

## Muße in Krankheitszeiten - eine qualitative Analyse narrativer Interviews

Müller, Lisa Maria

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Müller, L. M. (2023). Muße in Krankheitszeiten - eine qualitative Analyse narrativer Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 24(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-24.3.4024>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

## Muße in Krankheitszeiten – eine qualitative Analyse narrativer Interviews

Lisa Maria Müller

### Keywords:

chronische  
Krankheit; Krank-  
heitsbewältigung;  
Muße; Grounded-  
Theory-  
Methodologie;  
narratives  
Interview; narrative  
Identität; narrative  
Bewältigung

**Zusammenfassung:** Menschen mit chronischen Erkrankungen sind häufig von Leistungs- und Produktivitätserwartungen befreit. Vor diesem Hintergrund untersuchte ich, inwiefern Patient\*innen in mündlichen Erzählungen über neue *Freiräume* sprachen und welche Rolle sie diesen für die Krankheitsbewältigung und für Mußeerfahrungen zuschrieben. Aus dem Projekt [DIPEx Germany](#) unterzog ich 41 narrative Interviews mittels der Grounded-Theory-Methodologie einer Sekundäranalyse. An fünf prägnanten Textpassagen führte ich zusätzlich eine rekonstruktive Feinanalyse in Anlehnung an die Theorie der narrativen Identität durch und integrierte die Ergebnisse für eine formsensible, an Identitätsrelevanzen orientierte Konzeptualisierung in eine *Grounded Theory*. Im Zentrum des neuen theoretischen Modells steht der *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung*, der in *Handlungsentscheidungen* respektive *Freiraumerfahrungen* münden kann. *Mußeräume* entstehen, wenn Handlungen *für sich* selbstzweckhaft und ergebnisoffen ausgeübt werden. Die Feinanalysen zeigten, dass Erzählende "entlang" des *Prozesses des Entwickelns von Selbstbestimmung* Positionierungen vornahmen und so Aspekte einer narrativen Identität verhandelten. Wenn sie über *Muße* sprachen, verwendeten sie sprachliche Strategien, mittels welcher sie Zuhörende in den Erzählraum einbanden, was als wichtige Form der narrativen Bewältigung gewertet werden kann. Ich diskutiere die Ergebnisse hinsichtlich Forschung zu (narrativer) Bewältigung und Muße und reflektiere das methodische Vorgehen.

### Inhaltsverzeichnis

- [1. Einleitung](#)
- [2. Krankheitsbewältigung aus Perspektive der psychologischen Copingforschung](#)
- [3. Freiräume und Muße qualitativ-sozialwissenschaftlich untersuchen](#)
  - [3.1 Freiräume erzählen](#)
  - [3.2 Muße erzählen](#)
  - [3.3 Krankheitserzählungen als Forschungsgegenstand](#)
- [4. Methodik](#)
  - [4.1 Datengrundlage](#)
  - [4.2 Sekundäranalyse](#)
  - [4.3 Analyse nach der Grounded-Theory-Methodologie](#)
  - [4.4 Auswertung mit erzähl- und konversationsanalytischen fundierten Verfahren](#)
- [5. Ergebnisse](#)
  - [5.1 Das theoretische Modell Mußeerleben in Krankheitszeiten](#)
  - [5.2 Unbegehbare Räume](#)
  - [5.3 Rückzugsräume](#)
  - [5.4 Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung](#)
  - [5.5 Äußere Einflussfaktoren](#)
  - [5.6 Freiräume](#)
  - [5.7 Mußeräume](#)

## 6. Fazit

### 6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

### 6.2 Inhaltliche Reflexion

### 6.3 Methodische Reflexion

## Literatur

## Zur Autorin

## Zitation

# 1. Einleitung

In westlichen Industrienationen gewinnen chronische Erkrankungen weiter an Bedeutung<sup>1</sup>. Angesichts der verbesserten medizinischen Versorgung und neuer Behandlungsmöglichkeiten haben viele heute eine "offenere Verlaufsdynamik" (OHLBRECHT & MEYER 2020, S.415). Für Patient\*innen gilt es, die gewonnenen Lebensjahre "möglichst gesund und selbstbestimmt zu gestalten" (a.a.O.). Dabei leiden sie in der Regel nicht nur unter Belastungen wie körperlichen Beschwerden, sondern erleben auch einen Einschnitt in den Alltag, wenn wichtige Lebensbereiche wie die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind (FILIPP & AYMANN 2010; KRÄMER & BENDEL 2020). Dieser wurde aus sozialwissenschaftlicher Perspektive auch als Biografie- und Identitätsbruch beschrieben (BURY 1982; CHARMAZ 1987)<sup>2</sup>. [1]

Die Betroffenen befinden sich in der Situation, die Erkrankung "mit all den damit verbundenen Herausforderungen an biografische, identitätsbezogene sowie krankheitsbezogene Arbeiten" (OHLBRECHT & MEYER 2020, S.419) *bewältigen* zu müssen. Herausforderungen ergeben sich hierdurch auch im Gesundheits- und Versorgungssystem. Beispielsweise ist es die Aufgabe von Akteur\*innen in der medizinischen Rehabilitation, Individuen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (BICKENBACH, SABARIEGO, STUCKI & BUSCHMANN-STEINHAGE 2022). Die Frage, wie sich die Bewältigung chronischer Krankheit vollzieht, besitzt damit hohe praktische Relevanz und Evidenz. [2]

---

1 In diesem Beitrag geht es ausschließlich um *chronische* Erkrankungen. Diese bilden eine Gruppe von Krankheiten "mit unterschiedlicher Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik und Prognose" (KRÄMER & BENDEL 2016, S.26). Sie haben gemeinsam, dass sie meist langfristig bestehen und keine kausale Therapie möglich ist (BENDEL & HELMES 2011). Sie können *progredient*, also sich sukzessive verschlechternd verlaufen. Möglich sind auch *rezidivierende* Verläufe, bei welchen sich der Gesundheitszustand in zeitlich abgrenzbaren, wiederholt auftretenden Phasen akut verschlechtert. Bei *persistierenden* Verlaufsformen bleiben Symptome "in konstanter Ausprägung dauerhaft bestehen" (KRÄMER & BENDEL 2016, S.27).

2 "Biografie" soll im Rahmen des Beitrags als aus der Gegenwarts Perspektive entworfenes retrospektives kognitives Konstrukt verstanden werden, das auf den Lebenslauf als Abfolge objektiver Geschehnisse *und* auf die subjektiven Interpretationen bezogen ist, mittels welcher Individuen ihre Lebenserfahrungen aus gegenwärtig-pragmatisch motivierter Perspektive in einen Sinnzusammenhang bringen (FUCHS-HEINRITZ 2005). Die Konstruktion biografischer Erfahrung soll als Grundlage für Identitätsbildungsprozesse angesehen werden (LUCIUS-HOENE & NERB 2010). Unter "Identität" wird in Anlehnung an interaktionistische und sozialkonstruktivistische Theoriebildung eine Struktur verstanden, die vorrangig im sprachlich-symbolischen Bereich konstituiert ist und in den verschiedenen Teilbereichen des Lebens fortwährend sozial ausgehandelt wird (ABELS 2006).

Fokussiert man den Gegenstand "Krankheitsbewältigung", "so ist es unumgänglich, sich mit der einschlägigen Forschungstradition auseinanderzusetzen, in deren Rahmen Probleme der Bewältigung oder des Coping im Umgang mit chronischer Krankheit seit vielen Jahren untersucht" (LUCIUS-HOENE 2002, S.168) werden. In diesem Beitrag gehe ich daher auf wichtige theoretische Konzeptionen und methodologische Prämissen der *psychologischen Copingforschung* ein (Abschnitt 2). Angesichts der Breite dieses Forschungsfeldes kann es sich nur um einen kurzen Aufriss handeln. In diesem zeige ich, dass die Anwendung einer qualitativen Forschungsstrategie sinnvoll ist, wenn Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen untersucht werden soll. Ich stelle dann eine qualitative Studie zu "Muße in Krankheitszeiten" vor<sup>3</sup>. In Abschnitt 3 erläutere ich, warum es aus theoretischer Sicht plausibel schien, im Rahmen einer Analyse von Krankheitserzählungen den Gegenstand "Krankheitsbewältigung" anhand des Konzepts der Muße neu zu perspektivieren. Ich gehe dann auf den methodischen Zugang ein, den ich im Rahmen der qualitativen Studie wählte (Abschnitt 4). Anschließend stelle die Ergebnisse vor (Abschnitt 5) und diskutiere sie hinsichtlich inhaltlicher und methodischer Aspekte (Abschnitt 6). [3]

## 2. Krankheitsbewältigung aus Perspektive der psychologischen Copingforschung

Die Copingforschung entstand in den 1970er-Jahren und hat ihre Wurzeln in der medizinischen Psychologie. Zwei Forschungstraditionen beeinflussten den heutigen wissenschaftlichen Stand der Modellentwicklung wesentlich (KENDEL & SIEVERDING 2012). Aus der *psychoanalytischen Forschung* stammen Vorschläge, wie sich die Bewältigung belastender (Lebens-)Situationen vollzieht (FREUD 1946 [1936]). Diese wurden im Rahmen von Einzelfallanalysen und darauf aufbauenden Klassifizierungen von Abwehrvorgängen entwickelt. Auf dieser Basis wurden in tiefenpsychologischen Erklärungsmodellen eher unbewusst ablaufende und emotionszentrierte Prozesse der Krankheitsbewältigung als *Abwehrmechanismen* bezeichnet (BEUTEL 1988; LIVNEH 2009; STEFFENS & KÄCHELE 1988). [4]

Im Rahmen der *Stress- und Copingforschung* wurde zunächst in experimentellen Studien die Bedeutung von Belastungsfaktoren für die Entstehung von Stress betont (SELYE 1956). Dann stand im Fokus, welche Rolle das *Zusammenspiel* von Belastungsfaktoren und ihrer Bewertung durch ein Individuum dafür spielt, welche Bewältigungsanstrengungen resultieren (LAZARUS & FOLKMAN 1984). Ausgehend von Untersuchungen in der Stress- und Copingforschung wurde Krankheitsbewältigung in kognitionspsychologischen Ansätzen zunehmend als sich "ständig im Fluß befindliches, [...] prozeßhaftes Geschehen aufgefaßt" (LUCIUS-HOENE 2002, S.171), das sich in Wechselbeziehungen zwischen

3 Die qualitative Studie führte ich im Rahmen des Projekts [Muße in Krankheitszeiten – Freiraum und Neuorientierung angesichts von Verzicht und Verlust](#) durch. Dieses war ein Teilprojekt des Sonderforschungsbereichs 1015 [Muße. Grenzen. Raumzeitlichkeit. Praktiken](#), der von 2017 bis 2022 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg angesiedelt war. Der Sonderforschungsbereich wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert. Dieser Beitrag ist Teil meiner Dissertation.

Person und Umwelt vollziehe (BENGEL et al. 2003; LANGE 2019). Entsprechend wurde Krankheitsbewältigung hier definiert als "Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern" (MUTHNY 1989, S.5f.). Ein wichtiges Postulat der Copingforschung ist, dass der Bewältigungsprozess *insgesamt* unterschiedliche gesundheitsbezogene Parameter beeinflusst (BENGEL & HELMES 2011). [5]

Eine Herausforderung der Copingforschung besteht darin, dass im Zentrum von Modellen des Bewältigungsprozesses in der Regel die Frage nach der *Milderung* krankheitsbedingter Beschwerden durch verschiedene Bewältigungsformen steht<sup>4</sup>. Dies ist als kritisch zu bewerten, da Ergebnisse aus der *Resilienzforschung* zeigten, dass bei Lebensereignissen wie chronischen Erkrankungen *Schutzfaktoren* wie soziale Unterstützung eine belastungspuffernde Wirkung entfalteten und gesundheitsförderlich wirkten (BENGEL & LYSSSENKO 2012). In der Copingforschung blieb die Perspektive bisher dennoch überwiegend *belastungsorientiert*<sup>5</sup>. [6]

Eine weitere Herausforderung im Rahmen der Copingforschung besteht in der Frage nach empirischen Zugängen zum Gegenstand. Durch die Dominanz des nomologischen Wissenschaftsmodells in der Psychologie (FLICK 2007) sind die Forschungsaktivitäten überwiegend darauf ausgerichtet, Formen der Bewältigung empirisch festzustellen, deren Konzeptualisierung "aus Bewältigungstheorien abgeleitet" (LUCIUS-HOENE 2002, S.170) wurde<sup>6</sup>. Entsprechend des methodologischen Selbstverständnisses, "quantifizierte Daten mit der Möglichkeit inferenzstatistischer Bearbeitung [...] vorzulegen" (S.173), erfolgt der empirische Zugang in der Regel mittels standardisierter Erhebungsverfahren<sup>7</sup>. Kritik an einer standardisierten, quantifizierenden Sozialforschung umfasste zentral die Frage nach der Validität und Alltagsangemessenheit der verwendeten Kategorien (a.a.O.). Die Thematik der Bewältigungsforschung verweist auf eine qualitative Forschungsstrategie, "da diese mit ihrer dialogisch-kommunikativen und prozessorientierten Methodologie und ihren sinnverstehenden Interpretationsstrategien" (OHLBRECHT & MEYER 2020, S.416) geeignet ist, Phänomenen, die im Kontext des Umgangs mit chronischen Erkrankungen auftreten, gerecht zu werden. Beispielsweise kann im Rahmen einer qualitativen Forschungsstrategie "der Lebensweltbezug [...] konsequent berücksichtigt" (S.417) und "die subjektiven Erfahrungsaufschichtungen bei der

4 Dies gilt für Modelle der Krankheitsbewältigung unterschiedlicher theoretischer Provenienz.

5 Die Defizitorientierung verweist auf den – implizit bleibenden – Einfluss des biomedizinischen Krankheitsmodells auf die Theoriebildung. In dem Modell, das Anfang des 19. Jahrhunderts unter Einfluss der Naturwissenschaften entwickelt wurde, wurde der menschliche Körper analog zu einer Maschine erklärt, deren Funktionen durch die Analyse von Organstrukturen und -systeme erschlossen werden könnten. Entsprechend wurden Erkrankungen als "Defekte" der körperlichen Strukturen und Systeme gesehen (FALTERMEIER 1994). Aus dieser Denkweise resultierte die klassische Definition von Gesundheit als "Abwesenheit von Krankheit" (OHLBRECHT & MEYER 2020, S.416).

6 Dies gilt für kognitionspsychologische Ansätze. Diese dominieren allerdings das Feld der psychologischen Copingforschung.

7 Als wichtigste Verfahren sind die Fragebogenmethode und das halbstrukturierte Interview zu nennen (KRÄMER & BENGEL 2020).

Krankheitsbewältigung" (a.a.O.) können rekonstruiert werden. Es ergibt sich die Chance einer argumentativen Herstellung des Verallgemeinerungsprozesses. [7]

In der Studie über Muße in Krankheitszeiten, über welche ich nun berichte, adressierte ich die beiden genannten Herausforderungen in der Copingforschung: Mit der Frage nach der Möglichkeit von Muße in Krankheitszeiten nahm ich eine *ressourcenorientierte Perspektive* auf Krankheitsbewältigung ein. Zudem wendete ich eine qualitative Forschungsstrategie an. [8]

### 3. Freiräume und Muße qualitativ-sozialwissenschaftlich untersuchen

#### 3.1 Freiräume erzählen

Als ich begann, an der Studie zu arbeiten, war Muße bereits wissenschaftlich als philosophisches Konzept beschrieben worden (FIGAL & KEILING 2016; GIMMEL & KEILING 2016). Die Herausforderung bestand für mich darin, Forschungsfragestellungen zu entwickeln, mit denen ich einerseits auf die vorliegenden Konzepte verweisen, durch die ich aber andererseits eine *Subsumtionslogik* im Rahmen der empirischen Forschungspraxis vermeiden konnte. Für Muße ist aus philosophischer Sicht eine negative *Freiheit von* Leistungs- und Produktivitätsansprüchen Voraussetzung (GIMMEL & KEILING 2016, S.64)<sup>8</sup>. Es erschien damit zunächst fraglich, ob Menschen mit chronischen Erkrankungen *prinzipiell* überhaupt Muße erfahren können, denn sie müssen sich in der Regel mit dem Biografie- und Identitätsbruch, den sie erleiden, auseinandersetzen (siehe Abschnitt 1). Allerdings impliziert die Unterbrechung biografischer Kontinuität und von identitätsrelevanten Linien im Lebensvollzug auch eine *Freiheit von* früheren Rollenerwartungen und Verpflichtungen. Damit lautete die These, dass im Leben der Patient\*innen auch neue "Freiräume" entstehen können, welche "durch Hoffnungslosigkeit angesichts einer unsicher gewordenen Zukunftsperspektive ebenso geprägt sein [können] wie durch Neuverhandlungen des brüchig gewordenen Selbstbildes oder die Erprobung neuer Handlungsalternativen" (BENGEL & MÜLLER 2023, S.113)<sup>9</sup>. Die Überlegung war weiterhin, dass die "Freiräume" potenziell auch einen Rahmen für Muße bieten, da sie sich über eine *Freiheit von* Produktivitätsansprüchen konstituieren und für Muße "ebenfalls das Moment der negativen Freiheit charakteristisch ist" (a.a.O.). [9]

---

8 Die Autoren bezogen sich auf die von BERLIN (1969) behandelte Unterscheidung zwischen negativer und positiver Freiheit und damit auf Formen der Handlungsfreiheit, die sich in sozialen Kontexten zeigten.

9 Das Wort "Freiraum" verwendete ich zunächst explizit als forschungspragmatische Analyseheuristik.

### 3.2 Muße erzählen

Mündliche Erzählungen mittels einer qualitativen Forschungsstrategie hinsichtlich "Freiräumen" zu untersuchen, schien einen Ausgangspunkt für die empirische Forschungspraxis zu bilden. Ich hielt es jedoch für notwendig, das Erzählen über Muße in "Freiräumen" von dem Sprechen über andere Erfahrungen wie z.B. Grübeln zu unterscheiden. Im Rahmen der empirischen Forschungspraxis orientierte ich mich deshalb an einem Konzept aus der Phänomenologie. Hier wurde Muße *positiv* als *Erfahrungsqualität* bestimmt (FIGAL & KEILING 2016). Dabei gingen FIGAL und KEILING (S.9-11) von der Kategorie des Raumes aus<sup>10</sup>, denn Dinge und Lebewesen befänden sich stets an einem Ort. Dieser sei folglich etwas Dingliches, das durch das *bestimmt* sei, was sich an ihm befinden *kann* (z.B. ein Stuhl, auf dem ein Mensch sitzen kann). Das Räumliche werde durch das, "was *in* ihm ist, zu einem Ort *bestimmt*" (S.14), wahre demgegenüber aber eine *Unbestimmtheit*, welche als Leere durch das am Ort befindliche Subjekt *erfahrbar* sei. In Muße werde nun die Leere des Raums als Potenzialität erfahrbar. Muße bestehe also zunächst "bloß in einer Erfahrung, der Erfahrung, dass es auch anders möglich wäre, weil auch andere Möglichkeiten zugelassen [sind, woraus] sich dann ein anderes Handeln entwickeln" (S.17) könne<sup>11</sup>. Die "Formen von Tätigkeit" (a.a.O.), welche einer solchen *Freiraumerfahrung* entsprängen, lägen gerade abseits von zielgerichtetem und normiertem Handeln. Für Muße könnten Tätigkeiten wie die Einnahme von "Ruhe- und Beobachtungspositionen" (S.18) relevant sein; ebenso die "Betrachtung" (a.a.O.) oder "Imaginationen" (a.a.O.). Entscheidend für Muße sei, dass eine Tätigkeit wiederum "Möglichkeit und Unbestimmtheit" (S.19) erfahrbar werden lasse<sup>12</sup>. *Konkrete Räume* etwa der "Architektur und Gartenkunst" (a.a.O.), böten durch ihre bauliche Beschaffenheit dem mußevollen Handeln besondere Entfaltungsmöglichkeiten und inszenierten das Potenzielle der Muße, indem sie beispielsweise mäandrische Wegführungen aufwiesen<sup>13 14</sup>. [10]

10 In einer begriffsgeschichtlichen Annäherung an das Wort "Raum" stellten sie fest, dass es bereits im Altgriechischen kein Wort gab, das dem "mit Allgemeinheitsanspruch verwendeten Wort 'Raum' [...] entspricht" (FIGAL & KEILING 2016, S.9). In einer "Vielheit von Begriffen" (S.11) erweise sich das, was "wir 'Raum' oder auch *space* [...] nennen" (a.a.O.) als "wesentlich plural" (a.a.O.). FIGAL und KEILING nahmen daher plurale Bestimmungen des Räumlichen vor, "allerdings nicht mehr begriffsgeschichtlich, sondern *deskriptiv* und in diesem offenen Sinne *phänomenologisch*" (S.12).

11 Anders als in der Raumsoziologie (LÖW 2001) wurde menschliche Praktik nicht als für Räumlichkeit konstitutiv angesehen. FIGAL und KEILING (2016) betonten, jedes Handeln sei bereits auf einen "Freiraum des Möglichen angewiesen" (S.16). Dieser sei zunächst nur in der Erfahrung "zugänglich" (a.a.O.). Dennoch hätte auch Handeln räumlichen Charakter, allein deshalb, weil Lebewesen sich immer an einem Ort befänden und auf diese Weise den Raum als "Möglichkeitscharakter des Wirklichen" (a.a.O.) prägten. Handeln könne sich darauf beziehen, dass ein Subjekt Positionen im Raum einnimmt oder selbst "Dinge" (S.17) wie eine Decke auf dem Rasen räumlich anordnet.

12 Konkret könnte dies bedeuten, z.B. den Blick schweifen zu lassen.

13 FIGAL und KEILING (2016) bezogen damit auch Materialität, die eine Wirkung auf das Subjekt entfaltet, in ihre Überlegungen ein. In diesem Zusammenhang bemerkten sie, "Erwartungen und Vorstellungen" (S.19) eines Subjekts bestimmten mit, wie Materialität erfahren wird. Auf die Rolle, die z.B. Wahrnehmungsprozesse bei der Erfahrung konkreter Räume spielen, gingen sie nicht ein.

14 Anzumerken ist, dass das Konzept der Muße und Handlungsfreiheit nicht immer Selbstwirksamkeit beinhaltet (BANDURA 1997). In einer literaturwissenschaftlichen Studie wurde z.B. gezeigt, dass Momente der Trägheit oder Faulheit in phantasiereiche "Träume"

FIGAL und KEILING betonten, die Aspekte des Räumlichen – die *Freiraumerfahrung, räumliches Handeln* und *konkrete Räume* – könnten "durch menschliche Interaktion konstruiert und produziert" (S.21) sein. Das erschien für den Rahmen meiner Studie relevant, weil auch mündliche Erzählungen, die im Rahmen narrativer Interviews elizitiert werden, als "interaktiv hervorgebrachte Konstrukte" (SCHWABE 2003, §4) betrachtet werden können. Aspekte des Räumlichen können damit im Rahmen des mündlichen Erzählens konstruiert werden, und Erzählungen bieten einen Zugang zu subjektiven Perspektiven auf Muße<sup>15</sup>. Als methodische Implikation für die empirische Forschungspraxis ergab sich aus der Auseinandersetzung mit den phänomenologischen Raumbegriffen, dass Muße zu untersuchen bedeutet, sprachliche Konstruktionen einer *Erfahrungsqualität* sowie von *Praktiken* und ihrem Bezug zu umgebenden *konkreten Räumen* zu analysieren. [11]

### 3.3 Krankheitserzählungen als Forschungsgegenstand

Mündliche autobiografische Erzählungen von Patient\*innen, die im Rahmen narrativer Interviews elizitiert wurden, können als *Krankheitserzählungen* bezeichnet werden (BURY 2001; HYDÉN & BROCKMEIER 2008; KLEINMAN 1988). Sie sind "interaktiv hervorgebrachte Konstrukte" (SCHWABE 2003, §4), da Patient\*innen im Erzählen ihre Erinnerungen an das Leben mit der Erkrankung in einen temporalen- und Sinnzusammenhang bringen, wobei sie sich auch an den Reaktionen der Zuhörer\*in orientieren (MISHLER 1986; ROSENTHAL 2010). Hinsichtlich der Frage, wie sie "Freiräume" sprachlich darstellen (siehe Abschnitt 3.1), schien die Analyse von Krankheitserzählungen besondere erkenntnistheoretische Potenziale zu bieten, da das Krankheitsgeschehen im Erzählen im Licht der Lebenswelt und Biografie rekontextualisiert und die Erfahrung eines biografischen Bruchs thematisiert wird (LUCIUS-HOENE 2008). Auch eine Annäherung an Darstellungen von Muße schien möglich, da "Veränderung[en] des Lebensraums"<sup>16</sup> (S.92) und von Handlungsdispositionen geschildert werden (CHARON 2006; HYDÉN 1997). [12]

Das mündliche autobiografische Erzählen ist nicht nur ein "Medium der Darstellung von Erfahrung" (LUCIUS-HOENE 2008, S.94), sondern auch ein "Prozeß der aktuellen Identitätsherstellung" (LUCIUS-HOENE 2000, §4; siehe auch BAMBERG 2011; BAMBERG & GEORGAKOPOULOU 2008; BEHRMANN 2008; MacADAMS, JOSSELSOHN & LIEBLICH 2006)<sup>17</sup>. Für die *Rekonstruktion* narrativer Identität liegt ein Analyseansatz vor, durch den rhetorische und

---

(CHEAURÉ 2017, S.281) übergehen können. Diese lassen sich auch als Handeln in Muße verstehen.

15 Der "Nachvollzug der Perspektive des anderen entspricht einem zentralen Anspruch der qualitativen Forschung allgemein" (KASPAR 2013, S.181). Um die Perspektive des Gegenübers nachvollziehen zu können, "muss er/sie seine/ihre Position erst im Gespräch entfalten" (a.a.O.). Bei der Analyse sprachlicher Äußerungen mit Methoden der qualitativen Sozialforschung muss beachtet werden, dass die Möglichkeit des Fremdverstehens begrenzt ist: Der Sinn, den Forschende einem Gegenüber unterstellen, kann von dem Sinn abweichen, den dieses selbst den eigenen Erfahrungen verliehen hat (SOEFFNER 2009).

16 LUCIUS-HOENE ging nicht genauer auf die Bedeutung des Worts "Lebensraum" ein. Es liegt aber nahe, dass sie lebensweltliche Milieus meinte. In Anlehnung an die Begriffe von FIGAL und KEILING können Milieus auch als konkrete Räume bezeichnet werden (siehe Abschnitt 3.2).



Positionierungsstrategien der Erzählenden sowie interaktive Aspekte der Interviewsituation systematisch berücksichtigt werden können (BERNHARD 2014; DE FINA & GEORGAKOPOULOU 2012; DEPPEMANN 2013; LUCIUS-HOENE & DEPPEMANN 2004). Mein Eindruck war, dass die Arbeit mit diesem Analyseansatz es erlaubt, nachzuvollziehen, wie sich *Darstellungen* von "Freiräumen" und Muße beispielsweise mit der Wahl einer bestimmten Textsorte oder mit Positionierungsleistungen verbinden und wie über den "Inhalt, das "Was"" (LUCIUS-HOENE 2008, S.92) sowie "die Form des Erzählens, das "Wie"" (a.a.O.) Aspekte narrativer Identität verhandelt werden. In diesem Zusammenhang schien auch relevant, dass sich für den Bereich der Erfahrung von Krankheit "an die Frage nach der narrativen Identität die nach der 'narrativen Bewältigung' an[schließt]" (LUCIUS-HOENE 2000, §7). Mit dem oben genannten Analyseansatz kann beispielsweise verstehend nachvollzogen werden, ob durch empathisch mitschwingende Zuhörende "die Erzählung zu einer gemeinsamen Konstruktion" (LUCIUS-HOENE 2008, S.92) wird. Dies lässt sich als *eine* Form der Bewältigung verstehen, die sich im Zug der narrativen Rekonstruktion der Krankheitserfahrung, also *im Erzählakt*, vollzieht (a.a.O.). [13]

Ich formulierte drei Forschungsfragestellungen: Wie stellen Patient\*innen in Krankheitserzählungen "Freiräume" und Muße sprachlich *dar*? Wie verbinden sie die *Darstellungen*, etwa mit der Wahl bestimmter rhetorischer Strategien und mit Positionierungsleistungen? Kann hierüber rekonstruiert werden, wie *Aspekte* narrativer Identität interaktiv verhandelt werden und welche Formen *narrativer Bewältigung* sich im Erzählakt vollziehen? [14]

## 4. Methodik

### 4.1 Datengrundlage

Die Patient\*innenerzählungen, die ich untersuchte, lagen bereits vor. Sie stammen aus dem Projekt DIPEX Germany (BREUNING, LUCIUS-HOENE, BURMBAUM, HIMMEL & BENGEL 2017). Es wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, Erfahrungen von Patient\*innen mit verschiedenen Erkrankungen und Gesundheitsthemen mit qualitativen Methoden zu erheben, auszuwerten und die Ergebnisse für eine [Website](#) aufzubereiten (a.a.O.)<sup>17</sup>. Diese existiert bereits seit 2010 und wird fortlaufend ausgebaut. Aktuell wird sie am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane betreut. Auf der Website sind momentan elf *Erfahrungsbereiche* zu je einem Krankheitsbild oder Gesundheitsthema zu finden. Alle Erfahrungsbereiche wurden mittels narrativer Interviews erhoben (SCHÜTZE 1983; ZIEBLAND 2013). Diese wurden in Schriftsprache transkribiert, in einem Bottom-up-Verfahren kodiert und zu thematischen Kategorien

17 Grundlegend für diese Sichtweise ist, dass die erzählspezifischen Aufgaben wie etwa qualitative Zuschreibungen zur eigenen Person und interaktive Verhandlung "mit zentralen Aufgaben der Identitätsarbeit zusammenfallen" (SCHWABE 2003, §5) sowie die Betrachtung des Erzählens als "spezifische Form diskursiver Praktik" (LUCIUS-HOENE & DEPPEMANN 2004, S.53).

18 In dem Projekt DIPEX Germany wurden ausschließlich Erfahrungen von Patient\*innen erhoben, die unter einer *chronischen* Erkrankung litten. Diese wiesen entweder eine progrediente oder eine rezidivierende oder persistierende Verlaufsform auf (vgl. Abschnitt 1).

kondensiert (BREUNING et al. 2017). Die Ergebnisse wurden auf der Website für jeden Erfahrungsbereich sortiert nach Themen und Fallgeschichten veröffentlicht. Interviews, die von den Gesprächspartner\*innen für Forschungszwecke freigegeben wurden, können in qualitativen Sekundäranalysen untersucht werden (SHERIF 2018). [15]

#### 4.2 Sekundäranalyse

Nach Freiräumen oder Muße hatten die Forschenden im Rahmen der Datenerhebung nicht gefragt. Im Vorfeld erstellte daher eine Primärforscherin eine Liste mit thematischen Kategorien aus der Primärstudie, die einen thematischen Bezug zu der Heuristik des "Freiraums" aufweisen könnten (siehe Abschnitt 3.1). Auf dieser Basis entschied sie, dass das Datenset für die geplante Sekundäranalyse verwendet werden kann (MEDJEDOVIĆ 2011, §37). Bei der Sekundäranalyse, die ich durchführte, handelte es sich damit um eine *Supraanalyse*: Ich untersuchte Fragestellungen, die über die Erkenntnisinteressen zum Zeitpunkt der Interviewführung hinauswiesen (MEDJEDOVIĆ 2022). Ebenfalls durch eine Primärforscherin erhielt ich Zugang zu den vollständigen Interviewtranskripten sowie zu *Metainformationen* (CORTI & BISHOP 2005, §15). Ich hatte Zugriff auf Tabellen, in welchen Pseudonyme den Klarnamen der Interviewpartner\*innen zugeordnet worden waren. Die Tabellen enthalten auch Informationen zu der sozioökonomischen Situation der Patient\*innen und zu den Diagnosen, die sie angegeben hatten. In manchen Fällen hatten Primärforscher\*innen Memos zu ihren subjektiven Eindrücken hinsichtlich der Interviewatmosphäre verfasst. Die Primärdaten sowie Metainformationen waren damit nicht mangelhaft aufbereitet oder schwer zugänglich für mich (MEDJEDOVIĆ & WITZEL 2005). [16]

In die Sekundäranalyse bezog ich Interviews aus den fünf Erfahrungsbereichen *Chronischer Schmerz, Prostata-, Brust- und Darmkrebs* sowie *Medizinische Reha* ein (vgl. Tabelle 1). Die Interviews für die fünf Erfahrungsbereiche hatten Forschende im Zeitraum von 2008 bis 2015 innerhalb von Deutschland geführt. Um eine breite Varianz an Erfahrungen abzudecken, waren sie bei der Erstellung der Erfahrungsbereiche nach dem Prinzip des *Purposeful Sampling* vorgegangen (COYNE 1997). Die Interviewpartner\*innen hatten sich freiwillig über verschiedene Zugangswege (z.B. Medieninsete) gemeldet und den Ort, an dem das Interview stattfinden sollte, selbst gewählt (BREUNING et al. 2017). Als Erhebungsinstrument war das narrative Interview mit einem anschließenden leitfadengestützten Nachfrageteil eingesetzt worden (ZIEBLAND & McPHERSON 2006). Die Forschenden hatten jedes Interview durch eine erzählgenerierende Eingangsfrage eingeleitet (SCHÜTZE 1983). Diese lautete in etwa: "Fangen Sie einmal an zu erzählen, wie Ihr Leben war, als Sie zum ersten Mal mit der Erkrankung zu tun hatten, und es dann weiterging". Eine offene, non-direktive Gesprächsführung sollte es den Interviewpartner\*innen ermöglichen, im Zug des Erzählens eigene Relevanzen zu setzen (LUCIUS-HOENE, BREUNING & PALANT 2015). Wenn Stegreiferzählungen zu einem vorläufigen Ende gekommen waren, behandelten die Forschenden entlang des Leitfadens Themen, die für das jeweilige Krankheitsbild oder Gesundheitsthema spezifisch

waren (ZIEBLAND & McPHERSON 2006). Tabelle 1 enthält die wichtigsten Informationen zu den fünf Erfahrungsbereichen.

Modul	Chron. Schmerz	Brustkrebs	Prostatakrebs	Darmkrebs	Med. Reha
Förderung <sup>19</sup>	BMBF, DRV, GKV, PKV	BMG	BMG	BMG	DRV Bund
Verantwortliche Arbeitsgruppe <sup>20</sup>	Freiburg	Freiburg & Berlin	Freiburg & Berlin	Freiburg & Berlin	Freiburg
Veröffentlichung auf der Website	Februar 2011	April 2015	April 2015	September 2015	April 2016
Interviews Website	42	43	44	44	37
Interviews freigegeben für die Forschung	37	43	42	43	33

Tabelle 1: Informationen zu den Erfahrungsbereichen [17]

### 4.3 Analyse nach der Grounded-Theory-Methodologie

Einen Teil der Interviews aus den fünf Erfahrungsbereichen analysierte ich zunächst nach Grounded-Theory-Methodologie (GTM). Im Rahmen dieses Verfahrens ist der propositionale Gehalt der Erzählungen von Interesse. Seine Anwendung schien es damit zu ermöglichen, ein erstes Konzept von Muße im Kontext von Krankheitserfahrungen zu entwickeln. Da ich mich im Vorfeld der empirischen Analyse mit Konzeptionen von Muße auseinandergesetzt hatte, wollte ich meine "präkonzeptuell geprägte *theoretische Sensitivität* [...] fortlaufend mit begleitender Aufmerksamkeit" (BREUER, MUCKEL & DIERIS 2018, S.248) bedenken und arbeitete nach dem *reflexiven Ansatz von BREUER et al.* Wie BREUER et al. (2018) betonten auch CORBIN und STRAUSS (2015 [1990], S.350f.) die Bedeutung der Selbstreflexion. Sie entwickelten einen Fragenkatalog, der dabei behilflich sein kann, im Forschungsprozess zu eigenen Präkonzepten eine reflexiv-kritische Distanz zu wahren. Ich orientierte mich im Verlauf der empirischen Forschungsarbeit an diesem Fragenkatalog. [18]

19 Das Modul *Chronischer Schmerz* wurde durch den Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), die Deutsche Rentenversicherung (DRV) sowie durch die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und durch den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) finanziert. Die drei onkologischen Module *Brustkrebs*, *Prostatakrebs* und *Darmkrebs* förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Nationalen Krebsplanes. Der Erfahrungsbereich *Medizinische Reha* wurde durch den Forschungsschwerpunkt "Wege in die medizinische Rehabilitation" der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) finanziert.

20 Eine Arbeitsgruppe im Projekt DIPEX Germany war bis 2020 an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg angegliedert. Die drei onkologischen Module wurden in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe des Bereichs Charité – Universitätsmedizin Berlin in der Berlin School of Public Health erstellt.

Um die Nachvollziehbarkeit der Analyse zu gewährleisten, dokumentierte ich den Forschungsprozess (BREUER et al. 2018, S.170ff.) und begleitete ihn durch Memo-Schreiben (GLASER & STRAUSS 1998 [1967], S.133). Ich bildete zudem eine Analysegruppe mit zwei Studierenden der Psychologie, um die Vielperspektivität bei der Konzeptbildung zu gewährleisten (KRUSE 2015, S.557f.). Die Gruppe traf sich über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren regelmäßig im zweiwöchentlichen Rhythmus. [19]

Bei der Fallauswahl wendete ich das Prinzip des *Theoretical Sampling* (BREUER et al. 2018, S.132) an. Da ich *Vergleiche* (S.272) sowohl zwischen den Erfahrungsbereichen des DIPEX-Projekts als auch zwischen den verschiedenen Fällen *innerhalb* eines Erfahrungsbereichs ziehen konnte, bildete ich im ersten Schritt im Rahmen einer Literaturrecherche Hypothesen, wie sich Darstellungen von "Freiraum" je nach Krankheitsbild oder Gesundheitsthema unterscheiden könnten. Auf dieser Basis wählte ich zuerst sukzessive Interviews aus dem Erfahrungsbereich *Chronischer Schmerz* aus<sup>21</sup>. [20]

Bei der Auswahl einzelner Fälle orientierte ich mich an den Fallgeschichten auf der [Website](#). Mir fiel das Interview mit Frau J<sup>22</sup> auf, das inhaltliche Tiefe und Differenziertheit hinsichtlich Darstellungen von "Freiraum" versprach (STRÜBING 2018). Frau J schilderte, im Alltag aufgrund von Schmerzen stark eingeschränkt zu sein; zugleich thematisierte sie die handlungsbezogene Gestaltung des entstandenen "Raums": "Was für mich auch konkret die Frage [war], was kann man alles im Liegen machen, eben Lesen und Schreiben" (A.67)<sup>23</sup>. Textpassagen, die hinsichtlich der Analyseheuristik "Freiraum" theoretisch vielversprechend erschienen, extrahierte ich unter Berücksichtigung ihrer kontextuellen Einbettung aus dem Interview und bildete im Zug des offenen Kodierens Kodings. Die Kodings abstrahierte ich über das "fokussierte *Vergleichen*" (BEUER et al. 2018, S.271) zu ersten Kodes. Um eine Kontrastierung zu erreichen, legte ich nun den Fokus darauf, sukzessive Interviews auszuwählen, in welchen Einschränkungen des Alltagslebens, weniger aber das Aufgreifen neuer Praktiken thematisiert wurden. Beim axialen Kodieren konnte ich die vorläufige Hypothese an die neuen Daten herangetragen und neue Aspekte vorhandenen Kodes gegenüberstellen oder in diese integrieren (S.137). Als "Kategorien-Kandidaten" (S.269) stellten sich *leidvolle Empfindungen* und *Rückzug* heraus<sup>24</sup>. [21]

21 Patient\*innen, die unter chronischen Schmerzen leiden, erfahren ihre Symptomatik in der Regel als wenig kontrollierbar und berichten in diesem Zusammenhang von Gefühlen der Angst und Frustration (THOMM 2016). Häufig erlernen sie aber einen Umgang mit der veränderten Lebenssituation (HALLBERG & CARLSSON 2000). Es lag nahe, dass diese Patient\*innen "Freiräume" stark als geprägt durch eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung darstellen, was der Fragestellung entsprach.

22 Aus Gründen der Anonymisierung bezeichnete ich die Interviewpartner\*innen im Text nicht mit ihrem Klarnamen, sondern mit einem zufällig gewählten Buchstaben.

23 Die angegebenen Zahlen (z.B. hier A.67) beziehen sich auf die Absatznummerierung des Transkripts in MAXQDA 18.

24 Nach BREUER et al. (2018) ist ein "Kategorien-Kandidat" ein (vorläufiges) theoretisches Konzept, das sich in der Phase des offenen Kodierens als vielversprechend herausgestellt hat, aber differenzierter ausgearbeitet und im Zug des axialen Kodierens hinsichtlich seiner Relation zu anderen Konzepten befragt werden muss (S.280).

Der Befund, dass Erzähler\*innen vielfach über negativ konnotierte Erfahrungen sprachen, führte mich zu der Frage, ob spezifische *Voraussetzungen* für Handeln in neuen "Räumen" thematisiert wurden. Daher wählte ich fünf Interviews aus, die in ihrer thematischen Struktur dem Interview von Frau J ähnelten. Im Zug des (weiteren) offenen und axialen Kodierens bildete ich mehrere Kodes (*wie weiß ich, was ich will – in mich hineinhören* und *Entscheidungen – ich mache das, was ich will*) und entwickelte diese im Zug der Analyse neun weiterer Interviews hinsichtlich ihrer in- und externen Relationen (S.137). Als "Elemente einer Abfolge" integrierte ich die Kodes in den übergeordneten Kode *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung*. Ein vorläufiges Bedingungsgefüge war identifiziert: *Verluste* bedingen *leidvolle Empfindungen* und *Rückzug*. Ein *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* ist die *Voraussetzung* für *Tätigkeiten* in neuen "Freiräumen". Das vorläufige Bedingungsgefüge hielt ich in einem Diagramm fest. Dieses ist in Abbildung 1 zu sehen.

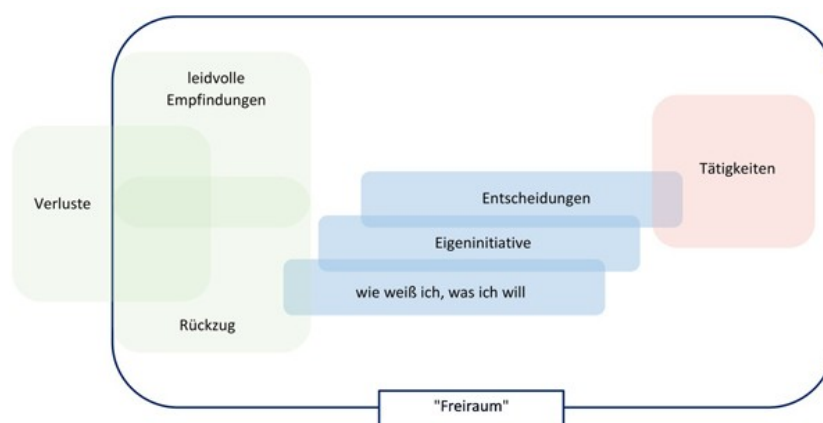


Abbildung 1: Diagramm des vorläufigen Bedingungsgefüges [22]

Nun dienten mir die philosophischen Raumbegriffe (siehe Abschnitt 3.2) als sensibilisierende Konzepte, welche "den analytischen Blick [schärften] und die Abstrahierung [anleiteten]" (KASPAR 2013, S.197). Im Sinne der theoretischen Sensibilität als "Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung der Daten" (STRAUSS & CORBIN 1996 [1990], S.30) fiel mir auf, dass für sprachliche Phänomene, die ich der Kategorie *Entscheidungen* zugeordnet hatte, der Begriff *Freiraumerfahrung* "einen Erklärungswert" (MEY & MRUCK 2011, S.22) besitzt. Denn mit Schilderungen, angesichts von Verlusten durch die Erkrankung *doch auch über andere Handlungsoptionen zu verfügen*, thematisieren Erzählende genau die Erfahrung, "dass es auch anders möglich wäre, weil auch andere Möglichkeiten zugelassen [sind, woraus] sich dann ein anderes Handeln entwickeln" (FIGAL & KEILING 2016, S.17) kann. [23]

1. Um nun Darstellungen mußeaffiner Handlungen in den Daten zu fokussieren, wählte ich schrittweise sechs Interviews aus dem Erfahrungsbereich *Prostatakrebs* aus<sup>25</sup> und entwickelte die Kategorie

25 Betroffene beschreiben die Diagnosestellung mitunter als "Sturz aus der Wirklichkeit" (GERDES 1986) und stellen sich in diesem Zusammenhang die "Sinnfrage". In diesem Zug reformulieren sie persönliche Werte und Deutungsmuster. Dies kann sich in der Integration als sinnstiftend

*Tätigkeiten* durch die Anwendung generativer Fragen hinsichtlich ihrer Eigenschaften (CORBIN & STRAUSS 2015 [1990], S.90ff.). Wiederum dienten die philosophischen Begriffe als sensibilisierende Konzepte. So zeigte sich, dass für Schilderungen von Handlungen, die spezifisch strukturiert und situativ gerahmt waren und die zudem einen Bezug zur räumlichen Umgebung aufwiesen, auch der Begriff *Mußeraum* "einen Erklärungswert" (MEY & MRUCK 2011, S.22) besitzt. Die kategoriale Textur wendete ich nun "deduktionslogisch" (BREUER et al. 2018, S.282) auf zwölf Interviews aus den Erfahrungsbereichen *Prostata-*, *Brust-* und *Darmkrebs* an; vorrangig, um Beispiele für Darstellungen von *Mußerräumen* zu identifizieren. [24]

Um auszuloten, wie Verhältnisse zwischen individuellen Handlungsdispositionen und (sozialen) Kontexten konstruiert werden, analysierte ich zuletzt vier Interviews aus dem Erfahrungsbereich *Medizinische Reha*<sup>26</sup>. Die entwickelte theoretische Struktur systematisierte ich abschließend anhand des *Kodierparadigmas* (STRAUSS & CORBIN 1996 [1990], S.78ff.). Im Schritt des *selektiven Kodierens* rückte die Kategorie *Entscheidungen* als Rubikon, an dem *Freiraumerfahrungen* entstehen und damit als Konzept mit "hoher theoretischer Integrationskraft" (BREUER et al. 2018, S.286) ins Zentrum der Modellierung. Über den Entwurf eines Erzählbogens (BERG & MILMEISTER 2008, §42) explizierte ich das theoretische Modell *Mußeerleben in Krankheitszeiten* (siehe Abbildung 2). Insgesamt integrierte ich 41 Fälle in die Analyse. Die nun folgende Tabelle 2 liefert eine Übersicht über die Fallauswahl.

<b>In die Sekundäranalyse einbezogene Fälle</b>	<b>N=41</b>
Geschlecht	weiblich (N=18) männlich (N=23)
Krankheitsbild bzw. Gesundheitsthema	chronisches Schmerzsyndrom (N=20) Rückenschmerzen (N=6) Kopfschmerzen (N=4) Gelenkschmerzen (N=2) Fibromyalgie (N=2) Sonstige (N=6)
	Krebserkrankungen (N=18) Prostatakrebs (N=11) Brustkrebs (N=5) Darmkrebs (N=2)

empfundener Praktiken in das alltägliche Leben ausdrücken (WEIS & FALLER 2012).

26 Im Rahmen stationärer rehabilitativer Maßnahmen sind Patient\*innen von vielen ihrer alltäglichen (sozialen) Pflichten entbunden, sehen sich aber durch den institutionellen Rahmen mit neuen (sozialen) Regeln und Rahmen konfrontiert (BUSCHMANN-STEINHAGE & WIDERA 2016).

<b>In die Sekundäranalyse einbezogene Fälle</b>	<b>N=41</b>
	medizinische Reha (N=3) Brustkrebs (N=1) Bandscheibenvorfall (N=1) Autoimmunerkrankung (N=1)
Alter zum Zeitpunkt der Interviewführung	Range (28-78 Jahre) Durchschnitt (58,3 Jahre)
Berufsstand	berentet (N=28) berufstätig (N=10) berufstätig, aktuell arbeitsunfähig (N=2) arbeitssuchend (N=1)
Familienstand	verheiratet, in Partnerschaft (N=32) geschieden (N=5) ledig (N=2) verwitwet (N=2) Kinder (N=25) kinderlos (N=16)
Nationalität	deutsch (N=40) internationaler Hintergrund (N=1)

Tabelle 2: Übersicht über die Fallauswahl [25]

#### 4.4 Auswertung mit erzähl- und konversationsanalytischen fundierten Verfahren

Bei der Anwendung der GTM fiel mir aus erzähltheoretisch informierter Perspektive auf, dass Sprecher\*innen in Textpassagen, die ich der Kategorie *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* zugeordnet hatte, vielfach Positionierungen "entlang der verschiedenen zeitlichen Ebenen" (SCHWABE 2003, §10; WORTHAM 2001) der Erzählung vorgenommen hatten. Ich gewann den Eindruck, dass sich der Sinngehalt der Textpassagen durch eine Positionierungsanalyse (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.196ff.) würde weiter erhellen lassen. Ich entdeckte zudem, dass in Textpassagen, die ich der Kategorie *Mußeräume* zugeordnet hatte, mitunter aus der "Erlebnisperspektive" (S.136) erzählt worden war. Die Beobachtungen verwiesen auf das im Rahmen rekonstruktiver Analysen wichtige methodologische Prinzip der "Mehrebenenbetrachtung" (S.100)<sup>27</sup>. Ich untersuchte die entsprechenden Textpassagen mit erzähl- und konversationsanalytisch fundierten Interpretationsverfahren und entwickelte ausgehend hiervon die im Rahmen der

<sup>27</sup> LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2004) merkten diesbezüglich an, dass "Sinn in der verbalen Interaktion immer auf verschiedenen Ebenen geschaffen" (S.100) werde, also z.B. auch durch interaktive Verhandlung.

Analyse nach der GTM gebildeten Konzepte *punktuell* datennah und formsensibel weiter (MEY & RUPPEL 2016). [26]

Ich transkribierte fünf Textpassagen nach KRUSE (2015)<sup>28</sup>. Um das im Rahmen rekonstruktiver Analysen wichtige methodologische Prinzip der *Sequenzanalyse* bestmöglich zu berücksichtigen, bestimmte ich die *kontextuelle Einbettung* der zu analysierenden Textpassagen – also ihre zeitliche Position und thematische Rahmung im Interview<sup>29</sup>. Zudem legte ich die Segmentgrenzen der zu analysierenden Textabschnitte durch die Bestimmung von Gliederungsmarkierern fest (LUCIUS-HOENE & DEPPELMANN 2004, S.110). Dann wendete ich die analytischen Verfahren, die im Rahmen der Rekonstruktion narrativer Identität "auf der globalen Ebene der Gesamterzählung" (SCHWABE 2003, §7) Anwendung finden, nur auf die entsprechende Textstelle an<sup>30</sup>. Anschließend untersuchte ich die Textstellen hinsichtlich mikrostruktureller Aspekte in einem sequenziellen Vorgehen (§10). Die Ergebnisse meiner Analyse bezog ich *punktuell* auf die Dimensionen narrativer Identität und perspektivierte sie als Ausdruck narrativer Bewältigung. [27]

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Das theoretische Modell Mußerleben in Krankheitszeiten

In dem Modell, das ich mithilfe des Kodierparadigmas entwickelte, sind krankheitsbedingte *Verluste* einschließlich *unbegehrter Räume* die ursächlichen Bedingungen für *leidvolle Empfindungen* und *Rückzug in Rückzugsräume*. In Abhängigkeit von Kontextfaktoren kommen handlungsbezogene und interaktionale Strategien zum Einsatz. Das Treffen von *Entscheidungen* ist das zentrale Phänomen, dessen Konsequenz die Entstehung von *Freiräumen* und *Mußeräumen* ist. In Abbildung 2 habe ich das theoretische Modell grafisch in einem Übersichtsdiagramm dargestellt (BREUER et al. 2018, S.285).

---

28 Dieses Transkriptionssystem ist "eine Zwischenform des GAT-2-Minimaltranskripts und des GAT-2-Basistranskripts" (KRUSE 2015, S.353). Es erlaubt unter anderem die Erfassung der Prosodie als wichtiges sprachlich-kommunikatives Verfahren, mittels welchem im Zug des mündlichen Erzählens Sinn hergestellt wird (LUCIUS-HOENE & DEPPELMANN 2004, S.240f.).

29 Das Prinzip der Sequenzanalyse besagt, dass jede Äußerung im Interview auf bereits gebildeten Beziehungs- und Wissensstrukturen aufbaut. Der Anspruch, die sukzessive Bildung von Sinn nachzuzeichnen, widerspricht dem Vorgehen des Kodierens nach der GTM. Das Nachvollziehen der kontextuellen Einbettung der zu analysierenden Textpassagen sollte dem Risiko vorbeugen, dass es durch eine zu isolierte Betrachtung zu Fehlinterpretationen kommen würde.

30 Hier bestimmte ich v.a. Textsorten. LUCIUS-HOENE und DEPPELMANN (2004) führten aus, das übergeordnete kommunikative Verfahren "autobiografische Erzählung" werde mit den drei Textsorten Erzählen, Beschreiben und Argumentieren realisiert (S.142; vgl. auch SCHWABE 2003, §9). Das Erzählen kennzeichne, dass ein Geschehen "im Sinne der Wiedergabe eines Wandels in der Zeit" (LUCIUS-HOENE & DEPPELMANN 2004, S.141) thematisiert werde. Im Zuge einer Beschreibung stehe die Charakterisierung von z.B. Personen oder Milieus im Vordergrund (S.143). Bei einer Argumentation gäben Erzählende eine "*theoretisch-abstrahierende* und *bewertende Stellungnahme*" (a.a.O.) ab und begründeten z.B. eine persönliche Werthaltung.



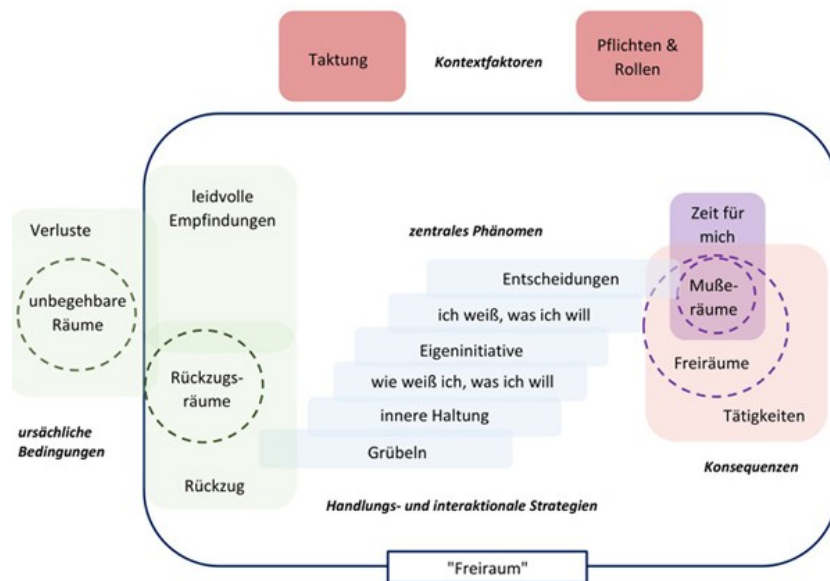


Abbildung 2: Diagramm zu dem theoretischen Modell Mußerleben in Krankheitszeiten [28]

Bei der Präsentation der *Grounded Theory* orientiere ich mich an der grafischen Darstellung des entwickelten theoretischen Modells. Ich stelle zunächst die Konzepte *unbegehbare Räume* und *Rückzugsräume* vor; gefolgt von den Elementen des Konzepts *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* (*Grübeln*, *innere Haltung*, *wie weiß ich, was ich will – in mich hineinhören*, *Eigeninitiative – mich informieren*, *ich weiß, was ich will* und *Entscheidungen – ich mache das, was ich will*). Dann erläutere ich das Konzept *äußere Einflussfaktoren* (*Taktung* sowie *Pflichten und soziale Rollen*) und abschließend die Konzepte *Freiräume* und *Mußeräume*. [29]

## 5.2 Unbegehbare Räume

In den Interviews, die ich analysierte, hatten alle Erzähler\*innen über *Verluste* gesprochen. Sie schilderten, durch die Erkrankung unter *Handicaps* wie Schmerzen oder einem "Müdigkeitssyndrom" (Frau B, A.41) zu leiden und *Tätigkeiten* nicht mehr ausüben zu können. Einschränkungen von Tätigkeitsbereichen brachten sie mit *unbegehbaren Räumen* in Verbindung. Hiervon erzählte Herr T, der zum Zeitpunkt des Interviews 68 Jahre alt war. Er berichtete, seinen Beruf als Pflanzenbauberater aufgrund seiner Schmerzerkrankung aufgeben zu haben und sprach über den Abschied von der Arbeitsstelle<sup>31</sup>:

31 Hinweis zu den verwendeten Transkriptionssymbolen: "[...]" steht für eine Kürzung des Zitats. Worte in einer eckigen Klammer kennzeichnen eine Ergänzung durch mich. "(.)" bedeutet eine Mikropause, die kürzer war als eine Sekunde. "=" symbolisiert Verschleifungen und schnelle Anschlüsse. "-" kennzeichnet Wort- oder Satzabbrüche. Betonte Silben habe ich durch Großbuchstaben hervorgehoben, besonders stark betonte Silben durch Großbuchstaben und ein Ausrufezeichen je vor und nach der Betonung. Ein Fragezeichen symbolisiert eine hochsteigende Intonation. Ein Komma steht für eine mittel steigende oder schwebende Intonation. Ein Semikolon kennzeichnet eine mittel fallende, ein Punkt eine tief fallende Intonation. Ein Doppelpunkt steht für eine Dehnung (KRUSE 2015, S.353ff.).

"i:ch weiß noch gUT, des war (.) äh a- mitte septEMber, (.) versuchsfeld mit, (.) was isch da gstA:nde, getreide war WEG, des andre isch noch alles gstA:nde, mAIS, äh [...] ich bin seller A:bend dort hingfah:re, und bin überall durchglau:fe, ich hab äh, dann war noch ein industrie:vertreter dort, und dem hab ich´s noch gsa:gt, haja vielleicht ischs net so schlimm, dann komme se wieder, ich bin dann NIMMER komme, aber ich hab seller tag im versuchsfeld (.) TRÄNE in de auge ghabt" (Herr T, A.132). [30]

Herr T erzählte hier szenisch-episodisch<sup>32</sup>, was darauf verweist, dass er über "etwas Erzählwürdiges mit dem Charakter des [...] Besonderen" (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.146) sprach. In einer *Ankündigung* betonte er, auf ein Ereignis zu sprechen zu kommen, das er noch gut erinnerte. In der *Orientierung* führte er als Zeit des Geschehens einen Abend im Frühherbst ein und als konkreten Raum das Versuchsfeld. Dieses charakterisierte er anhand der zu diesem Zeitpunkt dort wachsenden Pflanzen, womit er indirekt auf den Wandel der Jahreszeiten rekurrierte, der im Versuchsfeld erlebt werden konnte. Er konstruierte hierdurch den Raum indirekt als mit schönen Erinnerungen verknüpft. In der *Komplikation* gab er eine Handlungssequenz wieder. Diese bezieht sich darauf, dass durch die Tätigkeit des Gehens für das erzählte Ich<sup>33</sup> das Versuchsfeld über die visuelle und haptische Wahrnehmung erfahrbar geworden war. Als Handlungshöhepunkt inszenierte er die Begegnung des erzählten Ichs mit einem "industrie:vertreter". Im Rahmen einer Redewiedergabe positionierte er diese erzählte Figur als Person, die den Abschied vom Versuchsfeld als vorübergehend eingeschätzt hatte ("haja vielleicht ischs net so schlimm, dann komme se wieder". Im *Resultat* stellte er diese Prognose als falsch heraus ("ich bin dann NIMMER komme") und vermittelte in der *Coda* die Quintessenz: Seine "Geschichte" handelte von dem endgültigen und schmerzvollen Abschied von dem Raum des Versuchsfelds. [31]

In der sozialen Dimension narrativer Identität (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.63ff.) konstruierte Herr T das Versuchsfeld als konkreten Raum<sup>34</sup>, der mit schönen Erinnerungen verknüpft war. Ebenfalls in der sozialen Dimension positionierte er das erzählte Ich durch das erzählende Ich als

32 LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2004) bemerkten, hinsichtlich der Textsorte des Erzählens ließen sich das szenisch-episodische Erzählen, das Berichten sowie die chronikartige Darstellung unterscheiden (S.146). Die Chronik zeichne aus, dass autobiographische Ereignisse "unverbunden" (S.154) aufgezählt würden. Im Zug des Berichtens thematisierten Erzählende detaillierter die "zentralen Veränderungsaspekte" (a.a.O.) von Ereignissen. Beim szenisch-episodischen Erzählen stellten sie eine *einzelne* Episode dar, in der sich etwas besonders "Erzählwürdiges" (S.146) ereignet habe. Die Darstellungsform weise eine charakteristische Binnenstruktur auf (S.147; vgl. auch LABOV & WALETZKY 1973 [1967]): In einer *Ankündigung* gäben Erzählende eine Vorschau auf den Inhalt der Erzählung oder rekurrierten auf ihre evaluative Bedeutung. In einer *Orientierung* führten sie in Zeit, Raum und Umstände der zu erzählenden Handlung ein; in der *Komplikation* gäben sie die eigentliche Handlung wieder. Anschließend fassten sie das Handlungsergebnis in einem *Resultat* zusammen. Hieran schließe sich häufig eine *Coda* an, in der eine "Quintessenz oder Moral der Geschichte" (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.149) vermittelt werde.

33 LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2004) betonten, Erzählende verfügten zum Zeitpunkt des Erzählens über eine andere Erkenntnisperspektive als zum Zeitpunkt des Geschehens. Dies sei der Fall, weil in der Erzählsituation der Ausgang des erzählten Ereignisses bekannt sei. Die "doppelte[...] Zeitperspektive" (S.24) impliziere eine "Verdopplung des Ich" (a.a.O): Das *erzählende Ich* in der Erzählsituation stelle das vergangene Ich, das *erzählte Ich*, als Handlungsträger\*in dar (vgl. auch ROSENTHAL 2010).

Mensch, der angesichts einer Abschiedssituation über Handlungsspielräume verfügte (BETHMANN, HELFFERICH, HOFFMANN & NIERMANN, 2012) und seine Situation adäquater einschätzen konnte als eine ihm statusmäßig überlegene Person. *In der Erzählsituation* wusste er die Hörerin *performativ* mit einer spannenden Episode *zu unterhalten* und positionierte sich ihr gegenüber implizit als fähiger Erzähler. So entstand eine *lokal homogene Identitätskonstruktion* als damals wie zum Zeitpunkt des Interviews (sprachlich) kompetente Person. [32]

### 5.3 Rückzugsräume

Viele Interviewte thematisierten *leidvolle Empfindungen*, die infolge krankheitsbedingter *Verluste* aufgetreten waren. Sie sprachen über Emotionen von Trauer, Angst oder Scham. Manche bemerkten, sich angesichts der *Verluste*, die sie erlitten hatten, hilflos zu fühlen. Hilflosigkeit brachten sie teilweise mit *Rückzug* in Verbindung. Hierüber sprach Frau M, die zum Zeitpunkt des Interviews 48 Jahre alt war und seit zehn Jahren an Migräne litt:

"dann (.) äh kommt es dass sie sich zurückziehen, weil sie nicht mehr viel machen können, [...] sie machen ihre arbeit, das wochenende findet im bett statt, es folgt wieder zunehmende inaktivität, die natürlich äh GANZ klar auch zu muskulärem schwund führt" (Frau M, A.129). [33]

Die Textpassage besitzt eine *argumentative Struktur*. Dies verweist darauf, dass Frau M ihre Handlungsorientierungen vor der ZuhörerIn *plausibilisieren* wollte (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.163ff.). Sie formulierte die *These*, Menschen, die in eine Lebenslage wie sie selbst gerieten, würden sich zurückziehen. Die These belegte sie mit dem *Argument*, diese Personen könnten nicht mehr viel "machen". Das Argument selbst begründete sie, indem sie den vermeintlichen Lebensstil eben jener Personen *beschrieb*. Dabei ordnete sie der Zeit der Arbeit das "machen", also die Sphäre des Handelns zu. Das Wochenende konstruierte sie indirekt als Zeit des Nichtstuns, in welcher der Rückzug an den Ort des Betts erfolge<sup>35</sup>. Sie beschrieb weiterhin, aus dem Rückzug resultiere wiederum "zunehmende inaktivität", wobei hier kein als angenehm empfundenen *Dolcefarniente* gemeint war<sup>36</sup>, sondern Nicht-Handeln, das degenerative Prozesse anstößt. Dieses führe zu "muskulärem schwund", womit sie den Verlust von Kraft und Stärke thematisierte. [34]

Indem Frau M die Hörerin mit dem Personalpronomen der Höflichkeitsform "sie" ansprach, beanspruchte sie die Gültigkeit ihrer These für einen von ihr im

34 LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2004) rechneten "Schilderungen von Orten und Milieus" (S.63) der sozialen Dimensionen narrativer Identität zu. Sie differenzierten aber nicht, was unter "Orten und Milieus" genau zu verstehen ist, weshalb ich mich im Rahmen des Beitrags an den philosophischen Raumbegriffen orientiere (siehe Abschnitt 3.2).

35 Interessanterweise thematisierte Frau M nicht, was am Ort des Betts eigentlich *geschah*.

36 Der Ausdruck *Dolcefarniente* geht auf den italienischen Ausdruck *il dolce far niente* zurück, der mit "süßes Nichtstun" übersetzt werden kann (MACCHI 1978, S.198). Gemeint ist also eine Form des Nichtstuns, die als angenehm empfunden wird.

Narrativen konstruierten, größeren Personenkreis<sup>37</sup>. Die Argumentation formulierte sie aus einer *neutralen Außensicht*, wodurch bei der Hörerin ein Eindruck von Distanziertheit und Objektivität der Sprecherin entstanden sein kann (STANZEL 1979). *In der Erzählsituation* positionierte sie sich damit als Expertin für die Erfahrungen, die Menschen in einer bestimmten Lebenslage machen. *Eher implizit* positionierte sie sich dagegen als Person, die selbst über geringe Handlungsspielräume verfügt (BETHMANN et al. 2012) und sich zurückzieht<sup>38</sup>. So entstand eine lokale Identitätskonstruktion, die "flexible und heterogene 'Identitäten in Aktion'" (SCHWABE 2003, §10) in sich vereinte. Im Rahmen der Argumentation konnte Frau M die von ihr umgesetzten "Handlungsoptionen" vor der Hörerin plausibilisieren. Durch die "stützende Atmosphäre der Erzählsituation" (LUCIUS-HOENE 2002, S.182) hatte sie die Möglichkeit zu erproben, ob diese Plausibilisierung gelang und die Hörerin die Darstellung akzeptierend verfolgte. Dieses narrative Probehandeln kann wiederum als wichtige Form der narrativen Bewältigung interpretiert werden (a.a.O.). [35]

#### 5.4 Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung

Ich erläutere nun das Konzept *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung*, das aus mehreren, einzelnen Konzepten besteht. Diese sind *Grübeln, innere Haltung, wie weiß ich, was ich will – in mich hinein hören, Eigeninitiative – mich informieren, ich weiß, was ich will* sowie *Entscheidungen – ich mache das, was ich will* (vgl. hierzu auch Abbildung 2). [36]

##### 5.4.1 Grübeln

Einige Erzähler\*innen thematisierten, dass *leidvolle Empfindungen* und *Rückzug* in die passiv getönte, gedankliche Beschäftigung mit Fragen übergehen können, die durch die Erkrankung aufgeworfen wurden (*Grübeln*). Sie führten aus, sich in Folge ihrer Diagnose mit ihrer Ernährung, Sportlichkeit, ihrem Lebensstil oder der Familienhistorie beschäftigt zu haben:

"[N]ach der Nachricht, dass ich also da Krebs habe, angeblich so ein kleines bisschen, da bekam ich also eine Depression. [Ich] war ja fast autistisch und fürchterlich auf mich bezogen und wusste gar nicht: Was ist nun los? Dann kamen natürlich diese Grübeleien: Hat das mit Deiner Lebensgeschichte zu tun? Hast Du etwas falsch gemacht? Spielt da irgendetwas eine Rolle, was Du in Deinem Leben gelassen oder getan hast?" (Herr H, A.13) [37]

37 Der thematische Kontext des Pronomens "sie" impliziert hier, dass Frau M *alle* Personen meinte, die in eine Lebenslage wie sie selbst geraten.

38 Die explizierten Strukturelemente der Argumentation können damit auf ein Deutungsmuster der Erzählerin verweisen (LUCIUS-HOENE & DEPPELMANN 2004, S.254). So liegt es nahe, dass der Rückzug als prekäre, vielleicht sozial sanktionierte "Praktik" gedeutet wurde. Dies würde erklären, warum Frau M sich nur implizit als Person selbst positionierte, die sich zurückzieht.

#### 5.4.2 Innere Haltung

Die Patient\*innen schilderten weiterhin, *Grübeln* über die Erkrankung und ihre Ursachen stimuliere die Entwicklung einer *inneren Haltung* den veränderten Lebensumständen gegenüber. So bekannten manche, mit Veränderungen zu *hadern*. Frau L, welche die Diagnose Morbus Sudeck<sup>39</sup> erhalten hatte, räumte ein, sie habe einen "Hass" (A.80) auf ihre Erkrankung und wünsche sich ihr altes Leben "einfach [...] wieder zurück" (a.a.O.). Andere schilderten, mit der Zeit die Umstellungen, die mit ihrer Erkrankung einhergegangen waren, besser *akzeptiert* zu haben. Hierauf ging Frau J ein, die unter Arachnopathie, einer seltenen Erkrankung der Wirbelsäule, litt. Sie erzählte, nur vier Stunden am Tag stehen zu können und formulierte die These, "Zustimmung" (A.67) zu ihrer Situation sei die beste *innere Haltung*, die sie einnehmen könne. Ihren Standpunkt begründete sie wie folgt:

"ich bin ja nicht FREI, wenn ich IMMER WIEder mich festklammere an DIE person, die ich mal FRÜHER gewesen bin; und ich bin auch nicht FREI, wenn ich immer etwas WILL, was was einfach über meine möglichkeiten geht; und (.) ich fühl mich aber FREI (.) ähm, wenn ich sagen kann, GUT, das IS JETZT SO mein leben; und DA will ich jetzt versuchen, das beste draus zu machen" (Frau J, a.a.O.). [38]

Frau J konstruierte hier drei *Argumente* syntaktisch und rhythmisch weitgehend parallel. Auf diese Weise stellte sie mögliche *innere Haltungen* kontrastierend gegenüber. Zunächst argumentierte sie, "FREI", also unbelastet und selbstbestimmt, könne sie nicht sein, wenn sie sich auf das Individuum mit bestimmten Wesenszügen und sozialen Rollen fixiere, das sie in der Vergangenheit gewesen sei. Damit spielte sie auf eine *nostalgische Haltung* an, die das Freisein verhinderte. Im zweiten Argument sprach sie mit dem gebeugten Modalverb "WILL" an, die eigenen Absichten auf etwas zu richten, das außerhalb der eigenen "möglichkeiten" liegt, also eigene Ressourcen, Fähigkeiten oder Mittel übersteigt. Damit rekurrierte sie auf eine *Haltung der Hybris*, die das Freisein ebenso verhindere. Im dritten Argument wird durch die oppositive Konjunktion "aber" angezeigt, dass es nun im Gegensatz zum Vorangegangenen darum ging, wie ein *Gefühl* der Freiheit entsteht (RUDOLPH 1996). Mit dem emphatisch vorgebrachten "GUT das IS JETZT so" spielte Frau J auf eine *Haltung der entschlossenen Zustimmung* an. Die Lokaldeixis "DA" in Verbindung mit dem Modalverb "will" verweist darauf, dass die Sprecherin eine Haltung der Zustimmung insbesondere damit in Verbindung brachte, die eigenen Absichten und Intentionen auf den Versuch zu richten, noch verbleibende Lebensmöglichkeiten zu entfalten. [39]

Im Sinne einer "sukzessiven Sinnspezifikation" (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.218) präziserte Frau J, was sie mit ihrer These meinte,

39 Die Erkrankung Morbus Sudeck wird auch als komplexes regionales Schmerzsyndrom bezeichnet (BARTL 2022). Bei diesem Krankheitsbild kommt es nach einer Verletzung oder Operation zu starken, anhaltenden Schmerzen und Gefühlsstörungen in Händen, Armen, Beinen oder Füßen. Die Symptome lassen sich jedoch nicht auf die Verletzung oder Operation zurückführen. Frau L hatte die Diagnose nach einem Arbeitsunfall erhalten. Bei diesem war ihre Hand verletzt worden, was anhaltende Schmerzen in dieser Körperregion nach sich gezogen hatte.

indem sie Argumente für sie formulierte. So sei eine Haltung der "Zustimmung" zu Veränderungen deshalb vorzuziehen, weil hierdurch ein Gefühl der Freiheit entstehe. Damit verweisen die Strukturelemente der Argumentation auf ein *Deutungsmuster* der Erzählerin: Zum Zeitpunkt des Interviews war ein *Gefühl persönlicher Freiheit* ein wichtiger Wert, an welchem sie ihr Handeln orientierte (S.254). Zentral hinsichtlich der Verhandlung narrativer Identität war damit die *implizite* Selbstpositionierung als Person, die ihr Handeln an bestimmten Werten ausrichtete. Zudem positionierte sich Frau J *explizit* als Person, die angesichts starker Einschränkungen zwischen unterschiedlichen inneren Haltungen *wählen* konnte, also über Kontrollmöglichkeiten verfügte (BETHMANN et al. 2012). Damit war der Gestaltung der persönlichen Geschichte an dieser Stelle die Entwicklung einer Zukunftsperspektive inhärent: Sie wurde so erzählt, dass sich mit ihr weiterleben ließ (GERGEN & GERGEN 1987). Dies stellt wiederum eine Form der narrativen Bewältigung dar (LUCIUS-HOENE 2002). Die Entwicklung einer *inneren Haltung der Zustimmung oder Akzeptanz* brachten die Patient\*innen vielfach damit in Verbindung, ihre (veränderten und neuen) Absichten genauer zu explorieren. Diese Schilderungen habe ich konzeptuell gefasst als *wie weiß ich was ich will – in mich hineinhören*. [40]

#### 5.4.3 *Wie weiß ich, was ich will – in mich hineinhören*

Einige Erzähler\*innen schilderten, sie explorierten, worin ihre (neuen) Absichten und Intentionen *genau* bestünden. Hierzu hörten sie in sich hinein und stellten sich die Frage, was ihnen guttue und helfe. Sie sprachen über die bewusste Reflexion (leiblicher) Empfindungen und von Bedürfnissen unter Ausschluss des Äußeren und der Erwartungen anderer. So erläuterte Frau U, was ihr geholfen habe, eine Rehaklinik für sich zu finden: "Auf sich zu hören, auf die innere Stimme zu hören. Und versuchen herauszufinden: Was hilft mir? Oder was möchte ich, wie stelle ich mir das vor?" (A.235) Die Bildung neuer Intentionen und Absichten brachten die Erzählenden damit in Zusammenhang, Initiative zu zeigen. [41]

#### 5.4.4 *Eigeninitiative – mich informieren*

Die Erzähler\*innen erklärten, um zu wissen, was sie möchten, sei neben dem Prozess der bewussten Reflexion von Empfindungen und Bedürfnissen das Wissen um Handlungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen notwendig (*Eigeninitiative – mich informieren*). Sie sprachen darüber, sich über Behandlungsangebote, Umschulungen oder Freizeitbeschäftigungen zu informieren und nahmen hier nicht auf einen inneren, sondern auf einen in die äußere Umwelt gerichteten Prozess Bezug. Frau M erwähnte: "[Ich] hab' so die Angewohnheit, was interessant sein könnte für mich, [wenn es ausliegt] als Broschüre, dass [ich] das dann einfach so, ja, prophylaktisch durch[lese]. Ja, kommt an, kommt nicht an" (A.57). [42]

#### 5.4.5 *Ich weiß, was ich will*

Die Erzählenden brachten das Zeigen von *Eigeninitiative* damit in Verbindung, schließlich zu wissen, was sie möchten. Nicht alle gingen darauf ein, diesen Zustand erreicht zu haben. Frau L erzählte, sie habe die vage Idee, in ihrer freien Zeit Rentner\*innen im Alltag zu unterstützen. Sie bemerkte jedoch, ihr fehle der "Pepp oder [...] Tritt, um zu sagen, "ja, ich mach das mal". Dagegen stellte Frau S dar, genau zu wissen, wie sie ihre Zeit gestalten möchte. Sie war zum Zeitpunkt des Interviews 63 Jahre alt, berentet und verheiratet und erzählte, bereits seit zehn Jahren unter Rückenschmerzen zu leiden. Infolge einer Operation hätten sich diese jedoch stark gebessert, und nun gebe es umso mehr Dinge, die sie tun wolle. In dieser Hinsicht unterscheide sie sich von ihrem Ehemann:

"Die Schere geht auseinander. Also nicht im Bösen, aber ich will leben, ich will alles genießen, und des äh, des ma- teilt er nicht mit mir, der, er ist ruhig, er will ruhig, er will seine Ruhe, er will zuhause bleiben, er will nicht viel fort, und ich will natürlich nur-, ich will das und das und das und das, weil ich so viel entbehren musste. Ich will ins Konzert, ich will ins Theater, ich will verreisen, und da gehen jetzt unsere Wege [auseinander]" (Frau S, A.139). [43]

Die Patient\*innen schilderten weiterhin, das Wissen darum, was sie tun möchten, könne in das Treffen von Entscheidungen übergehen. Wie die Grafik des theoretischen Modells zeigt (vgl. Abbildung 2), kann der *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* also darin münden, dass konkrete Handlungsentscheidungen getroffen werden. [44]

#### 5.4.6 *Entscheidungen – ich mache das, was ich will*

Viele Patient\*innen sprachen darüber, neu gebildete Absichten in die Tat umgesetzt zu haben (*Entscheidungen – ich mache das, was ich will*). Herr R war zum Zeitpunkt des Interviews 50 Jahre alt und erzählte, zehn Jahre zuvor habe sich bei ihm infolge einer Beinvenenthrombose das postthrombotische Syndrom entwickelt. Abgeleitet aus seiner eigenen Krankheitserfahrung habe er entschieden, selbst Schmerztherapeut zu werden:

"ich wollte [...] was suchen wo ich sag ich kann mir die zeit selber EInteilen. [...] ICH wollte aus dem ganzen systEM raus, dieses systEM zwölf stunden arbeiten zu müssen und abhängig sein von (.) leuten, die dir immer was VORgeben; ich wollte [...] für mich sagen NE ich möchte SELBST entscheiden können, WIE ich arbeite, WAS ich mache" (Herr R, A.92). [45]

In berichtendem Stil stellte Herr R ein Ereignis in seinen zentralen Veränderungsaspekten dar (LUCIUS-HOENE & DEPPEMANN 2004, S.153). Das Pronomen "ich" zeigt in Verbindung mit dem Modalverb "wollte" an, dass es hier wiederum um die Absichten und Intentionen des erzählten Ichs ging. Diese waren in diesem Fall darauf gerichtet, einen Beruf zu finden, in welchem die "zeit" im Sinne der Stunden eines Tages selbst eingeteilt werden konnte. Die frühere

Arbeitsstelle bezeichnete Herr R in diesem Zusammenhang als "systEM", womit er auf eine wirtschaftliche Organisation mit starren Hierarchien anspielte, in welcher autoritäre Führungsstile der Gültigkeit hegemonialer Zeitnormen Vorschub leisteten. Die Verben "VORgeben" und "EINteilen" konstruierte er rhythmisch parallel, wodurch er die Notwendigkeit, sich im Rahmen der bisherigen Arbeit in personelle Abhängigkeiten zu fügen, mit der Möglichkeit, die Zeit im Rahmen der neuen Arbeit nach eigenem Ermessen zu gestalten, kontrastierte. Mit dem hervorgehobenen "NE" und "SELBST" thematisierte er abermals den Unwillen des erzählten Ichs, sich Vorgaben zu fügen sowie dessen Absicht, über Form und Inhalt der Arbeit "SELBST" zu bestimmen. [46]

Zentral war die Positionierung des erzählten Ichs durch das erzählende Ich als Person, die angesichts irreversibler körperlicher Einschränkungen über konkrete Handlungsmöglichkeiten verfügt (BETHMANN et al. 2012) und die berufliche Karriere vorantreiben kann. Damit konterkariert die Darstellung die objektivierende *Master Story* des medizinischen Systems (LUCIUS-HOENE 2002, S.182), eine chronische Erkrankung gehe in aller Regel mit beruflichen Einschränkungen einher. Herrn R "rettete" im Zuge des Erzählens eine "persönliche Gegengeschichte". Dies entspricht wiederum einer Form narrativer Bewältigung (S.183). [47]

## 5.5 Äußere Einflussfaktoren

Auf den *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* wirken *äußere Einflussfaktoren*, die ihn befördern oder behindern. So thematisierten die Erzählenden *Vorgaben*, welche ihnen durch Akteur\*innen in institutionellen Einrichtungen gemacht wurden. Sie sprachen über Therapiepläne, die zu eng *getaktet* seien. Frau O schilderte, ihr Alltag werde durch ein umfangreiches Behandlungsprogramm strukturiert, das "keine Freude" (A.16) mache. Sie erläuterte, widerwillig und durch äußere Vorgaben gelenkt zu handeln: "[D]u musst dies oder das, die Ärzte sagen, Du musst schwimmen und laufen so gut es geht" (a.a.O.). Rehakliniken beschrieben Erzählende mitunter als "Getriebe" (Frau V, A.558), "Bienenstock" (Frau V, A.443) oder "Maschinerie" (Frau W, A.19) und nahmen damit auf funktionalistische Abläufe Bezug. *Andererseits* wurden Vertreter\*innen institutioneller Einrichtungen als Akteur\*innen charakterisiert, die Informationen bereitstellten, Behandlungsalternativen aufzeigten und zu individuellen Entscheidungsfindungen beitrugen. Frau B bezeichnete ihren Arzt als "Lotsen" (A.6), der die Behandlung ihrer Brustkrebserkrankung zu ihrer Zufriedenheit begleitet habe. [48]

Auf der sozialen Ebene sind *Pflichten und soziale Rollen* wichtige Einflussfaktoren. Frau U erklärte, sich für den Aufenthalt in einer Rehaklinik entschieden zu haben, da sie dort ihren alltäglichen Verpflichtungen nicht habe nachkommen müssen: "Weil ich einfach mich auf mich konzentrieren wollte und etwas nur für mich machen wollte und nicht wieder in diese Abhängigkeit kommen, wie im alltäglichen Leben [...], hier haste [einen] Termin, hier haste [eine] Verabredung" (A.33). Auf die Elternrolle gingen Erzählende differenziert ein: Manche konstruierten die damit einhergehende Verpflichtungen als etwas,



das ihr Handeln von außen strukturierte und eine Barriere für selbstbestimmtes Handeln darstelle. Besonders Verpflichtungen, die mit der Mutterrolle einhergingen, wurden aber vielfach nicht als *Müssen*, sondern als *Wollen* benannt, womit die Verpflichtungen als verinnerlicht präsentiert wurden. Zudem wurden familiäre und freundschaftliche Bindungen häufig *nicht* als etwas gefasst, das mit Erwartungsdruck und Pflichtgefühl assoziiert ist. [49]

## 5.6 Freiräume

Mit Schilderungen von *Entscheidungen* nahmen die Erzähler\*innen auf *Freiraumerfahrungen* Bezug. Sie thematisierten, angesichts der *Verluste*, die sie erlitten hatten, doch auch *andere* Handlungsoptionen zu haben und sprachen damit über die "Erfahrung, dass es auch anders möglich wäre, weil auch andere Möglichkeiten zugelassen [seien, woraus] sich dann ein anderes Handeln entwickeln" (FIGAL & KEILING 2016, S.17) könne. Die Patient\*innen erläuterten, Tätigkeiten, die solchen Freiraumerfahrungen entsprängen, würden selbstbestimmt ausgeübt werden, da sie den eigenen Absichten Ausdruck verliehen. Zugleich könnten diese *Tätigkeiten* eher *funktional* strukturiert sein, wenn mit ihnen *Ziele* wie die Sicherung des Lebensunterhalts oder die Verbesserung der Gesundheit verfolgt würden. Beispielsweise erklärte Frau U, sie wolle durch ihr Therapieprogramm in der Rehaklinik "fit werden" (A.14). [50]

## 5.7 Mußeräume

### 5.7.1 Erzählen über Mußeräume

Die Erzählenden sprachen auch davon, sich im Alltag *Zeit für sich* zu nehmen. Sie schilderten, *Tätigkeiten* in dieser Zeit bezögen sich darauf, konkrete Räume aufzusuchen und diese zu gestalten, indem "Dinge" (FIGAL & KEILING 2016, S.17) räumlich angeordnet würden. Sie erwähnten auch die Einnahme von Ruhepositionen in konkreten Räumen und dass erst dies ein Tätigsein erlaube, welches "Möglichkeit und Unbestimmtheit" (S.9) erfahrbar werden lasse. Weiterhin thematisierten sie, dass dieses Handeln nicht dem Erreichen von *Zielen diene*, sondern *ergebnisoffen* und *selbstzweckhaft* sei, da es nur auf die eigene Person bezogen sei und beispielsweise mit Wohlbefinden einhergehe. [51]

### 5.7.2 Muße als Reflexion, Routine und Emotion

Herr Z thematisierte einen solchen *Mußeräum*. Zum Zeitpunkt des Interviews war er 77 Jahre alt und hatte fünf Jahre zuvor die Diagnose Darmkrebs erhalten. Er erzählte, sich nach der erfolgreichen Behandlung seiner Erkrankung dazu entschieden zu haben, regelmäßig Führungen durch eine Kapelle zu geben. Dort nehme er sich auch *Zeit für sich*:

"un (.) ää:h wie=gsagt wenn ich jeden (.) tAg auf die kapElle gE:H, (.) auch bei gAnz schwÜlem wEtter, (.) un ich wEiß es kommt kein mEensch, dann isch NIX im OpferstOck, (.) ich setz mich- ich schalte die musik AN, ich setz mich HIN, (.) und BETE oder denke über meine famILIE nAch=ich nÜtz also den besUch auf der

kapelle um SELBSCHT (.) de nütze zu habe um=um IN MICH zu (.) kEhre; also die krEbserkrAnkung !UND! die depressiO:ne, die ham mich nicht von der kirche entfErnt, vom glauBe entfErnt, sondern habe mich nÄher (.) rAnrücke lasse" (Herr Z, A.66). [52]

Auf den ersten Blick weist auch diese Darstellung die charakteristische Binnenstruktur der szenisch-episodischen Erzählung auf (LABOV & WALETZKY 1973 [1967]). In einer *Ankündigung* sprach Herr Z an, auf bereits Bekanntes zu sprechen zu kommen, was interaktiv aufmerksamkeitssteuernd gewirkt haben kann. In einer *Orientierung* vermittelte er, auch unter schwierigen Bedingungen ("auch bei gAnz schwÜlem wEtter") die Kapelle zu besuchen, um dort alleine Zeit zu verbringen. In der *Komplikation* nutzte er eine *Reformulierung* ("ich setz mich-ich schalte die musik AN, ich setz mich HIN"), was darauf verweist, dass es für ihn bedeutsam war, genau *diese* genetische Beziehung zwischen den Handlungselementen erzählerisch herzustellen<sup>40</sup>: Er stellte dar, dass auf das Gehen zur Kapelle die handlungsbezogene Gestaltung des Raums folge, indem die Musik angeschaltet werde. Hierauf werde die Ruheposition des Sitzens eingenommen. Beide Handlungen hätten den Zweck, den konkreten Raum der Kapelle über Wahrnehmungsprozesse auf spezifische Weise erfahrbar zu machen. Als Handlungshöhepunkt inszenierte Herr Z das Beten respektive das Nachdenken. Er präsentierte hier beide Handlungen als denkbar und spielte damit auf den potenziellen Charakter des Handelns an. In einem *Resultat* vermittelte er, das reflexive Tätigsein habe selbstzweckhaften Charakter, da es der inneren Einkehr diene. Trotz seiner Ergebnisoffenheit könne es produktiv werden, indem es die eigene Person durch Einsicht bereichere. Zuletzt präsentierte Herr Z die Quintessenz der "Geschichte": Die beiden Erkrankungen fungierten als Katalysator für die eigene spirituelle Entwicklung. [53]

Herr Z stellte keine *einzelne* Episode *re-inszenierend* dar, sondern erzählte *iterativ*, indem er "wiederholt Auftretendes in eine einzelne Darstellung" (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.125) zusammenfasste. Auf diese Weise konstruierte er das mußevolle Handeln als *routinemäßig*. Er setzte zudem Akzente und Pausen in dichterem Rhythmus. Durch das Setzen von Akzenten in regelmäßigen Abständen drückte er wahrscheinlich *Emphase* aus (S.242), wobei mit einem zum Ausdruck kommenden Affekt in der Regel vorgegeben wird, den während des Geschehens vorherrschenden Affekt zu reproduzieren (S.39f.). Damit weist die Form der sprachlich-kommunikativen Vermittlung der "Geschichte" darauf hin, dass das Handeln von *Emotionen* begleitet wurde. [54]

---

40 Unter der "genetischen Beziehung zwischen Handlungselementen" ist nach LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2004, S.148) die Art und Weise zu verstehen, in der erzählerisch einzelne Elemente einer Handlung untereinander verknüpft werden. Es geht also darum, welche Handlung jeweils zu welcher Folgehandlung führt.

### 5.7.3 Die Muße der Hörerin

Das rhythmische Setzen von Pausen bedeutete eine *Verlangsamung* der Sprechgeschwindigkeit, was sich interaktiv als "Spannungssteigerung durch Verzögerung" (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.242) ausgewirkt haben kann und zudem der Hörerin das intensive und detailreiche Nachvollziehen des Gesagten ermöglichte. Auch die Vermittlung emotionaler Betroffenheit kann einen Effekt auf die Hörerin gehabt haben, die wahrscheinlich "in die Darstellung hineingezogen" (S.228) wurde und "die Gelegenheit zum symbolisch vermittelten Miterleben" (a.a.O.) erhielt. Somit wurden keine Reaktionen der Hörerin *manifest*; dennoch zeichnen sich die Konturen einer Muße in Form der aktiven imaginären und emotionalen Beteiligung an der erzählten Welt ab (FLUDERNIK, KLINKERT & MÜLLER 2023)<sup>41</sup>. Vor allem Ausdruck von Gefühlen schaffte zudem ein interaktives Faktum, welches das empathische Mitschwingen der Hörerin gefördert haben kann. Mit ihrer "Resonanz auf die vermittelten Gefühle" (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.40) hat sie möglicherweise die affektive Auseinandersetzung mit Erinnerungen gestützt und eine "Halte-Funktion" ausgeübt (LUCIUS-HOENE 2002, S.75). Dies ließe sich wiederum als Form der narrativen Bewältigung verstehen (a.a.O.). Insgesamt liegt es damit nahe, dass die Art und Weise, wie Herr Z über Muße sprach, *kontaktknüpfend* wirkte, also eine *phatische Funktion* hatte. [55]

## 6. Fazit

### 6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der Auswertung nach Grounded-Theory-Methodologie ergab sich die zentrale These, dass für *Freiraumerfahrungen* im Kontext der Krankheitserfahrung ein *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* Voraussetzung ist. Eine *Freiheit* von Formen der Fremdbestimmung durch die Erkrankung, aber auch von manchen Rollenerwartungen und Verpflichtungen war damit nicht einfach gegeben, sondern wurde "aktiv und willentlich erarbeitet und erkämpft" (BENGEL & MÜLLER 2023, S.118). Die These war weiterhin, dass auch für selbstbestimmtes, eher funktional strukturiertes Handeln sowie das Schaffen von *Zeit für sich* aktivisch-emanzipatorische Momente relevant sind (siehe Abschnitte 5.6 und 5.7). Nur das Handeln in Muße selbst, charakterisierbar als *selbstzweckhaft* und *ergebnisoffen*, wirkte nicht als gekennzeichnet durch eine "Bewegung des Wollens", die entsteht, wenn durch ein Handeln ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll (a.a.O.). Dennoch entstand der Eindruck, dass "Muße-Handeln" produktiv werden kann, wenn es etwa mit der – beiläufigen – Entstehung neuer Einsichten einhergeht (siehe Abschnitt 5.7.2). In der Folge diskutiere ich die zentralen Befunde hinsichtlich Forschung zu (narrativer) Krankheitsbewältigung und Muße. Abschließend reflektiere ich mein methodisches Vorgehen. [56]

---

41 Noch klarer zeigten sich die Umriss einer solchen Muße aufseiten der Hörer\*innen, wenn Erzählende tatsächlich ein einzelnes Geschehen über verschiedene Darstellungsstrategien re-inszenierten (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.228ff.).

## 6.2 Inhaltliche Reflexion

### 6.2.1 Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung

Der *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* kann darin münden, dass *Entscheidungen* getroffen werden, durch die eigenen Intentionen Ausdruck verliehen wird. Die Ergebnisse der Auswertung nach der GTM entsprechen damit dem Postulat der psychologischen Copingforschung, dass sich die Bewältigung einer chronischen Erkrankung *prozesshaft* vollzieht (BENGEL et al. 2003). Sie weisen zudem Bezüge zu sozialwissenschaftlichen Konzeptionen auf, in welchen ebenfalls dieser Aspekt einer Prozesshaftigkeit der Krankheitsbewältigung betont wurde (CORBIN, STRAUSS & HILDENBRAND 2010; SCHÜTZE 1995). Für die *Maßnahmeplanung* ist relevant, dass die Schritte des *Prozesses des Entwickelns von Selbstbestimmung* Kompetenzen darstellen, die im Kontext von Schulungen in der medizinischen Rehabilitation *erlernt* werden können (REUSCH & FALLER 2022). So weist das Konzept *wie weiß ich, was ich will – in mich hineinhören* Bezüge zur Praxis der Achtsamkeit auf. Hier nehmen Praktizierende intentional eine beobachtende Grundhaltung ein und versuchen, sich ihrer momentanen Erfahrungsinhalte *gewahr* zu werden (SCHMIDT 2014). [57]

Der GTM-Auswertung folgend kann ein *Prozess des Entwickelns von Selbstbestimmung* auch scheitern. Dies verweist auf die große Bedeutung von Kontextfaktoren für das individuelle Handeln (KARBACH et al. 2012). In Bezug auf ein Scheitern des *Prozesses des Entwickelns von Selbstbestimmung* ist das Konzept der *Rückzugsräume* relevant. Rückzug wurde in der rehabilitationspsychologischen Literatur bereits als prekäre Folge krankheitsbedingter (Über-)Belastung beschrieben (KRÄMER & BENGEL 2020). [58]

Die Analysen mit erzähl- und konversationsanalytisch fundierten Interpretationsverfahren ergaben, dass Erzählende entlang des *Prozesses des Entwickelns von Selbstbestimmung* Aspekte einer narrativen Identität mit der Hörerin verhandelten, *indem* sie sich z.B. als Mensch mit einer bestimmten inneren Haltung oder als Person, die ihre Absichten in die Tat umsetzte, *positionierten*. Sie nutzten also den kommunikativen Rahmen der Erzählsituation, um "identitätsbezogene [...] Arbeiten" (OHLBRECHT & MEYER 2020, S.419), die im Rahmen der Krankheitserfahrung anfielen zu leisten. In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten, dass prinzipiell alle Interaktionen zwischen Patient\*innen und anderen Menschen Prozesse der interaktiven Widerspiegelung und Aushandlung sind und genutzt werden können für die im Rahmen der Krankheitserfahrung anfallende Identitäts- und Biografiearbeit. Die Bewältigung einer Erkrankung kann daher unterstützt werden, wenn etwa Akteur\*innen in der medizinischen Rehabilitation "bereit sind, die Begleitung [der] Identitätsarbeit als Teil ihrer Aufgabe [...] anzuerkennen" (LUCIUS-HOENE & NERB 2010, S.103; vgl. auch SCHULZE 2008). [59]

### 6.2.2 Mußeräume

Der GTM-Auswertung zufolge ist die Entstehung von *Mußeräumen* auf Rahmungshandlungen angewiesen, wie dies von Hans-Georg SOEFFNER (2014) aus soziologischer Perspektive beschrieben wurde. Er betonte, damit Muße entstehen könne, sei eine "Hinwendung zu einer außeralltäglichen [...] Zeit- und Raumgestaltung" (S.43) notwendig. Hinsichtlich Rahmungshandlungen erschien im untersuchten Kontext nicht nur das Schaffen von *Zeit für sich* bedeutsam, sondern auch das Aufsuchen *konkreter Räume* und ihre Gestaltung sowie die Einnahme von *Ruhepositionen*. Die Ergebnisse der GTM-Auswertung verweisen darauf, dass Muße raumbezogene Dimensionen aufweist; zuallererst aber als Praktik erscheint, die "zwischen alltäglichem Handlungszwang und einem Nirwana jenseits aller Aktivität" (S.37) angesiedelt ist. Da das Tun in Muße produktiv zu werden scheint, ist es als Bewältigungsressource *abseits* der konkreten Maßnahmeplanung interessant und relevant (BENGEL & MÜLLER 2023). Die Analyse der Erzählungen mit erzähl- und konversationsanalytisch fundierten Verfahren verwies auch auf *zeitliche* und *emotionale* Dimensionen von Muße (siehe Abschnitt 5.7.2). Im Kontext von Krankheitserfahrungen war zudem bedeutsam, dass die Form des Sprechens *über* Muße möglicherweise *phatische Wirkungen* entfaltet (siehe Abschnitt 5.7.3). So fördert der Ausdruck von Gefühlen das empathische Mitschwingen von Zuhörenden, wodurch die Erzählung "zu einer gemeinsamen Konstruktion" (LUCIUS-HOENE 2008, S.92) werden kann. Aspekte der Erkrankung können hierdurch "in sozial und kulturell geteilte Bedeutungen integriert werden" (a.a.O.). Dies lässt sich als wichtige Form der narrativen Bewältigung werten. [60]

Mittels der GTM ließ sich das Konzept der Muße erweitern und differenzieren. So schien für Muße im untersuchten Kontext das Vorliegen eines gewissen Maßes an Entscheidungsmöglichkeiten respektive Selbstwirksamkeit Voraussetzung gewesen zu sein. Es ist anzunehmen, dass bei chronischen Erkrankungen eine grundlegende Krankheitsbewältigung (in Form eines *Prozesses des Entwickelns von Selbstbestimmung*) stattgefunden haben muss, bevor es Patient\*innen wieder möglich ist, in Muße die Gedanken schweifen zu lassen oder Tagträumen nachzuhängen (CHEAURÉ 2017). [61]

### 6.3 Methodische Reflexion

Bei der Anwendung der GTM dienten philosophische Raumbegriffe als sensibilisierende Konzepte, welche den analytischen Blick schärfen und die Abstrahierung anleiten sollten (KASPAR 2013, S.197). Vor allem der Begriff *Freiraumerfahrung* erwies sich im untersuchten Kontext als sehr fruchtbar. Anhand der entwickelten *Grounded Theory* konnten die philosophischen Begriffe aber auch ergänzt werden. So zeigte ich, dass für die Art und Weise, wie *konkrete Räume* erfahren wurden, Erinnerungsprozesse (siehe Abschnitt 5.2) sowie visuelle, haptische und auditive Wahrnehmungsprozesse (siehe Abschnitt 5.7.2) zentral waren. Zwar habe ich meine "präkonzeptuell geprägte *theoretische* Sensivität [...] selbstreflexiv durchgearbeitet" (BREUER et al. 2018, S.248). Dennoch enthalten die Konzepte *Freiräume* und *Mußeräume* einen "hohen Anteil

an Idealisierungen und Abstraktionen" (S.254) und es ist fraglich, ob sie noch ausreichend "die Aura ihres empirischen Referenzobjekts besitzen" (BREUER 2010, S.76). [62]

Die erzähl- und konversationsanalytisch fundierten Interpretationsverfahren entlehnte ich dem "Paradigma rekonstruktiver Forschung" (SCHWABE 2003, §8). Auch hier spielt Vorwissen im Vorfeld einer empirischen Untersuchung eine Rolle, indem es sich etwa auf die Formulierung von Forschungsfragestellungen auswirkt. Dennoch ist hier das methodologische Prinzip der "Datenzentrierung" (LUCIUS-HOENE & DEPPEMANN 2004, S.107) wichtig, welches besagt, dass das Vorwissen der Forschenden in einem Spannungsverhältnis mit der Aufgabe steht, "die immanente Struktur des Interviewtextes selbst zu rekonstruieren" (S.106). In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass keine\*r der Erzähler\*innen *explizit* über Muße sprach. Hierdurch blieb bei mir zumindest ein Restzweifel bestehen, ob für sie im Interview das Konzept wirklich "orientierungsrelevant" (a.a.O.) war. Um weiter zu explorieren, inwiefern Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen ein Muße-Konzept nutzen, um ihre Erlebnisse zu deuten, könnte in zukünftigen qualitativen Studien explizit nach Muße gefragt werden. [63]

## Literatur

Abels, Heinz (2006). *Identität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bamberg, Michael (2011). Who am I? Narration and its contribution to self and identity. *Theory & Psychology*, 21(1), 3-24.

Bamberg, Michael & Georgakopoulou, Alexandra (2008). Small stories as a new perspective in narrative and identity analysis. *Text & Talk*, 28, 377-396.

Bandura, Albert (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Worth.

Bartl, Reiner (2022). *Morbus Sudeck (CRPS)*. *Fortschritte in Pathogenese, Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer.

Behrmann, Laura C. (2008). Review: Birgit Griese & Hedwig Rosa Griesehop (2007). Biographische Fallarbeit. Theorie, Methode und Praxisrelevanz. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(3), Art. 24, <https://doi.org/10.17169/fqs-9.3.1008> [Datum des Zugriffs: 13. Juli 2023].

Bengel, Jürgen & Helmes, Almut (2011). Rehabilitation. In Meinrad Perrez & Urs Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S.530-553). Bern: Huber.

Bengel, Jürgen & Lyssenko, Lisa (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://repository.publisso.de/resource/frl:5111600-1/data> [Datum des Zugriffs: 12. Juli 2023].

Bengel, Jürgen & Müller, Lisa (2023). Krankheit. In Gregor Dobler & Tilman Kasten (Hrsg.), *Muße und Mußeforschung. Ein Kompendium* (S.112-121). Tübingen: Mohr Siebeck.

Bengel, Jürgen; Beutel, Manfred; Broda, Michael; Haag, Gunther; Härter, Martin; Lucius-Hoene, Gabriele; Muthny, Fritz A.; Potreck-Rose, Friederike; Stegie, Reiner & Weis, Joachim (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung: Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53(2), 83-93.

Berg, Charles & Milmeister, Marianne (2008). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden: Über die Kodiervorgänge der Grounded Theory Methodologie. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), Art. 13, <https://doi.org/10.17169/fqs-9.2.417> [Datum des Zugriffs: 12. Juli 2023].

Berlin, Isaiah (1969). *Four essays on liberty*. Oxford: Oxford University Press.

- Bernhard, Stefan (2014). Identitätskonstruktionen in narrativen Interviews. Ein Operationalisierungsvorschlag im Anschluss an die relationale Netzwerktheorie. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(3), Art. 1, <https://doi.org/10.17169/fqs-15.3.2130> [Datum des Zugriffs: 13. Juli 2023].
- Bethmann, Stephanie; Helfferich, Cornelia; Hoffmann, Heike & Niermann, Deborah (2012). *Agency: Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Beutel, Manfred (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Ed. Medizin, VCH.
- Bickenbach, Jerome; Sabariego, Carla; Stucki, Gerold & Buschmann-Steinhage, Rolf (2022). Zielgruppen der Rehabilitation. In Thorsten Meyer, Jürgen Bengel & Markus Antonius Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (S.58-69). Bern: Hogrefe.
- Breuer, Franz (2010). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breuer, Franz; Muckel, Petra & Dieris, Barbara (2018). *Reflexive Grounded Theory*. Berlin: Springer VS.
- Breuning, Martina; Lucius-Hoene, Gabriele; Burbaum, Christina; Himmel, Wolfgang & Bengel, Jürgen (2017). Das Website-Projekt DIPEX Germany. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(4), 453-461.
- Bury, Michael (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Bury, Michael (2001). Illness narratives: Fact or fiction?. *Sociology of Health and Illness*, 23(3), 263-285.
- Buschmann-Steinhage, Rolf & Widera, Teresia (2016). Grundlagen der Rehabilitation. In Jürgen Bengel & Oskar Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S.13-24). Berlin: Springer.
- Charmaz, Kathy (1987). Struggling for a self: Identity levels of the chronically ill. In Julius A. Roth & Peter Conrad (Eds.), *The experience and management of chronic illness* (pp. 283-321). Greenwich: JAI Press.
- Charon, Rita (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cheauré, Elisabeth (2017). Faulheit, Muße, Kreativität. Überlegungen zur Oblomowerei. In Gregor Dobler & Peter Philipp Riedl (Hrsg.), *Muße und Gesellschaft* (S.267-288). Tübingen: Mohr Siebeck, [https://www.mohrsiebeck.com/buch/musse-und-gesellschaft-9783161551567?no\\_cache=1](https://www.mohrsiebeck.com/buch/musse-und-gesellschaft-9783161551567?no_cache=1) [Datum des Zugriffs: 31. Mai 2023].
- Corbin, Juliet M. & Strauss, Anselm L. (2015 [1990]). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm L. & Hildenbrand, Astrid (2010). *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber.
- Corti, Louise & Bishop, Libby (2005). Strategies in teaching secondary analysis of qualitative data. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(1), Art. 47, <https://doi.org/10.17169/fqs-6.1.509> [Datum des Zugriffs: 15. Juli 2023].
- Coyne, Imelda (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630.
- De Fina, Anna & Georgakopoulou, Alexandra (2012). *Analyzing narrative. Discourse and sociolinguistic perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, Arnulf (2013). Editorial: Positioning in narrative interaction. *Narrative Inquiry*, 23(1), 62-88.
- Faltermeier, Toni (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz.
- Figal, Günter & Keiling, Tobias (2016). Das raumtheoretische Dreieck. In Günter Figal, Hans W. Hubert & Thomas Klinkert (Hrsg.), *Die Raumzeitlichkeit der Muße* (S.9-28). Tübingen: Mohr Siebeck, [https://viewer.content-select.com/pdf/viewer?id=5394&id\\_type=isbn&identifiers=9783161547515&signature=92e8105fba5cc91bf44d87b756fe7439aa20a048&frontend=1&language=deu&session=mLpppEtcgrwydqbyZeHk1lCJTj4rt1GQGTsF5x E1N7yKyipMQdgjFqg8xVbLCxU](https://viewer.content-select.com/pdf/viewer?id=5394&id_type=isbn&identifiers=9783161547515&signature=92e8105fba5cc91bf44d87b756fe7439aa20a048&frontend=1&language=deu&session=mLpppEtcgrwydqbyZeHk1lCJTj4rt1GQGTsF5x E1N7yKyipMQdgjFqg8xVbLCxU) [Datum des Zugriffs: 30. Oktober 2020].

- Filipp, Sigrun-Heide & Aymanns, Peter (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [Flick, Uwe](#) (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (10. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Freud, Anna (1946 [1936]). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. London: Imago.
- Fludernik, Monika; Klinkert, Thomas & Müller, Lisa (2023). Erzählen. In Gregor Dobler & Tilman Kasten (Hrsg.), *Muße und Mußeforschung. Ein Kompendium* (S.39-47). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Fuchs-Heinritz, Werner (2005). *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gerdes, Nikolaus (1986). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach dem Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsbewältigung bei Krebs. In Werner Schmidt (Hrsg.), *Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs* (S.10-34). München: Kaiser.
- [Gergen, Kenneth](#) & Gergen, Mary (1987). The self in temporal perspective. In Ronald Abeles (Ed.), *Life-span perspectives and social psychology* (S.121-137). London: Lawrence Erlbaum.
- Gimmel, Jochen & Keiling, Tobias (2016). *Konzepte der Muße*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1998 [1967]). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Hallberg, Lillemor M. & Carlsson, Sven G. (2000). Coping with fibromyalgia. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1), 29-36.
- Hydén, Lars-Crister (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*, 19, 48-69.
- Hydén, Lars-Crister & Brockmeier, Jens (2008). *Health, culture and illness: Broken narratives*. New York, NY: Routledge.
- Karbach, Ute; Stamer, Maren; Holmberg, Christine; Gütthlin, Corina; Patzelt, Christiane & Meyer, Thorsten (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland – ein exemplarischer Überblick. *Gesundheitswesen*, 74, 516-525.
- Kaspar, Heidi (2013). Raumkonstruktionen aus Erzählungen rekonstruieren. Reflexionen aus einem Forschungsprojekt zur Untersuchung von "Park-Räumen". In Eberhard Rothfuß & Thomas Dörfler (Hrsg.), *Raumbezogene qualitative Sozialforschung* (S.175-200). Wiesbaden: Springer VS.
- Kendel, Friederike & Sieverding, Monika (2012). Krankheitsverarbeitung – Coping. In Elmar Brähler & Bernhard Strauß (Hrsg.), *Grundlagen der medizinischen Psychologie* (S.461-485). Göttingen: Hogrefe.
- Kleinman, Arthur (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Krämer, Lena & Bengel, Jürgen (2016). Chronische körperliche Krankheit und Krankheitsbewältigung. In Jürgen Bengel & Oskar Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S.25-36). Berlin: Springer.
- Krämer, Lena & Bengel, Jürgen (2020). Chronische körperliche Krankheit und Krankheitsbewältigung. In Jürgen Bengel & Oskar Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (2. akt. u. erw. Aufl., S.31-43). Berlin: Springer.
- Kruse, Jan (2015). *Qualitative Interviewforschung Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Labov, William & Waletzky, Joshua (1973 [1967]). Erzählanalyse: Mündliche Versionen persönlicher Erfahrungen. In Jens Ihwe (Hrsg.), *Literaturwissenschaft und Linguistik, Band 2* (S.78-126). Frankfurt/M.: Athenäum.
- Lange, Karin (2019). Bewältigung und Umgang mit chronischen Krankheiten. In Robin Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S.311-321). Berlin: Springer.
- Lazarus, Richard & Folkman, Susan (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Livneh, Hanoach (2009). Denial of chronic illness and disability: Teil 1. Theoretical, functional, and dynamic perspectives. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(4), 225-236.
- Löw, Martina (2001). *Raumsoziologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2000). Konstruktion und Rekonstruktion narrativer Identität. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 18, <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1087> [Datum des Zugriffs: 10. Februar 2023].



- Lucius-Hoene, Gabriele (2002). Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 4(3), 166-203.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2008). Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Die Rehabilitation*, 47(2), 90-97.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Deppermann, Arnulf (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Nerb, Nicole (2010). Hirnschädigung, Identität und Biographie. In Peter Frommelt & Hubert Lösslein (Hrsg.). *Neuro-Rehabilitation* (S.93-106). Berlin: Springer.
- Lucius-Hoene, Gabriele; Breuning, Martina & Palant, Alexander (2015). Patientenerfahrungen als Ressource: Die Website [www.krankheitserfahrungen.de](http://www.krankheitserfahrungen.de). In Volker Amelung, Susanne Eble, Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägel, Susanne Ozegowski & Rolf-Ulrich Schlenker (Hrsg.). *Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität* (S.248-253). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- MacAdams, Dan; Josselson, Ruthellen & Lieblich, Arnia (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington DC: American Psychological Association.
- Macchi, Vladimiro (1978). *Langenscheidts Taschenwörterbuch der italienischen und deutschen Sprache*. Berlin: Langenscheidt.
- Medjedović, Irena (2011). Secondary analysis of qualitative interview data: objections and experiences. Results of a German feasibility study. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(3), Art. 10, <https://doi.org/10.17169/fqs-12.3.1742> [Datum des Zugriffs: 13. Juli 2023].
- Medjedović, Irena (2022). Qualitative Daten für die Sekundäranalyse. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S.223-232). Wiesbaden: Springer.
- Medjedović, Irena & [Witzel, Andreas](#) (2005). Sekundäranalyse von Interviews: Verwendung von Kodierungen und theoretischen Konzepten der Primärstudie. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(1), Art. 46, <https://doi.org/10.17169/fqs-6.1.507> [Datum des Zugriffs: 13. Juli 2023].
- [Mey, Günter](#) & [Mruck, Katja](#) (2011). Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2. erw. u. akt. Aufl., S.11-48). Berlin: Springer VS.
- Mey, Günter & Ruppel, Paul S. (2016). Narrativität in der Grounded-Theory-Methodologie. In Claudia Equit & Cristoph Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis* (S.273-289). Weinheim: Beltz Juventa.
- Mishler, Elliot (1986). *Research interviewing. Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Muthny, Fritz A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung: FKV*. Weinheim: Beltz Test.
- Ohlbrecht, Heike & Meyer, Thorsten (2020). Qualitative Gesundheitspsychologie und Gesundheitsforschung. In Günther Mey und Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S.415-430). Springer: Berlin.
- Reusch, Andrea & Faller, Hermann (2022). Patientenschulung und Gesundheitsbildung. In Thorsten Meyer, Jürgen Bengel & Markus Antonius Wirtz (Hrsg.). *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (S.531-539). Bern: Hogrefe.
- [Rosenthal, Gabriele](#) (2010). Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Zur Wechselwirkung zwischen Erleben, Erinnern und Erzählen. In Birgit Griese (Hrsg.), *Subjekt – Identität – Person? Reflexionen zur Biographieforschung* (S.197-218). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rudolph, Elisabeth (1996). *Contrast: Adversative and concessive relations and their expression in English, German, Spanish and Portuguese on sentence level and text level*. Berlin: De Gruyter.
- Schmidt, Stefan (2014). "Achtsamkeit". Ein buddhistisches Konzept erobert die moderne Gesundheitsforschung. *Freiburger Universitätsblätter*, 102, 107-126.
- Schütze, Fritz (1983). Biographieforschung und narratives Interviews. *Neue Praxis*, 13(3), 283-293.
- Schütze, Fritz (1995). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In Heinz-Hermann Krüger & Winfried Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (S.191-224). Opladen: Leske + Budrich.

- Schulze, Heidrun (2008). Lebensgeschichtliches Erzählen im Kontext von Beratung und Therapie. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 1, <https://doi.org/10.17169/fqs-9.1.326> [Datum des Zugriffs: 13. Juli 2023].
- Schwabe, Meike (2003). Review: Gabriele Lucius-Hoene & Arnulf Deppermann (2002). Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 4(3), Art. 5, <https://doi.org/10.17169/fqs-4.3.691> [Datum des Zugriffs: 10. Februar 2023].
- Selye, Hans (1956). *The stress of life. Implications and applications*. New York: McGraw-Hill.
- Sherif, Victoria (2018). Evaluating preexisting qualitative research data for secondary analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 19(2), Art. 7, <https://doi.org/10.17169/fqs-19.2.2821> [Datum des Zugriffs: 13. Juli 2023].
- Soeffner, Hans-Georg (2009). Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (9. Aufl., S.164-175). Reinbek: Rowohlt.
- Soeffner, Hans-Georg (2014). Muße – Absichtsvolle Absichtslosigkeit. In Burkhard Hasebrink & Peter Philipp Riedl (Hrsg.), *Muße im kulturellen Wandel: Semantisierungen, Ähnlichkeiten, Umbesetzungen* (S.34-53). Berlin: De Gruyter.
- Stanzel, Franz K. (1979). *Theorie des Erzählens*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Steffens, Wolfgang & Kächele, Horst (1988). Abwehr und Bewältigung – Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich?. In Horst Kächele & Wolfgang Steffens (Hrsg.), *Bewältigung und Abwehr: Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten* (S.1-50). Berlin: Springer.
- Strauss, Anselm L. & Corbin, Juliet M. (1996 [1990]). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Strübing, Jörg (2018). Grounded Theory: Methodische und methodologische Grundlagen. In Christian Pentzold, Andreas Bischof & Nele Heise (Hrsg.), *Praxis Grounded Theory* (S.27-52). Wiesbaden: Springer VS.
- Thomm, Monika (2016). Chronischer Schmerz und Komorbidität. In Monika Thomm (Hrsg.), *Schmerzmanagement in der Pflege* (S.131-147). Berlin: Springer.
- Weis, Joachim & Faller, Hermann (2012). Psychosoziale Folgen bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55, 501-508.
- Wortham, Stanton (2001). *Narratives in action. A strategy for research and analysis*. New York, NY: Teachers College Press.
- Ziebland, Sue (2013). Narrative interviewing. In Susan Ziebland, Angela Coulter, Joseph D. Calabrese & Louise Locock (Eds.), *Understanding and using health experiences: Improving patient care* (S.38-48). Oxford: Oxford University Press.
- Ziebland, Sue & McPherson, Anne (2006). Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical Education*, 40(5), 405-414.

## Zur Autorin

Lisa Maria MÜLLER ist Psychologin und war von 2017 bis 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sonderforschungsbereich 1015 "Muße. Grenzen, Raumzeitlichkeit, Praktiken" an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Ihre Forschungsinteressen umfassen qualitative Gesundheitspsychologie, Erzähltheorie und Muße.

Kontakt:

Dr. Lisa Maria Müller

Arbeitsgruppe für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
Institut für Psychologie  
Engelbergerstraße 41, D-79106 Freiburg

Tel.: +49-761-203-3046

E-Mail: [lm.mueller@outlook.de](mailto:lm.mueller@outlook.de)

URL: <https://www.sfb1015.uni-freiburg.de/de/personen/promovierende/lisa-mueller>

## Zitation

Müller, Lisa Maria (2023). Muße in Krankheitszeiten – eine qualitative Analyse narrativer Interviews [63 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 24(3), Art. 8, <https://doi.org/10.17169/fqs-24.3.4024>.