

**Eine empirische Untersuchung über den Nutzen
von ambulanter Sozialarbeit bei Brustkrebs
aus der Sicht von betroffenen Frauen**

Vorgelegt von Clivia Cavallo
Master in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern | Luzern | St. Gallen

Eingereicht bei Prof. Dr. Suzanne Lischer
Januar 2021

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Abstract

Mit jährlich durchschnittlich 5'700 Neuerkrankungen stellt Brustkrebs die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen dar. Die Diagnose bedeutet meist ein lebensveränderndes Ereignis. Die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie begleitet die betroffenen Frauen in allen Phasen der Erkrankung und stellt so ein wesentliches Element in der psychosozialen Versorgung dar.

Die vorliegende Masterthesis befasst sich mit der subjektiven Wahrnehmung der betroffenen Frauen in Bezug auf die Dienstleistungen der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie. Genauer wird eruiert, welche krankheitsbedingten Herausforderungen bestehen und welchen Beitrag die ambulante Sozialarbeit im Hinblick auf spezifische Folgeerscheinungen aus subjektiver Sicht der Betroffenen leistet. Es wurden dabei problemzentrierte Interviews mit sechs betroffenen Frauen geführt, welche die Sozialberatung der regionalen Krebsligen der Schweiz in Anspruch genommen haben.

Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen, dass vor dem theoretischen Hintergrund des biopsychosozialen Modells multifaktorielle krankheitsbedingte Herausforderungen bestehen. Des Weiteren wurden individuelle Copingstrategien im Umgang mit den Folgeerscheinungen ersichtlich. Die Betroffenen bescheinigten der ambulanten Sozialarbeit diverse Funktionen und Beratungskompetenzen, welche im Hinblick auf die krankheitsbedingten Herausforderungen eine Erleichterung bedeuteten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Aufbau der Masterthesis	1
1.2	Ausgangslage und Forschungsinteresse.....	1
1.3	Zielsetzung.....	3
1.4	Fragestellungen	3
1.4.1	Hauptfragestellung	3
1.4.2	Teilfragestellungen.....	4
1.5	Stand der Forschung.....	4
2	Theoretische Grundlagen	9
2.1	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	9
2.2	Interdisziplinarität in der Onkologie.....	11
2.3	Die Krebsliga Schweiz und ihre regionalen Ligen.....	12
2.4	Brustkrebs und Soziale Arbeit	15
2.4.1	Prävalenz und Inzidenz	15
2.4.2	Risikofaktoren	15
2.4.3	Symptome, Untersuchungen und Diagnose	15
2.4.4	Therapieansätze	17
2.4.5	Brustamputation	17
2.4.6	Psychosoziale Krankheitsfolgen.....	18
2.4.7	Soziale Arbeit mit brustkrebsbetroffenen Frauen.....	19
2.5	Coping	20
2.5.1	Transaktionales Stress-Coping-Modell.....	21
2.6	Das biopsychosoziale Modell	24
2.6.1	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	25
2.6.2	Brustkrebs und dessen Herausforderungen nach ICF	28

3	Empirische Untersuchung	31
3.1	Forschungsdesign	31
3.2	Gütekriterien	31
3.3	Feldzugang und Sampling	33
3.4	Problemzentriertes Interview	34
3.5	Datenerhebung und -aufbereitung	37
3.5.1	Kontaktaufnahme	37
3.5.2	Tonaufzeichnung	37
3.5.3	Rahmenbedingungen und Interviewgestaltung	37
3.5.4	Postskript	38
3.5.5	Transkription	38
3.6	Datenauswertung	39
4	Ergebnisse	42
4.1	K1 Krebsbedingte Herausforderungen nach ICF	43
4.2	K2 Copingstrategien	52
4.3	K3 Beitrag ambulanter Sozialarbeit	57
5	Diskussion und Beantwortung der Fragestellung	63
5.1	Beantwortung der Teilfragestellungen	63
5.2	Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung	68
6	Fazit und Ausblick	70
6.1	Schlussfolgerungen	70
6.2	Kritische Reflexion	71
6.2.1	Theorie	71
6.2.2	Feldzugang und Sampling	71
6.2.3	Datenerhebung	72
6.2.4	Datenaufbereitung	72

6.2.5	Datenauswertung	72
6.3	Forschungsdesiderate	73
	Dank	74
	Literaturverzeichnis	75
	Anhang 1: Erklärungen zur Masterthesis	80
	Anhang 2: Schriftliche Einverständniserklärung	81
	Anhang 3: Erhebungsinstrument	82
	Anhang 4: Postskript	84
	Anhang 5: Auswertungsraster	85
	Anhang 6: Persönliche Erklärung Einzelarbeit	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Transaktionales Stressmodell nach Lazarus	22
Abbildung 2:	Biopsychosoziales Modell nach ICF und dessen Wechselwirkungen	27
Abbildung 3:	Erhebungsinstrument	35
Abbildung 4:	Erhebungsinstrument	36
Abbildung 5:	Erhebungsinstrument	36

1 Einleitung

1.1 Aufbau der Masterthesis

Im ersten Abschnitt dieser Arbeit werden Ausgangslage, Forschungsinteresse, Fragestellungen sowie der aktuelle Forschungsstand erläutert. Das zweite Kapitel befasst sich mit den theoretischen Grundlagen, die als Basis für die empirische Untersuchung dienen. Es handelt sich dabei um die Themen «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen», «Interdisziplinarität in der Onkologie» sowie «Die Krebsliga Schweiz und ihre regionalen Ligen». Anschliessend wird die biologische und psychosoziale Dimension des Krankheitsbildes von Brustkrebs erläutert. In einem weiteren Kapitel wird das Thema «Coping» dargelegt. Schliesslich wird der theoretische Teil mit dem biopsychosozialen Modell abgeschlossen. Das dritte Kapitel widmet sich der empirischen Untersuchung, wobei die angewandten Methoden dargelegt werden. Im vierten Kapitel werden die aus der Untersuchung resultierenden Forschungsergebnisse präsentiert. Das fünfte Kapitel widmet sich der Beantwortung und Diskussion der Fragestellungen. Die Masterthesis wird mit einem Fazit in Form einer Schlussfolgerung sowie einer kritischen Reflexion des Forschungsprozesses und der Zielerreichung abgeschlossen. Bei der vorliegenden Masterthesis wurde der Zitationsstil nach APA (American Psychological Association, 7. Auflage) verwendet.

1.2 Ausgangslage und Forschungsinteresse

In der Schweiz erkrankten zwischen 2008 und 2012 jährlich 20'800 Männer und 17'650 Frauen an einem Tumor. Mit 47 % ist fast jeder zweite Mann und mit 38 % mehr als jede dritte Frau im Verlauf des Lebens von einer Krebserkrankung betroffen. Mit durchschnittlich 5'700 neuerkrankten Frauen pro Jahr stellt Brustkrebs die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen dar. Die Mortalitätsrate beträgt 3.6 % (Arndt et al., 2016).

Eine onkologische Diagnose stellt sowohl für die betroffene Person als auch für das Umfeld ein einschneidendes Ereignis dar. Brustkrebs gilt als eine chronische Erkrankung, wobei die erkrankten Frauen von massiven physischen und psychosozialen Auswirkungen betroffen sind. Folglich ist eine ganzheitliche Versorgung der betroffenen Frauen von besonderer Bedeutung. Im multidisziplinären Versorgungssystem leistet die ambulante Sozialarbeit in allen onkologischen Krankheitsphasen einen Beitrag, indem sie als ein wesentliches Element in der Gesundheitsversorgung zur Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit beiträgt (Homfeldt, 2012). Sie erbringt dabei Leistungen in Form von psychosozialer Beratung und unterstützt die Betroffenen in der Verarbeitung der krankheitsbedingt veränderten Lebenswelt und der daraus resultierenden Herausforderungen (Rösler et al., 2016).

Seit den 1990er Jahren befindet sich die Soziale Arbeit, insbesondere aufgrund von Finanzproblemen der öffentlichen Haushalte, unter einem starken Legitimationszwang. Die Effizienz, Wirksamkeit und folglich der soziale Mehrwert öffentlich erbrachter Dienstleistungen werden vermehrt in Frage gestellt. So wurden auch in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, anfänglich insbesondere aus Kostengründen, immer mehr Forderungen nach objektivierbaren Wirksamkeitsmessungen laut (Werle, 2010).

Mittlerweile wird der Diskurs der Wirkungsorientierung jedoch nicht mehr aus rein betriebsökonomischen Beweggründen geführt, sondern wird verstärkt auch seitens der Sozialen Arbeit aufgenommen. Es handelt sich dabei oft um grundlagentheoretische Fragestellungen im Hinblick auf die fachliche Professionalisierung der Sozialen Arbeit (Oelerich & Schaarschuch, 2005). Folglich können mittels Wirkungsforschung diverse Ziele verfolgt werden: Einerseits dient sie der Klärung der brisanten Frage der funktionalen Leistungsfähigkeit sowie der Legitimation der Sozialen Arbeit. Andererseits birgt die Wirkungsforschung die Möglichkeit der methodisch-fachlichen Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit und letztlich der Optimierung der Versorgung gesundheitlich eingeschränkter Personen (Otto et al., 2010).

Die vorliegende explorative Nutzerforschung soll einen Beitrag zur Stärkung des fachlichen Diskurses leisten, indem der Nutzen und die Grenzen der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie eruiert werden.

Im Hinblick auf das interdisziplinäre Arbeitsfeld, in welchem die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie tätig ist, muss die Sozialarbeit ihr Fachwissen einbringen und sich positionieren können. Gleichzeitig tut sich die Soziale Arbeit jedoch schwer damit, ihre Kompetenzen im multidisziplinären Feld aufzuzeigen und hadert mit ihrer professionellen Selbstidentität (Geissler-Piltz, 2009). Damit sie argumentationsfähig bleibt und ihre Expertise bzw. Problemlösungskompetenzen darlegen kann, muss die Soziale Arbeit anhand von sozialwissenschaftlichen evidenzbasierten Studien ihr Expertenwissen, ihren Nutzen und letztlich ihre Legitimation aufzeigen können (Wider, 2013). Infolgedessen soll anhand der vorliegenden Untersuchung der Nutzen der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie eruiert werden. Genauer soll mittels Einbezugs der subjektiven Sichtweisen der Brustkrebsbetroffenen Frauen untersucht werden, worin der Beitrag der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie im Hinblick auf die krankheitsbedingten Herausforderungen liegt.

Es muss hierbei erwähnt werden, dass die Autorin dieser Masterthesis selbst in der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie, genauer bei der Krebsliga beider Basel, tätig ist. Folglich besteht nebst dem beschriebenen objektiven Forschungsinteresse auch ein persönliches Interesse, wobei es der Autorin ein Anliegen ist, mit der vorliegenden

Untersuchung einen Beitrag zur Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen leisten zu können. Nicht weniger relevant scheint es aus Sicht der Autorin die subjektive Perspektive der Adressatinnen ins Zentrum zu stellen, da sie einerseits Ko-Produzentinnen der Dienstleistung und andererseits Zielpublikum des Angebots sind. Sie tragen daher massgeblich zum Nutzen oder Nicht-Nutzen der Dienstleistung bei (Oelerich & Schaarschuch, 2005).

1.3 Zielsetzung

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Masterthesis besteht darin, vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells, Wissen über die krankheitsbedingten Herausforderungen der brustkrebsbetroffenen Frauen zu generieren und vor dem Hintergrund jener Problematiken den Nutzen und die Grenzen der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie zu eruieren. Die Untersuchung soll aufzeigen, wie die betroffenen Frauen die Herausforderungen erleben, welche Copingstrategien zur Verarbeitung der Problematiken entwickelt wurden und wie sie vor diesem Hintergrund den Nutzen der ambulanten Sozialarbeit einschätzen. Letztlich sollen die Erkenntnisse einen Beitrag zur Optimierung der Versorgungsstrukturen von brustkrebsbetroffenen Frauen leisten.

1.4 Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit soll der Frage nachgehen, welchen Beitrag die ambulante Sozialarbeit aus subjektiver Sicht von brustkrebsbetroffenen Frauen leistet. Folglich findet eine erste thematische Eingrenzung statt, indem sich die Arbeit auf das Krankheitsbild Brustkrebs fokussiert. Ferner untersucht die explorative Studie am Beispiel der Krebsliga Schweiz bzw. deren regionalen und kantonalen Krebsligen den Nutzen von ambulanter Sozialarbeit. Des Weiteren wird die Fragestellung durch den theoretischen Hintergrund des biopsychosozialen Modells eingegrenzt.

1.4.1 Hauptfragestellung

Die forschungsleitende Hauptfragestellung lautet:

Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie im Hinblick auf die zu bewältigenden krankheitsbedingten Herausforderungen aus der Sicht von brustkrebsbetroffenen Frauen?
--

1.4.2 Teilfragestellungen

Zur Beantwortung der forschungsleitenden Hauptfragestellung müssen in einem ersten Schritt die krankheitsbedingten Herausforderungen vor dem theoretischen Hintergrund des biopsychosozialen Modells eruiert werden. Des Weiteren gilt es, die Copingstrategien zu explorieren. Die Teilfragestellungen lauten folglich:

- 1) Welchen Einfluss hat der Brustkrebs auf den Alltag der betroffenen Frauen bzw. vor welche Herausforderungen werden sie vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells gestellt?
- 2) Welche Copingstrategien sind seitens der Betroffenen vorhanden?
- 3) Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie?

1.5 Stand der Forschung

Die vorliegende Masterthesis befasst sich vor dem theoretischen Hintergrund der funktionalen Gesundheit bzw. des biopsychosozialen Modells nach der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005) mit der Nutzerforschung im Bereich der ambulanten Sozialarbeit bei Brustkrebs. Dem biopsychosozialen Modell liegt ein ganzheitliches theoretisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit zugrunde (Egger, 2005). Anhand des Modells können biomedizinische sowie psychosoziale Faktoren bzw. Folgeerscheinungen im Zusammenhang mit Brustkrebs aufgezeigt werden, weshalb es für die Umfrage als besonders geeignet erscheint. Des Weiteren obliegt es der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, sich den psychosozialen Folgen von Erkrankungen anzunehmen und betroffene Personen in ihrer Selbstermächtigung und Autonomie zu fördern (Rademaker, 2014). Mittels des biopsychosozialen Modells können folglich die multifaktoriellen Folgeerscheinungen einer Erkrankung sowie die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit analysiert werden.

Es handelt sich bei der geplanten Masterthesis um ein wenig erforschtes Themenfeld, wobei drei Kernpunkte behandelt werden: die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie, die Nutzerforschung in der Sozialen Arbeit sowie die Forschung im Bereich der funktionalen Gesundheit bzw. des biopsychosozialen Modells. Nachfolgend wird auf diese drei Forschungsfelder näher eingegangen.

Die Soziale Arbeit verzeichnet im Gesundheitswesen eine lange Tradition. So wurden bereits um das Jahr 1900 erste Aktivitäten in diversen Handlungsfeldern wie bspw. der Krebs- oder Tuberkulosefürsorge verzeichnet (Reinicke, 2003). Dennoch hat die Soziale Arbeit im

Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum bis in die zweite Hälfte der 1980er Jahre eine eher marginale Rolle eingenommen. Dies ist gemäss Homfeldt (2013) einerseits darauf zurückzuführen, dass die Gesundheitsförderung während der Neuorientierung der Sozialen Arbeit in den 1960er Jahren noch nicht als Thematik aufgenommen wurde und der Gesundheitspolitik in jener Zeit noch nicht die heutige Bedeutung zukam. Andererseits wurde die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen während dem Nationalsozialismus verdrängt, da die Gesundheitsfürsorge zur Aufgabe der Medizin wurde (Homfeldt, 2002). Erst mit der Ottawa-Charta von 1986 erfuhr die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einen massiven Bedeutungsgewinn (Homfeldt, 2013). Mit ihrer Einführung wurde Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden. Vielmehr wurden nun auch kulturelle, gesellschaftliche und soziale Aspekte miteinbezogen, was zu einem ganzheitlicheren mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis führte. Es fand folglich ein Paradigmenwechsel statt, wobei die Soziale Arbeit innerhalb der Gesundheitsförderung entschieden an Bedeutung gewann (Homfeldt, 2005). Gemäss Homfeldt (2012) ist dieser Aufschwung insbesondere auf die Kompetenz der Sozialen Arbeit zurückzuführen, lebensweltorientierte Unterstützung, d.h. kompetente Hilfe im Alltag, zu leisten. Mit diesem Bedeutungsgewinn hat sich zwar auch die Forschungslandschaft in den vergangenen Jahrzehnten vergrössert, dennoch konstatiert Gahleitner (2013), dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nur wenig Grundlagenforschung betreibt. Ferner bestehe Nachholbedarf in der praxisbezogenen Forschung sowie in der evidenzbasierten Forschung (Gahleitner, 2013). Eine mögliche Ursache für die eher dünne Forschungslage könnte darin liegen, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen aufgrund der medizinischen Dominanz eine eher marginale Funktion einnimmt. Forschungen im Gesundheitswesen widmen sich gemäss Geissler-Piltz und Gerull (2009) vorwiegend medizinischen oder pflegerischen Fragestellungen, wobei die Soziale Arbeit wenig Beachtung findet.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich in der Sozialen Arbeit in der Onkologie ab. Die «Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie» führte 2016 eine Literaturrecherche durch, wobei festgestellt wurde, dass sowohl in Deutschland als auch global die Anzahl der Publikationen zur evidenzbasierten Forschung steigen (Adolph, 2019). Jene Studien befassen sich jedoch vorwiegend mit guten Versorgungspraxen. Ferner wurden bis anhin nur wenige Studien durchgeführt, welche der Frage nach der Wirksamkeit von sozialarbeiterischen Interventionen in der Onkologie nachgehen. Im deutschsprachigen Raum sind daher nur wenige Studien bekannt, die sich dem Nutzen ambulanter Sozialarbeit mit krebserkrankten Personen aus subjektiver Sicht von Betroffenen widmen (Adolph, 2019).

Eine jener Studien wurde im Jahr 2020 veröffentlicht. Sie befasst sich mit der Wirksamkeit unterschiedlicher Methoden sozialer Diagnostik in der Sozialberatung mit Eltern krebserkrankter Kinder (Haunberger et al., 2020). 71 Elternpaare nahmen an der kontrollierten

Studie teil und wurden dabei randomisiert einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Es handelt sich folglich um ein experimentelles Design (randomized controlled Trial «RCT») mit Fokus auf die Eltern krebskranker Kinder bzw. auf das Familiensystem. Die Ergebnisse zeigten, dass vor dem Hintergrund sozialdiagnostischer Methoden keine signifikanten Effekte zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe bestehen. Des Weiteren konnten die Ergebnisse keine Hinweise dahingehend liefern, dass gewisse sozialdiagnostische Instrumente im Hinblick auf die psychosoziale Belastung stärkere Effekte zeigen als andere (Haunberger et al., 2020).

Eine weitere Studie befasste sich zwischen 2002 und 2004 mit der psychosozialen Versorgung krebsbetroffener Personen und deren Angehörigen in der Schweiz (Krebsliga Schweiz, 2005). Dazu führte die Krebsliga Schweiz eine epidemiologische Studie durch, wobei nebst Fachpersonen und Leistungserbringern wie Spitäler und regionale Krebsligen 416 Krebsbetroffene mit unterschiedlichen Diagnosen sowie 281 Angehörige befragt wurden. Dabei wurden mittels Fragebogen die individuellen Bedürfnisse der vorausgegangenen vier Wochen eruiert, wie diese befriedigt wurden, wer dabei Unterstützung leistete und welche Bedürfnisse noch offen sind. Die Ergebnisse zeigten, dass die Hälfte der befragten krebsbetroffenen Personen auch nach der erfolgten Hilfestellung noch offene Bedürfnisse hatte. Dazu zählten Informationen zur Erkrankung, Behandlung und zum bestehenden Unterstützungsangebot. Ferner zeigten die Resultate, dass die Befragten die Erfassung der Bedürfnisse der Betroffenen als unzureichend einschätzten. Als Massnahme schlug die Krebsliga Schweiz u.a. vor, die Bedürfnisse der Betroffenen in systematischer Art und Weise zu erfassen und das Zielpublikum sowie die Fachpersonen eingehender über Umfang und Nutzen der bestehenden psychosozialen Dienstleistung zu informieren (Krebsliga Schweiz, 2005).

Die Nutzerforschung befasst sich mit dem Nutzen bzw. Nicht-Nutzen sozialer Dienstleistungen aus Sicht der Adressatinnen und Adressaten. Klientinnen und Klienten werden dabei als eigenständige selbstverantwortliche Subjekte bzw. als Produzentinnen und Produzenten ihres eigenen Lebens, ihrer Gesundheit und ihrer Bildung verstanden. Die Klientel eignet sich des Weiteren soziale Dienstleistungen aktiv an und wird dadurch zum Produzenten einer Dienstleistung (Oelerich & Schaarschuch, 2005).

Das Ziel der Nutzerforschung besteht darin, mittels Einbezugs der subjektiven Sicht der Klientel zu eruieren, worin der «Gebrauchswert» sozialer Dienstleistungen besteht. Genauer soll der Frage nachgegangen werden, welche Aspekte, Tätigkeiten und Programme der Dienstleistung sich als nutzbringend herausstellen. So können bspw. Handlungsansätze, Methoden, Beziehungen zwischen Professionellen und der Klientel oder strukturelle Gegebenheiten der Institution in ihrer subjektiv wahrgenommenen Bedeutung analysiert

werden. Mittels der Frage nach dem Gebrauchswert der sozialen Dienstleistung wird ausserdem die Legitimation des Angebots eruiert (Oelerich & Schaarschuch, 2005).

Es handelt sich bei der Nutzerforschung, welche konsequent die subjektive Sichtweise der Nutzenden untersucht, um eine noch junge Forschungsperspektive, wobei bereits einige empirische subjektbezogene Studien in verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit vorhanden sind (van Riessen & Jepkens, 2020). Ebenso konstatierte Hirschfeld (2009), dass es sich um ein eher junges Forschungsfeld handelt, wobei Oelerich und Schaarschuch zu den Pionieren gehören.

Das biopsychosoziale Modell stellt eine Erweiterung des biomedizinischen Krankheitsmodells der Humanmedizin dar. Es hat seinen Ursprung in systemtheoretischen Studien bzw. deren Anwendung auf die Biologie von Bertalanffy und Weiss (Egger, 2005).

Das dualistische biomedizinische Modell verstand Erkrankungen als Normabweichungen und suchte Erklärungen in bio-chemischen Prozessen, wobei psychosoziale Faktoren ausgeklammert wurden (Engel, 1979). Mit dem erweiterten biopsychosozialen Modell wurden hingegen kulturelle, soziale und psychologische Wirklichkeitsbereiche berücksichtigt, weshalb es für die Soziale Arbeit von grosser Bedeutung ist. Erkrankungen bedürfen demnach einer mehrdimensionalen Betrachtung, wobei die Soziale Arbeit den Anspruch auf die Zuständigkeit der Bearbeitung der sozialen Dimension für sich erheben kann (Rademaker, 2014).

Auf Initiative der World Health Organization wurde 2001 die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (nachfolgend ICF genannt) verabschiedet, wobei das biopsychosoziale Modell weiterentwickelt wurde. Dieses dient dazu, die funktionale Gesundheit eines Menschen zu erfassen. Es sollen dabei nicht die Folgen einer Erkrankung oder Behinderung eruiert, sondern vielmehr die Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Umwelt erfasst werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Anhand der neuen Klassifikation der ICF werden ferner die Maxime der Gleichstellung und Partizipation von Menschen mit einer Beeinträchtigung ins Zentrum gestellt. Problemstellungen werden daher nicht mehr der beeinträchtigten Person zugeschrieben, sondern in ausgrenzenden Strukturen und Umweltfaktoren verortet (Gahleitner, 2013). Des Weiteren nimmt durch die Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit, sozialer Umwelt und Gesundheitsverhalten die politische Dimension der sozialen Ungleichheit einen höheren Stellenwert ein (Sting & Zuhorst, 2000).

Das biopsychosoziale Modell konnte sich in den vergangenen vier Jahrzehnten etablieren und bildet mittlerweile die Grundlage für diverse Forschungsfelder. Dabei resultierten auf der Ebene der sozialen Dimension zahlreiche Forschungsergebnisse, welche die biopsychosoziale Perspektive stützen (Pauls, 2013b). Es handelt sich dabei u.a. um Untersuchungen zu sozioökonomischen Merkmalen wie bspw. zu Zusammenhängen

zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit (Mielck, 2012) oder um den Bereich der Stressforschung, wobei Lazarus mit seinem transaktionalen Stressmodell zu den Pionieren zählt (Lazarus & Folkman Susan, 1984).

2 Theoretische Grundlagen

Um der Frage nach dem Nutzen von ambulanter Sozialarbeit bei Brustkrebsbetroffenen Frauen nachzugehen, wird in den nachfolgenden Kapiteln der theoretische Hintergrund erläutert. Es wird zunächst die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und die Interdisziplinarität in der Onkologie dargelegt. Es folgt die Erläuterung des Arbeitsfelds der Krebsliga Schweiz und den regionalen Ligen. Im darauffolgenden Kapitel wird das Krankheitsbild von Brustkrebs, die psychosozialen Krankheitsfolgen und die Sozialarbeit mit Brustkrebsbetroffenen Frauen dargestellt. Ferner wird auf Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung eingegangen. Der theoretische Rahmen findet seinen Abschluss in der Erläuterung des biopsychosozialen Modells, der Darlegung der «International Classification of Functioning and Health» und den spezifischen krankheitsbedingten Herausforderungen vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells.

2.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gesundheitliche Parameter und sozialstrukturelle Aspekte sind eng miteinander verflochten und berühren deshalb die Praxis der Sozialen Arbeit unmittelbar. Gemäss Homfeldt (2012) sind Gesundheitsdienste für die Soziale Arbeit zwar sekundär, da sie primär in Bezug zur Pflege und Gesundheit stehen und nicht zur Sozialen Arbeit, dennoch sind aber gegenwärtig etwa ein Viertel aller Sozialarbeitenden im deutschsprachigen Raum im Gesundheitswesen tätig. Dies kann auf die enorme Expansion der Sozial-, Erziehungs-, und Gesundheitsberufe der letzten fünfzig Jahre zurückgeführt werden, wodurch neue Arbeitsfelder wie bspw. die Selbsthilfe erschlossen wurden (Homfeldt, 2012).

Im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts hat sich ein «umfassender Vorstellungswandel von Gesundheit vollzogen» (Homfeldt, 2012, S. 494). Aspekte wie gesundheitsfürsorgliches Handeln bzw. Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit gewannen im Rahmen einer positiven Gesundheitsbewegung immer mehr an Bedeutung (Franzkowiak et al., 2011). Dabei gelang es der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, sich weiter auszudifferenzieren und die Gesundheitsfürsorge als Teil ihres Profils zu übernehmen und weiterzuentwickeln (Homfeldt, 2012).

Mit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 fand ein Wandel hinsichtlich des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit statt. Gleichwohl gewann die Gesundheitsförderung an Bedeutung und fand mit der Ottawa-Charta gar ihren programmatischen Höhepunkt (Franzkowiak et al., 2011). Die WHO definiert Gesundheitsförderung folgendermassen:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. (World Health Organization, 1986, S. 1)

Die WHO nimmt mit dieser Definition eine bedeutende Aufschlüsselung vor, indem sie dem Zustand der Gesundheit nebst der biologischen auch eine psychische und soziale Dimension zuspricht. Unter Gesundheitsförderung sind demnach Massnahmen zu verstehen, welche eine Stärkung der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen verfolgen. Der Zustand von Gesundheit wird folglich vermehrt ressourcenbezogen und weniger krankheitsspezifisch verstanden (Franzkowiak et al., 2011).

Gemäss Ottawa-Charta sollten Veränderungen im Gesundheitspotenzial nicht nur auf individueller, sondern auch auf struktureller Ebene angestrebt werden. Einerseits sollen auf der individuellen Ebene, d.h. auf der Mikroebene, Personen dahingehend befähigt werden, gesundheitsförderliche Lebensweisen in Form von Verhaltensveränderungen zu adaptieren. Jene Ansätze liegen verhaltenstheoretischen Konzepten zugrunde und basieren auf der Annahme, dass das Gesundheitsbewusstsein durch das Vermitteln von Kompetenzen verändert werden kann. Zum anderen können Veränderungen auf struktureller Ebene, d.h. auf der Mesoebene, bspw. in Form von sozialpolitischen Massnahmen, verfolgt werden. Jene strukturellen Ansätze haben einen sozioökologischen Hintergrund, welche auf der Annahme basieren, dass soziale und ökologische Umweltfaktoren sich auf die Gesundheitspotenziale der Menschen auswirken können. Das Ziel besteht darin, diese Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung zu eruieren und zu minimieren (Lützenkirchen, 2005). Die Soziale Arbeit ist dabei in zentraler Weise bedeutsam, weil sie in diversen Aufgabenfeldern über Handlungsmöglichkeiten verfügt und demnach grosse Schnittmengen zwischen der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung bestehen. So sind Sozialarbeitende dazu qualifiziert, Lebenslagen und Lebensweisen auf individueller Ebene zu interpretieren und

Individuen dabei zu unterstützen, ihr Gesundheitspotenzial zu optimieren. Homfeldt (2012, S. 495) bezeichnet die Soziale Arbeit in der Gesundheitsförderung gar als zentrale Profession, da «sie am kompetentesten in der Qualifizierung von Lebenslagen und Lebensweisen auf der Ebene des Alltags zu helfen versteht.» Oder in den Worten von Geissler-Piltz (2009, S. 13): «Die Arbeit tangiert die Bereiche psychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention, wobei ihre Expertise darin liegt, die Bedingungen der sozialen Lebenswelt und die individuellen Vorstellungen der Betroffenen im Behandlungsprozess zu berücksichtigen.»

Des Weiteren ist die Soziale Arbeit auch auf sozialstruktureller Ebene wie etwa in Schulen, Wohnquartieren und Institutionen tätig. Mögliche Zielgrössen sind gemäss Lützenkirchen (2005) eine Steigerung der Autonomie, das Vermitteln von Kompetenzen sowie eine gesundheitsbewusstere Ausrichtung der sozialen Lebenswelt.

Die Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind gemäss Lützenkirchen (2005) folgende:

- Psychiatrie
- Suchthilfe
- Behindertenhilfe
- Nachsorge- und Nachbetreuung bei Erkrankungen
- Pädiatrie sowie Kinder- und Jugendhilfe
- Klinische Sozialarbeit

2.2 Interdisziplinarität in der Onkologie

Der Begriff der Interdisziplinarität wurde erstmals in den 1930er Jahren in den amerikanischen Sozialwissenschaften verwendet und in den 1960er Jahren von der deutschen Sozialwissenschaft übernommen. Gemeint ist damit die disziplinenübergreifende Kooperation, wobei die verschiedenen Disziplinen denselben Gegenstand bearbeiten (Holzhey, 1976).

Mit dem Wandel und der Erweiterung des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit wurde der Blick auf Gesundheitsproblematiken vielseitiger und komplexer. Eine biopsychosoziale Sichtweise erfordert nach dem heutigen Gesundheitsverständnis eine interdisziplinäre Kooperation, sollten Gesundheitsprobleme nicht nur einseitig behandelt werden. Insbesondere bei onkologischen Erkrankungen, welche mit multiplen Belastungsfaktoren für die Betroffenen einhergehen, ist eine ganzheitliche Behandlung von grosser Bedeutung. So können bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen zahlreiche Disziplinen aufeinandertreffen: die Chirurgie, die Radiologie, die Nuklearmedizin, die Onkologie, die Physiotherapie, die Pflege, die Psychoonkologie, die Ernährungsberatung, die

Seelsorge und die Soziale Arbeit. Damit eine erfolgreiche Kooperation mit derart zahlreichen Disziplinen gelingen kann, ist nebst dem notwendigen Fachwissen eine offene Kommunikation zentral. Ferner bedarf es einer Klärung der Ziele, der Rollen und der Aufgaben, wobei eine Grundhaltung, welche von Respekt und Vertrauen geprägt ist, unterstützend ist (Homfeldt, 2012).

Die Soziale Arbeit tendiert in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu einer eher schwachen Stellung. So gelingt es der Sozialen Arbeit nur in ungenügender Weise, ihren Zuständigkeitsbereich klar zu definieren und die Bearbeitung komplexer sozialer Problematiken für sich zu beanspruchen. Voraussetzung dazu wäre, dass die Soziale Arbeit in der Lage ist, einen theoriegestützten Wissensbestand zu konzipieren und diesen nach aussen zu kommunizieren (Wider, 2013). Nebst dem Fachwissen im Zusammenhang mit Problemlösungskompetenzen muss des Weiteren mittels Wirkungsmessungen aufgezeigt werden können, dass die Leistungen effizient und effektiv erbracht werden, wobei die Soziale Arbeit in den vergangenen Jahren gemäss Homfeldt (2012) bestrebt war, eine Machtnivellierung anhand von neuen Instrumenten wie Qualitätsmanagement oder Evaluationen zu erreichen. Letztlich kann es der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nur so gelingen, die Zuständigkeitsansprüche durchzusetzen und das gesellschaftliche Mandat für die Bearbeitung der sozialen Dimension von Gesundheit zu erlangen (Wider, 2013).

2.3 Die Krebsliga Schweiz und ihre regionalen Ligen

Die Krebsliga, bestehend aus dem Dachverband der Krebsliga Schweiz mit Sitz in Bern und seinen 18 regionalen Ligen, versteht sich als Kompetenzzentrum der Schweiz zum Thema Krebs (Krebsliga Schweiz, o.J.–a). In ihrem Leitbild schreibt die Krebsliga Schweiz:

Wir setzen uns ein für eine Welt, in der weniger Menschen an Krebs erkranken, weniger Menschen an den Folgen von Krebs leiden und sterben, mehr Menschen von Krebs geheilt werden und Betroffene und ihre Angehörigen in allen Phasen der Krankheit und im Sterben Zuwendung und Hilfe erfahren. (Krebsliga Schweiz, o.J.–b, o.S.)

Die Krebsliga ist eine Non-Profit-Organisation, welche hauptsächlich über Spenden finanziert wird. Ferner besteht zwischen der Krebsliga Schweiz und dem Bundesamt für Sozialversicherungen ein Leistungsvertrag, welcher die Ausrichtung von Finanzhilfen regelt (Krebsliga Schweiz, 2016). Der Dachverband, als auch die meisten regionalen Ligen, tragen das ZEWO-Gütesiegel, welches sie verpflichtet, die Spendengelder gewissenhaft, zweckbestimmt und wirtschaftlich einzusetzen.

In ihren Grundsätzen orientiert sich die Krebsliga an der «Nationalen Strategie gegen Krebs 2014 – 2020». Es handelt sich dabei um eine Bündelung von Massnahmen auf nationaler Ebene im Kampf gegen den Krebs. Der Mensch soll dabei im Mittelpunkt stehen, wobei die Strategie die Chancengleichheit, die Vernetzung der Akteure im Versorgungssystem sowie die Verbesserung der Qualität von Behandlungen verfolgt (Nationale Strategie gegen Krebs, o.J.).

Die Krebsliga Schweiz und die 18 regionalen Ligen verzeichnen über 250 Mitarbeitende, welche sich in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung sowie Forschungsförderung engagieren. Der Verband ist dezentral strukturiert, sodass betroffene Personen in der ganzen Schweiz möglichst niederschwellig individuelle Unterstützung bei den regional verankerten Ligen erhalten. Dem Dachverband fällt dabei die Aufgabe zu, die regionalen Ligen u.a. in Form von Serviceleistungen und Wissenstransfer zu unterstützen. Ferner engagiert sich die Krebsliga Schweiz auf politischer Ebene, unterstützt die Krebsforschung und leitet schweizweite Programme zur Krebsprävention (Krebsliga Schweiz, o.J.–a).

Die regionalen Ligen sind in sich unterschiedlich organisiert. Innerhalb der psychosozialen Versorgung von Betroffenen verfügen die einzelnen Ligen über einen grossen Handlungsspielraum. So ist das Dienstleistungsangebot schweizweit sehr breit und vielfältig ausgestaltet. Ihnen gemeinsam ist jedoch das Angebot der ambulanten Sozialberatung für krebsbetroffene Personen, Angehörige und Hinterbliebene, welches jede regionale Liga anbietet. In seinem Rahmenkonzept definiert der Dachverband, dass sich die Beratenden allen Fragen rund um das Thema Krebs annehmen (Krebsliga Schweiz, 2016). Die ambulante Beratung stellt ein ergänzendes psychosoziales Angebot zur Medizin und Psychoonkologie dar und steht allen Menschen in der Schweiz offen. Die betroffenen Personen sollen in allen Phasen der Erkrankung Beratung und Begleitung erfahren, mit dem Ziel, die Lebensqualität zu erhalten und einen selbstbestimmten Umgang mit der Erkrankung zu fördern. Die Krebsliga setzt dabei auf eine integrierte Betreuung der Klientel, wonach alle Fachpersonen der Onkologie eng kooperieren. Folglich nimmt die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit einen grossen Stellenwert seitens der ambulanten Beratung ein (Krebsliga Schweiz, 2016).

Inhaltlich kann das Angebot der ambulanten Sozialberatung der regionalen Krebsligen in vier Themenschwerpunkte aufgeteilt werden:

- Körper und Psyche
- Werte
- Umfeld
- Leistung und Arbeit

Der Schwerpunkt «Körper und Psyche» deckt Themen wie den Umgang mit der Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten, die Sexualität oder das psychische Wohlbefinden ab. Fragen rund um Religion und Ethik, Hoffnungen und Wünsche können dem Thema «Werte» zugeordnet werden. Übergänge, Rollenkonflikte und Fragen zu Beziehungen sind Aspekte des Schwerpunkts «Umfeld». Fragen zu Sozialversicherungen, der Wiedereingliederung und zum Leistungsvermögen sind mögliche Themen zum Punkt «Leistung und Arbeit» (Krebsliga Schweiz, 2016).

Die ambulante Beratung orientiert sich am biopsychosozialen Modell, handelt lösungsorientiert und versucht, die Ressourcen des ganzen Systems zu (re-)aktivieren (Krebsliga Schweiz, 2016). Die Beratungen können entweder in den Geschäftsstellen der regionalen Ligen, zuhause bei der Klientel oder in Spitälern stattfinden. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot.

Das äusserst breite Dienstleistungsangebot erfordert seitens der Beratenden hohe Fachkenntnisse und Sozialkompetenzen. Die Krebsliga Schweiz unterteilt diese in Fach- und Feldkompetenzen, Methodenkompetenzen, soziale Kompetenzen und in Selbstkompetenzen. Unter Fach- und Feldkompetenzen werden fachliche Kenntnisse und Methoden verstanden, welche im Bereich der Onkologie notwendig sind. Dazu zählen ein onkologisches Grundwissen und Kompetenzen im Bereich der Psychologie. Vorausgesetzt werden ebenso Kenntnisse im Sozialversicherungsrecht und in weiteren relevanten Rechtsgebieten. Beratende müssen ferner das Gesundheitsnetzwerk und die sozialen Strukturen der Region kennen, um die Klientel bestmöglich unterstützen und vernetzen zu können (Krebsliga Schweiz, 2017).

Unter Methodenkompetenz wird die Fähigkeit verstanden, Informationen zu beschaffen, diese zu analysieren und die Erkenntnisse in die Beratung mit einfließen zu lassen. Komplexe Lebenslagen sollten, wenn immer möglich, vor dem Hintergrund theoretischer bzw. wissenschaftlicher Erkenntnisse analysiert und reflektiert werden. Ferner werden auch Gesprächsführungskompetenzen und die Fähigkeit, Kooperationen mit weiteren involvierten Fachpersonen einzugehen, vorausgesetzt (Krebsliga Schweiz, 2017).

Im Bereich der Sozialkompetenzen wird eine empathische Grundhaltung vorausgesetzt. Weiter wird darunter die Fähigkeit verstanden, professionelle Beziehungen zur Klientel einzugehen sowie deren Ressourcen zu erkennen und in die Beratung einfließen zu lassen. Zudem zählen zu den Sozialkompetenzen die Konflikt- und Teamfähigkeit sowie eine gewisse Veränderungsbereitschaft (Krebsliga Schweiz, 2017).

Die Selbstkompetenzen beziehen sich auf das Reflexionsvermögen, die Flexibilität und die Motivation (Krebsliga Schweiz, 2017).

2.4 Brustkrebs und Soziale Arbeit

2.4.1 Prävalenz und Inzidenz

Brustkrebs stellt die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Frauen dar¹. Sie macht einen Drittel aller onkologischen Neuerkrankungen bei Frauen aus. In der Schweiz erkranken durchschnittlich 5'700 Frauen pro Jahr an Brustkrebs. Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken beträgt 12.7 %, d.h. rund 13 von 100 Frauen erkranken im Verlauf ihres Lebens an Brustkrebs, Tendenz steigend. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren. Seit 1983 kann eine rückläufige Mortalitätsrate festgestellt werden. Aufgrund von verbesserten Therapien und vermehrter Früherkennungsprogrammen beträgt die fünf-Jahres-Überlebensrate 85 %. Die zehn-Jahres-Überlebensrate liegt bei 69 bis 70 % (Arndt et al., 2016).

2.4.2 Risikofaktoren

Mögliche Risikofaktoren für Brustkrebs stehen hauptsächlich im Zusammenhang mit der Fortpflanzung und den weiblichen Geschlechtshormonen. Frauen mit einer frühen ersten Regelblutung oder einer späten Menopause tragen aufgrund der langjährigen Einwirkung von Östrogenen ein höheres Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Dies gilt ebenso für Kinderlosigkeit, eine Mutterschaft nach dem dreissigsten Lebensjahr, die Einnahme der Antibabypille sowie Hormonbehandlungen der Menopause. Des Weiteren gilt das Alter als Risikofaktor, da vier von fünf Brustkrebsbetroffenen über 50 Jahre alt sind. Kommt Brustkrebs bei Verwandten ersten Grades vor, besteht ebenfalls ein erhöhtes Risiko. Bei einer Minderheit kann zudem eine vererbte Genveränderung, eine sogenannte Mutation in den Brustkrebsgenen (BRCA1- und BRCA2) nachgewiesen werden. Im Weiteren stellen ein hoher bzw. regelmässiger Alkoholkonsum, Rauchen, mangelnde Bewegung und kalorienreiche Nahrung Risikofaktoren dar (Arndt et al., 2016).

2.4.3 Symptome, Untersuchungen und Diagnose

Meist verursacht Brustkrebs im frühen Krankheitsstadium keine Symptome. Erst bei einem Durchmesser von etwa einem Zentimeter ist der Tumor ertastbar, wobei es einige Jahre dauert, bis diese Grösse erreicht wird.

Erste Standarduntersuchungen finden in Form einer Anamnese, d.h. einer Erfragung, Tastuntersuchung, Mammografie² oder Ultraschalluntersuchung statt. Mittels der genannten

¹ Auch Männer können an Brustkrebs erkranken, jedoch wird der Fokus innerhalb der vorliegenden Masterthesis auf brustkrebsbetroffene Frauen gelegt.

² Unter «Mammografie» wird eine radiologische, d.h. bildgebende Untersuchung der Brust verstanden. Anhand der Aufnahmen können Rückschlüsse auf krankhafte Veränderungen des Brustgewebes genommen werden (Dahm und Feichter, 2018).

Tast- und bildgebenden Untersuchungen kann bereits eruiert werden, ob es sich um einen Tumor handelt. Um ergänzende Informationen zum Ausmass zu erhalten, kann einerseits eine Magnetresonanztomografie³ und/oder eine Gewebeprobe, d.h. eine Biopsie vorgenommen werden. Letzteres gibt Aufschluss darüber, ob es sich um eine gutartige oder bösartige Gewebeveränderung handelt, wie aggressiv der Tumor ist und welche therapeutischen Behandlungen vorgenommen werden können. Ferner kann mittels zusätzlicher Untersuchungen eruiert werden, ob Lymphknoten in den Achselhöhlen befallen und folglich Metastasen vorhanden sind, welche Einfluss auf den Behandlungsplan nehmen würden (Lanz & Fleischmann, 2014). Unter «Metastase» wird eine Tochtergeschwulst verstanden, d.h. ein Ableger von bösartigen Tumorzellen aus dem Ursprungs-Tumor (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2018a).

Zur Klassifizierung des Tumors bzw. zur Bestimmung des Stadiums wird international einheitlich die TNM-Klassifikation herangezogen (Lanz & Fleischmann, 2014):

T steht für Tumor: T1 bis T4 beschreiben die Grösse und die Ausdehnung des Tumors. Je höher die Zahl, umso grösser der Tumor.

N steht für regionäre Lymphknotenmetastasen: diagnostiziert werden Lymphknoten in der Achselhöhle sowie in der Schlüssel- und Brustbeinregion. Mit den Zahlen von 0 bis 3 werden die Anzahl und die Lage der Lymphknotenmetastasen beschrieben.

M steht für Metastasen: die Zahl 0 bedeutet, dass keine Metastasen in den Lymphknoten ausserhalb der Achselhöhle, der Schlüssel- und Brustbeinregion sowie in anderen Organen diagnostiziert wurden. Die Zahl 1 beschreibt, dass Metastasen vorhanden sind (Lanz & Fleischmann, 2014).

Um den Tumor möglichst genau zu differenzieren und zielgerichtete Therapien definieren zu können, werden ferner vor und nach der Operation Biopsien genommen. Es wird dabei untersucht, wie langsam oder aggressiv der Tumor ist und welche biologischen Merkmale bestehen (Lanz & Fleischmann, 2014).

³ Unter «Magnetresonanztomografie» (MRT) wird ein bildgebendes Verfahren verstanden, wodurch sich Organe und Gewebe äusserst genau darstellen lassen (Kraft, 2019)

2.4.4 Therapieansätze

Diverse Faktoren sind massgebend für die Auswahl der Therapieform wie bspw. die Lage und Grösse des Tumors, das Krankheitsstadium, die Art des Tumors, die Merkmale der Biopsie, das Alter der betroffenen Person sowie der psychische und physische Gesundheitszustand. In der Regel beginnt die Therapie zwei bis drei Wochen nach der Diagnose. In der Zwischenzeit finden Untersuchungen, Biopsien sowie Besprechungen über das weitere Vorgehen statt. Abhängig vom Stadium der Erkrankung und der Art des Tumors werden die Therapieziele bestimmt. Dabei können zwei unterschiedliche Prinzipien verfolgt werden: die kurative und die palliative Therapie. Die kurative Therapie verfolgt eine Heilung und wird dann angestrebt, wenn der Tumor vollständig operativ entfernt werden kann. Damit das Risiko eines Rückfalls, d.h. eines Rezidivs, minimiert wird, finden oftmals vor oder nach der Operation zusätzlich medikamentöse Therapien und/oder Bestrahlungen statt. Eine palliative Therapieform wird meist durchgeführt, wenn bereits Metastasen vorhanden sind und keine Heilung mehr möglich ist. Das Ziel besteht darin, das Fortschreiten, d.h. die Progression der Erkrankung zu verlangsamen und die Lebensqualität bestmöglich zu erhalten (Lanz & Fleischmann, 2014).

Die wichtigsten schulmedizinischen Therapieverfahren bestehen aus der Operation, Bestrahlung sowie medikamentösen Therapien wie Chemotherapie, antihormonellen Therapien und zielgerichteten Therapien. Ausserdem bestehen komplementärmedizinische Behandlungsmöglichkeiten. Bei Brustkrebs werden meist mehrere Verfahren kombiniert. Viele Therapien gehen dabei mit starken Nebenwirkungen wie bspw. Entzündungen, Beeinträchtigungen der Nervenfunktionen, Haarverlust, Übelkeit und Fatigue einher (Schwarz & Singer, 2008). Unter «Fatigue» wird ein subjektives Gefühl körperlicher, emotionaler und kognitiver Erschöpfung verstanden, welches im Rahmen einer Tumorerkrankung oder der Behandlung auftreten kann (De Vries et al., 2011). Die meisten dieser Folgeerscheinung klingen mit dem Beenden der Therapie ab, andere wiederum treten erst nach der Behandlung auf (Schwarz & Singer, 2008).

2.4.5 Brustamputation

Brustamputationen werden nur dann vorgenommen, wenn eine brusterhaltende Therapie nicht möglich ist. Wird eine vollständige Entfernung des Brustdrüsengewebes vorgenommen, so spricht man von einer «Mastektomie» oder «Ablatio» (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2017). Diese wird notwendig, wenn bspw. der Tumor zu gross ist oder an mehreren entfernten Stellen Tumore vorhanden sind. Bei ca. 30 % aller betroffenen Frauen muss eine solche Amputation vorgenommen werden (Frauenselbsthilfe nach Krebs, 2014).

Die Betroffenen werden dabei vor zahlreiche Fragen gestellt, die eine enorme Verunsicherung auslösen können. So bestehen mehrere Möglichkeiten eines Wiederaufbaus der Brust, jedoch auch die Option einer Brustprothese. Hinzu kommen Fragen im Zusammenhang mit dem ästhetischen Erscheinungsbild sowie Unsicherheiten im Hinblick auf das eigene Selbstbild und die weibliche Identität (Schwarz & Singer, 2008).

Bei der Brustrekonstruktion, d.h. beim Wiederaufbau der Brust, kann zwischen zwei Formen unterschieden werden: dem sofortigen Aufbau unmittelbar nach der Entfernung der Brustdrüse innerhalb der gleichen Operation oder dem Spätwiederaufbau, bei welchem die Brust in einer zweiten Operation rekonstruiert wird (Fleischmann & Schlumpf, 2014). Ferner besteht die Möglichkeit, die Brust mit Eigengewebe oder mit Implantaten aufzubauen.

Wenn nicht brusterhaltend operiert werden kann, kein sofortiger Aufbau möglich ist oder sich die Betroffene gegen eine Rekonstruktion entscheidet, können externe Brustprothesen als kosmetischer Ersatz, aber auch als orthopädisches Gleichgewicht dienen. Diese werden auf der Haut getragen (Fleischmann & Schlumpf, 2014).

2.4.6 Psychosoziale Krankheitsfolgen

Die psychosozialen Folgen einer Brustkrebserkrankung werden unterschiedlich erlebt. Dennoch bedeutet die Diagnose für die Betroffenen, aber auch für das soziale Umfeld, meist einen massiven Einschnitt in das bisherige Leben. Sie kann gar eine schwerwiegende existenzielle Krise, Gefühle der Verunsicherung, Ohnmacht oder Kontrollverlust auslösen, wobei der Aspekt der Lebensbedrohung meist als besonders einschneidend erlebt wird. Häufig wird dabei die Zeitspanne bis zum offiziellen Befund bzw. bis zur Operation als äusserst belastend wahrgenommen (Senf & Kaiser, 2013). Des Weiteren erleben die Betroffenen oft ein Gefühl von eigenen eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten. Die Erkrankung nimmt dabei einen grossen Teil des eigenen Lebens ein (Köppel, 2005).

Die Erkrankung wird meist als Bruch mit der weiblichen Identität und der eigenen Integrität erlebt (Schwarz & Singer, 2008). Selbst wenn eine brusterhaltende Operation durchgeführt werden kann, kann dies als Verlust der Attraktivität empfunden werden, wodurch das eigene Körperbild und das Selbstbewusstsein zerstört werden können. Ferner kann auch der Haarverlust aufgrund der Chemotherapie dazu führen, dass ein Gefühl von Angriff auf die Weiblichkeit erlebt wird (Senf & Kaiser, 2013). Verschärft wird dies durch das in der westlichen Kultur vorherrschende Bild von Weiblichkeit und Schönheit, wobei brustkrebsbetroffenen Frauen eine soziale Marginalisierung droht (Köppel, 2005). Aufgrund dessen können Veränderungen im Körperbild, Störungen der Sexualität und folglich Beziehungsproblematiken entstehen.

Aufgrund der multiplen starken Beeinträchtigungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene sind die Betroffenen teilweise nicht mehr in der Lage, bisherige Rollen auszufüllen, sodass es zu Rollenkonflikten und -verlusten sowie Schuldgefühlen kommen kann (Köppel, 2005). Dies wiederum kann zu Selbstwertproblematiken und zu Brüchen im sozialen Netz führen. Den Betroffenen kann folglich u.a. der Verlust des Arbeitsplatzes oder das Zerbrechen von Beziehungen drohen.

Studien zur Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten im stationären Verlauf zeigen, dass etwa die Hälfte aller krebserkrankten Personen eine erhöhte psychische Belastung aufzeigen und etwa ein Drittel von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen betroffen sind (Singer et al., 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass multifaktorielle psychosoziale Belastungsfaktoren bestehen können, welche wiederum unterschiedliche Anpassungsanforderungen an die betroffenen Frauen stellen.

2.4.7 Soziale Arbeit mit brustkrebsbetroffenen Frauen

Die umfassenden physischen und psychosozialen Auswirkungen von Brustkrebs erfordern interprofessionelle Interventionen. Die betroffenen Frauen sollten nicht nur rein medizinisch behandelt, sondern umfassend und in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit unterstützt werden. Dies erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, wobei die Fachpersonen aus der Medizin, der Psychologie, der Physiotherapie, der Ernährungsberatung und der Sozialen Arbeit kooperieren sollten.

Soziale Arbeit bei Brustkrebs wird in allen Phasen der Erkrankung angeboten, d.h. von der Erstdiagnose bis hin zur Palliativsituation. Sie richtet sich ferner auch an Angehörige bzw. an das soziale Umfeld der erkrankten Personen. Die Dienstleistung kann dabei im stationären Rahmen als auch im ambulanten onkologischen Setting erfolgen. Die «Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie» beschreibt die Soziale Arbeit in der Onkologie als Beratungsangebot, welches Entlastung und Unterstützung bei krankheitsbedingten Veränderungen im Alltag bieten soll (Rösler et al., 2016). Das Ziel besteht darin, Betroffene in ihrer Alltags- und Lebensbewältigung zu unterstützen. Dabei sind die krankheitsbedingten physischen und psychischen Belastungen, Rollenkonflikte sowie materielle Belastungen zu berücksichtigen. Der Sozialen Arbeit obliegt hierbei ferner die Aufgabe, die Klientel in Form einer Lotsenfunktion hinsichtlich verschiedener Hilfsangebote zu unterstützen und Ressourcen zu (re-)aktivieren. Des Weiteren gilt es, Teilhabemöglichkeiten zu schaffen bzw. zu erhalten, indem berufliche und gesellschaftliche Barrieren und Versorgungslücken minimiert werden (Rösler et al., 2016).

Methodisch kann die Soziale Arbeit in der Onkologie auf diverse Strategien wie Beratungsgespräche, das Erschliessen von Unterstützungsmöglichkeiten, Kriseninterventionen, Gesundheitsedukation, Empowerment sowie die Förderung von Selbsthilfeinitiativen zurückgreifen (Rösler et al., 2016).

2.5 Coping

Tumorerkrankungen wie Brustkrebs zählen zu den chronischen Erkrankungen und sind heutzutage aufgrund des medizinischen Fortschritts besser behandelbar. Sie führen folglich nicht mehr unweigerlich zum Tod. Gleichzeitig ist der Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen aber meist unkalkulierbar, weshalb die betroffenen Personen mit schweren Belastungen konfrontiert sind. Die Betroffenen leben in der Regel zwar länger mit der Diagnose, sind jedoch grossen Unsicherheiten, quasi einer konstanten Bedrohung, ausgesetzt. Nebst der Erschütterung des Selbstbildes, Rollenkonflikten und Leistungseinschränkungen entstehen Unsicherheiten und Fragen rund um die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs, die Therapie als auch Fragen zum Tod (vgl. Kapitel Psychosoziale Krankheitsfolgen). Betroffene müssen folglich individuelle Verarbeitungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgeerscheinungen entwickeln. Dieses Kapitel widmet sich jenen Strategien.

Wie Menschen mit den Anforderungen einer chronischen Erkrankung umgehen, welche Verhaltensweisen sie entwickeln und welche Charaktereigenschaften dabei unterstützend sind, ist Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Copingforschung (Kendel & Sieverding, 2012). Es werden dabei die Verarbeitungsprozesse aus subjektiver Sicht der Betroffenen untersucht, wobei mittlerweile diverse Ansätze wie bspw. interaktionistische Handlungstheorien oder psychologische Modelle wie jenes von Lazarus bestehen, auf welches im nachfolgenden Kapitel eingegangen wird.

Coping bezieht sich auf das Adaptionsverhalten eines Individuums und hat zum Ziel, den Stress zu reduzieren, die Kontrolle wiederzuerlangen und letztlich Gesundheit zu erlangen. Die deutschen Begriffe «Krankheitsbewältigung» und «Krankheitsverarbeitung» werden synonym für den Terminus Coping verwendet. Der Begriff der Krankheitsbewältigung suggeriert eine bereits erfolgreich gemeisterte Handlung, während die Krankheitsverarbeitung vermehrt auf den Prozess fokussiert (Kendel & Sieverding, 2012). Im Hinblick auf den chronischen Verlauf von Brustkrebs wird in der vorliegenden Arbeit der Terminus der Krankheitsverarbeitung verwendet.

Es kann grundsätzlich zwischen zwei Adaptionsstrategien in Bezug auf chronische Erkrankungen unterschieden werden: Abwehrprozesse und Copingprozesse, d.h.

Krankheitsverarbeitungsprozesse. Als Abwehrprozesse werden unbewusste, automatisch ablaufende Handlungen verstanden. Im Rahmen der vorliegenden Masterthesis wird daher auf Copingprozesse fokussiert, da diese eher bewusst wahrgenommen und folglich seitens der Betroffenen artikuliert werden können.

Gemäss Mayer und Filipp-Heide (2002, S. 307) kann Krankheitsverarbeitung folglich verstanden werden als «(...) all jene Versuche (...), die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen und externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen.»

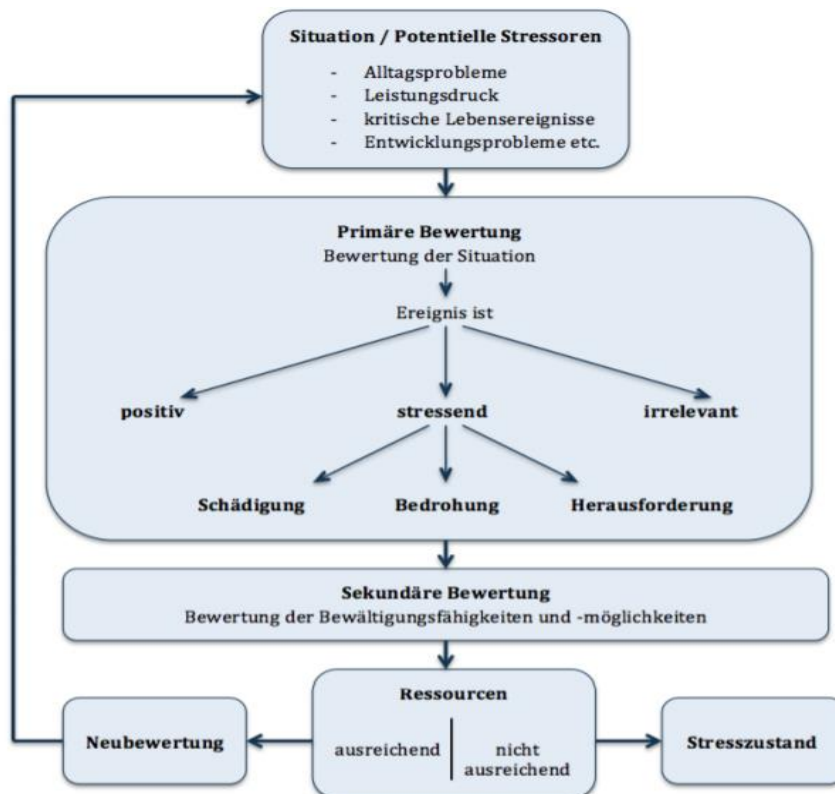
Aussagen zur Effektivität der Krankheitsverarbeitung sind kaum möglich. So untersuchten Studien bspw. Zusammenhänge zwischen der Überlebenszeit von Krebsbetroffenen und Krankheitsverarbeitungsstrategien, wobei festgestellt wurde, dass im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung keine Evidenz für ungünstige oder günstige Krankheitsverläufe gegeben ist. Ferner liess sich feststellen, dass aktive Strategien eher positive Effekte im Hinblick auf die Adaptation aufweisen, passive Strategien wie etwa Hadern tragen eher zu negativen Effekten bei. Dennoch treffen diese Zusammenhänge nicht bei jeder Erkrankung und nicht bei jeder Person ein. Des Weiteren werden im Rahmen von Studien eher Verarbeitungsformen identifiziert, welche negative Effekte im Hinblick auf die Anpassung aufweisen, als solche die sich günstig auswirken (Dinkel, 2008).

2.5.1 Transaktionales Stress-Coping-Modell

Das Transaktionale Stress-Coping-Modell wurde in den 1980er Jahren von dem Psychologen Richard Lazarus entwickelt und stellt eine der am bekanntesten Copingtheorien dar (Kauffeld & Hoppe, 2014). Es handelt sich um ein psychologisches, kognitionsbezogenes Erklärungsmodell.

Eine (chronische) Erkrankung wird nach Lazarus als Stressor verstanden, welche von der betroffenen Person bewältigt werden muss. Das Kernstück der Theorie bildet dabei der individuelle kognitive Bewertungsprozess (vgl. Abbildung 1), welcher ausschlaggebend dafür ist, ob bei einer Person aufgrund eines Stimulus eine Stressreaktion entsteht (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016). Die Bewertung eines Reizes durchläuft drei Prozesse, wobei diese entweder aufeinanderfolgend eintreten oder gleichzeitig stattfinden:

Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus



Quelle: Pusceddu (2016)

Bei der primären Bewertung wird beurteilt, ob ein Stimulus als irrelevant, positiv oder als stressend eingestuft wird. Wird ein Reiz als positiv oder irrelevant eingeschätzt, so ist kein Schaden zu erwarten. Bei einem als stressend empfundenen Stimulus muss hingegen das individuelle Verarbeitungsverhalten angepasst werden (Kauffeld & Hoppe, 2014). Chronische Erkrankungen wie Brustkrebs und deren Folgeerscheinungen gelten grundsätzlich als stressauslösende Stimuli und lösen folglich Verhaltensanpassungen aus (Muthny & Bengel, 2009). Der Stress kann in drei möglichen Formen wahrgenommen werden: als Herausforderung, Bedrohung oder Schädigung. Bei der Herausforderung stehen die Bewältigung und das Beherrschen der Situation im Zentrum, wobei noch eine gewisse Zuversicht besteht. Die Bedrohung wird als beängstigend empfunden, jedoch liegt noch keine Schädigung vor. Bei der Schädigung ist der Schaden bereits eingetroffen (Kauffeld & Hoppe, 2014).

Wird ein Stimulus als stressend eingeschätzt, erfolgt eine sekundäre Bewertung, welche sich auf die eigenen Bewältigungsfertigkeiten und -möglichkeiten bezieht. Es wird geprüft, ob die Bewältigungsfertigkeiten (bspw. persönliche Eigenschaften) und Bewältigungsmöglichkeiten (bspw. zeitliche Ressourcen) ausreichen, um die Situation erfolgreich zu meistern. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist dabei von zentraler Bedeutung, da sich die eigenen Überzeugungen auf die Wahl der Bewältigungsfertigkeiten auswirkt. Kommt eine Person

bspw. zum Schluss, dass die eigenen Bewältigungsfertigkeiten nicht ausreichen, kann dies zu Gefühlen der Angst und Trauer und schliesslich zu vermeidendem Verhalten führen (Rusch, 2019). Vor dem Hintergrund der Einschätzung kommt es zum Bewältigungsverhalten und zur Neubewertung. Wurde die Situation erfolgreich gemeistert, so wird sie als Herausforderung eingestuft. Andernfalls kann der Stimulus nach wie vor als bedrohlich oder schädigend empfunden werden (Kauffeld & Hoppe, 2014).

Im transaktionalen Stressmodell wird zwischen drei verschiedenen Copingstrategien unterschieden: problemorientiertes, emotionsorientiertes und bewertungsorientiertes Coping. Problemorientiertes Coping zielt auf das Verändern oder das Lösen eines Problems, wobei dies in aktiver Form (bspw. durch Erschliessen neuer Ressourcen oder durch Anpassung) oder in passiver Form (bspw. durch Vermeidung) geschehen kann. Emotionsorientiertes Coping verfolgt das Ziel der Regulation von negativen Emotionen wie Wut oder Trauer. Beispiele hierfür sind das Suchen von externer Hilfe, Alkoholkonsum oder Sport treiben. Das bewertungsorientierte Coping hat die Neubewertung der Situation zum Ziel. Einerseits ist damit der Bewertungsprozess, wie bereits dargelegt, gemeint. Andererseits stellt die Neubewertung auch eine Verarbeitungsstrategie dar, bei welcher die Belastung eher als Herausforderung erlebt werden soll, sodass diese anschliessend bewältigt werden kann (Rusch, 2019).

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass es sich bei der Verarbeitung von potenziellen Stresssituationen um einen höchst individuellen Prozess handelt. Das Verhalten hängt von den persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen ab, welche sich wiederum auf die Bewertung der Situation auswirken.

Eine chronische Erkrankung wie Brustkrebs ist als Stimulus besonders einschneidend, da die Diagnose ein nicht normatives, kritisches Lebensereignis darstellt. Weder ist eine vorherige Auseinandersetzung gegeben, noch ist der Krankheitsverlauf vorhersehbar, weshalb das Fördern von Copingstrategien einen bedeutenden Stellenwert im Rahmen der Gesundheitsförderung bzw. der Sozialen Arbeit in der Onkologie einnimmt.

2.6 Das biopsychosoziale Modell

Das biopsychosoziale Modell gilt heutzutage als bedeutendstes und meist zitiertes Paradigma im Zusammenhang mit Ansätzen, welche die Beziehung zwischen dem Körper und der Seele beschreiben (Egger, 2005).

Einen wichtigen Wegbereiter für das biopsychosoziale Modell stellte die Allgemeine Systemtheorie dar, welche seine Ursprünge in der Biologie und in den Sozialwissenschaften hat. Phänomene wurden mit der Allgemeinen Systemtheorie nicht mehr linear-kausal und somit klassisch biologisch-naturwissenschaftlich zu deuten versucht, sondern nun in ihren komplexen Kontexten erfasst und folglich zirkulär verstanden. Des Weiteren leistete auch die Stressforschung einen wichtigen Beitrag mittels der Theorie des allgemeinen Adaptationssyndroms. Pioniere der Stressforschung wie Selye und Canon kamen zur Erkenntnis, dass eine Stressreaktion nicht ausschliesslich von der Art des Stressors abhängig ist, sondern dass soziale und physische Stressoren ähnliche Reaktionen auslösen können (Pauls, 2013a).

Als der Psychiater George Libman Engel in den 1970er Jahren das biopsychosoziale Modell formulierte, geschah dies in der Überzeugung, dass das damals vorherrschende dualistische biomedizinische Modell zu reduktionistisch ist und dadurch soziale, gesellschaftliche und psychologische Determinanten bei Abweichungen bzw. Erkrankungen nicht genügend berücksichtigt werden können (Engel, 1979). Die Annahme des Engel'schen biopsychosozialen Modells besteht darin, dass sich biologische, soziale und psychische Faktoren gegenseitig bedingen und vor dem Hintergrund dieser dynamischen Wechselwirkungen Erkrankungen entstehen können. Von Bedeutung ist hierbei auch der Grundgedanke, dass der Mensch Teil mehrerer Systeme ist, welche auf ihn einwirken und umgekehrt. Gesundheit kann demnach nicht als Zustand definiert werden, sondern vielmehr als ein dynamisches Phänomen (Engel, 1979).

Engel's Modell wurde rasch seitens der Psychologie, den Sozialwissenschaften und seitens der Heilberufe aufgegriffen und prägt mitunter das Verständnis von Krankheit und Gesundheit jener Disziplinen. So bezieht sich auch die Soziale Arbeit häufig auf das biopsychosoziale Modell, ermöglicht es doch soziale Faktoren wie das soziale Umfeld, die gesellschaftliche Ebene, individuelle Ressourcen und externe Hilfestellungen zu analysieren und entsprechende Interventionen zu planen (Pauls, 2013). Demgegenüber steht jedoch die nach wie vor vorherrschende Dominanz der biologisch-naturwissenschaftlichen Forschung der Medizin und Psychiatrie. Hier gelingt es dem biopsychosozialen Modell nur bedingt Einzug zu halten (Pauls, 2013). Dies zeigt sich u.a. darin, dass sich Publikationen nach wie vor meist auf die biologisch-medizinische Wissenschaft beziehen (Egger, 2005). Eine Grundproblematik

liegt darin, dass noch keine gemeinsame disziplinübergreifende Semantik entwickelt werden konnte. Es gibt demnach noch keine einheitliche wissenschaftliche Metasprache, worauf sich die einzelnen Disziplinen beziehen könnten (Resch & Westhoff, 2013). Es besteht daher, so Pauls (2013), zum einen nach wie vor kein Konsens hinsichtlich gemeinsamer Forschungsgegenstände und -methoden. Zum anderen fehlen disziplinübergreifende allgemeine Theorien, auf die sich die einzelnen Disziplinen beziehen könnten (Pauls, 2013). Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, Ursachen und Wirkungen bei multifaktoriell bedingten Erkrankungen als auch bei Interventionen zu untersuchen, da entsprechende Studien bzw. Untersuchungsdesigns aufgrund der komplexen Zusammenhänge höchst differenziert sein müssen (Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013).

Dennoch ist eine multifaktorielle bzw. interdisziplinäre Analyse im Hinblick auf die Prävention, Entstehung sowie Behandlung von Erkrankungen aufgrund von gesellschaftlichen Entwicklungen wie die Pluralisierung von Lebenslagen, die Herauslösung aus traditionellen Einbettungen, die Kapitalisierung und damit einhergehenden Unsicherheiten psychosozialer Lebenslagen notwendig (Gahleitner, Hintenberger & Leitner, 2013). Das biopsychosoziale Modell bietet dazu ein zwar komplexes, jedoch fachübergreifendes Erklärungsmodell.

2.6.1 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

1986 wurde von der WHO anlässlich der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung die Ottawa-Charta verabschiedet (World Health Organization, 1986). Die darin formulierten Massnahmen zur Gesundheitsförderung fassen auf einem biopsychosozialen Grundverständnis. Keupp (2006, S. 219) geht davon aus, dass die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung anhand der Massnahmen und dem umfassenden Gesundheitskonzept der WHO eine «tragfähige Basis» geschaffen hat, «die sowohl empirische Plausibilität auf ihrer Seite hat, als auch einen wichtigen normativen Bezugspunkt setzt.» Ferner ist es damit gelungen, die Gesundheitsförderung nicht mehr nur aus der bisher dominanten medizinischen Perspektive zu analysieren und zu bearbeiten, sodass nunmehr auch sozialwissenschaftliche Methoden und Theorien einbezogen werden, wodurch die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an Bedeutung gewann (Keupp, 2006).

2001 wurde anlässlich der 54. Vollversammlung der WHO die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) verabschiedet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Die ICF gilt als Nachfolgerin der «International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps» (ICIDH) von 1980, womit die Folgen von Krankheiten klassifiziert wurden. Das biopsychosoziale Modell wurde mit der ICF erheblich weiterentwickelt. Die ICF stellt ein Klassifikationsmodell zur Verfügung, wodurch Krankheiten,

Behinderungen, deren Folgen und Wechselwirkungen dargestellt und diskutiert werden können. Folglich bietet das Modell eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen eines Gesundheitszustands und bietet unterschiedlichen Disziplinen, zumindest in einem gewissen Rahmen, eine gemeinsame Sprache und die Möglichkeit, Forschung zu betreiben und Daten zu vergleichen. Weiter kann sie als Instrument der Bedarfserhebung in der Gesundheitsversorgung als auch als sozialpolitisches Instrument bei der Erhebung und Umsetzung der sozialen Sicherheit dienen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012).

Mit der ICF werden gesundheitliche Einschränkungen nicht mehr als Defizit oder als Merkmal der betroffenen Person definiert, sondern in ihrem Kontext analysiert, sodass hemmende und fördernde Kontextfaktoren im Hinblick auf eine Erkrankung mitberücksichtigt werden können (Schuntermann, 2004).

Der Begriff der «Funktionsfähigkeit» bzw. der «funktionalen Gesundheit» nimmt in der ICF einen bedeutenden Stellenwert ein. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).
(Schuntermann, 2004, S. 5)

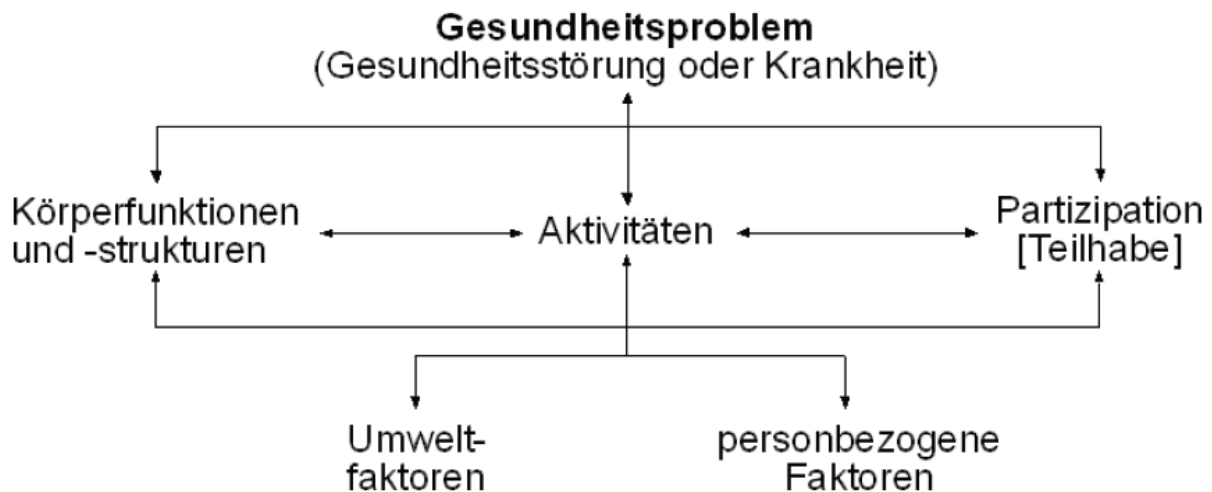
Mit der Definition der Funktionsfähigkeit wird ersichtlich, dass der Begriff der funktionalen Gesundheit weit mehr als nur biomedizinische Prozesse umfasst. Nebst den organischen Körperfunktionen und -strukturen und dem seelischen Wohlbefinden werden daher auch Kontextfaktoren, Aktivitäten als auch die gleichberechtigte Teilhabe einer Person mitberücksichtigt (vgl. Abbildung 2).

Das Modell der funktionalen Gesundheit basiert auf dem Normalitätskonzept, wonach Menschen mit einer Erkrankung oder Behinderung bzw. deren Lebensumstände mit jenen von Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung verglichen werden (Schuntermann, 2004). Dem Konzept liegt demnach ein normativer Charakter zugrunde, welches bei seiner

Anwendung ohne kritisches bzw. reflexives Vermögen zur Stigmatisierung von Menschen mit einer Beeinträchtigung führen kann (Schuntermann, 2004).

Das biopsychosoziale Modell der ICF umfasst diverse Komponenten und deren Wechselwirkungen:

Abbildung 2: Biopsychosoziales Modell nach ICF und dessen Wechselwirkungen.



Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012)

Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen beinhaltet physiologische und psychologische Funktionen und Strukturen des Menschen. Die Körperfunktionen umfassen die menschlichen Sinne bzw. die Ausführungsmöglichkeiten eines Menschen. Bei den Körperstrukturen handelt es sich um Organe, Gliedmassen etc. Abweichungen beziehen sich auf biomedizinische, gängige Standards des menschlichen Körpers und dessen Funktionen. Die Schädigungen können dabei vorübergehender Natur, progredient, regressiv oder statisch sein (Schuntermann, 2004).

Die Konzepte der Aktivitäten und der Partizipation werden in der ICF gemeinsam klassifiziert. Im Konzept der Aktivitäten ist der Mensch als handelndes Subjekt zentraler Bezugspunkt (Schuntermann, 2004). Der medizinische bzw. biologische Aspekt des Menschseins wird damit verlassen. Unter dem Begriff «Aktivität» wird die Durchführung einer Handlung oder einer Aufgabe, folglich eine Aktion, verstanden. Dem Konzept der Aktivitäten liegen zwei Beurteilungsmerkmale zugrunde: die Leistungsfähigkeit und die Leistung. Unter «Leistungsfähigkeit» wird das maximale Leistungsvermögen einer Person unter Berücksichtigung ihrer Umwelt bzw. ihrer Lebenswelt, folglich der umweltbezogenen Möglichkeiten, verstanden. «Leistung» bezieht sich auf die Handlung eines Menschen, demnach auf das, was die Person tatsächlich in ihrer Lebenswelt tut. Eine Beeinträchtigung in der Aktivität zeigt sich in der Schwierigkeit der Ausführung einer Aktivität (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005).

Das Konzept der Teilhabe oder Partizipation bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Bezug zu seiner Umwelt und den Zugang zu Lebensbereichen. Unter «Partizipation» wird folglich das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation verstanden. Das Konzept steht in engem Zusammenhang mit Fragen rund um Gleichstellung, dem gleichberechtigten Zugang und der Teilhabe an der Gesellschaft von Menschen mit einer Beeinträchtigung. Schwierigkeiten in der Partizipation können sich mitunter auch in Form von Beeinträchtigungen in den Aktivitäten zeigen, da ein erschwerter Zugang zu Lebensbereichen auch zu Schwierigkeiten in den Leistungen führen kann und umgekehrt. Folglich besteht zwischen den Konzepten der Partizipation und der Aktivitäten eine enge Korrelation (Schuntermann, 2004).

Die Kontextfaktoren, bestehend aus den Umweltfaktoren und den personbezogenen Faktoren, umfassen den Lebenshintergrund einer Person. Die Umweltfaktoren beziehen sich auf den materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Lebenshintergrund. Es handelt sich demnach um Aspekte, welche ausserhalb des Individuums bestehen und für die betroffene Person im Hinblick auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Partizipation und die Aktivitäten entweder förderlich (sog. Förderfaktoren) oder hemmend (sog. Barrieren) sind. Auf der Ebene des Individuums beziehen sich die Umweltfaktoren auf die persönliche Umwelt einer Person wie bspw. die Familie, den Arbeitsplatz, Technologien und Medikamente oder die materielle Sicherheit. Auf der gesellschaftlichen Ebene handelt es sich um formelle und informelle soziale Strukturen, übergeordnete Gesetze und Systeme oder Wertevorstellungen einer Gesellschaft (Schuntermann, 2004).

Die personbezogenen Faktoren beziehen sich auf den individuellen Lebenshintergrund und die Lebensführung eines Menschen, welche nicht Teil der gesundheitlichen Problematik sind. Sie werden in der ICF aufgrund der grossen individuellen soziokulturellen Unterschiede der Personen nicht klassifiziert. Unter die personbezogenen Faktoren fallen Aspekte wie das Alter, das Geschlecht, die soziale Zugehörigkeit oder die Motivation (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005).

2.6.2 Brustkrebs und dessen Herausforderungen nach ICF

Die Diagnose Brustkrebs betrifft nicht nur den Körper einer Person, sondern bedeutet meist auch einen massiven Einschnitt im Hinblick auf die psychische Verfassung und das Sozialleben. Eine chronische Erkrankung wie Brustkrebs geht zunächst mit einem anfänglichen Schock einher sowie mit einer Phase der Verleugnung, d.h. mit einem Abwehrprozess, woraufhin die Annahme und die Anpassung folgen. Eine Erkrankung stellt zudem eine narzisstische Kränkung dar, da sie das Gefühl von Unverletzbarkeit erschüttert.

Es folgen meist auch interpersonelle Konflikte, da sich Beziehungsmuster und Rollen ändern (Schüssler, 1998).

Wird im Rahmen der vorliegenden Masterthesis von Herausforderungen gesprochen, so werden darunter Folgeerscheinungen von Brustkrebs vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells nach ICF verstanden.

Im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen können bei brustkrebsbetroffenen Frauen diverse Herausforderungen entstehen. Zunächst ist hier auf die Brust selbst hinzuweisen, an welcher oft Operationen als auch Bestrahlungen durchgeführt werden (vgl. Kapitel Brustamputation). Folglich können Schmerzen und Bewegungseinschränkungen entstehen. Weitere Folgeerscheinungen können in Form von Lymphödemen oder Müdigkeit auftreten. Hinzu kommen Nebenwirkungen infolge der Chemotherapie wie Verdauungsprobleme, Haarverlust, Schlafstörungen oder ein supprimiertes Immunsystem einhergehend mit einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen (Schwarz & Singer, 2008).

Brustkrebsbetroffene Frauen haben ferner ein erhöhtes Risiko an psychischen Störungen zu erkranken oder unter ausgeprägten psychosozialen Belastungen zu leiden. Hierunter zählen insbesondere depressive Episoden und Ängste im Hinblick auf das Fortschreiten der Erkrankung oder Rezidive (Berg et al., 2011).

Im Bereich der Aktivitäten können bei erkrankten Frauen zahlreiche Herausforderungen bestehen. Die Leistungsfähigkeit kann aufgrund der eingeschränkten Körperfunktionen und -strukturen stark beeinträchtigt sein, weshalb sich die Möglichkeiten im Bereich der Aktivitäten minimieren. Alltägliche Verrichtungen, Zuhause oder am Arbeitsplatz, als auch die Kinderbetreuung oder Freizeitaktivitäten können zur Herausforderung werden. Teilweise sind betroffene Frauen infolgedessen in der Haushaltsführung und der Kinderbetreuung auf Unterstützung angewiesen. Meist besteht eine mehrmonatige oder gar jahrelange Arbeitsunfähigkeit, welche auch nach Abschluss der Behandlungen weiterbestehen kann (Köppel, 2005).

Die Partizipation an der Gesellschaft und der Umwelt wird aufgrund der psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen erschwert. So werden brustkrebsbetroffene Frauen meist kurz- bis mittelfristig aus dem Erwerbsleben gedrängt, da ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Eine Arbeitsunfähigkeit geht zumeist mit einer finanziellen Einbusse einher, weshalb mitunter die finanziellen Mittel fehlen, um den bisherigen Lebensstil und somit bisherige Freizeitaktivitäten beizubehalten. Begünstigt wird diese Entwicklung durch Gefühle der Scham und eine durch die Erkrankung verbundene Stigmatisierung seitens der Gesellschaft, wodurch sich brustkrebsbetroffene Personen teilweise zurückziehen (Kraus, 2018).

Die Kontextfaktoren sind je nach Lebenswelt und Persönlichkeit der Betroffenen sehr different. Im Bereich der Umweltfaktoren können zahlreiche Barrieren als auch Förderfaktoren bestehen. Die Umweltfaktoren können sich folglich positiv oder negativ auf die Erkrankung und die Krankheitsfolgen auswirken. Ein unterstützendes soziales Umfeld oder ein empathisches Behandlungsteam können demnach Förderfaktoren darstellen. Barrieren können hingegen bspw. in Form von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz vorkommen.

Die personbezogenen Faktoren beziehen sich auf den Lebenshintergrund bzw. die Lebensführung und sind nicht Teil der bestehenden gesundheitlichen Einschränkung. Der Charakter, der Lebensstil, der soziale Hintergrund sowie das Alter können den Umgang mit der Erkrankung und den spezifischen Herausforderungen beeinflussen (Schuntermann, 2004). So zählen Attribute oder Persönlichkeitszüge wie eine optimistische Grundhaltung oder eine gewisse Selbstfürsorge zu den Förderfaktoren. Hingegen wirkt sich eine depressive Veranlagung oder eine geringe Veränderungsbereitschaft tendenziell eher negativ auf den Umgang mit der Erkrankung aus (Schwarz & Singer, 2008).

3 Empirische Untersuchung

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit befasste sich mit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, dem Krankheitsbild von Brustkrebs, den Copingstrategien und dem biopsychosozialen Modell. Da das Ziel in der Beantwortung der Frage nach dem Nutzen der ambulanten Sozialarbeit bei brustkrebsbetroffenen Frauen aus subjektiver Sicht liegt, wird bei der empirischen Untersuchung ein qualitatives interpretatives Paradigma verfolgt, welches in den nachfolgenden Kapiteln dargelegt wird.

3.1 Forschungsdesign

Die explorative Umfrage befasst sich mit der Frage nach dem subjektiv empfundenen Nutzen einer Dienstleistung. Folglich werden subjektive Deutungen untersucht, weshalb ein qualitatives Forschungsverfahren verwendet wurde. Die qualitative Forschung ermöglicht es, Interaktionen und Umgangsweisen mit Erkrankungen, als auch subjektive Sichtweisen und unterschiedliche soziale Hintergründe zu rekonstruieren und zu deuten (Flick, 2012).

Es wurden insgesamt sechs problemzentrierte Interviews mit brustkrebsbetroffenen Frauen geführt, welche mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring (1994) ausgewertet wurden.

3.2 Gütekriterien

Die qualitative Forschung sieht sich einem Bewertungsproblem gegenüber. So sind sich Akademiker uneinig, wenn es darum geht, adäquate Gütekriterien für die qualitative Forschung zu formulieren. Mitunter wird dabei diskutiert, ob die klassischen Gütekriterien der experimentellen und quantitativen Forschung übernommen bzw. angemessen reformuliert werden können. Es handelt sich dabei um die Objektivität, die Validität und die Reliabilität. Gemäss Steinke (2005) lässt sich diese Position aber kaum umsetzen, da der quantitativen Forschung andere erkenntnistheoretische und methodologische Ansätze zugrunde liegen. Eine weitere Position verfolgt die Ablehnung der klassischen Gütekriterien und formuliert stattdessen eigene Gütekriterien für die qualitative Forschung (Flick, 2012). Eine dritte Variante beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern die Frage nach der Gültigkeit wissenschaftlicher Ergebnisse überhaupt noch gestellt werden soll (Steinke, 2005). Diese Ablehnung von Gütekriterien birgt jedoch die Gefahr, dass Ergebnisse als irrelevant betrachtet werden und ist der weiteren Etablierung der qualitativen Forschung sicherlich kaum förderlich. Sowohl Flick (2012) als auch Steinke (2005) sind der Auffassung, dass qualitative Forschung spezifischer Gütekriterien bedarf, möchte diese einer Qualitätssicherung standhalten. Gemäss Steinke (2005) müssen die Kriterien unter Berücksichtigung der Fragestellung, des Untersuchungsfeldes und der spezifischen Methoden bestimmt werden.

Im Kontext der vorliegenden Umfrage wurden daher folgende Gütekriterien festgelegt: die Relevanz der Untersuchung, die Indikation der Methodenwahl, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und die empirische Verankerung. Nachfolgend wird erläutert, welche Bemühungen unternommen wurden, um diese Kriterien zu berücksichtigen.

Um dem Gütekriterium der Relevanz der Studie Rechnung zu tragen, wurden vor der Untersuchung bereits bestehende Theorien und der Forschungsstand eruiert (vgl. Kapitel Ausgangslage und Forschungsinteresse sowie Kapitel Forschungsstand). Die Relevanz der Untersuchung konnte dabei ausgewiesen werden. Des Weiteren wird im Kapitel zur Reflexion des Forschungsprozesses abschliessend auf die Relevanz der Forschung eingegangen.

Mit der Indikation der Methodenwahl wurde die Angemessenheit der Methoden überprüft. Überlegungen zur Auswahl der Methoden sind im ganzen Kapitel zur empirischen Untersuchung zu finden. Dies beinhaltet u.a. Überlegungen und Begründungen zum Feldzugang und Sampling, zum problemzentrierten Interview sowie zur Datenerhebung und -aufbereitung.

Mit der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit soll gewährleistet werden, dass Dritte die Untersuchung nachvollziehen und bewerten können. Es wurde daher auf eine exakte Dokumentation geachtet. Um diesem Gütekriterium Rechnung zu tragen, wurden ferner die einzelnen Schritte der empirischen Untersuchung möglichst ausführlich dokumentiert. Weiter wurde auch kritisch über Entscheidungen und Herausforderungen im Forschungsprozess berichtet. Interviewpassagen und Ergebnisse wurden mit Quellenangaben und Verweisen versehen, sodass ersichtlich wird, woher die Daten stammen und somit eine Überprüfbarkeit gegeben ist.

Um der empirischen Verankerung gerecht zu werden, wurde bei der Entwicklung des Kategoriensystems kontrolliert, ob das Ausgangsmaterial dem Kategoriensystem entspricht oder ob alternative Interpretationen möglich sind. Ferner wurde bei der Darstellung der Ergebnisse auf Ankerbeispiele zurückgegriffen, welche in den Fliesstext eingearbeitet wurden. Dadurch sollten hinreichende Textbelege für die anschliessende Beantwortung der Haupt- und Teilfragestellungen gewährleistet werden.

3.3 Feldzugang und Sampling

Um Daten zur Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zu generieren, war es notwendig, Befragungen mit brustkrebsbetroffenen Frauen durchzuführen. Zur Gewährung des Feldzugangs wurde deshalb Kontakt zum Dachverband, d.h. der Krebsliga Schweiz, aufgenommen, wobei in einem ersten Schritt geklärt wurde, ob eine Erhebung im geplanten Rahmen durchgeführt werden könnte. Da die Umfrage seitens Krebsliga Schweiz begrüsst wurde, konnten in einem zweiten Schritt Abklärungen mit den regionalen Ligen getätigt werden. Aus sprachlichen und zeitlichen Ressourcengründen konnte keine schweizweite Untersuchung durchgeführt werden. Es wurden deshalb die umliegenden Krebsligen Zürich, Aargau und Solothurn kontaktiert. Die Institutionen erklärten sich bereit, ehemalige und aktuelle brustkrebsbetroffene Klientinnen anzufragen. Gleiches war bei der Krebsliga beider Basel möglich. So konnte eine grösstmögliche Diversität im Hinblick auf die Sozialberatenden gewährleistet werden, da alle Klientinnen durch unterschiedliche Sozialarbeitende begleitet wurden. Die Bereichsleitenden der Beratung der regionalen Ligen wurden zusätzlich per Mailkontakt über das Forschungsvorhaben informiert.

Für die vorliegende Untersuchung wurden zu Beginn Interviews mit neun Betroffenen terminiert, jedoch mussten drei aufgrund von Krankheitssymptomen und/oder aufgrund von Nebenwirkungen der Behandlungen abgesagt werden. Folglich wurden sechs Interviews mit brustkrebsbetroffenen Frauen geführt, welche zum Zeitpunkt des Interviews entweder noch im Beratungsprozess standen oder die Beratung bereits abgeschlossen hatten. Alle Klientinnen standen in mehrmaligem Kontakt mit den lokalen Sozialarbeitenden, sodass sie über einen gewissen subjektiven Erfahrungsschatz berichten konnten. Damit das Risiko einer möglichen emotionalen Überforderung minimiert wurde, wurde beim Sampling darauf geachtet, dass keine Interviews mit frisch diagnostizierten Frauen geführt wurden. Die Diagnosestellung sollte daher mindestens sechs Monate zurückliegen. Die Auswahl erfolgte anhand einer maximalen Variation hinsichtlich der soziodemografischen Faktoren, sodass eine gewisse Variationsbreite des Feldes erschlossen werden konnte (Flick, 2012). Aufgrund der abgesagten Interviews konnte jedoch dem Auswahlkriterium des Alters hinsichtlich der maximalen Variation nicht gänzlich Rechnung getragen werden. Es handelt sich folglich um eine deduktive Stichprobenziehung, da bereits im Vorfeld gewisse Kenntnisse über die Betroffenen bekannt waren, sodass diese im Hinblick auf die Fragestellung gezielt ausgesucht werden konnten (Walter, 2020). Dem Sampling zugrundeliegende Kriterien waren die Dauer seit der Diagnosestellung, das Stadium der Erkrankung, das Alter sowie der soziale Hintergrund wie der Beruf, der Familienstatus oder die finanzielle Situation.

Das Sample der vorliegenden Untersuchung besteht schliesslich aus sechs brustkrebsbetroffenen Frauen zwischen 28 und 56 Jahren mit unterschiedlichem sozialem

Hintergrund. Drei der Interviewpartnerinnen erhielten die Diagnose 2017, zwei erhielten sie 2018 und eine Person 2019. Zwei der sechs Frauen erkrankten bereits zum zweiten Mal an einer Tumorerkrankung. Drei der Frauen sind geschieden, wobei alle drei Kinder haben. Zwei Frauen sind verheiratet, wobei beide Kinder haben. Eine Person ist ledig und kinderlos. Die Erwerbssituationen der Interviewpartnerinnen sind sehr unterschiedlich. Zwei Personen sind seit Beendigung der Therapie wieder arbeitstätig, eine Person ist aktuell noch angestellt, jedoch vollumfänglich arbeitsunfähig. Drei Personen gehen aktuell keiner Erwerbsarbeit nach und sind teilweise bis vollumfänglich arbeitsunfähig.

3.4 Problemzentriertes Interview

Zur Erhebung der Daten wurde auf die Methode des problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) zurückgegriffen. Es handelt sich dabei um eine Methode, durch welche subjektiv empfundene Problematiken untersucht werden können. Im Hinblick auf die zu bearbeitende Fragestellung der krankheitsbedingten Herausforderung und des subjektiv empfundenen Nutzens der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie erschien die Methode des problemzentrierten Interviews als besonders geeignet.

Das problemzentrierte Interview zeichnet sich durch ein theoriegeleitetes Vorgehen, aber auch durch seine Offenheit aus. So soll das offenzulegende Vorwissen dazu dienen, relevante Fragestellungen zu formulieren. Andererseits wird durch das Offenheitsprinzip die interviewende Person zur Narration animiert, sodass Problemstellungen dargelegt werden können (Witzel, 2000).

Das Interview ist durch drei Grundpositionen gekennzeichnet: die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung sowie die Prozessorientierung. Das Prinzip der Problemzentrierung zeichnet sich durch seine Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung aus. Die Gegenstandsorientierung beinhaltet die Möglichkeit, Methoden derart flexibel einzusetzen, dass sie sich am Gegenstand orientieren und dessen Anforderungen erfüllen. Das Prinzip der Prozessorientierung bezieht sich auf den Kommunikationsprozess und verfolgt eine adäquate dialogische Gesprächsentwicklung (Witzel, 2000).

Vier Instrumente dienen der Durchführung eines problemzentrierten Interviews: der Kurzfragebogen, der Leitfaden, die Tonaufzeichnung und das Postskriptum. Mittels Kurzfragebogen werden relevante Sozialdaten notiert. Jene Informationen können in das Interview miteinbezogen werden. Die Tonaufzeichnung dient der späteren Transkription des Gesprächs. Der Leitfaden dient als Orientierungsrahmen, sodass das Interview eher offen gestaltet werden kann. Die Postskripte werden unmittelbar nach Abschluss der Interviews erstellt und enthalten Anmerkungen wie nonverbale Gesten oder Auffälligkeiten, welche für die Datenauswertung relevant sein könnten (Witzel, 2000).

Das eher offene und daher wenig starre Vorgehen des problemzentrierten Interviews schien im Hinblick auf die vorliegenden Forschungsfragen besonders geeignet. Einerseits konnte das erarbeitete theoriegeleitete Vorwissen methodisch reflektiert miteingebracht werden. Zum anderen wurden die interviewten Personen durch erzählungsgenerierende Kommunikationsstrategien wie die Einleitungsfrage oder ad-hoc-Fragen dazu animiert, subjektive Sichtweisen wiederzugeben. Die Narrationen konnten wiederum durch dialogische Phasen vor dem Hintergrund des Leitfadens aufgegriffen und vertieft werden (Witzel, 2000). Der Interviewleitfaden wurde anhand der beschriebenen Überlegungen konzipiert und orientierte sich ferner an der Hauptfrage- und den Teilfragestellungen (vgl. Anhang 3).

- 1) Welchen Einfluss hat der Brustkrebs auf den Alltag der betroffenen Frauen bzw. vor welche Herausforderungen werden sie vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells gestellt?

Abbildung 3: Erhebungsinstrument (eigene Darstellung)

Frage	Ad-hoc Fragen	Theoretische Verortung: deduktiv
<ul style="list-style-type: none"> • Versuchen Sie sich zu erinnern, wie es Ihnen seit der Diagnosestellung ergangen ist. Wie haben Sie diese Zeit erlebt im Hinblick auf Ihr Umfeld, Ihren Beruf, Ihre Freizeit etc.? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich an besondere Herausforderungen erinnern? • Welche dieser krankheitsbedingten Auswirkungen beschäftigt Sie am meisten? • Wie wirkt sich die Erkrankung auf Ihre Aktivitäten aus? • Wie wirkt sich die Erkrankung auf Ihre Partizipation im Hinblick auf Hobbies, Arbeit, soziales Umfeld etc. aus? • Welche körperlichen und psychischen Veränderungen können Sie seit der Diagnose wahrnehmen? • Wenn Sie Ihr Umfeld betrachten, können Sie förderliche oder hemmende Faktoren festmachen (bspw. Finanzen, Technologien, Familie etc.). Wenn ja, welche sind das und weshalb? • Welchen Einfluss hat Ihre Persönlichkeit auf den Umgang mit Ihrer Erkrankung? 	<p>Die Diagnose Brustkrebs stellt die Betroffenen, als auch das Umfeld vor zahlreiche Herausforderungen. Nebst den physischen Folgen, welche die Therapien und die Operationen mit sich bringen, sind krebserkrankte Personen auch von psychosozialen Folgen betroffen. Die krankheitsbedingten Herausforderungen werden jedoch unterschiedlich erlebt. Die Einschränkungen können sich vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells nach ICF auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabemöglichkeiten einer Person beziehen. Ferner kann zwischen Förderfaktoren und Barrieren unterschieden werden⁴.</p>

⁴ Vgl. Kapitel psychosoziale Krankheitsfolgen und Kapitel Brustkrebs und dessen Herausforderungen nach ICF

2) Welche Copingstrategien sind seitens der Betroffenen vorhanden?

Abbildung 4: Erhebungsinstrument (eigene Darstellung)

Frage	Ad-hoc Fragen	Theoretische Verortung: deduktiv
<ul style="list-style-type: none"> Wie sind Sie mit den genannten Herausforderungen umgegangen? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Herausforderungen konnten Sie aus Ihrer Sicht gut meistern und weshalb? Welche weniger gut und weshalb? Welche Strategien haben Sie dabei angewendet? 	Das Krankheitserleben bzw. die mit der Erkrankung einhergehenden Herausforderungen werden unterschiedlich bewertet. Ferner bestehen diverse Copingprozesse, um auf Stimuli zu reagieren ⁵ .

3) Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie?

Abbildung 5: Erhebungsinstrument (eigene Darstellung)

Frage	Ad-hoc Frage	Theoretische Verortung: induktiv
<ul style="list-style-type: none"> Weshalb nahmen Sie die Unterstützung der regionalen Krebsliga (RKL) in Anspruch und wie haben Sie diese erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Themen konnten bearbeitet werden bzw. an welchen Themen arbeiten Sie noch immer? Wie erleben Sie die Zusammenarbeit? Was ist Ihnen dabei wichtig? Was erleben Sie als unterstützend? Was erleben Sie als erschwerend? Haben Sie Änderungswünsche? Welchen Einfluss nimmt die Beratung der RKL im Hinblick auf die krankheitsspezifischen Herausforderungen? 	Die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie verfolgt diverse Ziele und kann bei Brustkrebs bei diversen Themen Unterstützung leisten ⁶ . Es soll hierbei geprüft werden, wie die Unterstützung der regionalen Krebsligen aus subjektiver Sicht der Betroffenen empfunden wurde und welcher Beitrag sie leistet im Hinblick auf die krankheitsbedingten Herausforderungen.

⁵ Vgl. Kapitel Coping sowie Kapitel Transaktionales Stress-Coping-Modell.

⁶ Vgl. Kapitel Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sowie Kapitel Soziale Arbeit mit brustkrebsbetroffenen Frauen.

3.5 Datenerhebung und -aufbereitung

Nachfolgend wird die praktische Durchführung der Datenerhebung und der Datenaufbereitung erläutert.

3.5.1 Kontaktaufnahme

In einem ersten Schritt wurden die Interviewpartnerinnen, wie im Kapitel Feldzugang und Sampling erläutert, von den Bereichsleitenden der regionalen Krebsligen über das Forschungsvorhaben informiert. Jene, die sich für ein Interview bereit erklärten, stimmten der Weitergabe der Kontaktdaten und soziodemografischen Angaben zu.

Die betroffenen Frauen wurden entweder per E-Mail oder per Telefonat kontaktiert, wodurch die Interviewbereitschaft erneut eruiert wurde. Bei einer Zusage wurde der Interviewtermin sowie der Interviewort fixiert, wobei die Interviewpartnerinnen entscheiden konnten, in welchem Rahmen dieses stattfinden sollte. Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass zur Zeit der Durchführung der Interviews die COVID-19 Pandemie bestanden hatte und krebsbetroffene Personen mitunter zur Risikogruppe zählten. Eine Interviewpartnerin entschied sich daher, das Interview via Videokonferenz-Tool durchzuführen.

3.5.2 Tonaufzeichnung

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartnerinnen digital aufgezeichnet. So konnten die Interviews gleich anschliessend transkribiert und aus Gründen des Datenschutzes gelöscht werden. Ferner war die Tonbandaufzeichnung insofern dienlich, als dass die Aufmerksamkeit während des Interviews auf nonverbale Gesten und weitere situative Besonderheiten gerichtet werden konnte.

3.5.3 Rahmenbedingungen und Interviewgestaltung

Drei der sechs Interviews wurden in den Räumlichkeiten der regionalen Krebsligen durchgeführt. Zwei weitere Interviews fanden in den Wohnungen der betroffenen Frauen statt. Schliesslich wurde das letzte Interview aufgrund der Covid-19 Pandemie via Videokonferenz-Tool durchgeführt.

Bei allen Gesprächen wurde auf eine ruhige Umgebung geachtet, sodass eine möglichst freie und ungestörte Narration gewährleistet werden konnte.

Zunächst wurde nochmals das Forschungsinteresse erläutert, die Anonymität zugesichert und erklärt, dass es sich bei den Interviewfragen nicht um intellektuelle Wissensfragen handelt, sondern vielmehr die subjektiven Empfindungen und Erlebnisse erhoben werden sollen. Des

Weiteren erhielten die Frauen die Möglichkeit, Fragen zur Masterthesis und zur Motivation zu stellen. Dies war insofern dienlich, als dass dadurch bereits ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte. In einem nächsten Schritt wurden die «Erklärungen zur Masterthesis» ausgehändigt und die «Einverständniserklärung» unterzeichnet (vgl. Anhang 1 und 2). Zuletzt wurden vor Beginn des Interviews die soziodemografischen Angaben auf ihre Richtigkeit hin geprüft.

3.5.4 Postskript

Nach den Interviews erhielten die Frauen nochmals die Gelegenheit, Aussagen zu tätigen oder Fragen zu stellen, welche nicht aufgezeichnet, jedoch im Postskript festgehalten wurden. Anhand jenes Postskripts wurden relevante Beobachtungen wie nonverbale Äusserungen oder Anmerkungen nach dem Interview festgehalten (vgl. Anhang 4). Dieses sollte dazu dienen, den Kommunikationsprozess zu reflektieren und um Anregungen für die Datenauswertung zu erhalten.

3.5.5 Transkription

Die Interviews wurden zumeist auf Schweizerdeutsch geführt, sodass eine persönlichere Gestaltung möglich war und die Interviewpartnerinnen zur Narration animiert wurden. Einzig mit einer Person musste das Interview zur besseren Verständigung auf Schriftdeutsch geführt werden.

Bei der Transkription wurden die Interviews zur Gewährleistung der Verständlichkeit und der Datenauswertung ins Schriftdeutsche übersetzt. Es wurde darauf geachtet, dass die Nähe zum Dialekt weitestgehend bestehen blieb. Ferner wurden folgende Regeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2015) erstellt und befolgt:

- Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert.
- Wortabbrüche und Versprecher wurden, sofern inhaltlich nicht relevant, geglättet.
- Nicht zu Ende geführte Sätze wurden mit drei Punkten abgeschlossen.
- Pausen, Verständnissignale wie «mhm» sowie Verzögerungslaute wurden weggelassen, wenn sie nicht inhaltstragend waren.
- In Mundart belassene Begriffe wurden in <> gesetzt.
- Wurde ein Wort betont, wurde es unterstrichen.
- Emotionale nonverbale Äusserungen oder aussersprachliche Handlungen wurden in runden Klammern festgehalten.
- Unverständliche Stellen wurden in eckige Klammern gesetzt.
- Die Zeilen wurden nummeriert.

- Die interviewende Person wurde mit einem «I» gekennzeichnet für «Interviewerin». Die befragte Person wurde mit einem «E» gekennzeichnet für «Erzählerin».

3.6 Datenauswertung

Die Auswertung der problemzentrierten Interviews wurde einerseits anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse und andererseits anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring vorgenommen, welche Auswertungsmethoden der qualitativen Sozialforschung darstellen. Beide Methoden ermöglichen es, subjektive Deutungen und latente Sinngehalte systematisch und regelgeleitet zu analysieren, wodurch sie sich als Auswertungsmethoden für die vorliegende Untersuchung besonders eignen (Mayring, 1991).

Das systematische, analytische Verfahren der Textanalyse zeichnet sich durch vier Grundaxiome aus: das schrittweise Vorgehen, die Kategorien, die inhaltsanalytischen Analyseeinheiten und die Gütekriterien. Das Vorgehen folgt einem regelgeleiteten Ablauf, wodurch die Inhaltsanalyse intersubjektiv nachvollziehbar wird. Es werden ferner Kategorien gebildet, welche eine theoretische Fundierung aufweisen sollen. Es besteht dabei die Möglichkeit, Kategorien induktiv aus dem Material zu gewinnen oder diese theoriegeleitet, d.h. deduktiv, vorab festzulegen (Mayring, 1994).

Die Hauptkategorien K1 «Krebsbedingte Herausforderungen nach ICF» und K2 «Copingstrategien» sowie die dazugehörigen Subkategorien wurden anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet, wobei es sich um eine deduktive Kategorienanwendung handelt. Das Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse besteht im Herausfiltern bestimmter Aspekte aus dem Datenmaterial unter vorab festgelegten Ordnungskriterien. Der Grundgedanke besteht darin, ein Kategoriensystem zu bilden, welches die zentralen Inhalte des Datenmaterials wiedergibt (Mayring, 1994).

Die einzelnen Kategorien der Hauptkategorie K1 konnten dem biopsychosozialen Modell entnommen werden. Auf die Verwendung der detaillierten Klassifikation, wie sie die ICF vornimmt, wurde hingegen verzichtet. Die Terminologie der ICF stellte sich als zu starr heraus, wodurch den subjektiven Deutungen bei der Auswertung zu wenig Rechnung getragen werden konnte. Folglich wurden individuelle Items gebildet (vgl. Anhang 5).

Die Kategorien der Hauptkategorie K2 wurden dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus entnommen. Die Strukturierung erfolgte bei beiden Haupt- und deren Subkategorien inhaltlich, wodurch das Material zu bestimmten Inhaltsbereichen, d.h. zu bestimmten Themen, extrahiert wurde (Flick, 2012). Hierzu wurde das Softwareprogramm MAXQDA eingesetzt, welches eine übersichtliche Strukturierung und Kategorisierung der Textpassagen

ermöglichte. Es wurde ferner für jede Kategorie eine Definition vorgenommen, typische Ankerbeispiele angeführt und Kodierregeln zur Abgrenzung zwischen den einzelnen Kategorien bestimmt (Mayring, 1994). Die Regeln wurden anschliessend in einem Kodierleitfaden zusammengefasst (vgl. Anhang 5). Als Kodiereinheit, d.h. als kleinstes auszuwertendes Material, wurden in der vorliegenden Arbeit mehrere Worte mit einem Sinnzusammenhang definiert. Als Kontexteinheit wurde der gesamte Antworttext auf eine gestellte Frage bestimmt. Die einzelnen Textpassagen wurden anhand von MAXQDA paraphrasiert und zur übersichtlicheren Darstellung gemeinsam mit dem Kodierleitfaden in einem Auswertungsraster festgehalten (vgl. Anhang 5). Das Auswertungsraster diente der übersichtlichen Darstellung der Kategorien und Items.

Die induktive Kategorienbildung erfolgte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Jene Methode ermöglicht es einerseits das Datenmaterial derart zu reduzieren, dass die relevanten Inhalte erhalten bleiben. Andererseits kann dadurch ein überschaubarer Rahmen geschaffen werden, welcher jedoch nach wie vor das Ursprungsmaterial abbildet. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse kennt verschiedene reduktive Prozesse, wobei die Datenauswertung anhand eines festgelegten Ablaufmodells erfolgt (Mayring, 1994).

Der Schritt der Bestimmung der Analyseeinheit diente dazu, festzulegen, welche Textpassagen analysiert werden sollen. Es wurden dabei die Kodier- sowie die Kontexteinheiten in identischen Einheiten zur strukturierten Inhaltsanalyse definiert (Mayring, 1994). Als Auswertungseinheit galten alle Interviews.

Beim zweiten Schritt der Paraphrasierung wurden nicht inhaltstragende Textbestandteile entfernt, sodass eine grammatikalische Kurzform entstand. Die inhaltstragenden Textbestandteile wurden mittels dem Softwareprogramm MAXQDA farbig markiert. Alle Aussagen, welche keinen Bezug zur Fragestellung hatten, konnten so entfernt werden. Das Softwareprogramm MAXQDA war des Weiteren von Vorteil, da es eine strukturierte Vorgehensweise im Hinblick auf das systematische Zuordnen der Kategorien und das Festhalten von Überlegungen ermöglichte.

Der dritte Schritt diente der Bestimmung des Abstraktionsniveaus. Als Abstraktionsniveau wurden in der vorliegenden Untersuchung möglichst allgemeine Aussagen bestimmt, welche jedoch noch in Bezug zur Fragestellung standen.

Als nächstes wurden die Paraphrasen und die Satzaussagen auf die definierte Abstraktionsebene generalisiert. Beim Schritt der ersten Selektion wurden bedeutungsgleiche und unwesentliche Paraphrasen innerhalb eines Antworttextes gestrichen. Die zweite Selektion diente der weiteren Reduktion. Folglich wurden Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt zusammengefasst.

Das entstandene Kategoriensystem bzw. die darin enthaltenen Paraphrasen wurden zuletzt nochmals überprüft und ferner kontrolliert, ob das Ausgangsmaterial dem zusammenfassenden Kategoriensystem entspricht (Mayring, 1991).

Das Kategoriensystem wurde, ähnlich wie bei der deduktiven Kategorienbildung, in einem Auswertungsraster erfasst, welches sich hinsichtlich der übersichtlichen Darstellung als sehr nützlich herausstellte (vgl. Anhang 5).

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargelegt. Es handelt sich dabei um die subjektiven Sichtweisen der interviewten Brustkrebsbetroffenen Frauen. Genauer um die krankheitsbedingten Herausforderungen, die damit verbundenen individuellen Copingstrategien und den Beitrag der ambulanten Sozialarbeit der regionalen Krebsligen.

Die Ergebnisse werden in Hauptkategorien (K) und Subkategorien (SK) unterteilt:

K1 Krebsbedingte Herausforderungen nach ICF

- SK1.1 Körperstrukturen und -funktionen
- SK1.2 Aktivitäten und Partizipation
- SK1.3 Umweltfaktoren
- SK1.4 Personbezogene Faktoren

K2 Copingstrategien

- SK2.1 Emotionsorientierte Copingstrategien
- SK2.2 Problemorientierte Copingstrategien
- SK2.3 Bewertungsorientierte Copingstrategien

K3 Beitrag ambulanter Sozialarbeit

- SK3.1 Funktionen
- SK3.2 Beratungskompetenzen
- SK3.3 Merkmale des Dienstleistungsangebots
- SK3.4 Optimierungsvorschläge

Zur illustrativen Darstellung und zur Fundierung der Ergebnisse werden passende Interviewpassagen in Form von Ankerbeispielen präsentiert und zur Nachvollziehbarkeit mit Zeilenangaben versehen.

4.1 K1 Krebsbedingte Herausforderungen nach ICF

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Datenauswertung anhand der Konzepte des biopsychosozialen Modells nach ICF dargestellt. Bei der Datenauswertung wurde ersichtlich, dass das subjektive Erleben der Folgeerscheinungen der Erkrankung sehr vielschichtig ist. Aufgrund dessen werden nebst der Erläuterung der einzelnen Haupt- und Subkategorien auch deren Zusammenhänge und Wechselwirkungen dargelegt.

SK1.1 Körperstrukturen und -funktionen

Unter diese Subkategorie fallen subjektiv wahrgenommene Symptome auf physischer oder psychischer Ebene als Folge der Krebserkrankung. Hervorzuheben ist dabei insbesondere der Bereich der Körperfunktionen, bei welchem über zahlreiche Beschwerden seitens der betroffenen Frauen berichtet wurde. Hierunter fallen zählen v.a. die vielzähligen Nebenwirkungen der Therapien. So schilderten alle sechs interviewten Frauen Symptome im Zusammenhang mit einer Fatigue wie Müdigkeit, eine verminderte Leistungsfähigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder Schwindel. Frau D. erlebte erste Anzeichen einer Fatigue gleich nach der Operation bzw. nach ihrem Spitalaustritt:

«Ich habe das noch nie nachgelesen, wie schnell eine Fatigue da sein kann. Ich weiss einfach noch, dass ich nach Hause gekommen bin und ich kaum aus dem Bett gekommen bin. Ich habe geduscht und mich wieder hingelegt. Jede kleine Sache ist eine total grosse Anstrengung gewesen.» (D/15 – 18)

Nebst der Fatigue wurden weitere Nebenwirkungen der Therapien wie Übelkeit, Durchfall, Herzbeschwerden, schlechte Blutwerte, Neuropathie⁷, ein geschwächtes Immunsystem und Appetitverlust geschildert. Die genannten Nebenwirkungen beeinflussen den Alltag, die Aktivitäten und die Partizipationsmöglichkeiten der Betroffenen stark, sodass in diesen Bereichen teilweise grosse Einschränkungen bestehen.

Des Weiteren berichteten zwei Frauen über das auch auf der psychischen Ebene einschneidende Erlebnis des Haarverlusts infolge der Chemotherapie. So erzählte bspw. Frau B. eindrücklich:

«Ich habe dann aber eine Dosis durch die Chemotherapie gemacht, d.h., ich habe wirklich alle zwei Wochen die volle Ladung bekommen. Und das Schlimmste war,

⁷ Unter Neuropathie werden Nervenschäden infolge einer Bestrahlung oder einer Chemotherapie verstanden, welche in Form von Taubheitsgefühlen oder Missempfindungen auftreten können (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2018b).

unter all dem, das klingt jetzt vielleicht ganz blöd, aber ich hatte immer sehr lange Haare gehabt. Und mir sind das erste Mal in meinem Leben die langen Haare ausgefallen und das war für mich der schlimmste Moment.» (B/41 – 45)

Nebst den Nebenwirkungen der Therapien berichteten zwei betroffene Frauen über Folgen der Operationen und der Untersuchungen. Darunter fallen körperliche Einschränkungen aufgrund der Operation oder als Folge der Narkose sowie allergische Reaktionen auf Medikamente, welche zur Untersuchung eingesetzt werden.

Des Weiteren musste sich eine Betroffene einer Brustamputation unterziehen lassen, wodurch sie in ihren Körperstrukturen eingeschränkt wurde. Nebst den körperlichen Folgeerscheinungen hatte dies auch Konsequenzen auf psychischer Ebene, wobei die Betroffene über ein zerstörtes Körpervertrauen und Selbstbild berichtete. Dies beeinflusste ihren gesamten Alltag und folglich auch ihre Aktivitäten und die Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben.

Weiter berichteten alle sechs Frauen über Sorgen und über diverse Ängste. Die geschilderten Ängste traten teilweise direkt nach der Diagnosestellung auf oder auch noch nach Beendigung der Therapie. Als bspw. Frau M. über ihre Diagnose informiert wurde, fragte sie sich, ob sie jemals Kinder bekommen könne oder ob sie gar sterben müsse (B/204 – 206). In ähnlicher Weise berichtete auch Frau R. über den Moment, als sie erfuhr, dass sie von Brustkrebs betroffen war:

«Dann sind mir die Tränen gekommen. Ich habe gedacht, ich muss sterben. Ich bin so traurig gewesen und habe gedacht, ich sehe meinen Sohn nicht gross werden.»
(R/32 – 34)

Die Ängste können während und selbst nach der Therapie noch auftreten. So erzählte Frau C., dass sie sich vorsorglich beide Brüste entfernen lassen möchte, da sie Angst habe, erneut an Brustkrebs zu erkranken (C/86 – 103). Frau B. berichtete gar, dass sie auch nach Beendigung der Therapie von einem latenten Gefühl der Angst betroffen sei, erneut an Krebs zu erkranken (B/139 – 142).

Nebst den Ängsten schilderten drei der interviewten Personen ferner eine psychische Instabilität in Form eines psychischen Zusammenbruchs, eines Burnouts oder einer Depression. Die Herausforderungen auf der psychischen Ebene beeinträchtigen die drei Frauen in vielerlei Hinsicht. Einerseits lösen sie eine starke Verunsicherung aus, andererseits können sie zu Schamgefühlen oder gar zu sozialer Isolation führen. Erschwerend kommen hierbei Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Diagnose und den Therapien hinzu, über welche Frau R. berichtete (R/35 – 38/ 80 – 86).

Eine weitere Herausforderung stellt die Covid-19 Pandemie dar. So zählen akut krebserkrankte Personen zur Risikogruppe, wodurch, wie bei Frau H., eine psychische Instabilität und folglich Ängste entstehen können (H/21 – 31).

SK1.2 Aktivitäten und Partizipation

Diese Subkategorie bezieht sich auf Herausforderungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Handlungen als auch auf beeinträchtigte Partizipationsmöglichkeiten. Die beiden Faktoren Aktivitäten und Partizipation wurden analog zum biopsychosozialen Modell nach ICF gemeinsam ausgewertet, klassifiziert und folglich als eine Subkategorie dargestellt. Die interviewten Frauen berichteten hierbei über ihre physischen und psychischen Einschränkungen, welche sie in ihren Aktivitäten stark beeinträchtigen.

Alle sechs Betroffenen schilderten, wie bereits beschrieben, Folgeerscheinungen wie Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Lustlosigkeit, welche zur Reduzierung der Aktivitäten im gesamten Alltag führen. So erzählte bspw. Frau H.:

«Ich bin viel mehr müde. Also manchmal muss ich mich richtig zwingen, irgendwas zu tun. Sei es mal rauszugehen, sei es mal mich zu bewegen oder so. Das ist wahnsinnig. Also ich schlafe auch sehr viel. Ich schlafe sicher jeden Tag bis am Mittag.» (H/61 – 63)

Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit zeigt sich u.a. auch im beruflichen Kontext, wobei Frau M. berichtete, dass sie sich während des Studiums kaum mehr konzentrieren konnte (M/256 – 263). Des Weiteren führen die reduzierte Leistungsfähigkeit und Müdigkeit auch zu Einschränkungen in der Rolle als Mutter, worüber Frau R. berichtete (R/142 – 145). Darüber hinaus schilderten drei Frauen, dass die Herausforderungen auch beim Sport ersichtlich sind. Dazu Frau D.:

«Und auch bei euch mit dem Yoga, wieder die eigene Kraft zu spüren, das Vertrauen, auch wenn man sich am Anfang wie eine Flunder hingelegt hat. In diesen zwei Stunden ist so ein Gefühl gekommen: «Hopp, ich bin wieder da.» Und nach zwei Stunden kaputt wieder raus. Und immer wieder zu merken, dass nichts passiert und, dass es in dieser ganzen Anstrengung vorwärts geht. Der Glaube an mich und auch an den Körper, ja. Das ist so eingebrochen, dass ich Ihnen sagen kann, dass ich eine gute Schwimmerin bin. Aber ich kann nicht mittendrin in einem 50 Meter Becken die Länge schwimmen. So massiv ist es manchmal eingebrochen. Das ist ganz schlimm gewesen. Jetzt geht es darum, das Körpervertrauen wiederaufzubauen.» (D/230 – 238)

Die physischen und psychischen Einschränkungen führen ferner dazu, dass alle sechs Betroffenen vermehrt auf Unterstützung durch Bezugspersonen und externe professionelle Dienste angewiesen sind. Familie und Freunde leisten hierbei einen bedeutsamen Beitrag, sei dies im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen, aber auch hinsichtlich der emotionalen Unterstützung.

Zwei Betroffene schilderten ferner, dass die Brustamputation und der Haarausfall zu Schamgefühlen und Verunsicherung führen, was wiederum einen Einfluss auf ihre gesellschaftlichen und sportlichen Aktivitäten habe. So berichtete Frau D. eindrücklich über ihre Erlebnisse während der Rehabilitation im Hinblick auf die bereits erfolgte Brustamputation:

«Ich weiss noch, als ich in der Reha gewesen bin. Die haben dort einen Pool. Damals im Bikini hätte ich im Erdboden versinken können. Ich habe das Gefühl gehabt, dass jeder das sieht und jetzt laufe ich mit einer Selbstsicherheit durch die Badi. Das ist wahnsinnig. Das hat mir körperlich so viel Selbstvertrauen genommen. Warum weiss ich auch nicht. Sicher ist es diese Brustimplantation. Ich habe ja einen Aufbau gehabt. Aber einfach diese Verletzlichkeit in allem.» (D/161 – 166)

Schliesslich berichteten zwei Frauen, dass sie derart viele Termine in Zusammenhang mit der Krebserkrankung wahrnehmen müssen, dass kaum Zeit für andere Aktivitäten mehr vorhanden sei.

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass bei zahlreichen Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen Herausforderungen bestehen, wodurch in der Folge die Partizipation am gesellschaftlichen Leben stark eingeschränkt wird.

Auch im Hinblick auf die Möglichkeiten der Partizipation berichteten die interviewten Frauen über zahlreiche Schwierigkeiten. So wird insbesondere der Zugang zum Berufsleben durch die Erkrankung erschwert. Alle sechs Betroffenen Frauen schilderten in diesem Zusammenhang diverse Herausforderungen. Zunächst ist hierbei auf die Arbeitsunfähigkeit hinzuweisen, von welcher alle Frauen betroffen waren. Diese kann, wie bei Frau B., nur wenige Monate dauern (B/76 – 78) oder auch längerfristig anhalten.

Die Arbeitsunfähigkeit führte dazu, dass vier Frauen Unterstützung vom Staat, der Gemeinde oder einer Krankentaggeldversicherung in Anspruch nehmen mussten. Die damit verbundenen Behördengänge können wiederum zu Verunsicherungen oder Ängsten, wie bei Frau D., führen:

«Die körperliche Reduktion, alles draussen, das Administrative, eben die IV, oder als ich auch noch gekommen bin: «Ach, jetzt habe ich bald kein Krankentaggeld mehr.»

Oder: «Ich probiere jetzt trotzdem einen Arbeitsversuch.» Oder als ich wegen dem Krankentaggeld nach Zürich gehen musste, da bin ich auch zur Krebsliga gekommen, um es vorzubesprechen. Da kommen einfach so wahnsinnige Ängste auf (...).» (D/46 – 51)

Ferner können die Diskussionen mit Ämtern und Institutionen bzw. die damit verbundenen finanziellen Schwierigkeiten zur psychischen Destabilisierung führen, worüber Frau H. (H/ 297 – 308), aber auch Frau R. (R/231 – 247) sprachen.

Bei Frau B. führte die Krebserkrankung gar zum Stellenverlust. Sie fordert deshalb eine öffentliche Diskussion über die Stigmatisierung von Krebsbetroffenen am Arbeitsplatz (B/255 – 265).

Nebst den beeinträchtigten Teilhabemöglichkeiten im Berufsleben geht eine Brustkrebserkrankung auch mit weiteren sozialen Einschränkungen einher. So führen die verminderte Leistungsfähigkeit und Schamgefühle zu Rückzugstendenzen, worüber vier Frauen berichteten. Die Covid-19 Pandemie kann die soziale Isolation gar verstärken, wovon Frau C. erzählte:

«Ich bin fast das ganze Jahr in Quarantäne. Ja, weil ich seit...das ist das letzte Jahr im September gekommen und nachher ist der Herbst, Winter gekommen. Man darf nicht krank werden oder die Grippe bekommen. Und dann hat man Risiken. Ich war zuhause, nicht viele Leute. Nur zur Chemo und wieder zurück. Einkaufen, wenn es mir gut gegangen ist. Und ja, dann ist dieses Coronavirus gekommen und dann nochmals...Ich bin seit einem Jahr fast immer zuhause. Ich gehe nur zu Arztterminen, einkaufen und dann wieder nach Hause. Also schon lange.» (C/38 – 44)

Veränderungen im gesellschaftlichen Leben können sich auch durch Rückzugstendenzen seitens des Freundes- und Bekanntenkreises zeigen. So erlebten drei Frauen, dass sich der Freundeskreis minimiert hat. Dazu Frau M.:

«Es hat gewisse Leute gegeben, wo man gemerkt hat, dass sie nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. Ein paar Freunde haben sich komplett zurückgezogen und haben auch, wenn man von sich aus gekommen ist und davon erzählt hat, hat man gemerkt, dass sie es nicht hören wollten. Und die haben sich dann eher zurückgezogen.» (M/94 – 98)

SK1.3 Umweltfaktoren

Unter Umweltfaktoren werden die materielle und soziale Umwelt einer Person verstanden. Es kann zwischen Förderfaktoren, welche sich positiv auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken und Barrieren, welche sich negativ auswirken, unterschieden werden.

Die Familie und der Freundeskreis haben einen bedeutenden Stellenwert im Hinblick auf die funktionale Gesundheit von Brustkrebsbetroffenen Frauen. So berichteten alle sechs Personen von der emotionalen und der alltagspraktischen Unterstützung seitens Freunde und Familie. Dazu Frau M., welche froh um die Unterstützung ihrer Eltern war:

«Ich bin dann eine Zeit lang viel zu meinen Eltern nach Hause gegangen, weil mein Partner gearbeitet hat und ich nicht kochen mochte. Und dann ist es schön gewesen zuhause bei meinen Eltern. Und sie haben mich dann manchmal gezwungen rauszugehen, obwohl ich keine Lust gehabt habe und jedes Mal hat es so gutgetan.»
(M/135 – 139)

Ebenso unterstützend können Arbeitgebende, Dozierende oder Freizeitvereine wirken, worüber zwei Frauen berichteten.

Eine weitere Stütze stellt das behandelnde Personal dar, worüber drei Betroffene berichteten. So können Ärzte, Pflegende und Therapeuten einen wichtigen Eckpfeiler darstellen. Insbesondere in psychisch belastenden Zeiten zählen sie zu den relevanten Förderfaktoren. So erzählte Frau H. eindrücklich von der Behandlung in der Klinik:

«Was mich viel begleitet, ist das Onkologie Zentrum. Also mein Arzt, der ist wirklich super. Er hält mich auf dem Laufenden, was Corona anbelangt. Er unterstützt mich, wenn ich Fragen habe, wenn ich psychisch nicht mehr so mag. Dort bin ich wirklich sehr gut aufgehoben. Und was ich auch ganz fest schätze, ist die ganze Onkologie-Abteilung, wo ich die Chemo mache. Diese Frauen sind so warmherzig und so toll. Ich kann sehr gut mit ihnen diskutieren. Wenn irgendetwas ist, wo es einem nicht so wohl ist oder wenn man Fragen hat, dann nehmen sie sich extrem Zeit, obwohl sie von morgens bis abends vom einen zum anderen springen müssen. Sie machen das super und das hilft mir extrem. Ich gehe wirklich oftmals dort raus und bin zufrieden, obwohl wieder Gift reingelassen wurde.» (H/162 – 171)

Drei der interviewten Frauen schilderten ferner, dass sie sich externe Hilfe in Form von psychologischer Unterstützung oder Spitexdiensten geholt oder Angebote der Alternativmedizin in Anspruch genommen hatten, was für sie sehr wertvoll war.

Auch über Barrieren, welche sich negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken, wurde berichtet. Hierzu zählen insbesondere die negativen Erfahrungen mit Ämtern und Institutionen wie die Invalidenversicherung, die Sozialhilfe oder die Krankenkasse, welche psychisch sehr belasten. Frau C. schilderte in diesem Zusammenhang, dass sie sich gerne beide Brüste entfernen lassen möchte, die Krankenkasse dies jedoch nicht finanzieren würde:

«Also, als ich die Diagnose bekommen habe, habe ich von Anfang an gesagt, dass ich keine Radiotherapie will. Lieber will ich die Brust entfernen und keine Radiotherapie machen. Aber das ist nicht so einfach. Auch wegen der Krankenkasse. Einen Teil zahlen sie und den anderen Teil nicht und das hat mich sehr, sehr beschäftigt. Dass man so behandelt wird, nicht wie eine Person, sondern wie ein Roboter. Total ohne Gefühl. Das ist egal. Das ist nur Business, nur Geld verdienen. Am Schluss möchten die einfach nicht...Es ist ihnen egal, ob es einem gut geht oder nicht. Das ist ein Spiel zwischen Spital und Krankenkasse.» (C/86 – 93)

Des Weiteren wurden in diesem Zusammenhang von denselben drei Personen finanzielle Schwierigkeiten erwähnt, welche mit der krebsbedingten Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Die finanziellen Engpässe führen u.a. dazu, dass die Implementierung einer Kinderbetreuung sowie der Zugang zu alternativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten erschwert werden, worüber bspw. Frau R. berichtete (R/351 – 356).

Zwei Frauen schilderten, dass sie Mitleid oder Ängste seitens des Umfelds als störend oder zumindest wenig hilfreich empfinden. So erlebte Frau C. ein Gespräch mit ihrer Chefin als unangenehm:

«Nein, ich habe vor zwei Monaten mit meiner Chefin am Telefon gesprochen. Und sie hat mir gesagt: «Ja, du Arme.» Ich hasse das. Ich hasse das. Ich habe gesagt: «Nein. Nein, ich bin nicht arm, sondern das Gegenteil. Du bist arm, weil du das so sagst.» Mitleid ist ein negatives Gefühl und das brauche ich nicht. Ich brauche Leute, die positiv sind. Das brauche ich nicht in meinem Leben und eine Arme bin ich nicht.» (C/154 – 158)

Des Weiteren zählt auch der Druck seitens Arbeitgebenden hinsichtlich einer möglichst raschen Reintegration zu den Barrieren, worüber nebst Frau B. (B/78 – 85) auch Frau H. (H/69 – 78) berichtete. Dies führt dazu, dass der Genesungsprozess aus dem Zentrum rückt, welcher aus Sicht von Frau H. an erster Stelle stehen sollte (H/80 – 90). Viel wichtiger sei im Zusammenhang mit Arbeitgebenden Verständnis für die Situation, wie dies Frau D. erlebte (D/202 – 205).

Nebst den zahlreichen positiven Aspekten, welche im Zusammenhang mit dem medizinischen Behandlungsteam genannt wurden, gab es aber auch negative Erfahrungen. Frau B. erzählte hierbei vom Zeitpunkt, als sie von ihrer Gynäkologin über die Diagnose informiert werden sollte:

«Ich musste dann Tage später zu meiner Frauenärztin, weil die den Befundbericht bekommen hat und die war, fand ich, furchtbar in der Beziehung. Die hat einfach zu mir gesagt: «Ja, ich habe da einen Befund.» Aber sie möchte mir da nichts weiter dazu sagen. Ich soll jetzt ins Spital gehen. Die hat haargenau gewusst, was das für ein Befund ist. Und so hat die mich einfach entlassen.» (B/21 – 25)

Über eine fehlende Empathie und ungenügende Informationen bei der Diagnosestellung berichtete auch Frau R. Folglich erlebte sie die Zeit bis zur exakten Diagnose als sehr belastend, wobei sie unter starken Ängsten litt (R/41 – 49).

Die Covid-19 Pandemie stellt auch im Hinblick auf die Umweltfaktoren eine Barriere dar, da sie zu mehr Unterstützungsbedarf im Alltag führt. So waren Frau H. (H/150 – 152) und Frau C. (C/119 – 121) hinsichtlich der Besorgungen vermehrt auf die Hilfe des Umfelds angewiesen, da sie zur Risikogruppe zählen und Kontakte aufgrund der Ansteckungsgefahr möglichst meiden sollten.

SK1.4 Personbezogene Faktoren

Unter die Kategorie der personbezogenen Faktoren fallen Aspekte des individuellen Lebenshintergrundes und der Lebensführung, demnach Eigenschaften und Attribute, welche nicht Teil des Gesundheitsproblems sind. Sie können sich als förderlich oder hinderlich auf die Erkrankung auswirken. Es kann hierbei zwischen diversen Faktoren unterschieden werden. Es sind dies die körperliche Verfassung, individuelle Eigenschaften und Kompetenzen sowie Faktoren der unmittelbaren sozialen Lebenslage.

Frau C. (C/7 – 9) und Frau H. (H/2 – 3) sind beide zum zweiten Mal von Krebs betroffen. Hinzu kommen bei Frau H. zwei chronische Vorerkrankungen, was sich einerseits auf die physische, andererseits auf die psychische Verfassung auswirkt. Bei Frau C. führte dies zu Sinnfragen:

«Ich frage mich, wieso nochmals ich. Ich habe schon einmal Krebs gehabt und wieso jetzt nochmals? Wieso ich? Ich glaube, ich habe schon genug gehabt und dann kommt noch eine zweite Diagnose.» (C/19 – 21)

Frau H. beschrieb in diesem Zusammenhang, dass sie die Vorerkrankungen als auch die Tatsache, dass sie zum zweiten Mal an Krebs erkrankt sei, psychisch teilweise belaste (H/20

– 24). Das Aufrechterhalten der intrinsischen Motivation bei einer zweiten Krebserkrankung sei nicht einfach (H/193 – 196).

Über eine optimistische Grundhaltung berichteten fünf der interviewten Frauen. Im Hinblick auf den chronischen Verlauf von Brustkrebs und die damit verbundenen zahlreichen Einschränkungen scheint diese persönliche Eigenschaft hilfreich zu sein. So erzählte bspw. Frau M., dass sie versuche, auch in scheinbar schwierigen Lebenslagen die positiven Aspekte zu sehen und sich auf diese zu fokussieren (M/150 – 160).

Eine weitere relevante Eigenschaft besteht im Hinblick auf die Förderfaktoren in der Offenheit gegenüber externen Hilfestellungen, Psychologen und alternativen Therapieformen. Vier der Betroffenen erzählten hierbei von ihren positiven Erfahrungen, insbesondere in psychisch belastenden Situationen. Frau B. (B/28 – 40) schilderte bspw., dass sie starke Ängste aufgrund der Covid-19 Pandemie durchlebte. Ihr Psychologe habe daraufhin gemeinsam mit ihr ein Ritual durchgeführt, durch welches sie ihre Ängste abbauen konnte.

Die Einbindung in ein soziales Netz als unmittelbare soziale Lebenslage stellt ein weiterer relevanter Förderfaktor dar, welcher gleichzeitig auch Teil der Umweltfaktoren ist. Die Einbindung kann sich dabei positiv auf den Umgang mit den krankheitsbedingten Herausforderungen auswirken, worüber drei Frauen berichteten.

Eigenschaften wie die Selbstfürsorge, Selbstakzeptanz und das Einstehen für die eigenen Bedürfnisse sind weitere förderliche Faktoren, worüber vier Betroffene berichteten. So sei es hilfreich, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und diesen nachzugehen, wie dies Frau H. beschreibt:

«Es gibt auch Tage, wo ich einfach weine, weil ich irgendwie das Gefühl habe: «Nein.» Das gehört auch dazu und das soll auch Platz haben. Das ist für mich ganz wichtig. Ich lege es mir so zurecht oder lebe meinen Tag so, dass es für mich stimmt. Für mich vor allem und nicht für jemanden aussenstehenden.» (H/130 – 134)

Demgegenüber stellen Eigenschaften wie das Stellen hoher Anforderungen an sich selbst und auch Selbstzweifel, von welchen zwei Frauen erzählten, eher Barrieren dar. Beides kann sich auf die lange Regenerationszeit und die zahlreichen Herausforderungen hinderlich auswirken. So erzählte bspw. Frau D., dass sie die Tendenz habe, zu viel von sich zu fordern und sich selbst damit zu übergehen, sodass sie sich letztlich überfordere (D/57).

Ein weiterer relevanter Aspekt in Bezug auf personbezogene Faktoren stellt die unmittelbare soziale Lebenslage dar. Drei Frauen berichteten in diesem Zusammenhang, dass sie sich gut

in ihr soziales Umfeld eingebunden fühlen, wodurch sie alltagspraktische und emotionale Unterstützung erfahren.

Über Barrieren berichtete Frau R., welche alleinerziehende Mutter ist. Einerseits sei die Implementierung einer Kinderbetreuung während den Behandlungen aufwändig und kostspielig (R/256). Andererseits liege die Verantwortung für den Sohn alleinig bei Frau R., welche aufgrund der Therapien körperlich und psychisch teilweise stark eingeschränkt sei (R/142 – 145).

4.2 K2 Copingstrategien

Wie bereits beschrieben, werden brustkrebsbetroffene Frauen vor zahlreiche krankheitsbedingte Herausforderungen gestellt. Die Datenauswertung hat dabei gezeigt, dass die Betroffenen mittels der Anwendung von Copingstrategien versuchen, mit den internen und externen Anforderungen umzugehen und den Lebensalltag trotz aller widriger Umstände zu meistern.

Unter Copingstrategien werden hier emotionsorientierte, problemorientierte und bewältigungsorientierte Verarbeitungsversuche verstanden, mit dem Ziel, den Stress zu reduzieren und Kontrolle wieder zu erlangen.

Anhand der Datenauswertung wurde ersichtlich, dass am häufigsten über emotionsorientierte Strategien berichtet wurde. Bewältigungsorientierte und problemorientierte Verarbeitungsversuche wurden hingegen etwas seltener genannt. Die von den betroffenen Frauen geschilderten unterschiedlichen Copingstrategien werden nachfolgend dargestellt.

SK2.1 Emotionsorientierte Copingstrategien

Emotionsorientierte Copingstrategien verfolgen das Ziel der Regulation emotionaler Anspannung. Es wurde hierbei über sehr unterschiedliche Strategien berichtet. Am häufigsten wurde die Methode der Ablenkung und der Verdrängung genannt, wobei fünf Betroffene schilderten, dass sie sich von der Erkrankung und den negativen Gedanken nicht einnehmen lassen möchten. Frau R. gelingt dies durch das Tanzen:

«Ich habe vorher immer wieder ein bisschen Walzer getanzt und der Lehrer hat dann gesagt: «Weisst du was? Ich schenke dir diese sechs Monate. Komm einfach. Wenn du nicht mehr magst, setz dich auf die Bank.» Das habe ich das letzte Mal nach dem Lockdown auch gemacht. Das ist so ein Antrieb gewesen. Ich habe nicht gemocht. Ich habe am Auge einen Strich gemacht, ich habe mich angezogen und bin rausgegangen. Ich habe zehn Minuten gemocht und dann Schweissausbrüche, Herzrasen und dann hingesessen. Aber der Moment, der hat mir gutgetan. Es hat

jüngere Leute. Es wird nicht über Kinder gesprochen, nicht über Krankheit gesprochen. Es ist einfach so oberflächlich und das ist perfekt gewesen.» (R/170 – 177)

Über eine weitere Strategie in Form von körperlichen und künstlerischen Aktivitäten zur Regulation der emotionalen Befindlichkeit berichteten drei Frauen. So ging Frau M. spazieren (M/137 – 139), versuchte weiterhin Tennis zu spielen (M/66 – 68) oder auch zu malen (M/139 – 145).

Eine emotionsregulierende Wirkung hat auch das Weinen. Drei Betroffene berichteten von dieser Strategie. So auch Frau H., welche dieser Fähigkeit bewusst Raum geben möchte:

«Und dann gibt es wirklich einfach schlechtere Tage. Also mehr müde, irgendwie keine Lust und so. Es gibt auch Tage, wo ich einfach weine, weil ich irgendwie das Gefühl habe: «Nein.» Das gehört auch dazu und das soll auch Platz haben. Das ist für mich ganz wichtig.» (H/129 – 132)

Eine weitere Methode liegt in der Akzeptanz der Situation, wovon zwei Frauen erzählten. Dazu Frau C., welche bereits zum zweiten Mal an Krebs erkrankte:

«Also eigentlich geht es mir gut. Psychisch geht es mir gut. Ich finde, dass man immer akzeptieren sollte, was gerade ist. So ist es einfacher, wenn man damit leben kann.» (C/5 – 7)

Eine andere Strategie stellen Gespräche mit dem Umfeld oder Therapeuten dar, wovon zwei Frauen erzählten. Insbesondere während psychisch belastenden Situationen können diese hilfreich sein.

Auch Humor oder Sarkasmus, wie Frau H. dies schilderte, können emotionsregulierend wirken:

«Ich bin eben manchmal sehr sarkastisch, mache manchmal ein Spruch, um alles ein bisschen aufzulockern. Ich habe einfach das Gefühl, dass mir das hilft. Ich will nicht einfach von morgens bis abends: «Oh Brustkrebs. Und schaffe ich es? Und kann ich das?» Das will ich nicht. Ich nehme ihn sehr ernst, aber trotzdem ziehe ich ihn ein bisschen ins Lächerliche.» (H/166 – 170)

Schliesslich wurde auch die Selbsthypnose von Frau M. als Strategie genannt (M/125 – 129). Die Selbsthypnose habe insbesondere in schwierigen Situationen eine Art Anker dargestellt,

woran sie sich festhalten konnte. Hilfreich war dabei, dass sie es selbst anwenden konnte, zu jeder Zeit und an jedem Ort.

SK2.2 Problemorientierte Copingstrategien

Problemorientierte Copingstrategien haben zum Ziel, die Situation durch gezielte Handlungen oder durch das Unterlassen von Handlungen zu verändern. Am häufigsten wurde hierbei über aktive Strategien berichtet. So schilderten fünf der interviewten Frauen ein aktives Verhalten in Form von spezifischen Handlungen. Drei von ihnen suchten externe Hilfe aufgrund von finanziellen Problemen, betreffend Fragen zur Kinderbetreuung oder zu Sozialversicherungen. Dieser Aktivismus zeigt sich bei drei Betroffenen auch in Form von Gesprächen mit Therapeuten und dem sozialen Umfeld oder in Form einer aktiven Kommunikation gegen aussen. So hat Frau M. für sich entschieden, das Umfeld aktiv mit einzubeziehen und transparent über ihre Diagnose zu informieren (M/236 – 240).

Frau M. (M/284 – 285) und Frau B. (B/22 – 33) haben sich zudem aktiv über ihre Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten oder Rechtsansprüche informiert.

Drei der Betroffenen berichteten, dass sie gegen die Erkrankung oder krankheitsbedingte Herausforderungen ankämpfen. So war es auch für Frau B. von Bedeutung, während der Chemotherapie stark zu bleiben und ein Gefühl von Kontrolle zu erleben:

«Ich probiere immer die Dinge in der Hand zu behalten und habe dann sehr schnell nach einer Perücke geschaut und ich habe weitergearbeitet, auch während der Chemotherapie, weil ich einfach gefunden habe: Ich lasse mich nicht unterkriegen von diesem Tumor.» (B/46 – 49)

Eine weitere Strategie stellt das Verschweigen der Diagnose gegenüber dem sozialen Umfeld dar. Als sie selbst über ihre Diagnose informiert wurde, war dies für Frau M. zu Beginn die richtige Methode (M/232 – 236). Auch Frau B. hält dies so bei der Arbeit, da sie der Meinung ist, dass krebsbetroffene im Erwerbsleben stigmatisiert werden:

«Aber ich würde mich jetzt nicht mehr getrauen zu sagen: «Hey, ich habe letztes Jahr Krebs gehabt.» Weil ich Angst habe, dass ich wieder so als minderwertig und krank eingestuft werde. Und das lese ich in ganz vielen Büchern, dass Krebskranke so wahrgenommen werden. Also ich kann nicht mehr so offen und so ehrlich sein. Ich werde das schön für mich behalten.» (B/157 – 162)

Des Weiteren hat Frau D. für sich einen achtsamen Umgang mit der Fatigue erlernt, sodass sie sich und ihre Grenzen besser spürt und folglich weniger Erschöpfungszustände eintreten (D/141 – 143).

SK2.3 Bewertungsorientierte Copingstrategien

Bewertungsorientierte Copingstrategien verfolgen die Neubewertung einer Situation. Das Ziel besteht darin, eine bedrohliche Situation eher als Herausforderung zu erleben, wodurch Ressourcen freigesetzt werden, um die Situation bewältigen zu können. Die interviewten Frauen berichteten hierbei von Neubewertungsprozessen, Perspektivenwechseln und dem Setzen neuer Prioritäten, wodurch die Erkrankung und die Folgeerscheinungen als weniger belastend erlebt werden. So berichten drei Betroffene, dass sie ihre eigenen Fähigkeiten, aber auch die krankheitsbedingten Grenzen neu bzw. alternativ bewerten. Dazu Frau M., die beschreibt, welche Lernprozesse die Erkrankung ausgelöst hatte:

«Ich habe viel darüber gelernt, was meine Grenzen sind. Wie reagiere ich in schwierigen Situationen, bei solchen Sachen, wo es um die Gesundheit geht.» (M/169 – 171)

Des Weiteren schilderten zwei Betroffene, dass sie auch in einem übergeordneten Sinn versuchen, das Leben neu zu bewerten. Frau R. erzählte dabei in eindrücklicher Weise, dass der Brustkrebs für sie ein sehr einschneidendes Erlebnis gewesen sei und sie das Leben nun anders wahrnehme:

«Ich merke nun endlich: Aha, runterfahren. Aha, Spaziergang machen. 15 Minuten, 20 Minuten, eine halbe Stunde. Atemtechniken. Ich bin wieder viel spiritueller. Auf mich hören, mich beruhigen. Dann kann ich wieder Gas geben und das hat mich, glaube ich, zu einem besseren Menschen gemacht. Klar ist es eine schlimme Geschichte gewesen. Trotzdem bin ich aber irgendwie fast froh, weil das Leben jetzt schöner ist.» (R/206 – 212)

Frau C., welche bereits zum zweiten Mal an Krebs erkrankt ist, sucht ferner einen Sinn in ihrer zweiten Krebserkrankung:

«Ich frage mich, wieso nochmals ich. Ich habe schon einmal Krebs gehabt und wieso jetzt nochmals? Wieso ich? Ich glaube, ich habe schon genug gehabt und dann kommt noch eine zweite Diagnose. Okay, ich weiss schon, wie das ist. Ja, es geht weiter und das Leben geniessen. So wie es kommt. Ich bin trotzdem glücklich, weil ich laufen

kann, ich bin selbstständig. Es gibt noch Schlimmere als mich. Das macht mich auch irgendwie...Ich bin gesund, auch wenn ich krank bin. Ich bin gesund.» (C/19 – 24)

Frau C. (C/23) und Frau R. (R/291 – 293) berichteten auch über Vergleiche mit anderen betroffenen Frauen, wobei sie ihre eigene Diagnose und die krankheitsbedingten Herausforderungen als weniger einschneidend bewerten und folglich die eigene Situation als weniger belastend erlebt wird.

Zwei Betroffene schilderten, dass sie aufgrund der Erkrankung lernten, ihre Prioritäten neu zu setzen. So habe die Arbeit bei Frau H. vor der Diagnose einen hohen Stellenwert eingenommen, wobei es oftmals zu Stresssituationen gekommen sei. Krankheitsbedingt könne sie dies nun nicht mehr bewältigen. Die Neubeurteilung führt dazu, dass eine durch die Erkrankung eingeschränkte Leistungsfähigkeit in einen positiven Aspekt überführt wird (H/69 – 78).

Infolge des Tumors habe bei Frau M. eine Neubewertung von verschiedenen Lebensbereichen stattgefunden. Aufgrund der Reaktionen des Freundeskreises auf die Erkrankung habe sie den Sinn von Freundschaften neu beurteilen müssen. Aufgrund der starken psychischen Belastung, ausgelöst durch die Diagnose, habe sie ferner ihre eigene Rolle in der Familie überdenken müssen:

«Ich glaube etwas vom Schwierigsten für mich ist gewesen, dass ich vor allem am Anfang das Gefühl gehabt habe, dass ich stark sein muss für die anderen. Weil normalerweise bin ich die Therapeutin der Familie. Das heisst, wenn es irgendwo ein Problem gibt, dann kommen sie immer zu mir. Und dort habe ich gemerkt, dass ich es nicht gewesen bin und sich das einzugestehen. Das ist wahnsinnig schwierig gewesen.» (M/189 – 193)

Da Frau M. Therapeutin ist, kommen ihr bei der kognitiven Neubewertung unterschiedlicher Situationen ihr Fachwissen und ihre Fähigkeiten zugute. So kann sie auf die Technik des Reframings zurückgreifen:

«Ich bin ein sehr positiver Mensch und von meiner Ausbildung und von meiner Tätigkeit kann ich sehr gut «Reframen», also negative Sachen ins Positive umformulieren. Und durch meine Tätigkeit mache ich das manchmal automatisch und es gibt Leute, die haben gedacht: «Man kann es auch übertreiben.» Aber mir hat es gutgetan.» (M/148 – 152)

4.3 K3 Beitrag ambulanter Sozialarbeit

Die folgenden Subkategorien beziehen sich auf die Kernfrage der vorliegenden Untersuchung und sind daher von zentraler Bedeutung.

Unter dem Begriff «Funktionen» werden inhaltliche Beratungsaspekte der ambulanten Sozialarbeit der regionalen Krebsligen dargestellt, welche aus subjektiver Sicht der interviewten Betroffenen relevant sind und aus deren Sicht gewinnbringend bearbeitet wurden. Die «Kompetenzen» beziehen sich auf Methoden- sowie Sozialkompetenzen, welche von den interviewten Personen als positiv bewertet wurden. Unter den «Merkmale des Dienstleistungsangebots» werden die Eigenschaften des Angebots verstanden, welche die Erreichbarkeit beschreiben und von den Betroffenen geschätzt wurden. Zuletzt werden die von den Interviewten genannten Optimierungsvorschläge dargestellt.

SK3.1 Funktionen

Der ambulanten Sozialarbeit der regionalen Krebsligen werden unterschiedliche Funktionen zugeschrieben. Dabei kommen der Informationsvermittlung bzw. der Klärung von Rechtsansprüchen, der psychosozialen Beratung sowie dem Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Schwierigkeiten eine besondere Bedeutung zu.

Fünf der interviewten Frauen schilderten, dass sie die regionale Krebsliga aufgrund von offenen Fragen zu Finanzen, zur Arbeitssituation oder zu Rechtsansprüchen im Zusammenhang mit Sozialversicherungen und der Sozialhilfe aufsuchten. So berichtete auch Frau R. über Auseinandersetzungen mit der Sozialhilfe, welche sie viel Kraft kosteten, aber mit Hilfe der Krebsliga geklärt werden konnten:

«Das ist ein langer Weg gewesen, aber Dank Frau G. von der Krebsliga, habe ich wirklich zur Ruhe kommen können. Es ist ein langer Weg. Sie hat dann wirklich...Also ganz lieb, aber sie hat gesagt, was Sache ist. Meine Hände sind gebunden gewesen. Ich habe gar nicht gewusst, welches meine Rechte sind. Ich habe es beim Sozialamt angesprochen, aber sie haben immer gesagt, dass das nichts mit ihnen zu tun hat. Und jetzt bin ich so froh, dass das geklappt hat.» (R/276 – 281)

Auch Frau M., welche kurz vor ihrem Studienabschluss gestanden hatte, schätzte die Informationsvermittlung zu ihren weiteren beruflichen Möglichkeiten:

«Und das hat mir dann wirklich sehr, sehr geholfen. Ein bisschen zu wissen, wie ich mich auch finanziell aufstellen kann. Weil ich bin dort schon in einer Anstellung gewesen, aber mehr so stundenmässig und ohne Vertrag. Also es hat sich dann mehr

so ergeben durch ein Praktikum, nach welchem ich dann so stundenmässig weitermachen konnte. Und sonst habe ich nichts gehabt. Gerade so kurz vor dem Abschluss. Und das hat mir dann sehr geholfen, so ein bisschen zu wissen, was ich für Möglichkeiten habe.» (M/274 – 280)

Eine Krebserkrankung geht, wie bereits beschrieben, häufig mit einer Arbeitsunfähigkeit einher, weshalb finanzielle Schwierigkeiten entstehen können. Nebst der Klärung von Rechtsansprüchen schilderten daher drei Betroffene, dass sie die Unterstützung bei finanziellen Problemen als wertvoll empfanden. Dazu Frau H.:

«Frau N. hat mir dann auch noch Gutscheine von der Migros gegeben. Das habe ich sehr schön gefunden, weil ich das gar nicht erwartet habe.» (H/243 – 245)

Fünf Frauen berichteten ferner, dass sie insbesondere die psychosozialen Interventionen in Form von Gesprächen während emotionaler Instabilität schätzten. Die Beratenden der Krebsligen hätten, nebst der bereits bestehenden psychiatrischen und psychologischen Versorgung, eine wichtige Stütze dargestellt. So schilderte Frau D., welche von Unsicherheiten im Zusammenhang mit Abklärungen der Krankentaggeldversicherung betroffen war:

«Da kommen einfach so wahnsinnige Ängste auf, wo man weiss, dass man jederzeit anklopfen kann. Und das ist ein extremer Rückhalt. Und diesen will ich nicht missen. Das merke ich auch jetzt noch, jetzt wo ich wo ganz anders im Leben stehe. Ich kann jederzeit kommen.» (D/50 – 53)

Auch Frau B. erzählte von der psychosozialen Unterstützung, als sie aufgrund der Arbeitssituation psychisch stark belastet war:

«Es war gut, ich war nicht so in dieser Krankenrolle drin, sondern sie hat mich vor allem auch unterstützt in dieser Zeit, als es mir mit der Arbeit so schlecht gegangen ist. Wo ich wirklich, also, ich glaube andere, die wären da durchgedreht. Die wären wirklich in der Psychiatrie gelandet. Und haben wir einfach toll zusammengesprochen.» (B/200 – 204)

Aufgrund der psychosozialen Belastungen und der teilweise eingeschränkten Leistungsfähigkeit können Überforderungssituationen im Umgang mit administrativen Tätigkeiten entstehen. Zwei Betroffene berichteten daher, dass die Beratenden der

ambulanten Sozialarbeit der Krebsligen stellvertretend Aufgaben für sie übernommen hatten. So schätzte dies auch Frau H.:

«Sie hat auch wirklich mit der IV geschaut, dass da etwas zustande kommt. Sie hat mir dort auch extrem viele Sachen abgenommen, wo ich sagen konnte: «Okay, das übernimmt jetzt einmal jemand für mich.» Jemand, der die Kompetenz hat, der wirklich weiss, auf was man schauen muss. Das habe ich wirklich toll gefunden.» (H/245 – 248)

Ferner schilderte Frau B., dass sie froh war, dass auch ihre Tochter die Dienste im Sinne einer Angehörigenberatung in Anspruch nehmen durfte:

«Und meine Tochter war eigentlich...Der ist es psychisch schlechter gegangen als mir. Die ist sechzehn gewesen in der Zeit als ich so krank war und die hatte einfach Angst gehabt, dass sie mich verliert. Und ich habe dann meine Tochter zur Frau L. geschickt und das fand ich so toll, weil ich gewusst habe, wenn ich mit ihr klar komme, dann kommt meine Tochter auch mit ihr klar.» (B/208 – 212)

SK3.2 Beratungskompetenzen

Unter diese Kategorie fallen zum einen Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung, welche im Hinblick auf das professionelle Arbeitsbündnis als relevant eingestuft wurden. Zum anderen beinhaltet die Subkategorie Methoden der Beratung, welche von den Betroffenen als positiv beurteilt wurden.

Alle sechs interviewten Frauen berichteten, dass sie einzelne Merkmale der Beziehungsgestaltung schätzten. Insbesondere die Empathie wurde dabei von allen sechs Betroffenen erwähnt. So antwortete Frau H. auf die Frage hin, was ihr in der Zusammenarbeit mit der Krebsliga wichtig gewesen sei:

«Sicher der Umgang mit dem Menschen, also mit mir selber. Diese Herzlichkeit, die rübergekommen ist. Die Geduld, das Fachwissen. Sie hat mir immer gesagt: «Hören Sie, das und das könnte man machen.» Sie hat mich in dieser Hinsicht auch sehr gut beraten. Und ich habe mich wirklich wohl gefühlt und ich hatte das Gefühl: «Doch, es ist gut.» Also dort bin ich ein Stückweit aufgegangen worden.» (H/252 – 256)

Frau M. berichtete, dass sie froh war, ein Gegenüber zu haben, welches nicht Teil des engen sozialen Umfelds war und mit welchem sie offen über ihre Gedanken und Emotionen sprechen

konnte. Sie schätzte des Weiteren, dass die Fachperson aus ihrer Sicht ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis und einen professionellen Umgang mit belastenden Themen haben:

«Ich glaube einfach, ein wahnsinnig hilfreicher Punkt ist gewesen, dass man Sachen abladen kann. Einerseits auf der emotionalen Ebene, ohne sich Sorgen machen zu müssen, wie die Person damit umgeht.» (M/317 – 319)

«Und, dass ich dann auch Themen ansprechen konnte, um die ich mir Sorgen gemacht habe und bei denen ich gewusst habe, dass jemand auf der anderen Seite ist, der Verständnis hat und der sich auskennt. Wo ich dann einfach abladen kann ohne Konsequenzen, ohne, dass sich dann die Person Sorgen macht. Das wollte ich immer vermeiden. Und das ist jederzeit hilfreich gewesen.» (M/323 – 327)

Frau B. schilderte, dass sie das Gespräch auf Augenhöhe schätzte und folglich aus ihrer Sicht kein Machtgefälle vorhanden war:

«Also, ich bin ja bei der Frau L. gewesen und das war irgendwie...Sie war mir einfach total sympathisch. Zwischen uns hat es gestimmt und das hat mir sehr geholfen. Und ich habe auch nicht das Gefühl gehabt, dass ich da so der Kranke bin, sondern das war so, zwischen uns, ja, ein Hin und Her. Es war gut, ich war nicht so in dieser Krankenrolle drin (...).» (B/197 – 200)

Frau M. berichtete, dass sie die lösungsorientierte Beratung als gewinnbringend empfand. Dies insbesondere als sie nicht wusste, wie sie die Diagnose ihrer Familie mitteilen sollte:

«Bei der Krebsliga habe ich angerufen und habe gesagt: «Ich weiss nicht, wie ich es sagen soll.» Und sie hat mir wahnsinnig geholfen und hat gefragt: «Wieso nicht?» Und so wirklich nichts gesagt wie: «Und so und so und so sollst du es machen.» Sondern schön lösungsorientiert, sodass ich selbst draufkomme. So mit Fragen stellen und wahnsinnig empathisch.» (M/215 – 219)

SK3.3 Merkmale des Dienstleistungsangebots

Die Merkmale des Dienstleistungsangebots beziehen sich auf die Strukturen, wobei von drei Betroffenen der Aspekt der Niederschwelligkeit genannt wurde. Geschätzt wurde hierbei die rasche und unkomplizierte Terminvereinbarung. Ein weiterer positiver Aspekt besteht in der unmittelbaren Bearbeitung der Fragen und Anliegen. Nebst der Niederschwelligkeit schätzte Frau B. auch die ansprechenden Räumlichkeiten:

«Dass es nicht so umständlich ist und mit Terminen und...Sondern, dass da wirklich sich sehr schnell mal jemand meldet und, dass man auch sehr unkompliziert angehört wird. Das fand ich sehr positiv und ich finde auch sehr schön, dass ihr hier an dem schönen Ort seid für diese Krebspatienten.» (B/218 – 221)

SK3.4 Optimierungsvorschläge

Unter diese Subkategorie fallen Ideen und Wünsche, welche aus subjektiver Sicht der Betroffenen zur Optimierung der Dienstleistung beitragen würden.

Frau R. berichtete, dass sie lange nicht über die Möglichkeit der ambulanten Sozialarbeit informiert gewesen sei. Aufgrund dessen entstanden psychosoziale Belastungen, welche womöglich umgehend hätten bearbeitet werden können. Folglich würde sie sich wünschen, dass die krebsbetroffenen Menschen schneller über das Dienstleistungsangebot informiert würden:

«Oder bei den Frauenärzten, damit man weiss: Ja, es gibt die Krebsliga. Dass man weiss, dass die da sind. Man kann anrufen und fragen. Man ist Mutter, man ist alleinerziehend. Man hat Brustkrebs, Gebärmutterkrebs oder was auch immer. Wie geht es weiter? Was gibt es für Möglichkeiten? Wo kann man den Sohn unterbringen? Das Rote Kreuz habe ich dann eingeschaltet. Aber, dass es da eine Anlaufstelle gibt, wo man mit den ganzen Sorgen hingehen kann: «Ich sehe keinen Ausweg.» Dann sagt die Krebsliga: «All diese Sachen kann man machen. Oder hier erhalten Sie Hilfe.» Dann kann einer Frau vielleicht dieser ganze Stress erspart bleiben. Ja, präserter. Vielleicht ein Kärtchen oder so.» (R/384 – 391)

Frau C. sieht eine mögliche Optimierung darin, die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung der Krebsligen dahingehend zu ändern, dass die Lehrlingslöhne der Kinder nicht als Einnahme mit einberechnet werden (C/203 – 214). Kinder sollen aus ihrer Sicht im Hinblick auf mögliche finanzielle Gesuche nicht zum Einkommen der Familien beitragen müssen.

Frau H. berichtete, dass ihr ein Angebot eines Gruppensettings für Betroffene seitens der regionalen Krebsliga vorgeschlagen wurde. Dieses sprach sie jedoch nicht an, weshalb es ihr Wunsch sei, dass die individuellen Bedürfnisse der Klientel seitens der Beratenden akzeptiert werden (H/265 – 272).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die geschilderten Erlebnisse der brustkrebsbetroffenen Frauen zeigen, dass aus subjektiver Sicht zahlreiche und teils massive krebsbedingte Herausforderungen auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene bestehen. Des Weiteren bedingen sich die einzelnen Faktoren wechselseitig, weshalb Einschnitte in der einen Dimension zu Herausforderungen innerhalb anderer Dimensionen führen können.

Die interviewten Frauen haben vor dem Hintergrund der krebsbedingten Herausforderungen individuelle, auf ihre Ressourcen bezogene Copingstrategien entwickelt. Ferner nehmen sie externe Hilfeleistungen in Anspruch, um den Stress zu minimieren und Kontrolle zu erlangen. Eine bedeutende Stütze aus subjektiver Sicht der Betroffenen stellt hierbei die ambulante Sozialarbeit der regionalen Krebsligen dar. Die Ergebnisse zeigen dabei, dass diversen Aspekten der regionalen Ligen ein gewinnbringender Beitrag zugeschrieben wird.

5 Diskussion und Beantwortung der Fragestellung

Das Kapitel widmet sich der Diskussion der Ergebnisse, wobei die empirischen Resultate entlang der Teilfragestellungen vor dem theoretischen Hintergrund reflektiert werden. Anschliessend wird die forschungsleitende Hauptfragestellung zusammenfassend beantwortet.

5.1 Beantwortung der Teilfragestellungen

Teilfragestellung 1:

Welchen Einfluss hat der Brustkrebs auf den Alltag der betroffenen Frauen bzw. vor welche Herausforderungen werden sie vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells gestellt?

Aus der Darstellung der Ergebnisse lässt sich schliessen, dass die brustkrebsbetroffenen Frauen aus ihrer subjektiven Wahrnehmung vor diverse und teils massive krankheitsbedingte Herausforderungen gestellt werden. Nebst der Erkrankung bestehen weitere biopsychosoziale Einschränkungen, welche von den Betroffenen als Belastung wahrgenommen werden. Anhand des biopsychosozialen Modells nach ICF war es möglich, die Vielfalt, Komplexität und Wechselwirkungen zwischen den krankheitsbedingten Herausforderungen darzustellen.

Die interviewten Betroffenen schilderten diverse körperliche und kognitive Begleiterecheinungen. Diese wirken sich negativ auf Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten der Personen aus. Es können Schamgefühle und Selbstzweifel entstehen, wodurch die Betroffenen eine massive Verunsicherung erleben.

Das soziale Umfeld wird von den Interviewten als wertvolle Stütze erlebt, sei dies durch aktive Unterstützung oder durch Verständnis für die Situation. Zugleich nimmt auch das medizinische Personal einen bedeutenden Stellenwert ein, wenn es um die Beziehung und Begleitung der Betroffenen geht. Wiederum andere Interviewte schilderten negative Erfahrungen, insbesondere im Zusammenhang mit fehlenden Informationen seitens der Ärzteschaft.

Über negative Erlebnisse wurde auch im Zusammenhang mit dem Wegbruch des Erwerbslebens berichtet, da dies meist mit finanziellen Schwierigkeiten und Problematiken mit Ämtern einher geht.

Die Interviews zeigten deutlich auf, von welchen multiplen krankheitsbedingten Folgeerscheinungen brustkrebserkrankte Frauen betroffen sind, was sich mit den theoretischen Grundlagen der vorliegenden Untersuchung deckt (vgl. Kapitel Brustkrebs und Soziale Arbeit sowie Brustkrebs und dessen Herausforderungen nach ICF). Ein biopsychosoziales Grundverständnis, welches die Korrelation der drei Ebenen berücksichtigt, ist daher dringend erforderlich, will man nicht nur die medizinische Komponente der

Erkrankung behandeln. Folglich nimmt aufgrund der engen Verknüpfung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit einen bedeutenden Stellenwert ein. Schliesslich können Interventionen auf der einen Ebene aufgrund der dynamischen Wechselwirkungen zu Veränderungen auf den beiden anderen Ebenen führen.

Teilfragestellung 2:

Welche Copingstrategien sind seitens der Betroffenen vorhanden?

Die Ergebnisse zeigten, dass die interviewten Betroffenen über diverse Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung verfügen. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen die Erkrankung selbst als auch die krankheitsbedingten Herausforderungen als Stressor einstufen, wodurch Verhaltensveränderungen erforderlich werden (vgl. Kapitel Coping sowie Kapitel Transaktionales Stress-Coping-Modell).

Anhand der Darstellung der Ergebnisse wurde ferner ersichtlich, dass die Copingstrategien einerseits eine gelingende Verarbeitung der Erkrankung selbst zum Ziel haben als auch eine gelingende Bewältigung der krankheitsbedingten Herausforderungen. Dies überrascht vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells und der engen Verknüpfung der drei Dimensionen wenig, da die Erkrankung und damit verbundene Folgeerscheinungen kaum trennbar sind.

Es konnte weiter festgestellt werden, dass es sich bei den Copingstrategien um höchst individuelle Prozesse handelt, wobei die Betroffenen auf interne und externe Ressourcen zurückgreifen.

Die Darstellung der Ergebnisse zeigt, dass insbesondere auf emotionsorientierte Copingstrategien zurückgegriffen wird, welche zum Ziel haben, negative Emotionen zu regulieren. Im Hinblick darauf, dass Brustkrebs mitunter zu einem massiven Einschnitt in die psychische Verfassung führen und Gefühle wie Angst, Wut oder Scham auslösen kann, erstaunt es wenig, dass die interviewten Frauen häufig emotionsregulierende Strategien anwenden (vgl. Kapitel Brustkrebs und dessen Herausforderungen nach ICF). Die Interviewten berichteten dabei von folgenden Strategien: Ablenkung und Verdrängung, Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens, Gesprächen, Akzeptanz, Weinen, Humor und Selbsthypnose. Die Vielfalt der angewendeten Strategien zeigt, dass die Betroffenen über äusserst individuelle Fähigkeiten und Ressourcen im Umgang mit den krebsbedingten Herausforderungen verfügen. Am häufigsten wurde dabei die Strategie der Ablenkung und Verdrängung genannt, wodurch die psychische Integrität wiederhergestellt werden soll. Demgegenüber steht der von den Interviewten häufig genannte Aktivismus mit dem Ziel, das emotionale Wohlbefinden zu verbessern.

Nebst den emotionsorientierten Copingstrategien berichteten die interviewten Frauen von problemorientierten Strategien. Problemorientierte Bemühungen haben zum Ziel, den Stress durch direkte Handlungen oder das Unterlassen von Handlungen zu lösen (vgl. Kapitel Transaktionales Stress-Coping-Modell). Aktive Handlungen wie das Anfordern externer Hilfe, Gespräche und das Einholen von Informationen wurden dabei am häufigsten genannt.

Eine mögliche Hypothese, weshalb die Betroffenen vielfach über praktische Bemühungen berichteten, liegt darin, dass diese direkt beobachtbar sind und folglich eher subjektiv wahrgenommen werden können. Möglicherweise führen diese handlungsbezogenen Strategien aber auch dazu, dass die interviewten Frauen inmitten negativer Emotionen eine gewisse Handlungsfähigkeit erleben und dadurch eher auf jene Methoden zurückgreifen.

Anhand der Darstellung der Resultate wurde ferner ersichtlich, dass die Betroffenen auch bewertungsorientierte Strategien anwenden. Jene Bemühungen haben zum Ziel, eine Situation kognitiv und emotional neu zu deuten, sodass die belastende Situation eher als Herausforderung erlebt wird (vgl. Kapitel Transaktionales Stress-Coping-Modell). Es wurde hierbei insbesondere über Strategien der Neubewertung berichtet, jedoch auch über Vergleiche mit anderen Personen sowie über das Setzen neuer Prioritäten. Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells sowie den beschriebenen Einschränkungen erscheint es schlüssig, dass jene bewertungsorientierte Strategien Anwendung finden. Einerseits können dadurch die multiplen konfliktreichen Situationen umgedeutet werden, andererseits werden so Ressourcen freigesetzt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Copingstrategien im Hinblick auf die Erkrankung und deren Folgeerscheinungen einen bedeutenden Stellenwert einnehmen. Die interviewten Frauen berichteten dabei über zahlreiche individuelle Strategien, wobei emotionsorientierte Methoden am häufigsten genannt wurden. Interessant scheint dieses Ergebnis im Hinblick auf die Tatsache, dass es sich bei den interviewten Personen um Frauen handelt. Es stellt sich die Frage, ob eine Untersuchung mit brustkrebsbetroffenen Männern zu ähnlichen Ergebnissen geführt hätte.

Teilfragestellung 3:

Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie?

Werden die von den interviewten Frauen zugewiesenen gewinnbringenden Funktionen der ambulanten Sozialarbeit den geschilderten Copingstrategien gegenübergestellt, so zeigt sich folgendes Bild: die Beratenden der regionalen Krebsligen übernehmen stellvertretend für die erkrankten Frauen Funktionen, welche die Betroffenen im Hinblick auf ihre eigenen Copingstrategien temporär oder dauerhaft nicht ausführen können.

Aspekte wie die Informationsvermittlung, die Klärung von Rechtsansprüchen, das Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen und die stellvertretende Übernahme

von Aufgaben können den problemorientierten Copingstrategien zugeordnet werden. Folglich werden jene Aufgaben bzw. Bemühungen im Umgang mit den krankheitsbedingten Herausforderungen seitens der ambulanten Sozialarbeit übernommen. Die von den Betroffenen in diesem Zusammenhang genannten Funktionen können der sozialen Dimension von Gesundheit bzw. Krankheit zugeordnet werden, wobei wie bereits beschrieben, eine Korrelation zwischen den drei Dimensionen besteht. Der ambulanten Sozialarbeit kommt dabei eine Art Lotsenfunktion zu, indem ihr die Aufgabe obliegt, Ressourcen zu reaktivieren, Teilhabemöglichkeiten zu schaffen und materielle Belastungen zu minimieren (vgl. Kapitel Soziale Arbeit mit Brustkrebsbetroffenen Frauen). Werden die Themenschwerpunkte der regionalen Ligen hinzugezogen, so lassen sich die Aspekte dem Thema «Leistung und Arbeit» zuordnen (vgl. Kapitel Die Krebsliga Schweiz und ihre regionalen Ligen).

Nicht abschliessend beantwortet werden kann die Frage, inwiefern die direkte finanzielle Unterstützung der Betroffenen zur Selbstbefähigung im Sinne des Empowerment-Gedankens führt. Die Aufgabe der Selbstermächtigung obliegt demnach den einzelnen Beratenden im Hinblick auf die Ausgestaltung der Methoden und dem professionellen Arbeitsbündnis zwischen der Klientel und den Beratenden.

Die Funktion der psychosozialen Beratung während emotionaler Instabilität dient der psychischen Stabilisierung der Betroffenen und kann folglich unter den emotionsorientierten Copingstrategien subsummiert werden. Im Hinblick auf die massiven psychischen Folgen, mit welchen eine Brustkrebserkrankung einhergehen kann, ist die Zuschreibung jener Funktion stringent. Es zeigt sich auch, dass obschon vier der sechs interviewten Frauen bereits in psychologischer Behandlung sind, die psychosoziale Beratung der regionalen Krebsligen im Hinblick auf die psychische Stabilisierung einen bedeutenden Stellenwert einnimmt. Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells können jene Interventionen der psychologischen Dimension zugeordnet werden. Im Sinne der Gesundheitsförderung, wie sie die Ottawa-Charta proklamiert, fördern die psychosozialen Interventionen das seelische Wohlbefinden und tragen zur Stärkung der Gesundheit bei (World Health Organization, 1986). Ferner kann die psychosoziale Beratung bei emotionaler Instabilität dem Thema «Körper und Psyche» zugeschrieben werden, welches Teil der Schwerpunkte der regionalen Krebsligen ist.

Die Darstellung der Ergebnisse zeigt des Weiteren, dass der professionellen Beziehungsgestaltung einen wichtigen Stellenwert beigemessen wird. Kompetenzen wie Empathie und die Reflexion von Machtverhältnissen tragen zum Vertrauensaufbau und folglich zu einem professionellen Arbeitsbündnis bei, damit psychisch belastende Situationen besprochen werden können.

Mitunter zeigen die Ergebnisse auch, dass die lösungsorientierte Beratung geschätzt wird, so wie es das Konzept der Krebsliga Schweiz vorsieht. Werden jene Beratungskompetenzen in Bezug zu den Zielen der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung gesetzt, so können

diese als Selbstbefähigung hin zur Optimierung des Gesundheitspotenzials verstanden werden (vgl. Kapitel Die Krebsliga Schweiz und ihre regionalen Ligen).

Anhand der Resultate wurde des Weiteren ersichtlich, dass die Niederschwelligkeit aus Sicht der Betroffenen positiv hervorgehoben wird. Wenn es das Ziel sein soll, ambulante Sozialarbeit im Sinne der Gesundheitsförderung für alle Personen anzubieten, so ist die Niederschwelligkeit als Strukturmerkmal von hoher Bedeutung. So erstaunt es auch wenig, dass die Betroffenen diesen Aspekt als positiv einschätzen, trägt die Niederschwelligkeit doch dazu bei, dass die biopsychosozialen Herausforderungen rasch und ohne grössere Hürden besprochen und möglicherweise minimiert werden können.

Die von den Betroffenen genannten und als positiv bewerteten Funktionen und Dienstleistungsmerkmale können alle der Mikroebene zugeschrieben werden, wodurch Interventionen auf individueller, einzelfallspezifischer Ebene stattfinden. Interventionen auf struktureller Ebene liegen im Aufgabengebiet des Dachverbands der Krebsliga Schweiz in Form von Lobbying, Kampagnen, etc.

Anhand der Darstellung der Ergebnisse wurden, nebst den als positiv bewerteten Funktionen und Merkmalen, auch Optimierungsvorschläge genannt. Obschon die regionalen Krebsligen grossen Wert auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit legen, scheint es, als fehle es teilweise an Vernetzung. So wünschte sich eine Betroffene, dass sie früher seitens ihrer behandelnden Ärzte auf das Angebot der regionalen Krebsliga aufmerksam gemacht worden wäre. Es stellt sich hierbei die Frage, ob es sich um einen Einzelfall handelt oder ob grundsätzlich die Zusammenarbeit mit dem übrigen Versorgungssystem intensiviert werden müsste.

Der Wunsch einer Betroffenen nach einer Änderung der finanziellen Richtlinien scheint unter Berücksichtigung des Einzelfalls nachvollziehbar. Können keine direkten finanziellen Mittel zugesprochen werden, da Lehrlingslöhne der Kinder in das Familienbudget miteinberechnet werden, kann dies aus subjektiver Sicht der Betroffenen zu Irritationen führen. Hierbei müsste innerhalb der einzelnen Ligen geprüft werden, ob im Einzelfall im Hinblick auf die materielle und psychosoziale Belastung einer Person von den Richtlinien abgesehen werden kann. Gleichzeitig sollte dabei der Aspekt der Chancengleichheit jedoch weiterhin berücksichtigt werden.

Zuletzt zeigen die Ergebnisse, dass die Betroffenen Wert darauflegen, dass individuelle Bedürfnisse akzeptiert werden. Es kann demnach festgehalten werden, dass nicht nur vielfältige krankheitsbedingte Herausforderungen bestehen, sondern auch zahlreiche Copingstrategien und individuelle Bedürfnisse, wenn es um die Begleitung von Brustkrebsbetroffenen Frauen geht.

5.2 Zusammenfassende Beantwortung der Hauptfragestellung

Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie im Hinblick auf die zu bewältigenden krankheitsbedingten Herausforderungen aus der Sicht von Brustkrebsbetroffenen Frauen?

Brustkrebsbetroffene Frauen erleben multiple und komplexe Herausforderungen auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene. Der ambulanten Sozialarbeit kommt dabei zusammenfassend die Aufgabe zu, die krankheitsbedingten Herausforderungen in Kooperation mit den Betroffenen zu minimieren bzw. die Klientinnen dahingehend zu befähigen, dass sie die Belastungen durch eigene Ressourcen bewältigen können.

Insbesondere im Zusammenhang mit finanziellen Problematiken und Fragen zu Sozialversicherungsansprüchen fehlt es den Betroffenen an entsprechendem Wissen und/oder problemorientierten Copingstrategien, weshalb die ambulante Sozialarbeit hierbei eine bedeutende Funktion einnimmt, indem sie Informationen vermittelt, stellvertretend Aufgaben übernimmt und materielle Ressourcen erschliesst.

Ferner besteht ein weiterer Nutzen aus Sicht der Betroffenen in der psychosozialen Beratung bei psychischer Belastung. Es konnte dabei festgestellt werden, dass die ambulante Sozialarbeit, trotz teilweiser bereits implementierter psychologischer Begleitung, einen relevanten Beitrag leistet, indem sie zur emotionalen Stabilisierung der Betroffenen beiträgt. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Klientinnen und Beratenden scheint dabei zentral.

Der spezifische Gebrauchswert der ambulanten Sozialberatung aus Sicht der Betroffenen besteht zusammenfassend in den ihr zugeschriebenen Funktionen. Es sind dies: Informationsvermittlung sowie Klärung von Rechtsansprüchen, psychosoziale Beratung, Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen, stellvertretende Übernahme von Aufgaben sowie Angehörigenberatung. Die Funktionen führen zu einer Reduktion der erlebten Komplexität der krankheitsbedingten Herausforderungen und damit zur Verbesserung der Lebensqualität.

Da die Betroffenen meist bereits über zahlreiche individuelle Copingstrategien verfügen, scheint es sinnvoll, zu Beginn und während des Verlaufs des Beratungsprozesses bereits vorhandene und fehlende Strategien sowie Herausforderungen zu erfassen. Einerseits kann so festgehalten werden, welche Funktionen die ambulante Sozialarbeit stellvertretend im Sinne einer Befähigung übernehmen kann. Andererseits können dadurch evaluierbare Handlungspläne und Ziele erfasst werden, wodurch Wirkungsmessungen vorgenommen werden können.

Nebst den von den interviewten Personen zugeschriebenen Funktionen scheinen auch die Merkmale des Dienstleistungsangebots zentral zu sein. Insbesondere der Niederschwelligkeit

kommt eine besondere Bedeutung zu, da diese dazu beiträgt, dass Betroffene rasch und unkompliziert Hilfestellungen erhalten. Es zeigte sich aber auch, dass ein hoher Vernetzungsgrad innerhalb des Versorgungssystems zentral ist, damit die Betroffenen seitens des Behandlungsteams über das Angebot der ambulanten Sozialarbeit informiert werden.

Die Resultate zeigen deutlich auf, vor welche multifaktoriellen Herausforderungen brustkrebsbetroffene Frauen gestellt werden. Die Bearbeitung jener Problematiken erfordert folglich eine enge Zusammenarbeit der Disziplinen.

6 Fazit und Ausblick

Dieses Kapitel widmet sich den Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen, wobei Bezug auf die Ausgangs- und Forschungslage genommen wird. Des Weiteren wird eine kritische Reflexion des Forschungsprozesses und der Zielerreichung vorgenommen. In der Formulierung der Forschungsdesiderate findet die vorliegende Arbeit ihren Abschluss.

6.1 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung konnte aufzeigen, dass eine Brustkrebserkrankung einen massiven Einschnitt in das Leben der betroffenen Frauen bedeutet. Die chronische Erkrankung geht mit multiplen Herausforderungen einher. Es konnte zudem festgestellt werden, dass das biopsychosoziale Modell nach ICF ein geeignetes Instrument darstellt, um die mehrdimensionalen Problematiken und deren Wechselwirkungen zu erheben. Insofern wäre es wünschenswert, dass das Klassifikationsmodell im interdisziplinären Setting vermehrte Anwendung finden würde.

Anhand der Untersuchung konnte des Weiteren dargelegt werden, dass die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie einen bedeutenden Stellenwert einnimmt. Insbesondere bei der Bearbeitung der sozialen Dimension von Gesundheit kommt der Sozialarbeit im Gesundheitswesen eine wichtige Bedeutung zu. So übernimmt sie aus Betroffenenicht diverse Funktionen, welche zur Entlastung der erkrankten Frauen führen. Ferner kommen der ambulanten Sozialarbeit auch Funktionen auf der psychologischen Ebene zu, wenn es um die emotionale Regulierung der Betroffenen geht. Folglich kann festgehalten werden, dass der Sozialen Arbeit diverse Problemlösungskompetenzen zugeschrieben werden, wodurch sie ihr Handeln legitimieren kann.

Die Ergebnisse konnten ausserdem aufzeigen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Versorgungssystem krebserkrankter Person von Relevanz ist. Die biopsychosozialen Folgeerscheinungen einer Brustkrebserkrankung erfordern eine interdisziplinäre Begleitung seitens der Professionen. Die Entwicklung einer gemeinsamen disziplinübergreifenden Semantik, wie es Resch und Westhoff (2013) fordern, ist daher zwingend notwendig (vgl. Kapitel Biopsychosoziales Modell). Des Weiteren erfordert dies disziplinübergreifende Studien und schliesslich das Entwickeln gemeinsamer Theorien, sodass die einzelnen Disziplinen weniger in ihren abgesteckten Bereichen fungieren, sondern eine übergreifende Bearbeitung der krankheitsbedingten Problematiken vorgenommen werden kann.

Zuletzt leistet die vorliegende Untersuchung einen Beitrag zur Nutzerforschung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Brustkrebsbetroffene Frauen sind aktive Nutzerinnen der

ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie und werden dadurch zu Ko-Produzentinnen der Dienstleistung. Aufgrund dessen bleibt zu hoffen, dass Betroffene vermehrt aktiv miteinbezogen werden, wenn es um die Implementierung und Optimierung der Versorgungsstrukturen von krebserkrankten Personen geht.

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung konnten insofern erreicht werden, als dass die Fragestellungen beantwortet und einen Beitrag zum aktuellen Forschungsstand geleistet werden konnte. Aufgrund des kleinen Samples und der dadurch eher geringen theoretischen Sättigung muss jedoch auf die Begrenztheit der Reichweite und der Aussagekraft der Ergebnisse hingewiesen werden. Folglich wäre eine weiterführende Forschung mit einem angepassten Forschungsdesign sicherlich sinnvoll, sodass die Daten ergänzt werden könnten. Möglicherweise würde eine schweizweite Erhebung neue Erkenntnisse im Hinblick auf weitere krankheitsbedingte Herausforderungen bringen. In diesem Zusammenhang könnten der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie gegebenenfalls weitere Funktionen zugeschrieben werden, wobei aber auch zusätzliche Optimierungsvorschläge erwartet werden könnten.

6.2 Kritische Reflexion

Abschliessend wird der Forschungsprozess anhand einzelner nachfolgend aufgeführten Punkte reflektiert. Des Weiteren wird eine kritische Reflexion der Zielerreichung vorgenommen.

6.2.1 Theorie

Zum Ende der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass der Einbezug der gewählten Theorien angemessen war. Die theoretischen Grundlagen zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, zum Krankheitsbild, zu Copingstrategien und zum biopsychosozialen Modell konnten derart dargestellt werden, dass die nachfolgende empirische Untersuchung als auch die Darstellung der Ergebnisse vor dem Hintergrund einer hinreichenden theoretischen Begründung vorgenommen werden konnte.

6.2.2 Feldzugang und Sampling

Wie bereits im Kapitel Feldzugang und Sampling beschrieben, war es aus Ressourcengründen nicht möglich, eine schweizweite Untersuchung durchzuführen. Es konnten daher nur brustkrebsbetroffene Frauen aus einzelnen Teilen der Deutschschweiz berücksichtigt werden. Ferner war ursprünglich eine Erhebung mit neun brustkrebsbetroffenen Frauen geplant. Dabei wurde ein Sample vorgesehen, welches auch Frauen mit höherem Alter berücksichtigt. Aufgrund von Krankheitssymptomen und Nebenwirkungen der Therapien mussten die

geplanten Interviews jedoch abgesagt werden. Hinsichtlich des Parameters des Alters konnte daher nicht die gewünschte Varianz erreicht werden. Bei anderen wesentlichen Auswahlkriterien wie der Zeitpunkt der Diagnose, die berufliche und familiäre Situation und die Dauer des Beratungsprozesses, ergab sich jedoch eine hohe Varianz.

Das Vorgehen im Hinblick auf den Feldzugang über die Krebsliga Schweiz und in einem zweiten Schritt über die regionalen Krebsligen hat sich retrospektiv bewährt. Der Zugang zu den Betroffenen wäre ansonsten erschwert oder nicht möglich gewesen.

Ungeklärt bleibt abschliessend die Frage, inwiefern eine schweizweite Erhebung als auch eine Erhebung mit betagten Betroffenen zu anderen Ergebnissen geführt hätten. Aufgrund der heterogenen Ausgestaltung des Dienstleistungsangebots der einzelnen regionalen Ligen wäre eine schweizweite Erhebung sicherlich sinnvoll.

6.2.3 Datenerhebung

Das Datenerhebungsinstrument des problemzentrierten Interviews hat sich grundsätzlich bewährt. Einzig in einem Fall stellte sich die Anwendung als schwierig heraus, da die Betroffene gebrochen Deutsch sprach. Dies führte dazu, dass die Fragen teilweise umformuliert werden mussten und die gewünschte inhaltliche Tiefe nicht erreicht werden konnte.

6.2.4 Datenaufbereitung

Das Verfassen des Postskripts im Anschluss an die Interviews stellte sich als gewinnbringend heraus. So war es möglich, einerseits soziodemografische Daten zu erfassen. Andererseits konnten non-verbale Auffälligkeiten und Anmerkungen, welche nach dem Interview geäussert wurden, festgehalten werden. Die Transkriptionsregeln waren ebenso zweckdienlich und haben sich bewährt.

6.2.5 Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde anhand des Softwareprogramms MAXQDA vorgenommen und stellte sich im Hinblick auf die Kodierung und Paraphrasierung der Daten als nützlich heraus. Es konnten so prozessbegleitende Kommentare festgehalten werden, welche für die Auswertung gewinnbringend waren. Es zeigte sich jedoch im Verlauf, dass zur übersichtlichen Darstellung der Paraphrasen, Generalisierungen, Kategorien und Items auf eine andere Methode zurückgegriffen werden musste. Aufgrund dessen wurden hierbei Tabellen in einer Word-Datei erfasst, wobei die Daten von MAXQDA übertragen werden konnten. Dieser Entscheid stellte sich retrospektiv als nützlich heraus, da die Visualisierung zu einer exakteren Datenauswertung führte.

6.3 Forschungsdesiderate

Um weitere Erkenntnisse über die krankheitsbedingten Herausforderungen von Brustkrebsbetroffenen Frauen als auch über den Nutzen der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie zu generieren, wären weiterführende Untersuchungen notwendig. Es wäre insofern wünschenswert, dass die Erkenntnisse zur Optimierung der Versorgung krebsbetroffener Frauen verwendet würden. Folglich könnten sich weiterführende Forschungsprojekte folgenden Themen und Fragen widmen:

- Lassen sich die vorliegenden Ergebnisse durch ein grösseres Sample bzw. durch eine höhere theoretische Sättigung des Samples verifizieren oder ergänzen?
- Können weitere subjektiv wahrgenommene krankheitsbedingte Herausforderungen eruiert werden und falls ja, welche Funktion kommt dabei der ambulanten Sozialarbeit aus Sicht der Betroffenen zu? Welche Dienstleistungsmerkmale sind in diesem Zusammenhang förderlich oder hinderlich?
- Wie muss das methodische Handeln in Bezug auf die zugeschriebenen Funktionen konzipiert werden, damit die Betroffenen im Hinblick auf ihre Selbstermächtigung befähigt werden?
- Gibt es aus Sicht der Betroffenen weitere Optimierungsvorschläge und falls ja, wie können diese methodisch bzw. strukturell umgesetzt werden?
- Wie muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Versorgungssystem krebsbetroffener Menschen ausgestaltet werden, damit die Betroffenen eine bestmögliche Betreuung im Hinblick auf krankheitsbedingte Herausforderungen erhalten?
- Inwiefern gelten die Ergebnisse für Personen mit anderen Tumorerkrankungen? Können diesbezüglich auch geschlechtsspezifische Unterschiede eruiert werden?

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich von Herzen bei jenen Personen bedanken, die mich während dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt den brustkrebsbetroffenen Frauen, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben und mir erlaubt haben, einen kleinen Einblick in ihr Leben zu nehmen.

Ebenso danke ich dem Dachverband Krebsliga Schweiz und den regionalen Krebsligen, die mir den Weg zur Datenerhebung geebnet haben.

Weiter möchte ich mich bei meiner Fachbegleiterin Frau Prof. Dr. Suzanne Lischer für die hilfreichen Anregungen und kritischen Rückmeldungen bedanken.

Ausserdem gilt mein Dank Frau Marsha Demir und Herrn Dr. Patrick Dolder für das Korrekturlesen, den fachlichen Austausch und die Unterstützung beim Layout.

Abschliessend bedanke ich mich bei meinem Ehemann für die emotionale Unterstützung und die grosse Entlastung von familiären Aufgaben.

Literaturverzeichnis

- Arndt, V., Feller, A., Hauri, D., Heusser, R., Junker, C., Kuehni, C. & Lorez, M. (2016). *Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand.assetdetail.350143.html>
- Berg, P., Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Marten-Mittag, B., Mertens, D., Ossner, C., Volmer, S. & Herschbach, P. (2011). Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*(61), 62–67.
- Dahm, V. & Feichter, M. (2018). *Mammografie*.
<https://www.netdoktor.de/krankheiten/brustkrebs/mammografie/>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. o.V.
<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2010). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. o.V.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2012). *ICF Version 2005*.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/zusatz-02-vor-einfuehrung.htm>
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2017). *Operation bei Brustkrebs*.
<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/operation.php>
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2018a). *Metastasen bei Krebs*.
<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/grundlagen/metastasenbildung.php>
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2018b). *Neuropathie bei Krebspatienten: Beschwerden lindern. Symptome, Ansprechpartner, Diagnostik, Behandlung von Nervenschädigungen*.
<https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/neuropathie/neuropathie-behandlung.php>
- Dinkel, A. (2008). Krankheitsbewältigung. In H. Berth, F. Balck & E. Brähler (Hg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z* (S. 254–259). Hogrefe Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf>
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*(2), 3–12.
- Engel, G. L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen biomedizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In H. Keupp (Hg.), *Normalität und Abweichung*. (S. 63–85). Urban & Schwarzenberg.
- Fleischmann, I. & Schlumpf, E. (2014). *Brustprothesen. Die richtige Wahl*.
<https://shop.krebsliga.ch/files/kls/webshop/PDFs/deutsch/brustprothesen-011401012111.pdf>

- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. (5. Aufl.). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Beltz Juventa.
- Frauenselbsthilfe nach Krebs. (2014). *Brustamputation – wie geht es weiter? Informationen und Entscheidungshilfen für Brustkrebspatientinnen*.
https://www.frauenselbsthilfe.de/_Resources/Persistent/37434e34513e51472995673b02b18a50f1bee094/2014-05-Brustamputation.pdf
- Gahleitner, S. B. (2013). Forschung «bio-psycho-sozial»: Bestandsaufnahme und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 49–66). Barbara Budrich.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial-zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen*(1), 1–14.
- Geissler-Piltz, B. (2009). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In S. Gerull (Hg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings* (S. 13–18). Budrich UniPress Ltd.
- Geissler-Piltz, B. & Gerull, S. (2009). Einleitung. In S. Gerull (Hg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings* (S. 9–12). Budrich UniPress Ltd.
- Haunberger, S., Rügger, C. & Baumgartner, E. (2020). *Effects of Social Counseling on Parents of a Child With Cancer*. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/19861/2/2020_Haunberger-et-al_Effects-of-Social-Counseling.pdf
- Hirschfeld, U. (2009). Vom Nutzen der Hilfe und der Hilfe des Widerstands Widersprüche Sozialer Arbeit. *Kurswechsel*(3), 70–79.
- Holzhey, H. (1976). Interdisziplinär. In J. Ritter, K. Gründer & G. Gabriel (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (S. 476–478).
- Homfeldt, H. G. (2002). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (1. Aufl., S. 317–330). Leske + Budrich.
- Homfeldt, H. G. (2005). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (2. Aufl., S. 317–330). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (4. Aufl., S. 489–504). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H. G. (2013). Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 15–33). Barbara Budrich.

- Kauffeld, S. & Hoppe, D. (2014). Transaktionales Stressmodell. In S. Kauffeld (Hg.), *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor* (2. Aufl., S. 248–249). Springer Verlag.
- Kendel, F. & Sieverding, M. (2012). Krankheitsverarbeitung - Coping. In N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Grundlagen der Medizinischen Psychologie*. (S. 462–482). Hogrefe Verlag.
- Keupp, H. (2006). Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*(2), 217–238. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-277954>
- Köppel, M. (2005). Patientinnen mit Brustkrebs. In A. Lützenkirchen (Hg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen - Praxisfelder - Institutionen*. (S. 123–137). W. Kohlhammer.
- Kraft, U. (2019). *Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie, MRT, MRI)*. <https://www.netdoktor.at/untersuchung/mrt-8262>
- Kraus, D. (2018). *Krebspatienten fühlen sich sozial oft ausgegrenzt*. <https://doi.org/10.1007/s15015-018-3825-1>
- Krebsliga Schweiz. (o.J.–a). *Strategie*. <https://www.krebsliga.ch/ueber-uns/unser-verband/strategie/>
Krebsliga
- Krebsliga Schweiz. (o.J.–b). *Vision und Leitbild*. <https://www.krebsliga.ch/ueber-uns/unser-verband/vision-und-leitbild/>
- Krebsliga Schweiz. (2005). *Psychosoziale Onkologie in der Schweiz. Schlussbericht der Bestandesaufnahme – Kurzversion*. <https://www.krebsliga.ch/fachpersonen/weiterbildungen/psychoonkologie/bestandesaufnahme-psychosoziale-onkologie-in-der-schweiz/-dl-/fileadmin/downloads/weiterbildungen/psychoonkologie/psychosoziale-onkologie-in-der-schweiz-kurzversion.pdf>
- Krebsliga Schweiz. (2016). *Rahmenkonzept Beratung & Unterstützung*. <https://www.lignet.ch/de/hilfsmittel/vorsorge-betreuung-nachsorge/betreuung/beratung-unterstuetzung/dokumente/>
- Krebsliga Schweiz. (2017). *Qualifikation in Beratung & Unterstützung bei der Krebsliga. Detailkonzept*. <https://www.lignet.ch/de/hilfsmittel/vorsorge-betreuung-nachsorge/betreuung/beratung-unterstuetzung/dokumente/-dl-/fileadmin/hilfsmittel/vbn/betreuung/beratung-unterstuetzung/detailkonzept-qualifikation-in-beratung-unterstuetzung.pdf>
- Lanz, S. & Fleischmann, I. (2014). *Brustkrebs. Mammakarzinom. Eine Information der Krebsliga für Betroffene und Angehörige*. <https://shop.krebsliga.ch/files/kls/webshop/PDFs/deutsch/brustkrebs-mammakarzinom-011071012111.pdf>
- Lazarus, R. & Folkman Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lützenkirchen, A. (Hg.). (2005). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen - Praxisfelder - Institutionen*. W. Kohlhammer.

- Mayer, A.-K. & Philipp-Heide, S. (2002). Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Wörterbuch* (S. 307–310). Hogrefe Verlag.
- Mayring, P. (1991). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 209–213). Beltz Verlag.
- Mayring, P. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In T. Muhr, A. Boehm & A. Mengel (Hg.), *Texte verstehen : Konzepte, Methoden, Werkzeuge* (S. 159–175). Universitätsverlag.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In E. Brähler, J. Kiess, C. Schubert & W. Kiess (Hg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (S. 129–145). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Muthny, F. & Bengel, J. (2009). Krankheitsverarbeitung. Coping with Sickness. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 357–367). Hogrefe Verlag.
- Nationale Strategie gegen Krebs. (o.J.). *Geschichte der NSK*. <https://www.nsk-krebsstrategie.ch/ueber-uns/geschichte/>
- Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (2005). Theoretische Grundlagen und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In G. Oelerich & A. Schaarschuch (Hg.), *Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht* (S. 9–27). Ernst Reinhardt Verlag.
- Otto, H.-U., Polutta, A. & Ziegler, H. (2010). Zum Diskurs um evidenzbasierte Soziale Arbeit. In H.-U. Otto, A. Polutta & H. Ziegler (Hg.), *What Works – welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Sozialer Arbeit*. (S. 7–25). Barbara Budrich.
- Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. *Resonanzen*(1), 15–31. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191/124>
- Pauls, H. (2013b). *Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität*. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191>
- Rademaker, A. L. (2014). Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – eine gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*(3), 7–9.
- Reinicke, P. (2003). *Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit*. Lambertus-Verlag.
- Resch, F. & Westhoff, K. (2013). Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *Resonanzen*(1), 32–46.
- Rösler, M., Walther, J. & Schneider, Sabine, Adolph, Holger. (2016). *Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht*. <https://www.aso-ag.org/ASO-Positionspapier-ver17jun2016-web.pdf>
- Rusch, S. (2019). *Stressmanagement. Ein Arbeitsbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung* (2. Aufl.). Springer.

- Schuntermann, M. (2004). *Einführung in die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter besonderer Berücksichtigung der sozialmedizinischen Begutachtung und Rehabilitation*.
<http://www.pulsmesser.ch/wp-content/uploads/2010/11/ICF-Grundkurs.pdf>
- Schüssler, G. (1998). Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen. *Psychotherapeut*(43), 382–390.
- Schwarz, R. & Singer, S. (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Senf, B. & Kaiser, J. (2013). Brustkrebs als Auslöser von psychosozialen Belastungen, Angst und Depression sowie Angebote, Methoden und Effekte psychoonkologischer Interventionen. In D. Nittel & A. Seltrech (Hg.), *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. (S. 390–397). Springer Verlag.
- Singer, S., Das-Munshi, J. & Brähler, E. (2010). *Prevalence of mental health conditions in Cancer patients in acute care – a meta-analysis*.
https://www.researchgate.net/publication/291775373_Prevalence_of_mental_health_conditions_in_Cancer_patients_in_acute_care_-_a_meta-analysis/citation/download
- Steinke, I. (2005). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In U. Kuckartz, S. Rädiker, C. Stefer & T. Dresing (Hg.), *Computergestützte Analyse qualitativer Daten - Tagungsband 2005* (S. 9–20). o.V.
- Sting, S. & Zuhorst, G. (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Juventa.
- van Riessen, A. & Jepkens, K. (Hg.). (2020). *Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Theoretische Perspektiven und empirische Erkenntnisse subjektorientierter Forschungsperspektiven*. Springer VS.
- Vries, U. de, Reif, K. & Petermann, F. (2011). *Tumorbedingte Fatigue. Psychosoziale Hilfen*.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00761-011-2115-8>
- Walter, C. (2020). *Statistische Untersuchungen planen. Schwierigkeiten und Fehler von Schülern beim Bearbeiten statistischer Planaufgaben*. Springer.
- Werle, E. (2010). Wirkungsforschung in der Sozialarbeit - Ökonomisierung oder neue Chance? In F. Fredersdorf & M. Himmer (Hg.), *Junge Sozialarbeitswissenschaft. Diplomarbeiten zu relevanten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (S. 125–134). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wider, D. (2013). Soziale Arbeit und Interdisziplinarität. *SozialAktuell*(4), 10–13.
- Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview*. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>
- Wolf-Kühn, N. & Morfeld, M. (2016). *Rehabilitationspsychologie*. Springer.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

Anhang 1: Erklärungen zur Masterthesis

Ich heisse Clivia Cavallo und bin Sozialarbeiterin. Seit 2012 arbeite ich in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und werde voraussichtlich im Februar 2021 mein Masterstudium in Sozialer Arbeit abschliessen. Im Rahmen meines Studiums arbeite ich an einem Forschungsprojekt, weshalb ich Sie kontaktiert habe.

In meiner Masterthesis wird der Frage nach dem Nutzen und der Grenzen der ambulanten Sozialarbeit in der Onkologie nachgegangen. Genauer soll eruiert werden, welche krankheitsbedingten Herausforderungen eine Brustkrebserkrankung mit sich bringt und welchen Beitrag die ambulante Sozialarbeit der regionalen Krebsligen dabei leistet.

Im Rahmen dieser Untersuchung sollen brustkrebsbetroffene Frauen zu Wort kommen, wobei insbesondere die subjektiven Wahrnehmungen von Interesse sind. Aufgrund dessen möchte ich Interviews mit betroffenen Frauen führen, welche bei den regionalen Krebsligen in Beratung sind bzw. waren.

Da Ihre Wahrnehmung und Vorstellungen im Zentrum der Untersuchung stehen, werde ich nur wenige Fragen stellen und Sie vorwiegend erzählen lassen. Es handelt sich dabei nicht um Wissensfragen, sondern um Fragen, welche Sie gemäss Ihren Erlebnissen beantworten können.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen, gespeichert und anschliessend transkribiert. Die Dateien werden nach Abgabe der Masterthesis gelöscht. Alle Informationen werden dabei streng vertraulich behandelt. Ferner werden Ihre Daten und Angaben derart verwendet, dass keine Rückschlüsse auf Personen möglich sind.

Vielen herzlichen Dank, dass Sie mich bei meinem Forschungsprojekt unterstützen.

Freundliche Grüsse



Clivia Cavallo

Anhang 2: Schriftliche Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich als Teilnehmerin des Interviews, dass:

- ich über den Inhalt der Untersuchung informiert wurde und ich die schriftlichen Informationen betreffend des Ziels des Forschungsprojekts und dem Ablauf verstanden habe.
- ich verstanden habe, dass alle in dieser Untersuchung gewonnenen Daten anonymisiert werden und der Schutz meiner persönlichen Daten gewährleistet wird.
- ich freiwillig am Interview teilnehme und ich jederzeit die Teilnahme widerrufen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift der Teilnehmerin:

Anhang 3: Erhebungsinstrument

Forschungsleitende Hauptfragestellung:

Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie im Hinblick auf die zu bewältigenden krankheitsbedingten Herausforderungen aus der Sicht von Brustkrebsbetroffenen Frauen?

Teilfragestellungen:

- Welchen Einfluss hat der Brustkrebs auf den Alltag der betroffenen Frauen bzw. vor welche Herausforderungen werden sie vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells gestellt?
- Welche Copingstrategien sind seitens der Betroffenen vorhanden?
- Welchen Beitrag leistet die ambulante Sozialarbeit in der Onkologie?

Interview

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüssung und Vorstellung der Verfasserin • Erläuterungen zum Ablauf und Vorstellung des Themas • Zusicherung Datenschutz und Anonymisierung • Signierung Einverständniserklärung 	
Gesprächseröffnung und Sondierungen: Unterfrage 1	<ul style="list-style-type: none"> • Versuchen Sie sich zu erinnern, wie es Ihnen seit der Diagnosestellung ergangen ist. Wie haben Sie diese Zeit erlebt im Hinblick auf Ihr Umfeld, Ihren Beruf, Ihre Freizeit etc.? 	<p>Ad-hoc Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich an besondere Herausforderungen erinnern? • Welche dieser krankheitsbedingten Auswirkungen beschäftigt Sie am meisten? • Wie wirkt sich die Erkrankung auf Ihre Aktivitäten aus? • Wie wirkt sich die Erkrankung auf Ihre Teilhabe im Hinblick auf Hobbies, Arbeit, soziales Umfeld etc. aus? • Welche körperlichen und psychischen Veränderungen können Sie seit der Diagnose wahrnehmen? • Wenn Sie Ihr Umfeld betrachten, können Sie förderliche oder hemmende Faktoren festmachen (bspw. Finanzen, Technologien, Familie etc.). Wenn ja, welche sind dies und weshalb? • Welchen Einfluss hat Ihre Persönlichkeit auf den Umgang mit Ihrer Erkrankung?

		<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie auch positive Folgen im Hinblick auf Ihre Erkrankung ausmachen?
Sondierungen: Unterfrage 2	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie mit den genannten Herausforderungen umgegangen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Herausforderungen konnten Sie aus Ihrer Sicht gut meistern und weshalb? • Welche weniger gut und weshalb? • Welche Strategien haben Sie dabei angewendet?
Sondierungen: Unterfrage 3	<ul style="list-style-type: none"> • Weshalb nahmen Sie die Unterstützung der regionalen Krebsliga in Anspruch und wie haben Sie diese erlebt? 	<p>Ad-hoc Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Themen konnten bearbeitet werden bzw. an welchen Themen arbeiten Sie noch immer? • Wie erlebten Sie die Zusammenarbeit? • Was war Ihnen dabei wichtig? • Was erlebten Sie als unterstützend? • Was erlebten Sie als erschwerend? • Haben Sie Änderungswünsche? • Welchen Einfluss hatte die Beratung der Krebsliga im Hinblick auf die krankheitsspezifischen Herausforderungen?
Abschlussfrage	<ul style="list-style-type: none"> • Welcher der besprochenen Punkte scheint Ihnen am wichtigsten? • Möchten Sie noch etwas ergänzen, dass Ihnen wichtig erscheint? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden wichtige Aspekte ausgelassen?
Ende	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss des Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Dank • Erläuterungen zum weiteren Verlauf der Masterthesis

Anhang 4: Postskript

Masterthesis von Clivia Cavallo

Postskript zum Interview Nr. ____

Kontaktaufnahme

Interviewpartnerin vermittelt durch:

Soziodemografische Angaben

Alter:

Familiensituation (Zivilstand, Kinder):

Beruf:

Zum Interview

Datum des Interviews:

Ort des Interviews:

Gesamtdauer des Interviews:

Aufgenommene Interviewzeit:

Rahmenbedingungen:

Emotionale und kognitive Verfassung bzw. Verhalten der Interviewpartnerin:

Gesprächsinhalte vor Interviewbeginn:

Gesprächsinhalte nach dem Interview:

Sonstige Vorkommnisse oder Auffälligkeiten:

Anhang 5: Auswertungsraster

K1: krebsbedingte Herausforderungen nach ICF

SK1.1 Körperstrukturen und -funktionen

Definition: krankheitsbedingte Herausforderungen auf physischer oder psychischer Ebene.

Ankerbeispiel: «Auch nach der Arbeit bin ich müde. Ich habe das Gefühl, ich bin nicht mehr so leistungsfähig.» (Frau B., Z. 133 – 134).

Kodierregel: Die Definitionsaspekte müssen in Bezug stehen zu den Herausforderungen auf physischer oder psychischer Ebene.

Fundort	Paraphrase	Kategorien und Items
Interview B., Z. 42-45	Starke Chemotherapie führte zu Haarausfall	Körperstrukturen <ul style="list-style-type: none"> • Brustamputation (n=1) Körperfunktionen <ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen der Therapien (Haarverlust, Fatigue und verminderte Leistungsfähigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindel und Müdigkeit, Übelkeit, Herzbeschwerden, schlechte Blutwerte, Durchfall, Neuropathie, geschwächtes Immunsystem, Appetitverlust) (n=6) • Körperliche Einschränkung nach Operation, Nebenwirkungen der Narkose und allergische Reaktionen auf Untersuchungen (n=2) • Ängste (vor neuer Krebserkrankung, Todesangst, vor Infertilität) (n=6) • Psychische Instabilität (Depression, Burnout) (n=3) • Unsicherheiten bzgl. Diagnose & Therapie (n=1) • Zerstörtes Körpervertrauen verloren (n=1) Weiteres <ul style="list-style-type: none"> • Im Zusammenhang mit Covid-19 Unsicherheiten und Ängste (n=1)
Interview B., Z. 50-52	Körperliche Verschlechterung aufgrund von Chemotherapie wie Alterungsprozess	
Interview B., Z. 52-54	Körperliche Erschöpfung	
Interview B., Z. 117-119	Zwischenzeitlich Einschränkungen vorhanden. Leistungsfähigkeit verringert. Müdigkeit vorhanden	
Interview B., Z. 121-125	Verringerte Leistungsfähigkeit, Chemotherapie beschleunigt Alterungsprozess	
Interview B., Z. 139-143	Konstante Angst vor neuer Krebserkrankung	
Interview B., Z. 189-191	Gefühllosigkeit und Händen, Füßen und Fingerspitzen	
Interview C., Z. 32-35	Die Nebenwirkungen sind nicht einfach. Plötzliche Müdigkeit, Erbrechen und Durchfall	
Interview C., Z. 56-58	Viele Nebenwirkungen wie Herz -und Blutprobleme	
Interview C., Z. 62	Viel Durchfall	
Interview C., Z. 107-110	Angst vor neuer Erkrankung	
Interview D., Z. 4-6	Wegen Diagnose aus dem Häuschen gewesen	
Interview D., Z. 10-13	Musste psychisch aufgefangen werden	
Interview D., Z. 16-17	Kaum aus Bett gekommen	
Interview D., Z. 18-19	Alles war anstrengend	
Interview D., Z. 22-24	Depressionen und Fatigue	
Interview D., Z. 31-33	Viele Sorgen vorhanden	
Interview D., Z. 36-39/45-46	Körperlich stark reduziert, starke Erschöpfung	
Interview D., Z. 50-51	Ängste	
Interview D., Z. 68-74	Fatigue, körperliche Einschränkungen aufgrund von OP, einseitige Einschränkung	
Interview D., Z. 93-98/102-105	Fatigue schränkt ein	

Interview D., Z. 121-124	Energie reduziert sich, Kribbeln im Körper
Interview D., Z. 146	Müdigkeit schränkt Konzentration ein
Interview D., Z. 152-154	Energielosigkeit am schwierigsten
Interview D., Z. 155	Schwindel
Interview D., Z. 159-160	Erschöpfung kommt unvorbereitet
Interview D., Z. 160-161	Körpervertrauen verloren
Interview D., Z. 161-165	Selbstvertrauen verloren aufgrund von Brustimplantat
Interview. D., Z. 220-221	Konzentrationsschwierigkeiten schränken ein
Interview D., Z. 234-238	Selbstvertrauen auf körperlicher Ebene eingebrochen
Interview R., Z. 32-34/63-64	Todesangst
Interview R., Z. 36-38	Zeit bis zur Operation psychisch belastend aufgrund von Unsicherheit
Interview R., Z. 50-63	Allergische Reaktion auf Untersuchung
Interview R., Z. 90-93	Angst vor Diagnose
Interview R., Z. 106-107	Narkose hatte Nebenwirkungen
Interview R., Z. 122-125	Infekte trotz leichter Chemotherapie
Interview R., Z. 127-128	Müdigkeit aufgrund von Bestrahlung
Interview R., Z. 142-146	Leistungsfähigkeit stark reduziert
Interview R., Z. 153-155	Depression
Interview R., Z. 196-201	Leistungsfähigkeit reduziert, Schwindel
Interview R., Z. 244-247	Am Rande eines Burnouts
Interview H., Z. 4-6	Die erste Diagnose und Chemotherapie gut überstanden
Interview H., Z. 13-14	Neue Diagnose war ein Schlag
Interview H., Z. 19	Sehr müde aufgrund der Chemotherapie
Interview H., Z. 22-24	Das Isoliert-Sein belastet psychisch
Interview H., Z. 26-28	Psychischer Zusammenbruch aufgrund von Angst vor Covid-19
Interview H., Z. 48-50	Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf eingeschränkte Energie
Interview H., Z. 59.63	Starke Müdigkeit. Viel Schlaf notwendig. Muss sich zur Bewegung zwingen
Interview H., Z. 98-99	Chemotherapie ist anstrengend, nimmt Energie
Interview H., Z. 103-104	Starke Erschöpfung
Interview H., Z 111-114	Psychischer Zusammenbruch aufgrund von negativer Gedankenspirale
Interview H., Z. 127-129	Gute und schlechte Tage vorhanden. An schlechten Tagen starke Müdigkeit und Lustlosigkeit
Interview H., Z. 192-194	Fatigue und Wissen um Folgen schränken ein

Interview M., Z. 10-12	Diagnose hat Boden unter Füßen weggerissen	
Interview M., Z. 64-65	Perücke notwendig	
Interview M., Z. 66-68	Keine Ausdauer, trockener Mund, Aktivitäten unterstützen bei der Müdigkeit	
Interview M., Z. 111-115	Körperlich ein auf und ab. Appetitverlust nach Diagnose. Gewichtsschwankungen	
Interview M., Z. 115-118	Psychisch gab es schwierige und gute Tage	
Interview M., Z. 121-122	Müdigkeit und Lustlosigkeit	
Interview M., Z. 155-157	Infektion erforderte Spitalaufenthalt	
Interview M., Z. 205	Todesangst	
Interview M., Z. 206	Angst vor Infertilität	

K1: krebsbedingte Herausforderungen nach ICF

SK1.2 Aktivitäten und Partizipation

Definition: Herausforderungen im Zusammenhang mit der Durchführung einer Handlung oder einer Aufgabe sowie das Einbezogenensein in eine Situation.

Ankerbeispiel: «Und beim Spielen habe ich mich einfach zurückgezogen und bin dann spielen gegangen, wenn ich mochte. Aber das hat eine ziemliche Überwindung gebraucht. Gerade dann, wenn man es sieht und keine Haare mehr hat.» (Frau M., Z. 82 – 85).

Kodierregel: Textstellen, die auf Herausforderungen bei der Durchführung einer Handlung oder Aufgabe oder auf Herausforderungen in Bezug auf das Einbezogenensein in eine Situation hinweisen.

Fundort	Paraphrase	Kategorien und Items
Interview M., Z. 12-14	Viele Termine wahrnehmen war schwierig aufgrund des Studiums	Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> Eingeschränkte Konzentration und Müdigkeit und Lustlosigkeit (n=6) Angewiesensein auf externe Unterstützung (n=6) Eingeschränkte Leistungsfähigkeit beim Sport, bei der Arbeit, in der Rolle als Mutter (n=5) Termine im Zusammenhang mit Erkrankung schränken ein (n=2) Haarausfall und Brustamputation führen zu Schamgefühlen und Verunsicherung und folglich zu Einschränkungen in den Aktivitäten (n=2) Teilhabe <ul style="list-style-type: none"> Erschwerte Teilhabe am Berufsleben (Arbeitsunfähigkeit, IV-Massnahmen, Krankentaggeld, Sozialhilfe, Stellenverlust, Stigmatisierung am Arbeitsplatz) (n=6) Rückzugstendenzen aufgrund von körperlichen Beschwerden und Schamgefühlen (n=4) Soziale Kontakte werden dezimiert (3)
Interview M., Z. 63-65	Aufgrund von Haarausfall Verunsicherung in der Rolle als Trainerin	
Interview M., Z. 65-68	Tennis spielen wurde erschwert aufgrund von eingeschränkter Leistungsfähigkeit	
Interview M., Z. 82-83	Tennis spielen erforderte Überwindung. Insbesondere ohne Haare	
Interview M., Z. 94-97	Kontaktabbruch zu manchen Freunden	
Interview M., Z. 136-137	Eltern kochten für sie	
Interview M., Z. 137-139	Keine Lust mehr auf Spaziergänge	
Interview M., Z. 256-258	Konzentration erschwert, deshalb Mühe an der Uni	
Interview M., Z. 275-280	Berufliche Schwierigkeiten vor Studienabschluss	
Interview H., Z. 6-8	IV-Massnahme zur Reintegration	
Interview H., Z. 22-25	Covid-19 und Brustkrebs führen zur sozialen Isolation	
Interview H., Z. 59-63	Grosse Müdigkeit. Viel Schlaf notwendig. Muss sich zur Bewegung zwingen	
Interview H., Z. 95-98	Krebserkrankung und Covid-19 führen zu Einschränkungen bei Besorgungen	
Interview H., Z. 100-106	Erschöpfungszustände nach sozialen Kontakten	
Interview H., Z. 139-146	Soziales Umfeld hat sich zurückgezogen	
Interview H., Z. 191-194	Fatigue und Wissen um Folgen schränken ein	
Interview H., Z. 210-213	Reintegrationsmassnahmen der IV	
Interview R., Z. 132-133	Arbeitsunfähigkeit seit Diagnose	
Interview R., Z. 142-144	Einschränkungen im Muttersein aufgrund der reduzierten Leistungsfähigkeit	
Interview R., Z. 174-115	Schweissausbrüche und Herzrasen beim Tanzen führen zu Einschränkungen	
Interview R., Z. 181-184	Leistungsfähigkeit eingeschränkt als Mutter von Kleinkind	
Interview R., Z. 198-201	Pausen notwendig, Leistungsfähigkeit reduziert	

Interview R., Z. 219-220	Auf Bezugspersonen angewiesen sein	Weiteres <ul style="list-style-type: none"> • Brustkrebs & Covid-19 führen zur sozialen Isolation (n=2)
Interview R., Z. 231-236	Selbstständigkeit musste aufgegeben werden, Angliederung bei Sozialhilfe	
Interview D., Z. 17-18	Alles kostete grosse Anstrengung im Hinblick auf Fatigue und Depression	
Interview D., Z. 32-34	IV-Antrag notwendig	
Interview D., Z. 44-46	Einschränkungen beim Yoga	
Interview D., Z. 46-50	IV-Massnahmen sowie Abklärungen seitens Krankentaggeld aufgrund von Arbeitsunfähigkeit	
Interview D., Z. 54-56	Schamgefühle in Bezug auf Sport in einer "gesunden" Gruppe	
Interview D., Z. 78-81	gesellschaftliche Teilhabe erschwert aufgrund von Scham und Überforderung	
Interview D., Z. 88-92	gesellschaftliche Teilhabe eingeschränkt aufgrund von Schamgefühlen	
Interview D., Z. 96-98	Aktivitäten eingeschränkt aufgrund von Fatigue	
Interview D., Z. 102-105	Aktivitäten eingeschränkt aufgrund von eingeschränkter Leistungsfähigkeit	
Interview D., Z. 133-135	Ungeplante Aktivitäten können zu Schwierigkeiten hinsichtlich der Fatigue führen	
Interview D., Z. 161-163	Eingeschränkte Leistungsfähigkeit führt zu eingeschränkten Aktivitäten	
Interview D., Z. 161-164	Schamgefühle im Schwimmbad aufgrund von operierter Brust	
Interview D., Z. 171-174	Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	
Interview D., Z. 194-195	IV-Abklärungen	
Interview D., Z. 205-210	Einschränkungen im gesellschaftlichen Rahmen aufgrund von erhöhter Empfindsamkeit	
Interview D., Z. 217	Soziale Isolation zu Beginn	
Interview D., Z. 235-238	Einschränkungen beim Schwimmen	
Interview C., Z. 38-40	Soziale Isolation aufgrund von Krebserkrankung und Covid-19	
Interview C., Z. 39	Vermisst soziale Kontakte	
Interview C., Z. 57-58	Trotz Arbeitsunfähigkeit stark beschäftigt mit Therapien	
Interview C., Z. 66-67	Durchfall führt zur sozialen Isolation	
Interview C., Z. 119	Nachbarn kochen für sie	
Interview C., Z. 169-178	Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankung	
Interview B., Z. 52-53	Einkäufe hochtragen wurde erschwert aufgrund von körperlicher Erschöpfung durch Chemotherapie	
Interview B., Z. 76-78	Arbeitsunfähigkeit nach Operation	
Interview B., Z. 81-84	Stellenverlust nach Krankschreibung	
Interview B., Z. 121-125	Zwischenzeitlich Einschränkungen vorhanden. Leistungsfähigkeit in Bezug auf Arbeit verringert.	
Interview B., Z. 157-162	Erkrankung wird verschwiegen aufgrund von Stigmatisierung des Arbeitsumfeld	
Interview B., Z. 255-262	Stigmatisierung im Arbeitsprozess bis zu Stellenverlust	

K1: krebsbedingte Herausforderungen nach ICF

SK1.3 Umweltfaktoren

Definition: Die Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle und soziale Umwelt einer Person. Es kann im Hinblick auf die funktionale Gesundheit zwischen Förderfaktoren und Barrieren unterschieden werden.

Ankerbeispiel: «Also mein Arzt, der ist wirklich super. Er hält mich auf dem Laufenden, was Corona anbelangt. Er unterstützt mich, wenn ich Fragen habe, wenn ich psychisch nicht mehr so mag. Dort bin ich wirklich sehr gut aufgehoben.» (Frau H., Z. 163 – 165).

Kodierregel: Textstellen, die auf die materielle oder die soziale Umwelt schliessen lassen.

Fundort	Paraphrase	Kategorien und Items
Interview M., Z. 15-16	Verständnis der Dozenten	Förderfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis und alltagspraktische, aktive Unterstützung seitens Universität, Freizeitvereinen, Arbeitgebenden, Freunden und Familie (n=6) • Positive Beziehung und Begleitung durch Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal und folglich ein Gefühl der Unterstützung (n=3) • Externe Hilfestellung durch Therapeuten, Alternativmedizin und Spitex (n=3) Barrieren <ul style="list-style-type: none"> • Negative Erfahrungen mit Ämtern oder Institutionen wie Invalidenversicherung, Sozialhilfe und Krankenkassen (n=3) • Finanzielle Schwierigkeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (n=3) • Druck und Unverständnis seitens Arbeitgebenden (n=2) • Negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Ärzten und Kliniken: Wenig Empathie bei Kommunikation der Diagnose, fehlende Erklärungen zur Prognose, folglich Wartezeit bis zur Diagnose belastend (n=2)
Interview M., Z. 18-21	Getragen gefühlt vom Umfeld	
Interview M., Z. 26-29	Finanzielle Schwierigkeiten	
Interview M., Z. 79-81	Umfeld im Verein hat gut reagiert	
Interview M., Z. 99-101	Unterstützung einiger Freunde auch in schlechten Phasen	
Interview M., Z. 134-137	Unterstützung von Freunden und Eltern	
Interview M., Z. 137-138	Viel Zeit bei Eltern verbracht	
Interview H., Z. 31-38	Psychologische Unterstützung	
Interview H., Z. 73-78	Arbeitgeber macht Druck	
Interview H., Z. 118-121/150-153	Unterstützung durch Onkologen, Psychologen und Psychoonkologin	
Interview H., Z. 143-144	Covid-19 führt zu mehr Unterstützungsbedarf	
Interview H., Z. 148-150	Unterstützung durch Familie beim Einkauf	
Interview H., Z. 155-158	Empathie seitens Onkologieabteilung sowie Unterstützung durch Gespräche	
Interview H., Z. 205-209	Finanzielle Schwierigkeiten	
Interview H., Z. 226-228	Vorgesetzter zahlte weiterhin Lohn	
Interview H., Z. 229-231	Angst vor ablehnendem IV-Rentenentscheid	
Interview H., Z. 237-239	Keine Unterstützung von aussen bzgl. Arbeit und Finanzen	
Interview H., Z. 285-291	Finanzielle Schwierigkeiten führen zu Aggressionen und Hilflosigkeit	
Interview R., Z. 30-31	Fehlende Empathie bei Kommunikation der Diagnose	
Interview R., Z. 37-38	5 Monate Wartezeit bis zur genauen Diagnose belasteten	
Interview R., Z. 46-48/84-86	Erklärung zur Diagnose und Prognose fehlte	
Interview R., Z. 90-94	Lange Zeit bis zur OP sehr belastend	

Interview R., Z. 105-119	Mit zwei Kliniken unzufrieden aufgrund schlechter Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> Mitleid oder Ängste seitens des Umfelds (n=2) <p>Weiteres</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Zusammenhang mit Covid-19 erhöhter Unterstützungsbedarf (n=2)
Interview R., Z. 120-121	Gute Betreuung durch Onkologen	
Interview R., Z. 127-130	Nicht ernst genommen von Ärzten	
Interview R., Z. 145-146	Unterstützung beim Spazieren durch Mutter	
Interview R., Z. 153-155	Kinesiologin unterstützend bzgl. psychiatrischer Diagnose	
Interview R., Z. 170-171	Tanzkursstunden kostenlos erhalten	
Interview R., Z. 170-177	Tanzen und das Umfeld haben gut getan	
Interview R., Z. 219-220	Unterstützung der Mutter	
Interview R., Z. 222-226	Negative Einstellungen des familiären Umfelds sind problematisch	
Interview R., Z. 232-236	Diskussionen mit Sozialamt aufgrund von Finanzen	
Interview R., Z. 256-257/340	Kinderbetreuung zu implementieren war komplex	
Interview D., Z. 6-7	Gute Begleitung betreffend OP	
Interview D., Z. 11-13	Psychische Unterstützung der Breast Care Nurse war hilfreich	
Interview D., Z. 32-36	Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf Invalidenversicherung	
Interview D., Z. 185-186	Verständnis seitens Familie und Freundeskreis	
Interview D., Z. 187-188	Psychologin, Gynäkologe und Hausarzt sind sehr unterstützend	
Interview D., Z. 190-192	Spitex hilfreich für Energiehaushalt	
Interview D., Z. 194-198	Finanzieller und psychischer Druck aufgrund von Arbeitsunfähigkeit	
Interview D., Z. 198-200	Unterstützung und Verständnis durch Freundinnen	
Interview D., Z. 202-205	Verständnis seitens Arbeitgeber	
Interview D., Z. 219-220	Unterstützung durch Sohn und Mann	
Interview D., Z. 228-229	Craniosacraltherapie und Naturärztin waren hilfreich	
Interview C., 86-94	Kostenablehnung der Brustamputation seitens Krankenkasse	
Interview C., 119-120	Unterstützung durch Nachbarn und Tochter	
Interview C., 154-158	Mitleid seitens Umfeldes nicht hilfreich	
Interview B., Z. 21-25	Frauenärztin in Bezug auf Kommunikation der Diagnose nicht unterstützend	
Interview B., Z. 34-36	Freundeskreis hat sich über Diagnose informiert	
Interview B., Z. 78-92	Stellenverlust nach Arbeitsunfähigkeit war verletzend	
Interview B., Z. 98-100	Enttäuschung in Bezug auf Arbeitgeber und Arbeitskollegin	
Interview B., Z. 148-150	Urlaub mit Familie als Kur	
Interview B., Z. 154-162	Kommunikation der Diagnose gegenüber Arbeitgeber nicht sinnvoll	
Interview B., Z. 255-262	Diskussion in Öffentlichkeit notwendig aufgrund von Schwierigkeiten im Arbeitsprozess	

K1: krebsbedingte Herausforderungen nach ICF

SK1.4 Personbezogene Faktoren

Definition: Kontextfaktoren, welche sich auf den individuellen Lebenshintergrund oder die Lebensführung einer Person beziehen und nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

Ankerbeispiel: «Ich kann mich relativ gut über Wasser halten. Sagen wir es so. Ich bin jemand, der eigentlich aus jedem kleinsten negativen Ding noch etwas Positives rausnehmen kann.» (Frau H., Z. 110 – 111).

Kodierregel: Textstellen, welche in Bezug zum Hintergrund des Lebens bzw. zur Lebensführung einer Person stehen.

Fundort	Paraphrase	Kategorien & Items
Interview M., Z. 22	Hilfe bei Psychologin gesucht	Faktoren der körperlichen Verfassung <ul style="list-style-type: none"> • Zweite Krebserkrankung (n=2) • Vorerkrankungen vorhanden (n=1) Eigenschaften und Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> • Optimistische Grundhaltung (n=5) • Offenheit gegenüber externer Hilfe, Therapeuten und alternativen Therapieformen (n=4) • Selbstfürsorge, Selbstakzeptanz und Einstehen für eigene Bedürfnisse (n=4) • Hohe Anforderungen an sich selbst (n=2) • Selbstzweifel gegenüber eigenen Kompetenzen (n=1) Unmittelbare soziale Lebenslage <ul style="list-style-type: none"> • Eingebundensein in soziales Umfeld (n=3) • Alleinerziehende Mutter (n=1)
Interview M., Z. 134-137	Eingebundensein in Familie, Partnerschaft und Freundeskreis	
Interview M., Z. 150-151/158-160	Optimistische Grundhaltung	
Interview H., Z. 4	Zweite Krebserkrankung	
Interview H., Z. 22	Chronische Vorerkrankungen vorhanden	
Interview H., Z. 33-35	Offen gegenüber alternativen Therapieformen	
Interview H., Z. 48-50	Selbstzweifel	
Interview H., Z. 110-111/114-116	Optimistische Grundhaltung	
Interview H., Z. 131-133	Selbstfürsorge	
Interview H., Z. 148-150	Eingebundensein in Familie	
Interview R., Z. 4-6	Alleinerziehende Mutter	
Interview R., Z. 142-145	Rolle als alleinerziehende Mutter teilweise herausfordernd aufgrund der Einschränkungen	
Interview R., Z. 152-153/256-257	Offenheit gegenüber alternativen Therapieformen	
Interview D., Z. 23-24	Positiver Mensch	
Interview D., Z. 57	Hohe Anforderungen an sich selbst	
Interview D., Z. 185-186	Eingebundensein in Familie und Freundeskreis	
Interview D., Z. 190-191	Offenheit gegenüber Hilfe von aussen	
Interview D., Z. 227-229	Offenheit gegenüber alternativen Therapieformen	
Interview C., Z. 8-10	Zweite Krebserkrankung	
Interview C., Z. 22-23	Optimistische Grundhaltung	
Interview C., Z. 119	Eingebundensein in Nachbarschaft	

Interview C., Z. 136/149	Starker Charakter, kann für sich einstehen	
Interview B., Z. 147-149	Eingebundensein in Familie und Freundeskreis	
Interview B., Z. 167-169	Lebensmut nicht nehmen lassen, optimistische Grundhaltung	
Interview B., Z. 177-184	Selbstfürsorge	

K2: Coping

SK2.1 Emotionsorientierte Copingstrategien

Definition: Bemühungen von Personen, um mit den internen und externen Anforderungen einer chronischen Erkrankung umzugehen. Die Copingstrategien zielen auf die Regulation emotionaler Anspannung.

Ankerbeispiel: «Und dort haben sie mir schon die Broschüren gegeben. Aber ich habe die weggeschoben und habe gedacht: «Nein. Ich und Depressionen? Ich bin doch immer total positiv unterwegs.» (Frau D., Z. 23-25)

Kodierregel: Textstellen, die auf Copingstrategien schliessen lassen, welche die Regulation emotionaler Anspannung zum Ziel haben.

Fundort	Paraphrase	Kategorien und Items
Interview M., Z. 47/49-51	Normalität aufrechterhalten und Ablenkung	Emotionsorientierte Copingstrategien <ul style="list-style-type: none"> • Ablenkung und Verdrängung (n=5) • Aktivitäten wie Sport, Reisen und Malen zur Steigerung des Wohlbefindens (n=3) • Weinen (n=3) • Gespräche mit Umfeld und Therapeuten (n=2) • Akzeptanz (n=2) • Humor (n=1) • Selbsthypnose (n=1)
Interview M., Z. 81-84	Sport treiben	
Interview M., Z. 125-129	Selbsthypnose	
Interview M., Z. 134	Gespräche mit Freunden und Familie	
Interview M., Z. 135	Spazieren gehen	
Interview M., Z. 141-142	Malen	
Interview M., Z. 275-277	Ablenkung durch Arbeit	
Interview M., Z. 303-304	Emotionales Abladen bei Gesprächspartnern	
Interview H., Z. 35-44/128-135	Gespräche beim Psychologen und Psychoonkologin	
Interview H., Z. 138/233-234/290-291	Akzeptanz der Situation	
Interview H., Z. 141-143	Weinen	
Interview H., Z. 178-184	Humor	
Interview H., Z. 178-184	Ablenkung	
Interview H., Z. 192-194	Akzeptanz der Diagnose	
Interview R., Z. 32-33	Weinen	
Interview R., Z. 178-183	Ablenkung durch Tanzen	
Interview D., Z. 23-25	Ablenkung	
Interview D., Z. 31	Yoga	
Interview D., Z. 50-51	Weinen	
Interview C., Z. 4-6/98-100	Akzeptanz	
Interview B., Z. 164-165	Reisen und Tauchen zur Entspannung und Erholung	

Interview B., Z. 183- 186/210-212	Normalität aufrechterhalten, Ablenkung	
Interview B., Z. 188-191	Verdrängung	

K2: Coping

SK2.2 Problemorientierte Copingstrategien

Definition: Bemühungen von Personen, um mit den internen und externen Anforderungen einer chronischen Erkrankung umzugehen. Die Copingstrategien zielen auf die Veränderung oder Beeinflussung der Erkrankung durch direkte Handlungen oder das Unterlassen von Handlungen.

Ankerbeispiel: «Weil ich Angst habe, dass ich wieder so als minderwertig und krank eingestuft werde. Und das lese ich in ganz vielen Büchern, dass Krebskranke so wahrgenommen werden. Also ich kann nicht mehr so offen und so ehrlich sein. Ich werde das schön für mich behalten.» (Frau B., Z. 160-162)

Kodierregel: Textstellen, die auf Copingstrategien schliessen lassen, welche zum Ziel haben, die Situation zu ändern.

Fundort	Paraphrase	Kategorien und Items
Interview M., Z. 21- 24/269-272	Externe Hilfe gesucht aufgrund finanzieller Probleme	Problemorientierte Copingstrategien <ul style="list-style-type: none"> • Aktivismus (Hilfe einholen, Gespräche und Kommunikation, Informationssuche) (n=5) • Kämpfen (n=3) • Verschweigen der Diagnose (n=2) • Achtsamkeit (n=1)
Interview M., Z. 134-135	Gespräche mit Freunden und Familie	
Interview M., Z. 215-216	Einholen von Informationen	
Interview M., Z. 219-221	Verschweigen der Diagnose	
Interview M., Z. 237-239	Aktive Kommunikation gegen aussen durch Blog	
Interview M., Z. 256-285	Externe Hilfe gesucht aufgrund von Fragen	
Interview M., Z. 309-310	Informationssuche	
Interview H., Z. 150-155	Gespräche mit dem Onkologen und dem Pflegepersonal	
Interview H., Z. 183-187	Gegen Diagnose aktiv ankämpfen	
Interview R., Z. 80-83	Sich aktiv informieren	
Interview R., Z. 148-152	Gegen Erkrankung ankämpfen	
Interview R., Z. 219-222	Externe Hilfe gesucht aufgrund von Kinderbetreuung	
Interview R., Z. 246-247	Externe Hilfe gesucht aufgrund finanzieller Probleme	
Interview D., Z. 34-35/49- 50	Externe Hilfe gesucht aufgrund von Fragen zu Sozialversicherungen	
Interview D., Z. 78-80	Verschweigen der Diagnose	
Interview D., Z. 117-121	Achtsamkeit im Umgang mit Fatigue	
Interview D., Z. 190-193	Externe Hilfe gesucht aufgrund von fehlender Energie	
Interview D., Z. 217-223	Aktivitäten zur Überwindung	
Interview D., Z. 227- 229/250-251	Psychologische Unterstützung	

Interview C., 110	Gegen Diagnose aktiv ankämpfen	
Interview B., Z. 32	Sich aktiv informieren	
Interview B., Z. 46-49	Gegen Erkrankung ankämpfen	
Interview B., Z. 160-162	Verschweigen der Diagnose gegenüber Arbeitsumfeld	
Interview B., Z. 189-193	Aktivismus gegen Fatigue bzw. gegen Angst vor Fatigue	

K2: Coping

SK2.3 Bewertungsorientierte Copingstrategien

Definition: Bemühungen von Personen, um mit den internen und externen Anforderungen einer chronischen Erkrankung umzugehen. Die Copingstrategien zielen auf die Neubewertung einer Situation.

Ankerbeispiel: «Ich bin ein sehr positiver Mensch und von meiner Ausbildung und von meiner Tätigkeit kann ich sehr gut «Reframen», also negative Sachen ins Positive umformulieren. Und durch meine Tätigkeit mache ich das manchmal automatisch und es gibt Leute, die haben gedacht: «Man kann es auch übertreiben.» Aber mir hat es gutgetan.» (Frau M., Z. 148 – 152).

Kodierregel: Textstellen, die auf Copingstrategien schliessen lassen, welche zum Ziel haben, die Situation neu zu bewerten.

Fundort	Paraphrase	Kategorien und Items
Interview M., Z. 151-160	Neubewertung durch Reframing	Bewertungsorientierte Copingstrategien <ul style="list-style-type: none"> • Neubewertung der Grenzen und Fähigkeiten (n=3) • Neubewertung des Lebens (n=2) • Prioritäten neu setzen (n=2) • Vergleich mit anderen betroffenen Personen (n=2) • Sinnsuche (n=1) • Neubewertung der Beziehungen (n=1) • Neubewertung durch Reframing (n=1)
Interview M., Z. 170-173	Neubewertung der Grenzen und Fähigkeiten	
Interview M., Z. 169-170/189-193	Neubewertung der Beziehungen	
Interview H., Z. 69-78	Neubewertung der Grenzen und Fähigkeiten, Prioritäten neu setzen	
Interview R., Z. 73-74/291-292	Vergleich mit anderen Betroffenen	
Interview R., Z. 209-210	Prioritäten neu setzen	
Interview R., Z. 210-212	Neubewertung des Lebens	
Interview C., 19-21/139 - 141	Sinnsuche in der Erkrankung, Neubewertung des Lebens, der eigene Grenzen und Fähigkeiten	
Interview C., Z. 23	Vergleich mit anderen Betroffenen	

K3: Beitrag ambulanter Sozialberatung aus subjektiver Sicht

Kodiereinheit: mehrere Worte mit einem Sinnzusammenhang.

Kontexteinheit: gesamter Antworttext auf eine Frage.

Fundort	Paraphrase	Generalisierung	Kategorien
Interview M., Z. 23-24	Unterstützung in Bezug auf finanzielle Probleme	Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen	<p>Funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung sowie Klärung von Rechtsansprüchen (n=5) • Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität (n=5) • Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen (n=3) • Stellvertretende Übernahme von Aufgaben (n=2) • Angehörigenberatung (n=1) <p>Beratungskompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionelle Beziehungsgestaltung (Empathie, Nähe und Distanz, reflektierte Machtverhältnisse) (n=6) • Lösungsorientierte Beratung (n=1) <p>Merkmale des Dienstleistungsangebots</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niederschwelligkeit (n=3) <p>Optimierungsvorschläge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Präsenz bei Ärzten und Spitälern und folglich schnellere Vernetzung (n=1) • Änderung der Richtlinien in Bezug auf finanzielle Unterstützung (n=1) • Akzeptieren von individuellen Bedürfnissen im Zusammenhang mit Gruppensettings (n=1)
Interview M., Z. 217-218	Lösungsorientierte und empathische Beratung In Bezug auf Fragen zur Kommunikation der Diagnose	Lösungsorientierte Beratung, Empathie	
Interview M., Z. 269-274	Niederschwellige Terminfindung	Niederschwelligkeit	
Interview M., Z. 274-276	Hilfestellung in Bezug auf finanzielle Probleme	Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen	
Interview M., Z. 284	Informationen über weitere Angebote in der Region und eigene Rechtsansprüche	Vermittlung von Informationen, Klärung von Rechtsansprüchen	
Interview M., Z. 284-288	Beratung in Bezug auf Arbeitsprozess und Regeneration	Vermittlung von Informationen, Klärung von Rechtsansprüchen	
Interview M., Z. 295	Flexibilität	Niederschwelligkeit	
Interview M., Z. 309-310	Broschüren sind informativ	Vermittlung von Informationen	
Interview M., Z. 317-330	Professioneller Umgang mit schwierigen Themen	Nähe und Distanz	
Interview H., Z. 209-211	Unterstützung in Bezug auf sozialversicherungsrechtliche Themen	Vermittlung von Informationen, Klärung von Rechtsansprüchen	
Interview H., Z. 243-244	Unterstützung durch Gutscheine aufgrund finanzieller Notlage	Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen	
Interview H., Z. 245-248	Entlastung durch Abnahme von Aufgaben	Stellvertretende Übernahme von Aufgaben	
Interview H., Z. 247	Fachkompetenz	Fachkompetenz	
Interview H., Z. 252-253	Herzlichkeit und Geduld	Empathie	
Interview H., Z. 256	Emotionales Auffangen	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität	
Interview H., Z. 267-268	Selbsthilfegruppe unerwünscht	Akzeptieren von individuellen Bedürfnissen im Zusammenhang mit Gruppensettings	
Interview R., Z. 264-267	Übernahme der Verhandlungen mit der Sozialhilfe bzw. Klärung der Finanzierung der Kinderbetreuung	Stellvertretende Übernahme von Aufgaben, Erschliessen von Ressourcen bei finanziellen Problemen	
Interview R., Z. 276-277	Dank Krebsliga zur Ruhe gekommen	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität	

Interview R., Z. 278-281	Klärung der Rechtsansprüche	Klärung von Rechtsansprüchen
Interview R., Z. 301-302	Übernahme der Abklärungen in Bezug auf die Ämter	Stellvertretende Übernahme von Aufgaben
Interview R., Z. 298	Sich ernst genommen gefühlt	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität, Empathie
Interview R., Z. 304	Vertrauensperson und Klärung von Ansprüchen	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität, Klärung von Rechtsansprüchen
Interview R., Z. 328-329	Niederschwelligkeit	Niederschwelligkeit
Interview R., Z. 359-361	Klärung der Finanzierung von Behandlungen	Klärung von Rechtsansprüchen
Interview R., Z. 367-370	Informationsvermittlung in Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten	Vermittlung von Informationen
Interview R., Z. 384-393	Präserter sein, um schneller Hilfe zu erhalten	Mehr Präsenz bei Ärzten und Spitälern und folglich schnellere Vernetzung
Interview D., Z. 32	Verständnis in Bezug auf eigene Sorgen	Empathie, Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität
Interview D., Z. 36	Klärung der Fragen in Bezug auf die IV	Klärung von Rechtsansprüchen
Interview D., Z. 50-51	Emotionales Auffangen aufgrund der Ängste	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität
Interview D., Z. 250-254	Verständnis während emotionaler Krise	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität, Empathie
Interview D., Z. 250-254	Informationsvermittlung	Vermittlung von Informationen
Interview D., Z. 258- 259/268-273	Sicherheit vermitteln	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität
Interview D., Z. 288-289	Nicht allein sein	Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität
Interview C., Z. 194	IV-Formular mitgegeben	Vermittlung von Informationen
Interview C., Z. 194	Freundliches Auftreten	Empathie
Interview C., Z. 203-207	Nicht einverstanden mit Berechnungsmethode in Bezug auf finanzielle Unterstützung	Änderung der Richtlinien in Bezug auf finanzielle Unterstützung
Interview B., Z. 199-201	Gespräche auf gleicher Augenhöhe	Empathie, reflektierte Machtverhältnisse
Interview B., Z. 201-202	Emotionale Unterstützung in Bezug auf Arbeitssituation	Empathie, Psychosoziale Beratung während emotionaler Instabilität
Interview B., Z. 208-213	Angehörigenberatung wurde geschätzt	Angehörigenberatung
Interview B., Z. 218	Niederschwelligkeit	Niederschwelligkeit
Interview B., Z. 251	Moralische Unterstützung	Psychosoziale Beratung

Anhang 6: Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Erklärung der Studierenden zur Masterthesis

Name, Vorname Studierende: Cavallo, Clivia

Titel Masterthesis: Eine empirische Untersuchung über den Nutzen von ambulanter Sozialarbeit bei Brustkrebs aus der Sicht von betroffenen Frauen

Datum Abgabe: 13.01.2021

Name Fachbegleitende: Prof. Dr. Suzanne Lischer

Wo ich in der Master-Thesis aus Literatur oder Dokumenten *zitiere*, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich von anderen Autoren und Autorinnen verfassten Text *referiere*, habe ich dies reglementskonform angegeben.

Ort, Datum:

04.01.2021

Unterschrift:

