblich körperlich und seelisch eingeschränkt. (vgl. Gresenhues / Ziesche 2003, S.1400) Ist die Krebserkrankung mit einer langfristigen Behinderung verbunden, besteht die Möglichkeit gemäß §69 SGB IX, beim zuständigen Versorgungsamt einen Ausweis für Schwerbehinderte zu beantragen. (vgl. Beckmann / Kaspar 2009, S.7) Im §2 SGB IX wird Behinderung folgendermaßen definiert:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“

Die Feststellung einer Behinderung zu beantragen ist ein gravierender Einschnitt in das Selbstverständnis und die Identität einer Person.

„Die Erfahrung, welche den Menschen in seinem beständigen Streben nach Einhaltung mit sich, d. h. „Identität“, und der Welt, nach Glück, Geborgenheit und Erfolg am stärksten ins Wanken bringt, ist in unserer Zeit und Zivilisation vor allem Krankheit und insbesondere eine Krebserkrankung.“
(Hahn 1981, S.43)

Grundlage zur Festlegung der Behinderung sind die „Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht“. (vgl. Schulte 2008, S.7) Betroffene Personen geraten in einen Zwiespalt zwischen ihrer Persönlichkeit und den körperlichen Veränderungen wie z.B. künstlicher Darmausgang, Amputation der Brust oder entstellende Narben. Letztere zu akzeptieren setzt einen Prozess voraus, in dem die Person gelernt hat, auch bereits im bisherigen Leben Krisensituationen und die Identität gefährdende Veränderungen durch persönliche Ressourcen im familiären und beruflichen Umfeld zu bestehen

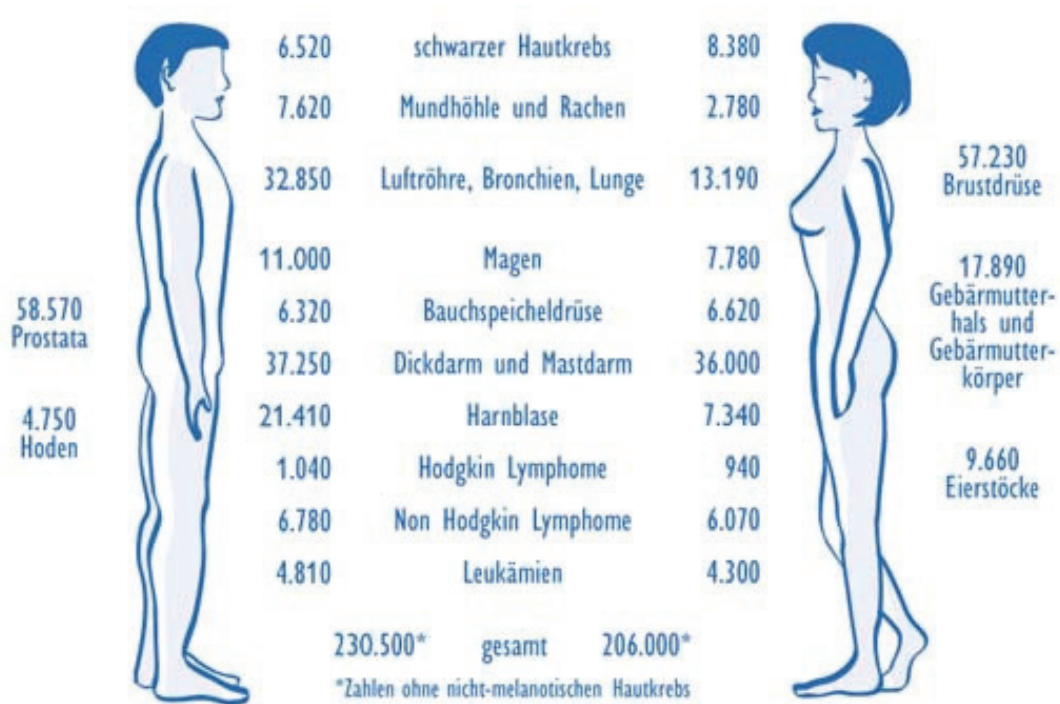
1.1. Definition von Krebs

Im klinischen Wörterbuch Pschyrembel findet man eine kurze und prägnante Definition zu Krebs. „Krebs: (engl.) cancer; allg. Bezeichnung für eine bösartige Neubildung (Tumor); i. e. S. das Karzinom (maligner epithelialer Tumor) bzw. das Sarkom (maligner mesenchymaler Tumor).“ (de Gruyter 2002, S.906). Wenn in dieser Arbeit von Krebs die Rede ist, so sind bösartige Geschwulsterkrankungen im menschlichen Körper gemeint. Diese Erkrankungen haben die verschiedensten Ursachen. Zum Verständnis seien hier einige Risikofaktoren für die Entstehung von Krebs aufgeführt:

- UV-Strahlen
- Tabakrauch
- Chemikalien
- Chronische Infektionen
- erhöhter Alkoholkonsum
- ungesunde Lebensweisen (unausgewogene Kost, wenig Bewegung)
- genetische Faktoren.

So vielfältig wie die Risikofaktoren sind, so zahlreich sind auch die Krebsarten. Praktisch jedes Gewebe im Körper kann bösartig entarten. Derzeit sind mehr als 300 verschiedene Krebsarten bekannt. Jährlich erkranken ca. 230500 Männer und ca. 206000 Frauen neu an Krebs. Die häufigsten Krebsarten beim Mann sind Lungen-, Darm- und Prostatakrebs, bei den Frauen treten bösartige Tumoren der Brust, Gebärmutterhals- und Darmkrebs am häufigsten auf. Eine Aufteilung nach der Verteilung der einzelnen Krebsarten in beiden Geschlechtern ist in Abb.1 ersichtlich. (vgl. Robert- Koch- Institut 2008, S.17)

Bei allen onkologischen Erkrankungen mit längeren körperlichen Einschränkungen können Betroffene einen Feststellungsantrag zur Schwerbehinderung stellen. (Beckmann / Kaspar 2009, S.42) Weitere Erläuterungen hierzu erfolgen im Kapitel 1.3. Im Anschluss erfolgen Ausführungen zu den Therapiemöglichkeiten bei bösartigen Erkrankungen, da auch sie – wie die Erkrankung selbst – Einfluss auf Identität und Behinderung haben.



Geschätzte Zahl der jährlich Neuerkrankten nach Krebsarten und Geschlecht (Robert Koch-Institut, 2008)

Abbildung 1: Jährliche Neuerkrankungen nach Krebsarten und Geschlecht ¹

1.2. Therapiemöglichkeiten bei Krebserkrankungen

Die Diagnostik von Krebserkrankungen geschieht im Zuge von Voruntersuchungen, als Zufallsbefunde bei Routineuntersuchungen oder durch das Auftreten von Symptomen, die weitere Untersuchungen zu Folge haben. (vgl. Gresenhues / Ziesche 2003, S.1392) Die Diagnosestellung erfolgt wenn möglich durch eine Probenentnahme mit nachfolgender Gewebeuntersuchung. In seltenen Fällen ist letztere nicht möglich, so dass anhand bildgebender Verfahren (Röntgen, Computertomografie, Magnetresonanztomografie) eine Therapieentscheidung getroffen werden muss. (vgl. ebd., S.1393)

Anhand der zum Zeitpunkt der Diagnosestellung vorliegenden Befunde zur Ausbreitung des Tumors und eventueller Absiedlungen (Metastasen) sind verschiedene Therapieoptionen möglich. Die Operation als chirurgischer Eingriff zur Entfernung der bösartigen Geschwulst ist häufig der erste Schritt. Diesem kann sich die Chemotherapie und/oder Bestrahlung anschließen, welche in manchen Fällen

¹ Entnommen von: <http://www.Krebshilfe.de/Krebszahlen.html>

aber auch schon vor einem operativen Eingriff Anwendung finden. Chemotherapie und Bestrahlung sollen eine Ausbreitung von Tumorzellen in den restlichen Körper verhindern oder auch bereits vorhandene Metastasen bekämpfen.

Durch diese Therapien werden häufig nicht nur Krebszellen geschädigt, sondern auch gesundes Gewebe mit bestimmten Merkmalen wie eine schnelle und häufige Zellvermehrung. Aus diesem Grund kommt es oftmals zu sehr unangenehmen Nebenwirkungen für die betroffenen Patienten wie Übelkeit, Erbrechen oder auch Haarausfall. (vgl. Gresenhues / Ziesche 2003, S.1400 ff) An Krebs Erkrankte müssen häufig während und nach der Therapie mit einer Reihe von Einschränkungen und körperlichen Veränderungen zurechtkommen. Zu diesen Einschränkungen zählen unter anderem Brustamputation, Kehlkopfentfernung, Gedächtnisausfälle, Sprachstörungen, Überempfindlichkeit an den Extremitäten oder auch Haarausfall. Das eigene Körpergefühl und ihre Identität werden hierdurch häufig in Frage gestellt. So entsteht infolge der durch die Therapien hervorgerufenen Begleiterscheinungen ein Konflikt zum Selbstverständnis des bisherigen Körperbildes und damit der persönlichen Identität.

1.3. Behinderung und Behinderungsgrad

Im Zuge der zuvor genannten Erläuterung zur Krankheit „Krebs“ mit seinen Therapien und den resultierenden körperlichen Einschränkungen ist es für viele Betroffene nahe liegend, die Feststellung einer Behinderung zu beantragen. Die Zuständigkeit zur Feststellung einer Behinderung liegt bei den Versorgungsämtern in den einzelnen Bundesländern. (Schulte 2008, S.7) Diese sind den Landesämtern für Gesundheit und Soziales angegliedert. Mit einer Antragstellung erfolgt unter Zuhilfenahme aller vorhandenen medizinischen Unterlagen eine Einstufung in einen Behinderungsgrad. Dieser Grad der Behinderung (GdB) kann von 10% bis 100% reichen. Die Grundlage für die Einstufung bilden die Anhaltspunkte für die ärztliche Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. (Schulte 2008, S.8) Zusätzlich können besondere gesundheitliche Merkmale durch Merkzeichen ausgewiesen werden.

Folgende Merkzeichen sind möglich:

- G - in der Beweglichkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt
- aG - außergewöhnlich gehbehindert
- H - hilflos
- Bl - blind
- Gl - gehörlos
- B - ständige Begleitung notwendig
- RF - Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung (vgl. Schulte 2008, S.8)

Behinderung und Merkzeichen sind nach ihrer Ausprägung und Festlegung mit gesetzlich vorgegebenen Nachteilsausgleichen (Vergünstigungen) versehen. Solche Vergünstigungen sind zum Beispiel erhöhter Kündigungsschutz, vermehrter Urlaubsanspruch oder auch der Schutz vor Mehrarbeit. Neben diesen positiven Begleiterscheinungen gibt es auch negative Einflüsse auf betroffene Personen mit Behinderungen. Zusätzlich zur Schädigung selbst können auch die mit der Anerkennung der Behinderung vorgesehenen Nachteilsausgleiche zur Stigmatisierung führen. Gesellschaftlich betrachtet wird die Gruppe der Behinderten immer noch stigmatisiert und nicht selten als Menschen zweiter Klasse behandelt, insbesondere bezogen auf den Beruf und die Arbeitswelt.

Eine Reihe gesetzlicher Grundlagen soll die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben fördern und sichern. Artikel 3 Absatz 3 im Grundgesetz verbietet die Benachteiligung auf Grund von Behinderungen.

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ (Stascheit 2007, S.18)

So ist durch das 2001 eingeführte SGB IX die Teilhabe Behinderter am Leben in der Gesellschaft und im Berufsleben geregelt. Hier sollen durch mehr Beratung und mehr Leistung die Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen verbessert werden. Das Bundesgleichstellungsgesetz (BGG) aus dem Jahr 2002 soll ebenfalls die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung unterbinden und die Teilhabe fördern. Dennoch können diese gesetzlichen Regelungen die Ausgrenzung und Stigmatisierung nicht immer verhindern.

„Viele müssen als Folge der Krankheit und der Therapie ihre berufliche Tätigkeit aufgeben.“ (Biesel 2009 (Internetquelle))

Da die Gefahr eines Wiederauftretens (Rezidiv) der Krebserkrankung oftmals über eine lange Zeit bestehen bleibt, kann eine betroffene Person, so wie Hahn es beschreibt, ein „Risikofall und Unsicherheitsfaktor“ (vgl. Hahn 1981, S.75) in der Firma sein. Die Identifikation mit diesem Status führt bei den Betroffenen nicht selten zur Beschädigung der Persönlichkeit. Derjenige gerät in Konflikt mit seiner bis dahin bestehenden Identität und seinem Selbstverständnis. Das betrifft Reaktionen aus der Gesellschaft (Familien, Freunde, Arbeitgeber, Kollegen), die eigene „Persönlichkeit“, wie Hahn sie bezeichnet, gerät ins Wanken. Es kommt teilweise soweit, dass die Behinderung verheimlicht oder verdeckt wird, um im beruflichen Umfeld akzeptiert und integriert zu werden. Der Mensch mit Behinderung muss lernen, in den verschiedenen Anforderungen und hier speziell mit den beruflichen Erwartungen an seine Person, mit den Reaktionen von Arbeitgebern und Kollegen umzugehen.

In diesem Zusammenhang werden in Kapitel 2 Ausführungen zu Stigma und Identität gemacht. Sie bilden, wie auch die Resilienz in Kapitel 3, die Grundlagen zur Beantwortung der Fragestellung über Verhaltensweisen von Krebskranken und behinderten Menschen im Zuge der beruflichen Integration.

2. Stigma

Bezüglich der zu Anfang aufgeworfenen Fragestellung - was macht Behinderung durch Krebs mit Betroffenen und wie wirkt sich dies auf die zukünftige berufliche Situation aus? - sollen auf der Grundlage der Theorie von E. Goffman drei verschiedene Identitäten und das Stigmamanagement betrachtet werden. Diese Theorie wurde herangezogen, da sich aus ihr weitere Erkenntnisse für Verhaltensweisen und Stigmabewältigungstechniken ergeben. Anschließend sollen dann daraus Bezüge, Möglichkeiten und Verfahrensweisen für die zukünftige berufliche Integration hergeleitet werden. Außerdem dienen sie dazu, die Fallbeispiele aus der Literatur in Kapitel 5 dieser Arbeit theoriebezogen zu betrachten und Erklärungen für

die Handhabung der Lebenskrise Krebs in den einzelnen Fällen zu finden und zu erläutern. Die Theorie bezieht sich auf die Stigmatisierung von Andersartigkeit. Im Folgenden wird auf die Theorie und den konkreten Bezug auf die Fragestellungen gesondert eingegangen.

2.1. Stigmatheorie nach Goffman

Nachfolgend und im Kapitel 3 werden die theoretischen Grundlagen zur Bearbeitung der Fragestellung näher erläutert. Goffman hat sich mit dem Begriff „Stigma“ im Zusammenhang mit „beschädigter Identität“ auseinandergesetzt und diesen soziologisch diskutiert. Da die Gruppen betroffener Krebskranker und Menschen mit Behinderungen eine Kategorie in der Gesellschaft bilden, die von Stigma betroffen sein kann, wurde diese Theorie für die Betrachtungsweise ausgewählt. Erläuterungen zur Theorie und deren Zusammenhang mit den genannten Personengruppen sowie deren Verhaltensweisen in Bezug auf berufliche Integration erscheinen hier wesentlich. Was führt zu Stigma und Ausschluss? In der Regel sind es bestimmte Merkmale wie körperliche Behinderung, Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen oder besondere Verhaltensweisen, die eine Stigmatisierung hervorrufen.

In Goffmans Theorie geht es nicht um körperliche Merkmale, sondern um Zuschreibungen der entsprechenden Merkmale. Das Stigma wird erst in der Interaktion, in der sozialen Beziehung relevant. (vgl. Cloerkes 2000, S. 104) Was für eine Gruppe von Personen in der Gesellschaft ein Stigma darstellt, muss für eine andere Gruppe, bzw. von Goffman bezeichnete Kategorie von Personen, nicht ebenso zwangsläufig zutreffen. So wird beispielsweise soziale Beziehung zu Partnern oder Freunden eine andere sein als zu Kollegen oder Arbeitgebern.

Goffman sieht in Stigma

„... die Situation des Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptierung ausgeschlossen ist.“ (Goffman 1967, S.7)

In seiner Theorie geht es nicht um körperliche Merkmale an sich, sondern um Zuschreibungen bzw. negative Definitionen dieser Zuschreibungen. (vgl. Cloerkes 2000, S.104) Die Merkmale, die diese Zuschreibungen auslösen, können sichtbar (Op-Narbe, Entstellungen, körperliche Einschränkungen) oder unsichtbar (psychische Einschränkungen, Depressionen, seelische Narben) sein.

„Auf der Grundlage eines Stigmas tendieren die <<Normalen>> dazu, weitere Unvollkommenheiten und negative Eigenschaften als Generalisierungen zu unterstellen.“ (ebd., S.104)

Es handelt sich also um einen Zuschreibungsprozess, von dem der Betroffene, Behinderte oder Krebskranke jedoch nicht weiß, inwieweit seine Merkmale bekannt sind und wie weit sich die Zuschreibungen erstrecken. Das erzeugt Unsicherheit und erschüttert die eigene Identität und Selbstsicherheit.

„Gesellschaft schafft die Mittel zur Kategorisierung von Personen und den kompletten Satz von Attributen, die man für die Mitglieder jeder dieser Kategorien als gewöhnlich und natürlich empfindet.“ (Goffman 1967, S.9/10)

Menschen, die aus dem Prozess längerer Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Krebserkrankung kommen – und das betrifft häufig den Zeitraum von einem Jahr und länger- können oft nicht abschätzen, wie ihr berufliches Umfeld auf ihre neue Situation reagiert. Hinzu kommt die Unsicherheit über die eigene Leistungsfähigkeit und Veränderungen am Arbeitsplatz.

„Darüber hinaus kann auch im günstigsten Falle doch die berufliche Belastbarkeit des jederzeit rückfallbedrohten Krebsbehandelten, dessen Wohlbefinden oft wechselhaft und durch häufige Phasen rascher Ermüdung und gelegentlicher Beschwerden unterbrochen ist.“ (Hahn 1981, S.74)

Inwieweit ist der Vorgesetzte, sind die Kollegen, mit dem Krankheitsbild vertraut? Im Zuge des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements nach §84 SGB IX kann beispielsweise eine stufenweise Wiedereingliederung, eine stundenweise Arbeitserprobung im Krankenstand erfolgen. Die Reaktion aus dem beruflichen

Umfeld (Ablehnung, Mobbing, Hilfe, Unterstützung) und die derzeit realisierte Identität bestimmen erheblich den Ausgang des unternommenen Arbeitsversuches und damit auch die berufliche Perspektive. Goffman unterscheidet in seiner Theorie drei Identitätsformen. Dazu gehören die soziale Identität, die persönliche Identität und die Ich-Identität.

„Identität lässt sich folgendermaßen definieren: Die Erfahrung, eine einzigartige, kohärente Einheit zu sein, die kontinuierlich besteht und die gleiche bleibt, unabhängig von innerpsychischen Veränderungen oder solchen der äußeren Umgebung.“ (Wolf / Mulot / Seidel 2002, S.477)

Der Mensch ist ein Leben lang bemüht, diese seine Identität herzustellen oder zu bewahren. Dieses geschieht unter den verschiedensten Umweltbedingungen wie Familie, Beruf, Freizeit, aber auch in Krisensituationen wie Krankheit, Arbeitsplatzverlust, Scheidung oder Trennung. Diese Krisensituationen stellen den Menschen immer wieder vor die Aufgabe, seine Identität in seiner persönlichen Individualität herzustellen. Die verschiedenen Identitäten sind wichtig zur weiteren Betrachtung der Fragestellung, da sie verdeutlichen, wie es zur Stigmatisierung kommt (soziale Identität), wie Betroffenen ihr Stigma managen, es verbergen oder anderweitig damit umgehen (persönliche Identität), und was es bei dem Einzelnen für Auswirkungen hinsichtlich der eigenen (Ich)-Identität hat (z.B. Isolation, Rückzug, Aufklärung, Integration, Kontaktverlust) . Auf der Basis dieser drei Identitäten erfolgt die weitere Auseinandersetzung mit der Stigmatheorie. Dazu werden anschließend die einzelnen Identitätstypen näher erläutert und die Verbindung mit der Fragestellung hergestellt.

2.1.1. Soziale Identität

Die soziale Identität bildet die Grundlage von Stigma und Stigmatisierung. Sie beschreibt die gesellschaftliche Zuordnung in Gruppen.

„Die Gesellschaft schafft die Mittel zur Kategorisierung von Personen und den kompletten Satz von Attributen, die man für die Mitglieder jeder dieser Kategorien als gewöhnlich und natürlich empfindet.“ (Goffman 1967, S.9)

Nicht das Merkmal selbst sondern die gesellschaftliche Bedeutung dieses Merkmals führt zu einer Bedrohung der Identität eines Betroffenen. Jeder Person, mit der man in sozialen Situationen und Beziehungen zu tun hat, wird nach Goffman eine „virtuale“ (zugeschriebene) soziale Identität unterstellt, ohne sich darüber tiefer gehende Gedanken zu machen. Das bedeutet, dass wir jeder Person eine vermutete Identität oder bestimmte Eigenschaften zuschreiben und sie damit in eine gewisse Kategorie bzw. Gruppe einordnen. (vgl. Richter 2003) Dieses kann für äußerlich sichtbare Merkmale wie Entstellungen, aber auch für vermutete Veränderungen zutreffen. Hierdurch ergibt sich eine gewisse Erwartungshaltung an eine Person. So kann beispielsweise im Zuge der beruflichen Rückkehr eines Betroffenen nach langer Krankheit der Vorgesetzte vermuten, dass der Arbeitnehmer seine frühere Tätigkeit nicht mehr im gleichen Umfang ausüben kann, dass die Leistungsfähigkeit gesunken ist.

„Zu diesem Zeitpunkt bemerken wir wahrscheinlich, dass wir immerzu bestimmte Annahmen darüber gemacht hatten, was unser Gegenüber sein sollte.“ (Goffman 1967, S.10)

Die Art und Weise der Stigmatisierung ist abhängig von der Offensichtlichkeit des Stigmas.

Goffman unterscheidet danach drei verschiedene Typen von Stigmata:

- körperliche Abweichungen (verschiedenste Deformitäten und Behinderungen)
 - Charaktereigenschaften als wahrgenommene Willensschwächen (Arbeitslosigkeit, Sucht, Gewalttätigkeit, Gefängnis)
 - bestimmte Gruppenzugehörigkeiten (Rasse, Religion, Nationalität)
- (ebd., S.12)

Je offensichtlicher die Abweichungen in Erscheinung treten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Stigmatisierung. Die in sozialen Beziehungen tatsächlich bewiesene Identität wird von Goffman als „soziale aktuelle Identität“ bezeichnet. Damit ist die erlebte, reale oder tatsächliche Identität gemeint. (vgl. Goffman 1967, S.10)

Stimmen vermutete und tatsächliche Identität überein, oder wird die bewiesene Identität nicht als abweichend empfunden, wird es voraussichtlich keine Stigmatisierung geben. Erst die Diskrepanz von virtueller und aktueller sozialer Identität bildet die Grundlage dazu. Sie führt damit zur Beschädigung der sozialen Identität von betroffenen Personen wie Krebskranken, behinderten Menschen. Als Ergebnis kann die entstehende Diskrepanz die Betroffenen von ihrem sozialen und beruflichen Umfeld, aber auch vom eigenen „Selbst“, der eigenen Persönlichkeit trennen. (vgl. Richter 2003) Daraus ergibt sich, dass erst die Unterschiede zwischen erwarteter und tatsächlicher (erlebter) Persönlichkeit Stigmata auslösen können. Der Umfang der Stigmatisierung ist abhängig von der Offensichtlichkeit der Abweichungen wie Narben oder Behinderungen, aber auch davon, ob die beurteilenden Personen Vorurteile gegen diese Abweichungen oder Zugehörigkeiten zu bestimmten Kategorien oder Gruppen haben.

2.1.2. Persönliche Identität

Eine weitere Identitätsform nach Goffman ist die persönliche Identität. Hier ist die Einzigartigkeit eines Menschen in Verbindung mit seiner Biografie gemeint. Dies bedeutet die Unverwechselbarkeit der einzelnen Person, ihre Einzigartigkeit als Mensch und Individuum. (vgl. Cloerkes 2000, S.105) Diese Eigenschaft schließt positive und negative Merkmale und somit auch Stigmata ein. Zu diesen Besonderheiten gehören auch Einschränkungen und Kennzeichen, wie sie zum Beispiel durch eine Krebserkrankung entstehen können. Auch diese besonderen, „gesellschaftlich“ negativ betrachteten Merkmale, gehören zur persönlichen Identität eines Menschen. Ebenso belegen ein Passbild oder ein Fingerabdruck die individuelle Identität. Persönliche Identität ist häufig dokumentierbar.

„Persönliche Identität hat folglich mit der Annahme zu tun, dass das Individuum von allen anderen differenziert werden kann...“ (Goffman 1967, S.74)

Positive wie auch negative Merkmale und Eigenschaften in seine Identität, Persönlichkeit und Biografie zu integrieren, wird von Goffman als persönliche Identität bezeichnet. Nach diesem Autor lässt sie sich an „positiven Kennzeichen oder Identitätsaufhängern“ wie zum Beispiel einem Schwerbehindertenausweis dokumentieren. (vgl. ebd., S.74) Wenn an Krebs erkrankte Personen im Zuge des Krankheits- und Therapieverlaufes einen Schwerbehindertenausweis erhalten, fällt es in diesen Teil der Identität, sich mit diesem Merkmal zu identifizieren, und dieses dementsprechend nach außen in seiner Umwelt und in sozialen Beziehungen zu demonstrieren. Wenn diese Merkmale nicht offensichtlich sind, können Erkrankte natürlich versuchen, sie zu verbergen – beispielsweise ein Verschweigen einer Behinderung gegenüber dem Arbeitgeber.

„Es scheint auch, dass es für das Individuum zur Handhabung seiner persönlichen Identität notwendig sein wird, zu wissen, wem es viel Informationen schuldet, und wem sehr wenig..“ (ebd., S. 84)

So wird die Person in Familie und Freundeskreis sicher mehr offenbaren als im beruflichen Umfeld gegenüber Arbeitgebern und Kollegen, da sie die Reaktion aus dem letzteren Teil seines sozialen Umfeldes schlechter beurteilen kann. Betroffene Menschen versuchen, Informationen die bekannt werden sollen zu steuern, indem sie beispielsweise von der Norm abweichende Erscheinungen verdecken. Goffman spricht in so einem Fall von Informationskontrolle. (vgl. ebd., S.83) So kann eine fehlende Brust nach Mammakarzinom-Operation mit einer Epithese aufgefüllt, oder das durch eine Chemotherapie ausgefallene Haar durch eine Perücke ersetzt werden. Das Ausmaß der Informationskontrolle ist jedoch abhängig davon, inwieweit diese Stigmata den Anderen nicht bekannt oder offensichtlich sind.

„Das entscheidende Problem ist nicht, mit der Spannung, die während sozialer Kontakte erzeugt wird, fertig zu werden, sondern eher dies, die Information über ihre Fehler zu steuern.“ (ebd., S.56)

In Bezug auf die weitere berufliche Tätigkeit würde der Arbeitgeber durch einen Schwerbehindertenausweis in der Regel etwas über vorhandene Einschränkungen erfahren. Solange diese jedoch nicht offensichtlich sind, kann er sich kein umfangreiches Bild von seinem Arbeitnehmer machen. Ihm blieben primär nur Vermutungen über den Zustand seines Angestellten. Hierauf können Reaktionen wie Akzeptanz, Mitleid, Integration aber auch Ablehnung, Mobbing und Kündigung erfolgen. Durch Täuschung mit einer Epithese oder Perücke könnte es dem Menschen mit der Behinderung aber gelingen, eine für ihn bedrohliche Situation zu entschärfen. Soziale und persönliche Identität sind Erwartungen an eine Person.

„Soziale und persönliche Identität sind zu allererst Teil des Interesses und Definition anderer Personen hinsichtlich des Individuums, dessen Identität in Frage steht.“ (Goffman 1967, S.132)

Identität ist nichts Starres oder Festes. Der Mensch mit seiner Selbsterfahrung und Biografie ist immer wieder gezwungen, sich wandelnden Bedingungen wie Erkrankungen, Arbeitslosigkeit, körperliche Veränderungen oder Erwartungshaltungen von Anderen anzupassen. Wie ihm das im Zusammenhang mit Erkrankung und Behinderung gelingt, beschreibt die dritte Identitätsform, die Ich-Identität.

2.1.3. Ich-Identität

Als Ich-Identität bezeichnet Goffman das Erkennen, Reagieren und Empfinden der eigenen Situation im sozialen Umfeld – die Wahrnehmung des eigenen Stigmas. So erfolgt

„...das subjektive Empfinden seiner eigenen Situation und seiner eigenen Kontinuität und Eigenart, die ein Individuum allmählich als Resultat seiner verschiedenen sozialen Erfahrungen erwirbt.“ (ebd., S.132)

Diese Wahrnehmung erfolgt durch eine Vielzahl von Selbsterfahrungen im Umgang mit den Anderen oder den „Normalen“. (vgl. ebd., S.13) Als Ich-Identität wird

in dieser Theorie die Handhabung des Zwiespaltes von sozialer und persönlicher Identität betrachtet. Einerseits versucht das Individuum, in seiner sozialen Identität gesellschaftliche Erwartungen seiner Kategorie zu erfüllen, andererseits wird angestrebt, die persönliche Identität zu bewahren oder zu managen, indem es bemüht ist, seine Einzigartigkeit und besondere Individualität herzustellen. Die Entwicklung einer Balance zwischen diesen beiden Identitäten bezeichnet Goffman als Ich-Identität.

„Die Idee der Ich-Identität erlaubt uns, zu betrachten, was das Individuum über das Stigma und sein Management empfinden mag...“ (Goffman 1967, S.132)

Wie und ob von Stigma betroffene Personen die Balance erreichen, entscheiden die in der bisherigen Sozialisation gemachten Selbsterfahrungen auf diesem Gebiet. Wie sind belastende Situationen im bisherigen Leben ausgegangen? Kam es zum Scheitern oder ging der Betroffene eventuell sogar gestärkt daraus hervor? Goffman erläutert, dass es nicht die Frage ist, ob eine Person Erfahrungen mit eigenem Stigma hat, sondern mit wie vielen Spielarten sie in dieser Hinsicht bereits Erfahrungen gesammelt hat. (vgl. ebd., S.159)

In welchem Ausmaß ist das Verdecken bestimmter Merkmale mit sich selbst vereinbar, um beispielsweise vom beruflichen Umfeld akzeptiert zu werden. Wie kann man Arbeitgebern und Kollegen den Umgang mit dem eigenen Stigma erleichtern, um zur Entwicklung einer angenehmen Arbeitsatmosphäre beizutragen? Hinsichtlich der beruflichen Zukunft spielen die Herstellung der Balance von Erwartungen des Arbeitsumfeldes mit der erforderlichen Leistungsfähigkeit des Erkrankten einerseits und die Wahrung der Individualität mit Behinderungen und körperlichen Einschränkungen andererseits, eine erhebliche Rolle.

„Wenn das stigmatisierte Individuum merkt, dass die Normalen es schwierig finden, seine Fehler zu ignorieren, sollte es versuchen, ihnen und der sozialen Situation durch Bemühungen, die Spannungen zu reduzieren, behilflich zu sein.“ (ebd., S.145)

Seine bisherigen Erfahrungen als Stigmatisierter können dem Betroffenen helfen, seinen Umgang mit dem beruflichen Umfeld zu erleichtern. So kann unter anderem durch einen Arbeitsversuch getestet werden, wie die reale Leistungsfähigkeit beschaffen ist, damit sich sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer eine entsprechende Beurteilung erlauben können.

2.2. Schlussfolgerungen

Goffman bezieht seine Ausführungen nicht unbedingt auf das berufliche Umfeld. Aus seinen theoretischen Ansätzen lassen sich aber Beweggründe ableiten, wie menschliches Verhalten in Situationen der Stigmatisierung erklärbar wird. Was lässt sich für die anfangs formulierte Fragestellung hieraus ableiten? Der in dieser Arbeit betrachtete Personenkreis von krebserkrankten Menschen mit Behinderungen kann durchaus von Stigmata betroffen sein - sei es durch die Erkrankung selbst, Behinderungen oder körperliche Veränderungen oder auch in sozialen Beziehungen. Bei einer Diskrepanz von zugeschriebener und erlebter Identität erfolgt in der Regel eine Stigmatisierung. Die betroffenen Personen werden ungünstigen sozialen Kategorien zugeordnet. Im Zuge der persönlichen Identität ist der Mensch mit Behinderung bemüht, seine Individualität auch in diesem veränderten Zustand zu bewahren oder wieder herzustellen. Hierzu bedient er sich gegebenenfalls bestimmter Techniken, sein Stigma so zu managen, dass er seine „Persönlichkeit“ in seiner Biografie bewahrt. Das ausgewogene Balancieren von einerseits gesellschaftlicher Zuordnung in benachteiligte Gruppen und andererseits Wahrung der eigenen Individualität mit Behinderungen, ist durch Lebenskrisen erheblich erschwert. Damit das gelingt, muss im bisherigen Sozialisierungsprozess schon eine Anzahl von ähnlichen Selbsterfahrungen gesammelt worden sein – auch in Krisensituationen. Gelingt der Ausgleich jedoch nicht, sind die Folgen der beschädigten Identität Rückzug, Isolation, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Versagensängste, Abbruch sozialer Beziehungen (Beruf) und Kontakte und nicht zuletzt eine erheblich verminderte Lebensqualität. Die Rückkehr in den Beruf oder die Aufnahme einer neuen Tätigkeit wären erheblich erschwert.

3.Resilienz

Eine weitere Theorie zur Beantwortung der Fragestellung dieser Diplomarbeit über die Chancen der beruflichen Integration von krebserkrankten Menschen wird die Resilienztheorie sein. Diese wurde für die Arbeit herangezogen, um unter dem Blickwinkel der Resilienz weitere Antworten zu finden, wie die verschiedenen Handlungsweisen von betroffenen Menschen mit Behinderungen zu begründen und zu verstehen sind. In diesem Zusammenhang werden die Schutz- und Risikofaktoren betrachtet, die Resilienz fördern oder hemmen können, um die verschiedenen Motivationen (berufliche Integration oder Erwerbsminderungsrente) von Erkrankten zu hinterfragen.

3.1. Resilienztheorie

Die Resilienz und Resilienztheorie ist noch eine relativ junge Forschungsdisziplin. (Wustmann 2004, S.86) . Die Kauai- Längsschnittstudie von Werner und Smith (1982, 1992, 1993, 1995, 1999, 2000, 2001) ist die so genannte Pionierstudie der Resilienzforschung. (vgl. ebd., S.86) Hier wurde über vierzig Jahre hinweg im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren systematisch die Entwicklung von Risikokindern (Armut, geringe Bildung der Eltern, zerrüttete Familien usw.) auf der Hawaii-anischen Insel Kauai bis ins Erwachsenenalter beobachtet und ausgewertet. Das Ergebnis zeigte, dass sich ein Drittel dieser Kinder trotz widrigster Umstände zu „selbstsicheren und leistungsfähigen Erwachsenen“ entwickelte. (vgl. ebd., S.87/88)

Der Begriff der Resilienz meint die seelische Widerstandsfähigkeit bzw. Elastizität gegenüber belastenden Lebenssituationen, wie Trennungsverlust, Scheidung, Tod, lebensbedrohliche Erkrankung (Krebs) oder traumatische Erlebnisse (Krieg, Vergewaltigung). (ebd., S.18/19) Zunächst ging man von einem angeborenem Persönlichkeitsmerkmal aus. Nach heutigem Erkenntnisstand wird Resilienz jedoch als dynamischer Prozess und variable Größe über die Zeit und Lebenssituationen hinweg betrachtet. (vgl. ebd., S.30/31). Sie bezieht sich auf verschiedene Lebens-

bereiche und ist nicht ohne weiteres von einem auf den anderen Bereich übertragbar. (vgl. ebd., S.32) Wer beispielsweise gegenüber stressbelasteten Situationen im Beruf resilient ist, muss es in anderen, z. B. gesundheitlich belasteten, Situationen nicht sein.

Das Resilienzkonzept bzw. die Resilienztheorie meint eine schnelle und positive Erholung nach traumatischen Erlebnissen wie beispielsweise lebensbedrohliche Erkrankungen und Umstände. (vgl. Winkler/Gelhausen 2007)

Das Gegenstück zur Resilienz ist die Vulnerabilität. Sie kennzeichnet die Verwundbarkeit, Verletzlichkeit und Empfindlichkeit einer gefährdeten Person gegenüber ungünstigen und negativen Einflussfaktoren. (vgl. Wustmann 2004, S.22)

Resilienz, zunächst auf dem Gebiet der Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung von Kindern betrachtet, wird zusehends auf Bereiche im Erwachsenenalter übertragen – beispielsweise auf den Bereich der Arbeits- und Berufswelt.

Resilienz wird bereits in der frühkindlichen Sozialisation erworben, kann aber auch im Verlauf des Lebens für die verschiedensten Bereiche trainiert und somit gestärkt werden. Sie ist erlernbar. Um diesen Zustand resilienter Widerstandskraft gegenüber bedrohlichen und belastenden Lebenssituationen zu erreichen, sind bestimmte Risiko- bzw. Schutzfaktoren zu betrachten. Diese werden im folgenden Abschnitt erläutert.

3.2. Risikofaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren für resilientes Verhalten lassen sich nicht strikt voneinander trennen. Sie wirken gemeinsam und sind häufig eng miteinander verbunden. (vgl. Gugel 2007, S.10)

Risikofaktoren sind entwicklungshemmende bzw. –gefährdende Merkmale, die der Resilienz entgegenwirken. (vgl. Winkler / Gelhausen 2007). Bei den Risikofaktoren wird nach Wustmann unter anderem nach primären und sekundären Bedingungen unterschieden. Primäre Risikofaktoren beziehen sich auf Ursachen, die der Mensch von Geburt an aufweist – z.B. Frühgeburt, genetische Disposition usw. Sekundäre Risikofaktoren hingegen begründen sich in der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt (Familie, Peer – Groups, Beruf) im weiteren Sozialisati-

onsverlauf. (vgl. Wustmann 2004, S.37) Für die weiteren Betrachtungen dieser Arbeit spielen somit die sekundären Risikofaktoren die hauptsächliche Rolle.

„Eine besondere Form von Risikofaktoren stellen traumatische Erlebnisse dar.“ (Wustmann 2004, S.39)

Solche traumatischen Erfahrungen können sein:

- Natur-, technische oder durch den Menschen verursachte Katastrophen (Erdbeben, Vulkanausbruch, Flugzeugunglück)
- Kriegs- und Terrorerlebnisse, Verfolgung, Vertreibung
- Schwere Unfälle
- Gewalttaten (Körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, seelische Gewalt)
- beobachtete Gewalterlebnisse (Beobachtung von Verletzung, Tötung, Folterung)
- Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit und belastende medizinische Maßnahmen (Krebserkrankung mit Therapien)
- Tod oder schwere Erkrankung eines oder beider Elternteile (ebd.,S.40)

Die Diagnose Krebs als eine lebensbedrohliche Erkrankung und die damit verbundenen körperlich und psychisch belastenden Maßnahmen bzw. Therapien wie Operation, Chemotherapie und Bestrahlung stellen sogar eine besonders extreme Form von traumatischen Erlebnissen dar. In dieser Situation geht es um „existenzielle Erfahrungen“, „die Endlichkeit des eigenen Lebens“ wird konkret erfahren. (vgl. ebd., S.39) Das wiederum lässt sich auf die eigene Identität und das „Sein“ an sich beziehen. Die Existenz, „das Leben“ steht auf dem Spiel. In dieser Situation lässt es sich gut nachvollziehen, dass Betroffene aufgrund des Ausmaßes der Bedrohung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und oftmals noch darüber hinaus ohnmächtig wirken.

„Das Ausmaß der erlebten Machtlosigkeit, des Kontrollverlustes und der Lebensgefährdung setzt die eigenen Bewältigungsmechanismen zunächst außer Kraft.“ (ebd., S.39)

Weiterhin geht man heute davon aus, dass sich primäre Risikofaktoren mit zunehmendem Alter abschwächen oder auch kompensiert werden. Im Gegensatz hierzu gewinnen die sekundären mit fortlaufender Zeit an Bedeutung und Einfluß. (Wustmann 2004, S.37)

Zudem treten diese Belastungen selten einzeln, sondern in der Mehrzahl der Fälle mehrfach auf. Wustmann spricht in diesem Zusammenhang von der Konfrontation mit „multiplen Risikobelastungen“. (vgl. ebd., S.40) So kann beispielsweise die Diagnose Krebs in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit einer Trennung vom Lebenspartner auftreten. Diese Kombination stellt eine deutlich größere Belastung für den Betroffenen dar und stellt höhere Anforderungen an die Bewältigung der Krisensituation. Aber auch bezogen auf den Beruf und die Arbeitswelt könne an dieser Stelle Risikofaktoren oder auch zusätzliche Belastungen benannt werden.

Zu diesen gehören:

- Kündigung und Arbeitsplatzverlust
- Umbesetzung auf einen anderen Arbeitsplatz verbunden mit zusätzlichen Qualifikationen
- Konfliktsituationen am Arbeitsplatz (Mobbing)
- berufliche Neuorientierung und Ausbildung.

Resilienz fördernde Faktoren sind Schutzfaktoren. Diese werden im nächsten Kapitel erläutert.

3.3. Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind „risikomildernde und schützende Bedingungen“, die negative Auswirkungen widriger Umstände abmildern. (vgl. Nuber 2005, S.22) Sie tragen dazu bei, negative Entwicklungen (soziale Isolation, Arbeitslosigkeit usw.) abzumildern oder zu verhindern. Schutzfaktoren beinhalten personale und soziale Ressourcen einer Person. Dabei basieren die personalen Ressourcen auf Charakter und Eigenschaften eines Menschen, und die sozialen Ressourcen auf der Interaktion mit dem sozialen Umfeld (Familie, Arbeitsplatz, Vereine usw.).

Den personalen Ressourcen werden Faktoren zugeordnet, die der Mensch von Geburt an innehat.

Dazu gehören z.B.:

- ruhiges Temperament
- geringe Erregbarkeit
- offener Umgang mit Anderen (Quelle zur Unterstützung)
- spezielle Talente, um Anerkennung aus dem sozialen Umfeld zu erhalten.
(z. B. besondere berufliche Fähigkeiten in der EDV)

Resilienzfaktoren, die in der Interaktion mit der Umwelt im Zuge der Sozialisation erworben wurden, sind z. B.:

- aktives Bewältigungsverhalten bei Problemen und Konflikten
- positives Selbstwertgefühl, stabile Identität
- Erfahrung positiver Selbstwirksamkeit
- Struktur im eigenen Leben.

Die sozialen Ressourcen basieren auf umgebungsbezogenen Faktoren im sozialen Umfeld. Hier wären beispielsweise zu nennen:

- stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson (Partner, Eltern, Kollegen, Freunde)
- Bestätigung, etwas wert zu sein
- positive Vorbilder unter schwierigen Umständen (Modelle positiven Bewältigungsverhaltens).
(vgl. Wustmann 2004, S.46/47)

Das Vorhandensein mehrerer Schutzfaktoren, von Wustmann „multiple schützende Bedingungen“ genannt, erhöht die Chance einer Anpassung an schwierige Lebensumstände oder –bedingungen erheblich.

Schutzfaktoren werden in der Interaktion mit dem Umfeld und der Umwelt erworben. So können stabile emotionale Beziehungen zu einer Bezugsperson (Ehepartner, Freunde, Kollegen), oder in bisheriger Sozialisation verinnerlichte positive Bewältigungsstrategien, die Chance einer guten Anpassung an widrige oder auch bedrohliche Lebensumstände deutlich verbessern. (vgl. ebd., S.47) Außerdem

können Schutzfaktoren aus dem sozialen Umfeld wie Sportverein, positive Freundschaftsbeziehungen, auch zu Kollegen, Resilienz fördern und stärken.

„Resilienz bezeichnet die Stärke eines Menschen, innere Schutzfaktoren zu aktivieren, um Lebenskrisen unbeschadet zu überstehen. Im Berufsleben geht es um Krisen wie Arbeitslosigkeit, längere Erkrankung und Ausfall am Arbeitsplatz, Umstrukturierungen in einer sich schnell und ständig verändernden, mit wachsenden Anforderungen konfrontierten Wirtschaftswelt. Begünstigende Faktoren sind im sozialen und wirtschaftlichen Umfeld einer Person, aber auch in seiner biologischen Vitalität und Problembearbeitung zu finden.“ (Kals 2006, S.51)

Gesunde wie kranke Menschen müssen sich diesen ständig wechselnden und wachsenden Anforderungen im Berufsleben tagtäglich stellen. Im Falle einer Krebserkrankung fällt es Betroffenen durch ihre Beeinträchtigungen ungleich schwerer, im Beruf wieder Fuß zu fassen und eben diesen wechselnden Anforderungen wieder gewachsen zu sein. Wer jedoch aus seiner bisherigen Sozialisation begünstigende Schutzfaktoren mitbringt (aktives Bewältigungsverhalten, positives Selbstwertgefühl) wird einen beruflichen Wiedereinstieg positiv bewältigen können. Die Person, auch wenn sie Einschränkungen durch Behinderungen hat, wird durch die Einnahme der aktiven Rolle in den Augen von Arbeitgeber und Kollegen voraussichtlich eine andere Wertschätzung und Unterstützung im Beruf erfahren, als Menschen, die dieses resiliente Verhaltensmuster nicht besitzen und eventuell sogar dazu aufgefordert werden müssen, die berufliche Integration zu beginnen. Diese Aufforderung kann durchaus im Zuge einer medizinischen Rehabilitation erfolgen.

Die Folgen von Resilienz und ihre Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit bei an Krebs erkrankten Menschen werden anschließend zusammengefasst.

3.4. Auswirkungen von Resilienz und Folgen für die berufliche Integration

Resiliente Verhaltensmuster, die im bisherigen Leben zur Bewältigung von Krisensituationen erworben wurden (z.B. Trennung der Eltern, Tod von nahe stehenden

Angehörigen oder Freunden), können betroffenen Personen helfen, auch weitere Krisensituationen zu meistern. Resilienz ist jedoch nicht gleichzeitig in allen Lebensbereichen vorhanden, sondern nur in jenen, die bereits schon einmal oder mehrfach von Krisenerfahrungen betroffen waren. Sind jedoch gleiche oder ähnliche Lebensbereiche betroffen, bestehen erhöhte Aussichten für eine positive Bewältigung.

Hinzu kommt, dass resilientes Verhalten trainiert werden kann. Auch die Schutzfaktoren wie aktives Verhalten oder eine stabile Beziehung zu einer Vertrauensperson können positiv beeinflusst werden. (vgl. Nuber 2005, S.22) Von entscheidender Bedeutung ist es aber, welche Eigenschaften bzw. welchen Charakter die betroffene Person mit einer Krebserkrankung in der bisherigen Sozialisation erworben hat. Wichtig sind zudem Eigenschaften wie ein ruhiges Temperament oder Offenheit zu anderen Menschen, die die positive Bewältigung von lebensbedrohlichen Krisen fördern können und damit eine neue Lebensperspektive mit beruflicher Integration offenbaren.

Vorhandene Risikofaktoren, ob primär oder sekundär, können diesem Prozess entgegenwirken. Hierbei finden jedoch die primären Faktoren mit zunehmendem Alter weniger Berücksichtigung, da sie häufig im weiteren Lebensverlauf kompensiert werden. Negative sekundäre Bedingungen aus der Interaktion mit dem sozialen Umfeld (z. B. Trennung vom Partner, Arbeitslosigkeit, Mobbing), können hingegen eine große Rolle gegen die Ausbildung resilienten Verhaltens darstellen. Dies wiederum kann negative Folgen für eine berufliche Integration haben. Die Betroffenen suchen in diesem Fall nicht den Weg in das soziale Umfeld der Familie und Arbeit, sondern geraten eher in die Isolation, Resignation und Untätigkeit, weg von der beruflichen Integration (z.B. Rente).

4. Krebs und Erwerbsarbeit

Unter den zuvor erläuterten Theorien zur Identität und Resilienz soll an dieser Stelle die Bedeutung von Beruf und Erwerbsarbeit und ihre Rolle für Bewältigungsmuster bei Krebserkrankungen betrachtet werden. Für Menschen mit Krebs, die außerdem mit dem Stigma einer Behinderung versehen sind, haben Beruf und

Erwerbsarbeit häufig eine hohe Priorität in der weiteren Lebensplanung. (vgl. Stahr 2005, S.1)

„Neben der Familie betrachten wir Beruf und Erwerbsbereich als zweites wichtiges Feld unserer täglichen Lebenswirklichkeit.“ (Hahn 1981, S.72)

Sie ist demzufolge neben der Familie der zweite wichtige Lebensbereich im sozialen Umfeld, in dem Menschen Schutz, Anerkennung, Fürsorge, aber auch Spannungen, Probleme und Konflikte erfahren. Hinzu kommen natürlich persönliche Ängste um Gesundheit, Lebensperspektiven, finanzielle Absicherung und allgemeine Verunsicherung über die Zukunft der betroffenen Personen. Die bei vielen Krebserkrankungen zum Teil über Jahrzehnte bestehende Möglichkeit eines Rückfalls (Rezidiv) fördert diese Verunsicherung zusätzlich.

„Im Zusammenhang mit der drohenden Verschlechterung ist die Angst groß, ... Veränderungen aufgrund von finanziellen Einbußen oder drohender Armut durchführen zu müssen und so aus dem sozialen Umfeld heraus zu fallen.“ (Stahr 2005, S.5)

Erwerbsarbeit ist eine Komponente mit zentraler Bedeutung im sozialen Umfeld und für die finanzielle Absicherung, verbunden mit der Erhaltung des gewohnten Lebensstandards verantwortlich.

Durch die berufliche Tätigkeit erfolgt eine Zeitstrukturierung für Tag, Woche, Jahr und Lebensplanung. Das geht ebenfalls daraus hervor, dass Dinge wie Freizeit, Urlaub und Rente in Bezug zur Arbeit definiert sind.

Da berufliche Tätigkeiten in Zusammenarbeit und Kontakt mit anderen Menschen ausgeführt werden, bilden sie einen wesentlichen Bestandteil des sozialen Kontaktfeldes. Hier erfahren Menschen soziale Anerkennung und das Gefühl, eine Aufgabe zu haben und somit Teil der Gesellschaft zu sein. Somit bilden Beruf und Erwerbstätigkeit, verbunden mit den Fähig- und Fertigkeiten zur Beherrschung seiner Tätigkeit eine wichtige Grundlage zur Entwicklung von Identität und Selbstwert. (vgl. Loos 2005, S.19)

Der Mensch definiert sich in seiner Identität und Persönlichkeit auch über seine Erwerbstätigkeit. Durch Stigmatisierung und damit verbundener Beeinträchtigung

der Identität wie zuvor in Goffmans Theorie beschrieben, kann die Rückkehr in das berufliche Umfeld nach einer Krebserkrankung erschwert werden.

Krebskranke können nach Zuschreibung des Stigmas „Behinderung“ – sei es durch das Dokument Schwerbehindertenausweis oder durch mehr oder weniger offensichtliche Einschränkungen (Behinderungen im Zuge der persönlichen Identität) – versuchen, Informationen über sich zu steuern und zu beeinflussen. Das kann mit Hilfe von Bekleidung oder Hilfsmitteln geschehen. Dieser Vorgang setzt jedoch voraus, dass sich der Betroffene mit seiner Behinderung und auch mit den benutzten Täuschungsmitteln identifizieren und sie annehmen kann.

Die Akzeptanz der Behinderung und das Ausbalancieren von Erwartungen des beruflichen Umfeldes (berufliche Leistungsfähigkeit), sowie die Wahrung der eigenen Persönlichkeit auch mit einer Behinderung und einem entsprechendem Verdecken derselben (z. B. durch Epithese, Perücke), stabilisieren die Persönlichkeit und Ich-Identität. Eine gefestigte Persönlichkeit ist wiederum Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration, beruflich wie auch gesellschaftlich. Dadurch bestehen gute Chancen, sozialer Isolation, Armut und/oder Ausgrenzung entgegen zu wirken.

Hinzu kommt, dass Menschen mit resilienten Verhaltensmustern für einen beruflichen Wiedereinstieg begünstigt sind. Eine entscheidende Rolle in diesem Prozess bilden mögliche oder auch vorhandene Risiko- und Schutzfaktoren. So können einerseits Risikofaktoren wie Konflikte am Arbeitsplatz oder eine angekündigte Umsetzung einen beruflichen Wiedereinstieg erschweren oder sogar verhindern. Andererseits unterstützen Schutzfaktoren wie offener Umgang mit anderen Menschen und aktives Bewältigungsverhalten diesen Vorgang. Inwieweit eine Person ihre Schutzfaktoren zur positiven Bewältigung aktivieren kann ist aber auch davon abhängig, ob im persönlichen Lebenslauf ähnliche oder eventuell im Bereich „Beruf“ gleiche Erfahrungen im Umgang mit Krisen gesammelt wurden. Wenn dieses zutrifft hat der Betroffene gute Aussichten für eine positive Bewältigung und Rückkehr an den Arbeitsplatz. Wenn diese persönlichen Ressourcen nicht gegeben sind, besteht eher die Gefahr eines Scheiterns oder es wird gar nicht erst der Versuch unternommen, in den beruflichen Alltag zurückzukehren, weil sich derjenige den Wiedereinstieg nicht zutraut.

Welche Auswirkungen das auf die Betroffenen hat, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

4.1. Auswirkungen auf Betroffene

Die Gefährdung der beruflichen Tätigkeit wirkt auf jeden einzelnen Betroffenen natürlich unterschiedlich. An dieser Stelle spielen die vorangegangene Sozialisation in ihren verschiedenen Phasen mit der zugehörigen Identitätsbildung sowie die Ausbildung resilienter Bewältigungsmuster eine erhebliche Rolle für den weiteren Ausgang einer beruflichen Integration. Die Bewältigung von Krisen in verschiedenen Lebensbereichen der bisherigen Biografie fördern entsprechende Strategien, sich mit belastenden Situationen auseinanderzusetzen.

Der Umfang zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ist stark von Art und Ausmaß der Krebserkrankung abhängig und häufig nicht kalkulierbar. Die mit der Erkrankung einhergehende finanzielle Unsicherheit, die eventuelle Diskrepanz in der Identität und Persönlichkeit mit dieser Erkrankung, eine Stigmatisierung sowie die Unsicherheit in der weiteren Lebensplanung stellen betroffene Menschen vor fast unlösbare Probleme. Ohne soziale Kompetenzen wie eine stabilen Identität und resiliente Bewältigungsmuster besteht die Gefahr, ins soziale Abseits, die Arbeitslosigkeit, Armut oder Frühverrentung zu geraten.

„Krebs ist daher die dritthäufigste Ursache für Frühverrentung.“ (Biesel 2009 (Internetquelle))

Insbesondere für jüngere Menschen ist eine Berentung ein Bruch mit ihrer Identität. Sie werden damit aus dem beruflichen (sozialen) Umfeld geworfen, verlieren die finanzielle Sicherheit und sind eventuell auf Grundsicherungsleistungen des Staates angewiesen.

„Viele Krebspatienten ziehen jedoch trotz belastender Folgeerscheinungen eine – unter Umständen eingeschränkte – berufliche Tätigkeit der Frühverrentung vor.“ (ebd. (Internetquelle))

Da Beruf und Erwerbsleben einen hohen Stellenwert für betroffene Menschen haben, ist die Teilhabe am Arbeitsleben, das Bewusstsein, gebraucht zu werden und

weiter aktiv zu sein, so außerordentlich wichtig. Dieser Prozess wiederum wirkt sich häufig positiv auf den weiteren Gesundheitszustand aus. (vgl. Biesel 2009 (Internetquelle))

Leider ist es in der Praxis der Arbeitswelt aber das häufigere Vorgehen, Krebskranke mit einer langwierigen Krankheit ohne absehbare Genesungsaussicht in die auskömmliche Rente abzuschieben. (vgl. Hahn 1984, S.74)

„Diesen Problemen pflöpft sich jetzt also von außen kommend noch die Erkenntnis auf, als Krebskranke künftig in den Augen entscheidender Leute der jeweiligen Arbeits- und Berufswelt ... ein „Risikofall“ zu sein.“ (ebd., S.75)

Es besteht also die Gefahr, auch von Seiten des Arbeitgebers in die Rente, das soziale Abseits, die Isolation gedrängt bzw. genötigt zu werden.

Bleibt bei aller sozialen Kompetenz aufgrund des Gesundheitszustandes oder fehlender resilienter Bewältigungsmuster nur der Weg in die Frühberentung, besteht die Möglichkeit, sich andere soziale Ressourcen zu erschließen, beispielsweise in Selbsthilfe- oder Rehasportgruppen. Aber auch dieser Schritt, sich neue soziale Netzwerke zu erschließen, setzt wiederum eine stabile Identität und resilientes Bewältigungsverhalten voraus.

Auswirkungen auf Arbeitgeber und Kollegen werden im nächsten Teil der Arbeit erörtert.

4.2. Mögliche Auswirkungen auf das Arbeitsumfeld

An dieser Stelle wird die Betrachtung auf den Arbeitgeber und die Kollegen gelegt, da sie in der sozialen Beziehung zu den Erkrankten einen erheblichen Einfluß auf die berufliche Integration haben. Erst ihre Reaktionen wie Toleranz, Mitgefühl, Unterstützung oder Ablehnung, Ausgrenzung oder gar Mobbing, können auf Seiten der Betroffenen zur Stigmatisierung und damit verbundenen Problemen in der Identität führen.

Arbeitgeber müssen im Falle einer Krebserkrankung von Mitarbeitern häufig einen langen Zeitraum ohne ihre Angestellten auskommen. (vgl. Hahn 1981, S.73)

In der kritischen Phase des Wiedereintritts in den Beruf ist es ... vor allem wichtig, dass dem Patienten signalisiert wird, wie sehr seine Arbeitskraft geschätzt wird.“ (Biesel 2009 (Internetquelle))

Seit 2004 sind Arbeitgeber im Sinne ihrer Fürsorgepflicht Beschäftigten gegenüber gemäß §84 SGB IX verpflichtet, Langzeiterkrankte bei der beruflichen Integration zu unterstützen. (vgl. Weinschenk 2008) Durch verschiedene Angebote auf Initiative und durch Mitwirkung von Arbeitgebern, wie stufenweise Wiedereingliederung, flexible Arbeitszeiten oder Anpassung der Arbeitsaufgaben an die derzeitige Leistungsfähigkeit, kann der entscheidende Prozess der beruflichen Integration erheblich positiv beeinflusst werden.

Doch wie sieht die derzeitige Situation in der Arbeitswelt aus? Auf dem Arbeitsmarkt und bei den Arbeitgebern werden junge, leistungsstarke, dynamische und flexibel einsetzbare Arbeitskräfte gesucht, um den herrschenden ökonomischen Zwängen wie Gewinnzuwachs, Zielerreichung und Erträge in der Erwerbswelt zu entsprechen. (vgl. Hahn 1981, S.76) Hinzu kommen die Beziehungen der Mitarbeiter untereinander mit ihren Strukturen und Normen unserer Arbeitswelt, die häufig von Wettbewerb, Aufstiegstreben und Konkurrenzdruck geprägt sind.

„Gebraucht, geschätzt wird weniger der ganze Mensch mit seinen Begabungen und Bedürfnissen, als seine bloße Arbeitskraft, seine Kenntnisse und Fertigkeiten und sein anpassungsfähiges Verhalten, mit denen er zum reibungslosen und erfolgreichen Funktionieren ... beiträgt.“ (ebd., S.74)

Was ist aber, wenn der Mensch in diesem Ablauf nicht mehr richtig funktioniert? Wenn der so genannte „Störfall“, wie Hahn ihn bezeichnet, eintritt und wenn der derzeitige Arbeitsmarkt auch noch gleichwertige Fachkräfte bereithält, die jederzeit ausgetauscht werden können? Das führt bei betroffenen Menschen zu Unsicherheit und im Zuge von Stigmatisierung zur „Beschädigung“ der Identität.

„Nur kämpfen viele Krebskranke in der Rekonvaleszenzphase ... zumeist passiv abwartend und nach außen abgeschirmt ... ohnehin mit Zukunftsfurcht und Selbstwertzweifeln. (Hahn 1981, S.75)

In den meisten Fällen besitzen Betroffene nach der Erkrankung einen Schwerbehindertenausweis, der z. B. mit einem besonderen Kündigungsschutz verbunden ist. Häufig wissen Arbeitgeber und Kollegen nicht, welche Erkrankung zur Schwerbehinderung geführt hat. Wie in Goffmans Stigmatheorie beschrieben, wird Stigmatisierung erst in den sozialen Beziehungen relevant. (vgl. Cloerkes 2000, S.104) Arbeitgeber und Kollegen können verschiedene Einschränkungen vermuten, real treten diese bzw. eine verminderte Leistungsfähigkeit erst in der beruflichen Integration hervor. Die virtuelle (angenommene) Identität kann mit der aktuellen (reellen) Identität verglichen werden. (vgl. Goffman 1967, S.10) Dies ist ein Zeitpunkt, an dem sich eine Stigmatisierung ausprägen kann.

Der Arbeitnehmer mit Behinderung kann, soweit die Behinderungen nicht bekannt sind, im Zuge der persönlichen Identität durch Stigmamanagement wie Perücke, Epithese oder kaschierende Kleidung versuchen, die Situation zu steuern und zu entschärfen. Das Ausmaß seiner diesbezüglichen Aktivitäten hängt jedoch davon ab, inwieweit die Behinderung offensichtlich ist und er sie mit seiner Person (Identität) vereinbaren kann.

Wie bereits im oberen Teil dieses Kapitels erwähnt, besteht für den Arbeitgeber die gesetzliche Verpflichtung, die berufliche Integration von Langzeitkranken zu unterstützen. Im folgenden Kapitel wird erörtert, welche Möglichkeiten Arbeitgeber und von einer Krebserkrankung betroffene Mitarbeiter in dieser Beziehung haben.

4.3. Berufliche Integration

Was bedeutet nun Integration? Im soziologischen Begriffsgebrauch wird unter Integration die Anpassung von Minderheiten und Randgruppen an das Normgefüge und den Lebensstil einer Gesellschaft verstanden, wobei abweichende Verhaltensweisen und –orientierungen aufgegeben werden. (vgl. Wolf / Mulot / Seidl 2002, S. 488) Berufliche Integration bedeutet für Menschen mit und nach einer Krebserkrankung die dauerhafte Wiedereingliederung nach längerer Arbeitsunfähigkeit mit Einschränkungen oder Behinderungen in die Arbeit und den Beruf.

Die vom Gesetzgeber nach §19 SGB III, §74 SGB V, §28 SGB IX vorgesehenen Hilfen zur beruflichen Integration sollen die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen erhalten, verbessern, ausgleichen oder wieder herstellen. (vgl. Bösel 2001)

Außerdem ist die berufliche Wiedereingliederung ein wichtiger Bestandteil in der Krankheitsbewältigung von betroffenen Menschen. Sie kommen in ihr soziales und berufliches Umfeld, werden gebraucht und erhalten für Ihre Tätigkeit Anerkennung.

So beeinflussen, wie Hahn es beschreibt,

„... auch persönliche Umstände und soziale Umgebung im Ablauf einer Krankheitsgeschichte ausschlaggebend...“ (Hahn 1981, S.41)

So hat das soziale Umfeld mit seinen sozialen Beziehungen ebenfalls erhebliche Auswirkungen auf den weiteren Krankheitsverlauf und persönliche und berufliche Perspektiven.

„Sie machen entweder kränker oder rascher gesund.“ (ebd., S.41)

Gerade darum ist neben dem Auffangen durch die Familie nach einer Krebserkrankung die Rückkehr ins berufliche Umfeld als zweites wichtiges Standbein bei der Selbstverwirklichung der meisten Menschen von so entscheidender Bedeutung. In der heutigen Gesellschaft wird das Leben des überwiegenden Anteils der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter durch zwei bedeutende Sozialfelder bestimmt. Das sind Familie und Beruf. (vgl. ebd., S.60)

Jedoch zählt in der beruflichen Leistungsgesellschaft, die an Gewinnerzeugung und wirtschaftlichem Wachstum orientiert ist, die volle menschliche Arbeitskraft. Nur wer bestimmte berufliche Eigenschaften vorzuweisen vermag, wie intellektuelle und körperliche Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit oder fachliche Qualifikation, kann im Berufsalltag mit Erfolg, Entgelt und beruflichem Aufstieg rechnen. Kann er diesen Anforderungen aufgrund von Krankheit und Behinderung jedoch nicht oder nicht mehr ausreichend genügen, besteht die Gefahr, in das soziale Abseits, in Frührente und Isolation zu gelangen. (vgl. ebd., S.61)

Da sich Erfolg im Leben unter anderem sehr stark über den Beruf definiert und dieser somit ein entscheidender Baustein in der Selbstverwirklichung, der Identität

und Persönlichkeit einer Person ist, ist die berufliche Integration ein so entscheidender Bestandteil für den weiteren positiven oder negativen Verlauf in der Biografie eines Menschen.

Resiliente Verhaltensmuster in diesem Bereich seines Lebens könne betroffenen Personen einen entscheidenden Vorteil für das Gelingen des beruflichen Wiedereinstieges verschaffen. So können ein vorhandenes positives und gefestigtes berufliches Umfeld, aktive Mitgestaltung oder positive Bezugspersonen unter den Kollegen die berufliche Wiedereingliederung sehr positiv beeinflussen und fördern. Aus dieser Interaktion der Integration im Beruf können sowohl der Arbeitgeber als auch der erkrankte Arbeitnehmer Vorteile ziehen.

Vorteile für Arbeitnehmer nach Krebserkrankung können sein:

- schrittweises Heranführen an vorherige Tätigkeit und Leistungsfähigkeit durch stufenweise Wiedereingliederung
- Umschulung und Umbesetzung für eine andere, dem Leistungsvermögen angepasste Tätigkeit
- Erkennen der beruflichen Belastbarkeit
- Wiedergewinnung der Selbstsicherheit für eine stabile Identität
- Verständnis und Akzeptanz des krankheitsbedingten Schicksals durch positives Arbeitserleben im Kollegium
- technische Anpassung des Arbeitsplatzes
- Rückkehr ins Kollektiv, das Berufliche soziale Umfeld
- Entgelt und Sicherung der Existenz und des Lebensstandards
- stabile Identität
- positive Bewältigung der Krise.

Vorteile für Arbeitgeber können sein:

- Senkung des Krankenstandes
 - frühzeitiges Zurückgreifen auf die Fachkraft, das Wissen und Können eines Mitarbeiters
 - qualifizierte und bewährte Arbeitskraft bleibt dem Unternehmen erhalten
 - technische Ausstattung des Arbeitsplatzes wird finanziert (Integrationsamt, Rententräger)
- (vgl. Weinschenk 2008)

So haben Arbeitgeber und erkrankter Mitarbeiter eine Reihe von positiven Gründen, eine berufliche Integration anzustreben.

Möglichkeiten, die die berufliche Integration fördern sind sehr vielfältig und in verschiedenen Teilen des SGB fixiert.

Zu ihnen gehören:

- stufenweise Wiedereingliederung nach §74 SGB V, §28 SGB IX
 - berufliche Rehabilitation §19 SGB III
 - Anpassung des Arbeitsplatzes durch technische Hilfsmittel §237 SGB III
 - Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen zur beruflichen Anpassung §§77 – 96 SGB III
- (vgl. Bösel 2001)

Zur Erleichterung der beruflichen Integration können je nach Größe des Betriebes vorhandener Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung zur Unterstützung betroffener Mitarbeiter hinzugezogen werden.

Inwieweit berufliche Integration bei Krebserkrankungen (Neubildungen) im Jahr 2008 erfolgt ist oder wie viele der Betroffenen eine Rente beziehen, wird anhand von Statistiken in Kapitel 4.4. betrachtet.

4.4. Statistische Erhebungen zu Krebserkrankungen und zur beruflichen Rehabilitation

Mit Hilfe von verschiedenen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit, der DRV Bund und des Robert-Koch-Institutes soll an dieser Stelle der Arbeit der Blick auf wesentliche Angaben für die Forschungsfragen gerichtet werden.

Es wird das Berichtsjahr 2008 betrachtet.

Wie sind die Chancen von betroffenen Menschen für eine berufliche Integration? Es soll ermittelt werden, wie viele an Krebs (Neubildungen) Erkrankte es im Jahr 2008 gab. Weiterhin soll dargestellt werden, wie viele von ihnen Erwerbsminderungsrente erhielten und damit die Rückkehr in den Beruf zunächst nicht möglich war. Dazu wird die Anzahl von Betroffenen, die über Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben die Rückkehr in den Beruf über diese Art der Leistung anstreben und versuchen, betrachtet. In Abbildung 1 im Kapitel 1.1. ist ersichtlich, wie hoch die geschätzte Erkrankungsrate bei Krebserkrankungen im Jahr 2008 war. Sie beträgt bei Frauen 206000 und bei Männern 230500 Erkrankte. Insgesamt sind 2008 ca. 436500 Menschen an Krebs in den verschiedensten Arten erkrankt. (vgl. Robert – Koch – Institut 2008, S.17)

Von diesen Betroffenen (geschätzte Erkrankungsrate) wiederum erscheinen in der Statistik der DRV Bund im Zuge der medizinischen Rehabilitation unter der Diagnosegruppe „Neubildungen“ 151745 Personen im Jahr 2008 (siehe. Abbildung. 2).

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2008 nach Diagnosegruppen				
Diagnosegruppen	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Krankheiten von Skelett / Muskeln / Bindegewebe	136 181	33,5	136 503	34,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	50 290	12,4	18 432	4,6
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	17 506	4,3	12 646	3,2
Krankheiten der Atmungsorgane	9 730	2,4	9 859	2,5
Neubildungen	66 176	16,3	85 569	21,5
Krankheiten des Urogenitalsystems	859	0,2	1 839	0,5
psychische Erkrankungen	70 025	17,2	78 105	19,7
Krankheiten des Nervensystems	8 090	2,0	8 024	2,0
sonstige Krankheiten	47 712	11,7	46 460	11,7
insgesamt	406 569	100	397 437	100

Ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose, Verschlüsselung nach ICD 10.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2008

Abbildung 2: Statistik DRV- Bund- Neuerkrankungen nach Diagnosen 2008²

Diese Statistik wurde verwendet, da es in keiner anderen Quelle so umfangreiche Angaben über Personengruppen mit Krebs gibt.

Im Bezugszeitraum 2008 erhalten als Rentenzugänge 11651 Männer und 11220 Frauen 22871 dieser Diagnosegruppe eine volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente durch noch bestehende Arbeits- und Leistungsunfähigkeit aufgrund dieser Erkrankung. (siehe Abbildung 3)

² Entnommen von: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2009, Berlin 2009

Rentenzugänge 2008 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Krankheiten von Skelett/ Muskeln/Bindegewebe	13 979	16,2	11 803	15,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	12 323	14,3	4 510	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	4 159	4,8	2 494	3,3
Krankheiten der Atmungsorgane	2 544	2,9	1 486	2,0
Neubildungen	11 651	13,5	11 220	15,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	975	1,1	623	0,8
psychische Erkrankungen	26 287	30,4	31 124	41,6
Krankheiten des Nervensystems	5 209	6,0	5 014	6,7
sonstige Krankheiten	9 322	10,8	6 542	8,7
insgesamt	86 449	100	74 816	100

Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres und ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose, Verschlüsselung nach ICD 10.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2008

Abbildung 3: Statistik DRV- Bund- Zugang Erwerbsminderungsrente nach Diagnosen 2008 ³

Die Statistik der DRV Bund weist für das Berichtsjahr 2008 aus, dass für 1662 Menschen der Diagnosegruppe „Neubildungen“ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht und abgeschlossen wurden, die sie bei der Rückkehr ins Berufsleben unterstützten (siehe Abbildung 4).

Unter diese Leistungsart fallen Maßnahmen der Rentenversicherung im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation wie technische Anpassung und Umrüstung des Arbeitsplatzes, Qualifizierungsmaßnahmen, Aus- und Weiterbildungen für Umsetzung im Betrieb, Integrationsmaßnahmen, Kfz-Hilfen (Anpassung des Autos für den Weg zur Arbeit und zurück) und Leistungen an Arbeitgeber (Eingliederungszuschüsse). Statistisch hier nicht erfasst sind Betroffene, die über eine stufenweise Wiedereingliederung gemäß §28 SGB IX in den Beruf zurückkehren, diejenigen aus dieser Diagnosegruppe, bei denen noch ein Antragsverfahren läuft oder die übergangsweise Leistungen der Bundesagentur gemäß §125 SGB III oder auch Arbeitslosengeld II beziehen und auch die, welche nach der Erkrankung wieder normal mit ihrer ursprünglichen Arbeit beginnen.

³ Entnommen von: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2009, Berlin 2009

Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr 2008								
Tabelle: 010.00 B Verteilung nach ausgewählten Diagnosengrundgruppen (1. Diagnose) sowie nach Art der Leistung								
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insgesamt -								
Art der Leistung	Ins- gesamt	Darunter: ausgewählte Diagnosengrundgruppen						
		Muskeln/ Skelett/ Bindege- webe	Neubil- dungen	Psychi- sche Erkran- kungen	Krank- heiten des Kreis- lauf- systems	Stoff- wechsel/ Verdau- ungs- system	Atmungs- system	Nerven- system
		1	2	3	4	5	6	7
Auswahl von Leist.,Eignungsabkl.#	17252	1748	114	1035	109	76	37	117
Gründungszuschuss	705	399	6	43	18	17	14	4
Vermittlung/Umsetzung	9783	6675	224	1182	432	169	76	199
Arbeitsausrüstung, techn. Hilfen	26800	18867	157	302	187	403	54	617
Reha- Vorbereitungslehrgang	6560	3463	97	947	188	152	81	187
Spezielle Qualifizierungsmaßnahmen	2942	1293	79	479	105	54	35	77
Weiterbildung / Ausbildung	12630	7198	239	1661	361	288	152	329
Integrationsmaßnahmen	12159	6292	248	2097	603	283	134	255
Leistung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	10731	1339	43	6545	252	90	43	510
Kfz-Hilfen	3120	1255	35	36	69	33	11	836
Leistungen an Arbeitgeber	10666	6353	324	990	552	271	147	246
Übrige Leistungen	7721	2991	96	1030	217	383	61	190
Leistungen insgesamt	121069	57873	1662	16347	3093	2219	845	3567
#) Und Arbeiterprobung, erweiterte Berufsfindung sowie vergleichbare Trainingsmaßnahmen nach § 49 SGB III.								

Abbildung 4: Statistik DRV- Bund- abgeschlossenen LTA 2008 nach Diagnosen ⁴

Da diese Daten statistisch unter Bezugnahme auf diese Diagnosegruppen weder bei der DRV Bund, den gesetzlichen Krankenkassen noch bei der Bundesagentur für Arbeit zu finden waren, kann eine umfassende, zuverlässige und nachvollziehbare Aussage zu den Tendenzen für eine berufliche Integration nicht gemacht werden.

Menschen, die von Krebserkrankungen betroffen sind, stehen während und nach der Erkrankung unter dem Einfluss der verschiedensten Beweggründe. Diese werden durch die eigene Identität, Persönlichkeit, Resilienzenerfahrungen und Stigma gesteuert. Aber sie reagieren auch auf äußere Signale des Umfeldes, welche ebenfalls ihre Entscheidungen bezüglich der Rückkehr in den Beruf beeinflussen. Wie solche Einzelfälle verlaufen können, wird in Kapitel 5 betrachtet.

⁴ Entnommen von: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortWeb/ContentAction.do>

5. Falldarstellungen

Wie können die Fälle von Erkrankten im Hinblick auf ihre Identität, Stigma, Resilienz und berufliche Integration verlaufen?

Verschiedene Fallbeschreibungen aus der Literatur (Lebenskrise Krebs, Hahn 1981) werden zu diesem Zweck bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit und der dafür zugrunde gelegten Theorien betrachtet. Diese Fälle wurden für diese Arbeit herangezogen, da sie einerseits sehr detailliert und auch rückwirkend auf Sozialisation und bisherige Biografie, andererseits aber auch in beruflicher Hinsicht nachvollziehbar dargestellt sind. Es ist nicht unerheblich, dass der Zeitraum, in dem diese Fälle beschrieben werden, am Anfang der 80-iger Jahre lag. Seit dieser Zeit gab es bereits eine Reihe von gesetzlichen Veränderungen, um die berufliche Integration von Behinderten und von Behinderung bedrohter Menschen umfassender zu fördern. Da dies jedoch für die Aussage und Fragestellung dieser Arbeit nicht relevant ist, wurden die beschriebenen Fälle trotzdem verwendet.

Bezogen auf die in den Kapiteln 2 und 3 erläuterten Theorien zu Stigma und Resilienz erfolgen Betrachtungen, wie auch fallbezogen zur beruflichen Integration.

Im Anschluss sind die Falldarstellungen von drei Betroffenen und die Auseinandersetzung hinsichtlich der Fragestellung und der zugrunde liegenden Theorien dargestellt.

5.1. Marlene. F.

Marlene F. ist 29 Jahre alt und verheiratet, als sie mit der Diagnose von Gebärmutterhalskrebs konfrontiert wird. Sie hat drei Kinder, die zu diesem Zeitpunkt 5,9 und 11 Jahre alt sind. Ihr Mann, neun Jahre älter, ist als Monteur tätig und beruflich viel unterwegs. Marlene F. hat, aus einer Arbeiterfamilie stammend, keine weiterführende Schule besucht und auch keinen Beruf erlernt. Sie arbeitete als ungelernete Kraft in einer Lederfabrik. Auf ein harmonisches Familienleben hoffend, heiratete sie mit 18 Jahren, gab nach der Geburt ihres ersten Kindes die Arbeit auf und widmete sich ganz der Familie. Eigene Interessen stellte sie hinter die Bedürfnisse der Familie zurück.

Auch ihre Mutter war jung an Unterleibskrebs erkrankt und verstarb an den Folgen dieser Erkrankung.

Die Familie lebt zusammen mit der Schwiegermutter von Marlene F. im elterlichen Haus des Ehemannes, welches er in Eigenregie ausbaut. Finanziell treten häufig Engpässe auf.

Die Patientin nimmt die Diagnose und nachfolgende Operation wie im Rausch wahr. Therapeutisch erfolgen eine Entfernung der Gebärmutter und die Entnahme von Lymphknoten in der Umgebung des Operationsgebietes. Im Anschluss wird eine Bestrahlung durchgeführt.

„Sie löste sich allmählich aus dem lange anhaltenden Schock und fühlte sich in einem zwischen Panik, Niedergeschlagenheit, Zuversicht und Zweifel schwankendem Gemütszustand versetzt.“ (Hahn 1981, S.119)

Als der Schock dem Verständnis gewichen ist geht es darum, die körperlichen Veränderungen zu erkennen und zu akzeptieren, die veränderte, „beschädigte“ Identität wieder herzustellen, um mit sich wieder eins zu sein

„Vielmehr wollte sie sich so schnell wie möglich wieder ganz in ihre Mutter- und Hausfrauenrolle finden, um sich darin zu bestätigen, dass sie die Krebskrankheit überwunden hatte und <auch als Frau noch vollwertig> war.“ (ebd., S.120)

Je nach Einschränkung und vorhandenen resilienten Verhaltensmustern bzw. Resilienzerfahrung mit gesundheitlichen Krisen wird der Zeitraum zur Akzeptanz der Erkrankung mit ihren körperlichen Folgeerscheinungen andauern.

Mit der Zeit passt Marlene F. sich dem „kosmetischen Schaden“ an. (ebd. 1981, S.119) Sie hat durch die Entfernung der Lymphknoten ein Lymphödem im rechten Bein und Beckenbereich entwickelt. Dieses schränkt die Patientin beim Gehen, Laufen und Treppensteigen ein und macht Lymphdrainagen in bestimmten zeitlichen Abständen notwendig. Im Zuge ihrer persönlichen Identität managt Marlene F. diese Behinderung der angeschwollenen Beine durch das Tragen von „schicken Hosenanzügen“. Sie legt sich eine neue Frisur zu. (vgl. ebd., S.121)

Ein Schwerbehindertenausweis wird beantragt.

Sie hat sich mit ihrer Erkrankung und ihren Folgen abgefunden und ihre Identität (Ich – Identität) ist wieder hergestellt. Das Lymphödem ist ein bleibendes „lästiges“, aber erträgliches Übel. (vgl. Hahn 1981, S.121) Sie hat die Unveränderbarkeit akzeptiert und sich damit arrangiert.

Ihre Persönlichkeit hat sich rückblickend nach der Krebserkrankung verändert. Durch den „Krebsschock“ mit 30 Jahren und der ständigen Angst vor einem Rezidiv, die später etwas nachließ, ist ihr deutlich und bewusst geworden, „wie einmalig und leicht zerstörbar das Leben, ihr Leben ist.“ Es werden Freundschaften mit anderen Betroffenen geknüpft und es bleibt ein reger Erfahrungsaustausch bestehen. Dadurch erfolgt eine Unterstützung für positives, resilientes Bewältigungsverhalten. Somit hat sie sich Stärken und Resilienz antrainiert. (vgl. ebd., S.122)

Der Schwerbehindertenausweis eröffnete ihr Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. Über einen kaufmännischen Lehrgang des Arbeitsamtes kommt sie in ein Arbeitsverhältnis als kaufmännische Angestellte einer Edelsteinschleiferei. Der Arbeitgeber erhält dafür einen Eingliederungszuschuss für ein Jahr aufgrund ihrer Behinderung.

Marlene F. sieht ihre Erkrankung als generellen, jedoch positiven Wendepunkt in ihrem Leben. (vgl. ebd., S.123)

„Sie sieht ihre länger als sieben Jahre zurückliegende Krebskrankheit als einen Wendepunkt an, von welchem ab sie überhaupt erst bewusst zu leben begonnen hat, trotz oder wegen aller Beschwerden.“ (ebd., S.123)

Marlene F. hat nach Diagnosestellung und „Krebsschock“ eine geraume Zeit benötigt, um mit dem veränderten Körper weiterzuleben und die Einschränkungen und Behinderung zu akzeptieren. Es ist ihr jedoch gelungen, ihre „Ich – Identität“ wieder herzustellen und mit dem „kosmetischen Schaden“ zu leben. Dazu bedient sie sich des Stigmamanagements und sie überspielt die Einschränkung mit entsprechenden Sachen und verändertem Äußeren (Haare). Sie kann sich trotz allem mit ihren Einschränkungen identifizieren.

Durch Kontakte zu Menschen mit dem gleichen Schicksalsschlag erfolgt eine Unterstützung für weiteres positives Bewältigungsverhalten. So entwickelt sie auch den Mut für eine neue Lebensperspektive. Über einen beantragten Schwerbehindertenausweis eröffnet sich für sie eine neue berufliche Perspektive und Anstel-

lung als kaufmännische Angestellte, die sie aufgrund ihrer Behinderung über das Arbeitsamt gefördert bekommt.

Durch die Erkrankung hat sie begonnen, bewusster zu leben, auch an sich selbst zu denken und den Wert des Lebens weitaus mehr zu schätzen. Sie geht trotz aller Beschwerden als gestärkte Persönlichkeit aus dieser Lebenskrise hervor.

5.2. Peter J.

Peter J. ist 53 Jahre, verheiratet und Vater von 2 erwachsenen Kindern. Er ist technischer Leiter und Ausbilder bei einem Automobilhersteller. In seiner beruflichen Position, auf die er sich in 20 Jahren Betriebszugehörigkeit hochgearbeitet hat, gehören in seine Leitungsfunktion Konflikte mit den Lehrlingen und jüngeren Kollegen zum Berufsalltag. Diesen stellt er sich ohne Probleme oder Voreingenommenheit. Er hat zu vielen langjährigen Kollegen ein sehr gutes Verhältnis.

Aufgrund von monatelang bestehender Heiserkeit und Beschwerden mit der Stimme sowie dem Drängen seiner Frau, sucht er einen Facharzt für Hals – Nasen – Ohrenheilkunde auf. Nach Überweisung an eine Universitätsklinik und dortiger Diagnostik wird er mit der Diagnose Stimmbandkrebs konfrontiert. (vgl. Hahn 1981, S.124)

Noch unter dem Schock der Diagnose „Krebs“ stimmt er der von den Ärzten empfohlenen Bestrahlung zu. Diese bringt er verbissen und ohne zu klagen trotz vollständiger Tonlosigkeit der Stimme, unangenehmer Trockenheit der Mundschleimhäute wegen fehlenden Speichels und Geschmacksverlust als Nebenwirkungen der Therapie hinter sich. Er hat die Hoffnung, dass „in ein paar Monaten wieder alles beim Alten“ ist und dass er dann wieder arbeiten kann. Durch dieses Verhalten versucht Peter J. seine Identität zu wahren oder so schnell wie möglich wieder herzustellen. Seine aufgetretene Gereiztheit und Nervosität schiebt er der Familie gegenüber auf den eingestellten Zigarettenkonsum, was eine notwendige Konsequenz seiner Erkrankung ist. Diese Unruhe zeigt bereits an, dass er mit dem durch die Therapie veränderten körperlichen Zustand momentan nicht zurechtkommt. Nur drei Monate nach der Strahlentherapie, er kann gerade hörbare Laute hervorbringen und sich stimmlich verständlich machen, beginnt er mit einem Arbeitsversuch. Der Weg in die Erwerbsarbeit bedeutet für ihn den Weg in die Normalität.

Weder mit seiner Frau noch mit seinen langjährigen Kollegen, welche ihn sehr mögen, hat er über die Schwierigkeiten seiner Situation oder die Tatsache wie schwer ihm alles gefallen ist, gesprochen. Beruflichen Konflikten mit seinen Lehrlingen geht er im Gegensatz zu früher völlig aus dem Weg, um seine Stimme zu schonen und seinen Zustand nicht wieder zu verschlimmern. (vgl. Hahn 1981, S. 123/124)

„Er wirkte wortkarg und in sich gekehrt auch auf seine langjährigen Kollegen, die ihn mochten und mit denen er immer einen guten Kontakt gehabt hatte.“ (ebd., S.124)

Die gesundheitlichen Folgen der Bestrahlung wie die Trockenheit im Mund, der Geschmacksverlust und die Probleme mit der Stimme, schränken ihn stark ein. Nach einem halben Jahr wird er mit Heiserkeit, Schluckbeschwerden und anhaltendem, quälendem Husten als Notfall erneut in die Universitätsklinik eingeliefert. Die Ärzte stellen ein Rezidiv des Kehlkopfkrebsses fest, so dass für eine mögliche Heilung nur eine operative Kehlkopfentfernung (Laryngektomie) mit Lymphknotenentnahme im Halsbereich als Therapie in Frage kommt.

Durch den kurzfristigen Verlauf der Krankheit mit Verschlimmerung und infolge der durchgemachten Therapien bleibt Peter J. kaum Zeit, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Zunächst möchte er dieses auch gar nicht.

So

„... klammert er sich an den Gedanken, dass dies alles in einigen Monaten wie ein böser Spuk verfliegen sei und er wieder arbeiten könne.“ (ebd., S.124)

Dies ist seine Art und Weise, sich in der momentanen Situation zurechtzufinden und seiner Identität anzunähern, sich mit „verbissener Tapferkeit“, sehr diszipliniert und ohne über seine „Beschwerden zu klagen“, in sein, wie er hofft kurze Zeit andauerndes Schicksal, zu fügen. Auch bei dem Krebsrezidiv reagiert er zunächst mit der gleichen „klaglosen Selbstdisziplin“ und beherrscht die nach der Therapie erforderlichen Handgriffe wie Sekretabsaugen und Trachealkanülenwechsel sehr schnell. (vgl. ebd., S.124)

Mit Hilfe von Sprachunterricht durch eine Logopädin erlernt er die Ösophagussprache, bei der man durch kontrolliertes Entweichen von verschluckter Luft aus der Speiseröhre Töne produzieren kann. Es ist seine Art, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen, immer noch darauf hoffend, bald in die Normalität zurückkehren zu können. Er versucht, seine Ich – Identität so schnell wie möglich wieder herzustellen. Als er selbst erkennt, dass ihm dieses aufgrund seiner jetzigen Einschränkungen nach der Operation mit Kehlkopfentfernung nicht gelingt (Sprache, Leistungsfähigkeit), stellt er einen Rentenantrag und wird „verbissen und aggressiv“. (vgl. Hahn 1981, S.126)

„Er wollte durch einen eigenständigen Entschluss verhindern, dass er sich durch einen solchen Rat seitens seiner Firma, Vorgesetzten und Betriebskrankenkasse auch von dort noch abgeschoben fühlen müsste.“ (ebd., S.126)

Er fühlt sich nicht mehr gebraucht, ausgegrenzt, abstoßend und durch Reaktionen aus seinem sozialen Umfeld (Bekannte, Nachbarn, Kegelbrüder) stigmatisiert. Sie gehen ihm aus dem Weg oder ziehen sich nach kurzer Zeit von ihm zurück wegen seiner „nicht normalen Sprache, den rasselnden Atemgeräuschen sowie Husten mit Auswurf.“ (vgl. ebd., S.126)

„Erfühlt sich von der Welt ausgestoßen, wie ein Aussätziger behandelt, sei zu nichts mehr nütze und nur noch im Wege.“ (ebd., S.126)

Die Reaktion aus seinem sozialen Umfeld bewirkt, dass seine soziale Identität nicht die ist, die er selbst von sich hat. Er wird durch sein Umfeld stigmatisiert. Hier zeigt sich ebenfalls ganz deutlich die Rolle von Arbeits- und Leistungsfähigkeit und von Erwerbsarbeit für die Identität und Selbstverwirklichung. Der Sinn seines Lebens steht in Frage, seine Identität und Persönlichkeit und sein Verständnis von seiner Person sind „völlig aus den Fugen geraten“. (vgl. ebd., S.126) Durch das negative Reagieren seines sozialen Umfeldes auf seinen körperlichen Zustand wird die „beschädigte Identität“ noch zusätzlich belastet. Wegen seiner Andersartigkeit und zerrüttete Persönlichkeit fällt es ihm und seinen Mitmenschen schwer, mit der Situation normal umzugehen. Über ein klärendes Gespräch mit dem Pfar-

rer der Kirchgemeinde bahnt sich ein „bleibender intensiver Kontakt“ an. Es klärt sich dabei, dass eigentlich nicht die Reaktion der Menschen im Gottesdienst schuld waren an seiner Unzufriedenheit, sondern dass der Gottesdienst ihn über seine persönliche Situation hinweg „nicht trösten“ konnte. (vgl. Hahn 1981, S.127)

So sei

„... er vielmehr enttäuscht gewesen, weil ihn der Gottesdienstbesuch an sich „nicht trösten“, geduldiger machen konnte, mit seiner Krankheit und Behinderung nicht versöhnte.“ (ebd., S.128)

Über die gemeinsame Teilnahme mit seiner Frau an Treffen mit Schicksalsgefährten im Kehlkopfloosenverband und das überraschend wohltuende Gespräch mit dem Pfarrer erfährt er positive Zuwendung. Durch den Austausch mit anderen Betroffenen über Problemlagen und Lösungen fasst er wieder Mut zum Leben. Der Verband und die Gruppe sind für ihn stabiler Bezugspunkt, um resilientes Verhalten und Widerstandsfähigkeit in seiner Situation zu entwickeln. Mit der Erkenntnis, dass er in seiner Situation nicht alleine steht und andere ebenfalls mit dieser Krankheit und dem gleichen Stigma zu kämpfen haben, ist er in der Lage, langsam und allmählich seinen Zustand und die Unabänderlichkeit der Situation zu akzeptieren. Er beginnt, seiner Ich – Identität wieder näher zu kommen und sie wieder herzustellen. Mit dem Engagement im Kehlkopfloosenverband erschließt er sich neue Betätigungsfelder.

Im Zuge seiner persönlichen Identität, um sich selbst mit seiner Situation zu identifizieren, greift er durch die Anregung eines Mitgliedes des Kehlkopfloosenverbandes sein altes Hobby, das Drechseln, wieder auf.

„Als ehemaliger Werkzeugmacher drechselt er neuerdings in seiner selbst-eingerichteten Heimwerkstatt Gegenstände des Hausgebrauchs und zur Dekoration.“ (ebd., S.128)

Er verschenkt die selbst hergestellten Dinge an Freunde und Bekannte und erzielt dafür Anerkennung.

Peter J. fällt es nach seiner Erkrankung schwer, diese zu akzeptieren. Anfänglich ignoriert diese sogar und hofft, nach Therapie und schnellem Wiedereinstieg in

seine frühere berufliche Tätigkeit, die Normalität seines Lebens mit der gewohnten Ich – Identität in kurzer Zeit wieder zu erreichen. Erst das Rezidiv mit der operativen Kehlkopfentfernung zwingt ihn zur Aufgabe seines Berufes und zur intensiveren Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung und seinem veränderten Körper.

Die Aufgabe des Berufes fällt ihm sehr schwer, da er sich hier über viele Jahre mit seiner Leitungsfunktion identifiziert hat. Der Berufsalltag machte einen großen Teil seines Selbstverständnisses, seiner Selbstverwirklichung und seines Erfolges aus. Er gerät an einen psychischen Tiefpunkt.

Durch Reaktionen aus seinem bisherigen Umfeld erfolgt eine Ausgrenzung und Stigmatisierung. Das verschlechtert seinen Zustand erheblich, womit sein Verständnis von sich, seinem Körper und seiner Identität in Frage steht.

Durch positive Reaktionen des Pfarrers und der Mitglieder des Verbandes der Kehlkopflosen gewinnt er wieder Selbstvertrauen und beginnt, sich resiliente Verhaltensmuster anzueignen, sich mit der Situation auseinanderzusetzen und zu identifizieren. Er gewinnt durch die neuen sozialen Kontakte sogar zu seinem Beruf eine neue Perspektive mit Hilfe seines alten „Hobbys“, dem Drechseln. Dies nimmt ihm das Gefühl, unnützlich zu sein und eröffnet ihm wieder eine Aufgabe im Leben.

*„Seit der Laryngektomie ist sein Leben beschwerlicher geworden. Aber ...
Es lohnt sich trotz allem noch ... Ja – jeder Atemzug.“ (Hahn 1981, S.128)*

Er hat trotz Aufgabe seines Berufes und mit seinen Beschwerden durch den veränderten Körper einen neuen Sinn für sein Leben gefunden.

5.3. Elfriede S.

Elfriede S. ist geschieden, lebt alleine in einer Eigentumswohnung und hat keine Kinder. Sie hat mit 20 Jahren ihren 6 Jahre älteren Mann geheiratet und brach die nach dem Abitur begonnene Lehre zur Fremdsprachenkorrespondentin aus diesem Grunde ab. Nach sechs Jahren kinderloser Ehe und der gynäkologischen Feststellung, dass sie unfruchtbar sei, denkt sie über eine Kindsadoption nach. Ihr Mann geht jedoch auf ihren Wunsch nicht ein. In der Folge versucht sie, „ihrer ge-

pflegten und unausgefüllten häuslichen Langeweile“ durch die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach vorherigem Abschluss der abgebrochenen Lehre zu entfliehen. (vgl. Hahn 1981, S.128/129)

„Doch die Arbeit in der Auslandsabteilung eines Industrieunternehmens gefiel ihr von Anfang an, sie <ging ganz darin auf>.“ (ebd., S.129)

Mittlerweile ist sie Chefkorrespondentin und wird von ihren Kollegen und Vorgesetzten wegen ihrer Tüchtigkeit und als Respektsperson geschätzt. (vgl. ebd., S.129)

Nach mehrfachem Fremdgehen ihres Ehemannes drängt sie auf eine Scheidung, in deren Verlauf sie sich gütlich trennen.

Sie ist 41 Jahre alt, als sich ein von ihr selbst gefundener Knoten in der Brust in der durchgeführten Diagnostik als der bereits von ihr vermutete Brustkrebs erweist.

Dem impulsiven Gefühl, sich ihrer Mutter oder einer befreundeten Kollegin anzuvertrauen, verwirft sie wieder, da sie aus früheren Krisensituationen heraus hier keine echte Hilfe erwarten kann. Die resiliente Ressource einer positiven Bezugsperson ist ihr somit nicht gegeben.

„Aber eigentlich stand ihr - seit sie sich von ihrem Mann getrennt hatte – kein Mensch mehr so nahe, dass sie sich ihm in ihrer jetzigen Angst und inneren Not hätte anvertrauen können.“ (ebd., S.130)

Sie wird operiert und es erfolgt eine Brustamputation mit einer auf die Lokalisation des Tumors abgestimmten Lymphknotenentnahme.

Im Gegensatz zu vielen anderen Patientinnen fällt den behandelnden Ärzten und Schwestern bei Elfriede S. die

„... tränenlose Tapferkeit, das geschäftsmäßige, gefühlsarme Informationsbedürfnis...“ auf. (ebd., S.130)

Sie erhält eine Brustprothese, Lymphdrainage, eine medizinische Rehabilitation und ein Schwerbehindertenausweis wird beantragt. Mit dem eigentlichen Problem,

der Erkrankung mit der durchgeführten Brustentfernung und ihren jetzige Einschränkungen, hat sie sich bis dahin noch nicht auseinander gesetzt.

„Noch immer hatte sie wie an dem Abend, als sie den Knoten in ihrer Brust entdeckte, ihr Problem von ihrer Person abgespalten.“ (Hahn 1981, S.130)

Sie kann sich in der Situation nicht zurechtfinden und ist noch nicht bereit, sich hiermit auseinanderzusetzen und zu identifizieren. In einem von mehreren Gesprächen mit der Sozialarbeiterin beginnt sie zu weinen und erkennt schmerzhaft, welchen Gefühlsaufruhr die Krebserkrankung und der Verlust ihrer Brust in ihr ausgelöst haben.

„Sie fühlt sich entstellt, verstümmelt, nichts mehr wert als Frau.“ (ebd., S.131)

Ihre Identität steht absolut in Frage und neben dem entstellten Körper stellt sich ihr die quälende Frage, ob die Erkrankung zurückkehrt und inwiefern sie eventuell ihre Lebenserwartung verkürzt.

Ein halbes Jahr nach dem Klinikaufenthalt und nach der Rehabilitation nimmt sie auf eigenen Wunsch die berufliche Tätigkeit wieder auf. Ein Lymphödem des rechten Armes behindert sie schon, aber sie löst das Problem, indem sie noch mehr Wert als vorher auf ihre elegante und gepflegte Erscheinung legt. Sie versucht, ihr Stigma, ihre Andersartigkeit, die in ihrem Bekannten-, Freundes- und Kollegenkreis bekannt ist, so zu handhaben, dass sie und ihr Umfeld damit leben können.

„Auf diese Weise verschmerzt sie selbst am besten ihren so empfundenen Makel innerlich und gleicht sie den Mangel nach außen wieder aus. (ebd., S.132)

Sie wird auch weiterhin von ihren Kollegen bewundert und geachtet, insbesondere auch wegen ihres Schicksalsschlages und ihrer Art und Weise, mit diesem Problem umzugehen. Sie ist wieder vollständig beruflich integriert.

Im vierten Jahr nach der Operation tritt im Narbenbereich ein Rezidiv auf. Daraufhin erfolgen Bestrahlung und im Anschluss daran eine Chemotherapie. Nachfolgend aufgetretene Wirbelsäulenmetastasen, die Rückenschmerzen hervorrufen, müssen ebenfalls einer Bestrahlung zugeführt werden.

Der Unternehmensgeist und der Lebenswille von Elfriede S. sind ungebrochen. Über eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgt eine Belastungserprobung mit Unterstützung ihrer Krankenkasse und ihrer Firma. (vgl. Hahn 1981, S.132)

Auch in dieser Situation managt sie ihre persönliche Identität.

„Die Perücke stand ihr gut, und dass sie unter ihrer schicken Kleidung ein Stützkorsett trug, bemerkte niemand.“ (ebd., S.132)

Sie hatte sich mit ihrer Situation auseinandergesetzt und durch die Aufnahme der Tätigkeit, dem Wissen gebraucht zu werden, auch ihre Ich – Identität wieder erreicht. Die Arbeit und das berufliche Umfeld bilden ihren stärksten Bezugspunkt, da sie ansonsten nur wenige persönliche Kontakte hat. Auch ihr Umgang mit anderen Menschen hat sich durch ihren Schicksalsschlag verändert. Sie hat resiliente Verhaltensmuster entwickelt. Sie geht jetzt offener und fordernder auf andere Menschen zu und hat sich damit aktives Bewältigungsmuster angeeignet. Auch ihre Identität hat sie mit der Zeit wieder finden können, trotz des Verlustes wesentlicher fraulicher Merkmale.

„Es war nun trotz der Verluste weiblicher Attribute einfach eine natürliche Voraussetzung ihres Selbstverständnisses als Person, die jetzt so bewusst um ihr so beschwerlich gewordenes und doch wertvoll gebliebenes Leben bangte, an dem sie jetzt mit jeder Faser hing.“ (ebd., S.133)

Die Verschlimmerung ihres gesundheitlichen Zustandes und die Einbuße ihrer Leistungsfähigkeit zwingen sie zur Aufgabe des Berufes und zur Antragstellung der Erwerbsunfähigkeitsrente. Ihre wichtigsten Bezugspunkte – die Arbeit und die sozialen Beziehungen zu den Kollegen - aufzugeben, fällt ihr sehr schwer.

Aber die Krankheit schreitet unaufhörlich voran. Sie stirbt sechs Jahre und drei Monate, nachdem sie Knoten und damit den Krebs in ihrer Brust getastet hat.

6. Zusammenfassung

Das Anliegen dieser Arbeit ist es, Motivation und Erklärung für die verschiedenen Handlungsformen von Menschen mit Krebserkrankungen und durch sie bedingte Behinderungen, bezogen auf eine künftige berufliche Integration, zu untersuchen. Dazu werden Erläuterungen zu Krebserkrankungen, Therapien und ihr Zusammenhang zu Behinderung ausgeführt. Die Mehrzahl der von einer Krebserkrankung betroffenen Menschen hat einen Schwerbehindertengrad.

Die Grundlage zur Untersuchung der verschiedenen Handlungsvarianten bilden die im Kapitel 2 dargestellten Stigmatheorie von Goffman und die Resilienztheorie. Obwohl sich Goffmans Theorie nicht primär auf das berufliche Umfeld bezieht, lassen sich aus seinen theoretischen Ansätzen durchaus Beweggründe für Handlungen auf diesem Gebiet ableiten.

Menschen, die den Schicksalsschlag einer Krebserkrankung erleiden, benötigen geraume Zeit, das Trauma und die lebensbedrohliche Situation der Erkrankung zu verarbeiten. Das spiegelt sich in allen drei Falldarstellungen wieder.

Die Art und Weise, die Offensichtlichkeit und der Status der Erkrankung entscheiden häufig über eine Stigmatisierung in sozialen Beziehungen. Diese wird jedoch nur bei einer Diskrepanz zwischen zugeschriebener und erlebter Identität relevant. Im Bereich der persönlichen Identität bemühen sich Menschen mit Behinderungen, ihre Individualität - auch mit dem veränderten Körper und Einschränkungen - wieder herzustellen. Dazu bedienen sich Betroffene, wie in den Falldarstellungen von Marlene F. und Elfriede S., bestimmter Techniken, um ihre persönliche Identität zu bewahren.

Das Erreichen einer ausgewogenen Balance von einerseits gesellschaftlicher Zuordnung in benachteiligte Gruppen und andererseits die Herstellung und Wahrung der eigenen Individualität mit Behinderungen, von Goffman als Ich – Identität bezeichnet, setzt Selbsterfahrungen in vorhergegangenen Krisensituationen voraus. Gelingt dies nicht, und auch das ist aus allen Fällen zeitweise ersichtlich, sind die Reaktionen von betroffenen Menschen Rückzug, Isolation und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles dieser Person. Bei Erreichen einer stabilen Identität hingegen ist die Voraussetzung für eine positive Krankheitsverarbeitung geschaffen und somit eine Grundlage für die berufliche Integration vorhanden.

Die in der Resilienztheorie begründeten Verhaltensmuster, die im bisherigen Leben bei der Bewältigung von Krisensituationen unterstützten, können den Betroffenen auch in weiteren Krisensituationen helfen. Resilienz ist jedoch nicht immer gleichzeitig in verschiedenen Lebensbereichen vorhanden und zwischen diesen nicht übertragbar. Resilientes Verhalten ist jedoch erlernbar und lässt sich trainieren. Voraussetzung dafür sind bestimmte Schutzfaktoren, die resiliente Verhaltensmuster fördern.

Die Falldarstellungen belegen, wie aktives Bewältigungsverhalten und positive, stabile Beziehungen im sozialen Umfeld die positive Bewältigung von lebensbedrohlichen Krisen fördern und eine neue Lebensperspektive eröffnen können.

Vorhandene - vorrangig sekundäre - Risikofaktoren können dem entgegenstehen. Das Vorhandensein dieser Faktoren im beruflichen Umfeld kann eine berufliche Integration erschweren oder auch verhindern, und auch eine Beschädigung der Identität und des Selbstwertgefühles von betroffenen Menschen bewirken.

Generell gehören Beruf und Erwerbsarbeit zum zweiten wichtigen Lebensbereich, neben der Familie, in dem sich Menschen verwirklichen. Der Mensch definiert sich in seiner Identität und Persönlichkeit zu einem Teil über seine berufliche Tätigkeit. Gerade für Menschen, die von einer Krebserkrankung betroffen sind, haben Beruf und Erwerbsleben einen hohen Stellenwert. In allen drei betrachteten Fällen ist dieses ganz deutlich hervorgetreten. Das Bewusstsein, gebraucht zu werden, aktiv zu sein und weiter am Arbeitsleben teilzuhaben, hat häufig sehr positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, wie auch auf den Krankheitsverlauf.

Hierzu muss jedoch gesagt werden, dass die Wiederaufnahme und der Umfang der beruflichen Tätigkeit nicht zuletzt von Art und Ausmaß der Krebserkrankung abhängig und häufig für den weiteren Verlauf nicht kalkulierbar sind. Kommt es zur beruflichen Integration, hat das häufig sehr positive Auswirkungen auf die Stabilität des Betroffenen.

Wir sollten uns bewusst sein, dass ein solcher Schicksalsschlag jeden von uns treffen kann, und im Sinne von Richard von Weizsäcker mit betroffenen Menschen umgehen.

„Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann. Lassen Sie uns die Behinderten und ihre Angehörigen auf ganz natürliche Weise in unser Leben einbeziehen. Wir wollen ihnen die Gewissheit geben, dass wir zusammengehören.“ (Richard von Weizsäcker, ehem. Bundespräsident)

7. Anhang

7.1. Abkürzungen und Begriffe

Bestrahlung	Anwendung ionisierender Strahlung zur Tumorbekämpfung
Biopsie	Entnahme einer Gewebeprobe
Diagnostik	Untersuchung zur Erkennung von Krankheiten
DRV-Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
Epithese	individuell angepasster Körperoberflächenersatz
GdB	Grad der Behinderung
Heilungsbewährung	Zeitfrist für die Gültigkeit eines Schwerbehindertenausweises bis zur Nachprüfung
Laryngektomie	operative Kehlkopfentfernung
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Lymphdrainage	Streichmassage zur Beseitigung von Lymphstauungen
Lymphödem	Schwellung durch Behinderung des Lymphabflusses
Neubildungen	Bezeichnung für Krebserkrankungen
Ösophagussprache	körpereigene Ersatzstimme nach Kehlkopfentfernung
Rezidiv	Rückfall, Wiederauftreten einer Krankheit

SGB

Sozialgesetzbuch

Stufenweise Wieder-
EingliederungArbeitserprobung mit steigender Belastung bei Vorlie-
gen einer Arbeitsunfähigkeit

7.2. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Jährliche Neuerkrankungen nach Krebsarten und Geschlecht S.5
- Abbildung 2: Statistik DRV-Bund: Neuerkrankungen nach Diagnosen 2008 S.35
- Abbildung 3: Statistik DRV-Bund: Zugang Erwerbsminderungsrenten nach
Diagnosen 2008 S.36
- Abbildung 4: Statistik DRV-Bund: abgeschlossene LTA nach Diagnosen S.37

8. Quellenverzeichnis

Beckmann, Isabell – Annett: Deutsche Krebshilfe e. V.. Blaue Ratgeber. Rachen- und Kehlkopfkrebs. Göttingen 2009.

Beckmann, Isabell – Annett / Kaspar, Stefanie: Deutsche Krebshilfe e. V.. Blaue Ratgeber. Soziale Informationen. Bonn 2009.

Biesel, Elke: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Diagnose Krebs muss nicht das berufliche Aus bedeuten. Internet - URL:

www.dguv.de/inhalt/presse/2009/Q1/disabiliti_management/index.jsp.

(Stand 20.10.2009)

Bösel, Maren: Total Normal. In: Zeitschrift für junge Leute mit Krebs. Nr.21. Juli 2001.

Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 2009. Berlin 2009.

Cloerkes, Günther: Die Stigma-Identitäts-These. In: Gemeinsam leben: Zeitschrift für integrative Erziehung Nr. 3/2000, S.104-111.

de Gruyter, Walter: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. Berlin 2002.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen. Würzburg 2008.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenversicherung in Zahlen 2009. Würzburg 2009.

Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main 1967

Gresenhues, S. / Ziesche, R.: Praxisleitfaden Allgemeinmedizin. München u. a. 2003.

Gugel, Günther: Handbuch Gewaltprävention in der Grundschule. Grundlagen – Lernfelder – Handlungsmöglichkeiten. Bausteine für die praktische Arbeit. Tübingen 2007.

Hahn, Mechthild: Lebenskrise Krebs. Hannover 1981

Hilmer, Hilke: Entwicklungspsychopathologie. Eine neue Sichtweise und ihre Bedeutung für die soziale Arbeit. Diplomarbeit. Hamburg 2008

Kals, Ursula: Gesundheit. Karriereberater entdecken Resilienz – Beruf und Chance. In: Frankfurter Allgemeine Nr.9. 07.01.2006. S.51.

Loos, Karin: Integration und Arbeit oder die psychosozialen Kosten erzwungener Erwerbslosigkeit. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. Heft 4. 3.Jahrgang 2005.

Nuber, Ursula: Resilienz: Immun gegen das Schicksal? In: Psychologie Heute. September 2005. S.24ff.

Nuber, Ursula: So meistern Sie jede Krise. Das Konzept „Resilienz“. Schriften zum Mitnehmen. Ehe- Familien- und Lebensberatung im Bistum Münster. Münster 1999.

Richter, Dirk: Das Stigma der Krankheit – Zur Karriere eines soziologischen Begriffs. Antrittsvorlesung. Münster 2003.

Robert – Koch – Institut: Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert – Koch – Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.. 6. überarbeitete Auflage. Berlin 2008.

Schulte, Hilde: Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.. Soziale Informationen 2008. 32. Auflage. Bonn 2008.

Stahr, Petra: Gesundheit im Arbeitsleben: Leistungsfähig trotz Behinderung und / oder chronischer Erkrankung?. Vortrag auf dem Frauengesundheitstag. Münster 2005.

Stascheit, Ulrich: Gesetze für Sozialberufe. 14. Auflage. Baden – Baden 2007

Weinschenk, Ronald: Betriebliches Eingliederungsmanagement - §84 SGB IX. Prävention, Integration und Rehabilitation im Betrieb. Vortrag. Aalen 2008.

Winkler, Sabine / Gelhausen, Marius: Seminar Entwicklungspsychologie: Referat. Resilienz. Darmstadt 2007.

Wolf, Manfred / Mulot, Ralf / Seidl, Marie: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 5. Auflage. Stuttgart 2002.

Wustmann, Corina: Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin u. a. 2004.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Ich bin einverstanden, dass ein Exemplar meiner Diplomarbeit in der Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg aufbewahrt wird und dort von jedermann eingesehen werden kann.

Thoralf Witteck