



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

## **Krankheitsspezifische Bildungsprozesse von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung**

verfasst von

Simone Lubowitzki, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreut von: Mag. Dr. Tamara Katschnig, Privatdoz.



## **Abstract**

Anxiety and depression are frequently side effects of cancer (Krebsgesellschaft 2011). In order to counteract this and rebuild health within the meaning of the bio-psycho-social model of Schwartz (1978, 1979, 1982, 1988), a questionnaire was developed which includes the HADS-D scale of Zigmont and Snait (1983), physical and socioeconomic factors (e. g. education and net income). The results were analyzed and interpreted by three exemplarily selected educational theories. These were the following: Wilhelm von Humboldt (1960), Hartmut von Hentig (1996) and Wolfgang Klafki (1959; 1996). Statistical analysis by using SPSS offer four negative correlations: the lower education or family net income was, the higher values for anxiety and depression of cancer patients is. Based on interpretations of education science point of view there are the following results: there is no dealing appropriately with specific questions or advice, criticism or instruction (Hentig 1996), no interaction between self and world (Humboldt 1960) and no appropriate method to autonomous acquisition of an object. The reasons for anxiety and depression of cancer patients with lower net income attributable to existential and financial worries (Bourdieu 1983). Exercises, which include instructions (Hentig 1996), and coping strategies (Angenendt 2011), which unfold inherent powers (Klafki 1959), could counteract anxiety and depression of cancer patients with low education. To oppose socioeconomic-related anxiety and depression of cancer patients several short conversations between the doctor and the patient may be useful by continuity in order to gain hope and a sense of security help (Fässler-Weibel, Gaiger 2009; Klocker-Kaiser 2013).

## **Zusammenfassung**

Angst und Depressivität gelten als häufige Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung (Krebsgesellschaft 2011). Um diesen entgegenzuwirken und in weiterer Folge Gesundheit entsprechend dem bio-psycho-sozialen Ansatz nach Schwartz (1978, 1979, 1982, 1988) herzustellen, wurden mittels der Fragebogenmethode Werte für Angst und Depressivität anhand der HADS-D Skala nach Zigmont und Snait (1983) sowie körperliche und sozioökonomische Daten (Schulbildung und Einkommen) ermittelt. Die Ergebnisse der Studie wurden anhand drei exemplarisch ausgewählter Bildungstheorien analysiert und interpretiert. Dabei wurden die Bildungstheorien nach Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) herangezogen. Durch statistische Auswertungen mittels SPSS konnten vier negative Korrelationen festgestellt werden, welche besagen: Je geringer die Schulbildung bzw. das Familiennettoeinkommen desto höher die Werte für Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen. Aus bildungswissenschaftlicher Sicht konnten ein nicht angemessener Umgang mit spezifischen Fragen bzw. Rat, Kritik oder Belehrung (Hentig 1996), eine nicht gegebene Wechselwirkung zwischen Ich und Welt (Humboldt 1960) sowie eine entsprechende Methode zur selbständigen Aneignung eines Gegenstandes (Klafki 1959) als Gründe für Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung festgestellt werden. Bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen sind die Gründe für Angst bzw. Depressivität auf existenzielle sowie finanzielle Sorgen (Bourdieu 1983) zurückzuführen. Der Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung kann durch Übungen (Angenendt 2011), welchen ein Schulungsinhalt vorausgeht (Hentig 1996), sowie durch Bewältigungsstrategien (Angenendt 2011), um innewohnende Kräfte zu entfalten (Klafki 1959) entgegenwirkt werden. Um sozioökonomisch bedingter Angst und Depressivität von KrebspatientInnen entgegenzuwirken, können mehrere kurze Gespräche zwischen dem/der ÄrztIn und dem/der PatientIn letztendlich durch Kontinuität zu Hoffnung und einem Gefühl der Sicherheit verhelfen (Fässler-Weibel 2009, Klocker-Kaiser 2013).

## **Vorwort und Danksagung**

Die vorliegende Masterthesis ist die Abschlussarbeit meines fünf jährigen Universitätsstudiums der Bildungswissenschaft in Wien. Sie entstand in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Psychoonkologie der Abteilung für Hämatologie, Interne I an der Medizinischen Universität Wien unter Anleitung von Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger. Aufgrund eines Praktikums im Rahmen der postgraduellen psychotherapeutischen Ausbildung hatte ich die Möglichkeit, bei einer psychoonkologischen Studie an der Medizinischen Universität Wien mitzuwirken. Dabei wurden anhand der Durchführung einer Basisdiagnostik mit KrebspatientInnen grundlegende körperliche, psychische und soziale, mit der Krebserkrankung einhergehende Faktoren erhoben. Zum Zeitpunkt Juli 2014 umfasst die Studie etwa 6500 befragte KrebspatientInnen. Die statistische Auswertung und Analyse der Daten soll Ausgangspunkt für eine neue Studie ebenfalls im Bereich der Psychoonkologie sein, welche ab Herbst 2014 entwickelt und durchgeführt werden soll. Zentraler Aspekt der entstehenden Studie werden krankheitsbezogene, speziell auf die Krebserkrankung ausgerichtete Bildungsprozesse und Fertigkeiten für die persönliche Bewältigung der Erkrankung mittels E-Smart Geräten sein, die ihren individuellen Einsatz bei den KrebspatientInnen zu Hause finden. Diese Masterthesis zeigt also die Schnittstelle zwischen der Evaluierung einer wissenschaftlichen Studie und einer auf diesen Ergebnissen basierenden Entwicklung eines neuen Forschungsgegenstandes auf.

Besonderen Dank gilt an dieser Stelle Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger, Leiter der hämatologischen Ambulanz, Programmdirektor für Psychoonkologie der Klinik I für Innere Medizin am AKH Wien sowie ausgebildeter Psychotherapeut, für das Vertrauen und die Chance zur Mitwirkung an beiden Studien sowie die Unterstützung und Förderung sämtlicher Art.

Ebenfalls möchte ich mich bei meiner Masterthesisbetreuerin Dr. Tamara Katschnig für ihre sehr engagierte Betreuung und inspirierenden Anregungen während des Schreibprozesses meiner Masterthesis bedanken.

Mein tiefster Dank gilt meiner Familie, meinen Eltern Hartmut und Ingeborg Lubowitzki, meinem Bruder Stefan Lubowitzki sowie meinem Lebenspartner Christian Hofsepian – sie standen immer hinter mir und haben mich in all meinen Entscheidungen unterstützt.

Bei meiner Studienkollegin und Freundin Marlies Huttarsch möchte ich mich für die moralische Unterstützung während des gesamten Studiums bedanken.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Zum Begriff Psychoonkologie.....	5
2.1 Definition.....	5
2.2 Zum Begriff onkologische Erkrankung.....	8
2.3 Angst und Depressivität .....	10
2.4 ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation .....	12
2.5 Psychoedukation in der Psychoonkologie .....	16
3. Zum Begriff Bildungsprozess .....	24
3.1 Formale, nicht formale und informelle Bildung.....	25
3.2 Bildung nach Wilhelm von Humboldt .....	27
3.3 Bildung nach Hartmut von Hentig .....	29
3.4 Bildung nach Wolfgang Klafki .....	35
3.5 Soziale Ungleichheit – Bildung als Kapital.....	37
4. Forschungsvorhaben .....	44
4.1 Aktueller Forschungsstand .....	44
4.2 Beschreibung der Stichprobe.....	46
4.3 Forschungsfrage und Hypothesen .....	47
4.4 Zielstellung .....	49
5. Methode .....	53
5.1 Zur Fragebogenmethode.....	54
5.1.1 Klassifikationsmöglichkeiten von Fragebogen.....	55
5.1.2 Fragenauswahl .....	56
5.1.3 Richtlinien zur Formulierung der Items.....	58
5.1.4 Antwortformate.....	58
5.1.5 Skalenniveaus .....	59
5.1.6 Layout .....	60
5.2 Zum Fragebogen der psychoonkologischen Studie.....	61
6. Studienergebnisse .....	66
6.1 Statistische Auswertung und Interpretation.....	66

6.1.1 Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und HADS-D Wert für Angst.....	69
6.1.2 Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und HADS-D Wert für Depressivität .....	73
6.1.3 Zusammenhang zwischen Familiennettoeinkommen und HADS-D Wert für Angst .....	75
6.1.4 Zusammenhang zwischen Familiennettoeinkommen und HADS-D Wert für Depressivität.....	77
6.2 Bildungswissenschaftliche Ergebnisinterpretation.....	81
6.2.1 Auswirkungen des Bildungsniveaus auf Angst und Depressivität .....	81
6.2.2 Konstituierung krankheitsspezifischer Bildungsprozesse von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung.....	85
6.2.3 Die Auswirkungen des Familiennettoeinkommens auf Angst und Depressivität .....	88
6.2.4 Maßnahmen gegen sozioökonomisch bedingte Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen .....	92
6.3 Anmerkungen und Kritik zur durchgeführten Studie .....	95
7. Ausblick: Weiterführende Forschung .....	99
8. Resümee.....	104
9. Tabellenverzeichnis .....	109
10. Literaturverzeichnis .....	110
11. Anhang.....	115
11.1 Basisdiagnostik.....	115
11.2 Lebenslauf .....	119

# 1. Einleitung

Jährlich erkranken in Österreich rund 38.000 Menschen an Krebs (Statistik Austria 2014). Nach der Diagnose „Krebs“ sind die Betroffenen häufig traumatisiert, aufgrund der Angst (vor Ungewissheiten jeglicher Art, dem eigenen Tod, etc.) einer Existenz bedrohenden Erkrankung (Gaiger 2009). Bei einer Krebserkrankung ist nicht nur der Körper betroffen, sondern zugleich auch die Psyche und das soziale Umfeld des/der PatientIn (Gaiger 2013, 36). Die Psychoonkologie ist ein Tätigkeitsfeld, das sich mit der Verknüpfung und dem Zusammenwirken dieser drei Komponenten auseinandersetzt. Sie arbeitet nach dem ganzheitlichen Ansatz des bio-psycho-sozialen Modells nach Schwartz (Kanfer et al. 1996, 27). Das Biologische bezieht sich auf körperliche Faktoren (wie z.B. Bewegung, Ernährung), das Psychologische meint die Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens (die Persönlichkeit) sowie den individuellen Lebensstil, und schließlich das Soziale umfasst die familiären, beruflichen, gesellschaftlichen und umweltbezogenen Lebensbedingungen (Egger 2008, 19). Um Gesundheit zu erhalten, braucht es eine Einheit dieser drei Teilbereiche; ist beispielsweise durch eine Krebserkrankung ein Teilbereich unterbrochen, ist das System gestört (Kanfer 1996, 27).

Im Rahmen einer psychoonkologischen Studie an der Medizinischen Universität Wien wurde eine Basisdiagnostik mit onkologischen PatientInnen durchgeführt. Dabei konnten Daten ermittelt werden, welche die drei Teilbereiche des bio-psycho-sozialen Modells umfasst. Die Datenerhebung fand an der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Univ.-Prof. Alexander Gaiger via Fragebogen statt. Diesbezüglich wurden ca. 6500 PatientInnen mit einer diagnostizierten onkologischen Erkrankung<sup>1</sup> (Stand Juli 2014) befragt. Die Erhebung einer Basisdiagnostik bedeutet, es werden grundlegende Sachverhalte (sowohl körperlicher als auch psychischer Natur) sowie persönliche Informationen (sozioökonomischer Status) erfasst. Die Befragung fand unter Anwendung der Fragebogenmethode statt. Für die vorliegende Masterthesis sollen insbesondere die Komponenten Bildung und Einkommen sowie Angst und Depressivität herausgegriffen wer-

---

<sup>1</sup> Krebs ist eine klassifizierte Erkrankung nach ICD-10. In der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) werden, ausgehend von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssysteme der Medizin aufgelistet. ICD-10 steht für die 10.Ausgabe und die Version 2013.

den. Diese Daten werden mit Hilfe des statistischen Datenanalyseprogramms SPSS auf Korrelation untersucht.

In weiterer Folge werden die statistischen Ergebnisse anhand drei exemplarisch ausgewählten Definitionen von Bildung nach Wilhelm von Humboldt (1960), Hartmut von Hentig (1996) und Wolfgang Klafki (1959, 1996), den Ausführungen Reinhard Kreckels (2004) zur sozialen Ungleichheit und der Kapitaltheorie nach Pierre Bourdieu (1983) analysiert und interpretiert. Auf diese Weise wird eine medizinisch-psychologische Studie aus dem Blickwinkel der Bildungswissenschaft betrachtet. Die Beweggründe für die Entscheidung der ausgewählten Theorien sollen an anderer Stelle dargelegt werden. Des Weiteren werden die Ausführungen der drei Bildungstheorien mit dem psychoedukativen Kurzprogramm nach Gabriele Angenendt (2011) verknüpft, um krankheitsspezifische Bildungsprozesse zu konstituieren. Psychoedukation dient dazu, den/die KrebspatientIn zum/zur ExpertIn seiner/ihrer Erkrankung zu machen (Schratter-Sehn 2013, 45). Auf diese Weise kann Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung durch krankheitsspezifische Aufklärung und Übungen entgegengewirkt werden. Um Maßnahmen gegen sozioökonomisch bedingte Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen zu entwickeln, werden Kreckels Ausführungen zur sozialen Ungleichheit sowie Bourdieus Kapitaltheorie herangezogen und mit Ansätzen einer ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation verknüpft. Dementsprechend lauten die Forschungsfragen der vorliegenden Masterthesis:

*Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren (wie Bildung und Einkommen) und Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen? In welcher Weise lassen sich krankheitsspezifische Bildungsprozesse von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung konstituieren?*

Angst und Depressivität sind häufig auftretende Symptome einer Krebserkrankung. Um diese psychischen Befindlichkeiten von PatientInnen zu erfassen, wurde die HADS-D Skala nach Zigmond und Snaith (1983) herangezogen. Bereits zum Erstgespräch besteht eine emotionale Belastung und Anspannung (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 31-34). Mit der Diagnose gehen schließlich ein Schock, Ohnmachtsgefühl sowie Kontrollverlust einher (Weis et al. 2006, 2). Durch die

Krebserkrankung verspüren PatientInnen häufig Angst (z.B. existenziell oder finanziell bedingt), Verzweiflung oder Niedergeschlagenheit (Krebsgesellschaft 2011). Auch können Belastungen so groß werden, dass „die eigenen Kräfte und auch die Unterstützung durch Angehörige und Freunde nicht ausreichen, um sie zu bewältigen“ (Stamatiadis-Smidt et al. 2006, 163). Ziel dieser Arbeit ist es, sozioökonomische Faktoren, wobei in dieser Arbeit der Fokus speziell auf Bildung und Einkommen liegt, dahingehend zu untersuchen, ob und inwiefern sie Angst und Depressivität bei KrebspatientInnen bedingen und wie dem entgegenzuwirken ist.

Dementsprechend wurde der Aufbau dieser Thesis wie folgt gewählt: Nach der Einleitung wird eingehend der Begriff, das Tätigkeitsfeld, die Interdisziplinarität und die Methode der Psychoonkologie vorgestellt. Des Weiteren wird explizit auf die Krebserkrankung und die einhergehenden Faktoren und Belastungen, wie Angst und Depressivität, eingegangen. Weitere Kapitel zeigen die Aspekte der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation sowie die Psychoedukation in der Psychoonkologie auf. Die Psychoedukation mit Krebskranken wird sowohl anhand von Einzelsitzungen, wie dem psychoedukativen Kurzprogramm nach Angenendt (2011), als auch anhand von Gruppeninterventionen nach Weis et al. (2006) vorgestellt. Das Kurzprogramm nach Angenendt wird im 6.Kapitel schließlich für die Konstituierung von krankheitsspezifischen Bildungsprozessen herangezogen. Im 3.Kapitel wird der Begriff Bildung differenziert, d.h. zunächst erfolgt eine grundsätzliche Abgrenzung von formaler, nicht formaler und informeller Bildung. Darauf folgend werden drei exemplarisch ausgewählte Bildungstheorien ausgeführt. Dabei fiel die Entscheidung auf die Bildungstheorie nach Wilhelm von Humboldt (1960), da er als einer der einflussreichsten Bildungstheoretiker und bedeutender Reformers des Bildungswesens des 19.Jahrhunderts gilt<sup>2</sup> und auf die Bildungstheorie nach Hartmut von Hentig (1996), da er einen kritischen Blick auf das bestehende Bildungswesen wirft und anhand von sechs Maßstäben neue Ansätze einer Bildungstheorie liefert. Des Weiteren wurde der bildungstheoretische Ansatz nach Wolfgang Klafki (1959, 1996) ausgewählt, da dieser eine ganzheitliche Bildung des Menschen anstrebt. In weiterer Folge wird die Definition und Abgrenzung

---

<sup>2</sup> (Lohrmann 2009)

sozialer Ungleichheit nach Reinhard Kreckel (2004) vorgenommen sowie die Ausführungen Pierre Bourdieus (1983) zur Kapitaltheorie, da sich Überschneidungen zwischen beiden Darstellungen hinsichtlich ungleicher Verteilung von Ressourcen bzw. Kapitalien feststellen lassen. Die Darstellungen des 3.Kapitels dienen dazu, die statistisch ausgewerteten Daten im 6.Kapitel theoriegestützt zu analysieren und zu interpretieren. Im 4.Kapitel wird das Forschungsvorhaben der psychoonkologischen Studie rund um die Basisdiagnostik vorgestellt. Darin finden Berücksichtigung: der aktuelle Forschungsstand, die Beschreibung der Stichprobe, die aufgestellten Hypothesen und die Zielstellung dieser Masterthesis. Die angewandte Fragebogenmethode der Basisdiagnostik findet ihre theoretische Ausführung im 5.Kapitel. Dabei wird Literatur von Michael Benesch und Elisabeth Raab-Steiner (2012), Rolf Porst (2014) sowie Beatrice Rammstedt (2006) herangezogen. Mit Hilfe der ausgewählten Literatur zur Fragebogenmethode soll in einem weiteren Abschnitt der Fragebogen der Basisdiagnostik aufgezeigt werden. Im 6.Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der statistischen Auswertung der ausgewählten Daten der Basisdiagnostik – also Bildung und Einkommen sowie Angst und Depressivität – mittels SPSS veranschaulicht. Darauffolgend wird der Zusammenhang zwischen der Schulbildung und Angst bzw. Depressivität anhand der drei ausgewählten Bildungstheorien von Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) interpretiert sowie, durch die Verknüpfung der Bildungstheorien und dem psychoedukativen Kurzprogramm nach Angenendt (2011), Ansätze krankheitsspezifischer Bildungsprozesse konstituiert. Weiters wird der Zusammenhang zwischen dem Einkommen und Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen anhand den Ausführungen Kreckels (2004) zur sozialen Ungleichheit und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) interpretiert sowie Maßnahmen gegen sozioökonomisch bedingte Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen entwickelt. Diesbezüglich werden Kreckels Ausführungen zur sozialen Ungleichheit sowie Bourdieus Kapitaltheorie herangezogen und mit den Ansätzen einer ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation verknüpft. Anschließend werden die Ergebnisse sowie das angewandte Messinstrument der Studie kritisch betrachtet und weitere Forschungsmöglichkeiten aufgezeigt. Das 7.Kapitel dient einem Ausblick auf die Etablierung einer neuen Studie, welche ihren Ausgangspunkt in den Ergebnissen der Studie findet. Das 8.Kapitel beinhaltet ein Resümee, wobei die Ergebnisse, Interpretationen und Lösungsansätze noch einmal zusammenfassend dargestellt

werden. Im 9.Kapitel sind die Tabellen und im 10.Kapitel die verwendete Literatur dieser Thesis verzeichnet. Das 11.Kapitel dieser Masterthesis umfasst den Anhang, d.h. Auszüge der Basisdiagnostik sowie den Lebenslauf der Verfasserin.

## 2. Zum Begriff Psychoonkologie

### 2.1 Definition

Die Psychoonkologie ist eine Subdisziplin der Onkologie – die Lehre von den Geschwulsterkrankungen bzw. Tumoren. Liegt ein bösartiger Tumor vor, wird das Krankheitsbild als Krebs bezeichnet (Vehling-Kaiser 2008, 1-3).

In Österreich zählt Krebs mit jährlich rund 38.000 Neuerkrankungen<sup>3</sup> zu den häufigsten Erkrankungen (Statistik Austria 2014). Auch in Deutschland gehört Krebs mit jährlich 477.000 Neuerkrankungen<sup>4</sup> zu einer der am häufigsten auftretenden Erkrankungen (Robert Koch Institut 2014). Insgesamt sind im Jahr 2011 etwa 300.000 Menschen in Österreich (bei einer Bevölkerungsdichte von rund 8,4 Mio.) (Statistik Austria 2014) und 1,52 Mio. Menschen in Deutschland (bei einer Bevölkerungsdichte von rund 82 Mio.) (Deutsches Krebsforschungszentrum 2013) von Krebs betroffen. Die Ursache von Tumoren ist „multifaktoriell und häufig nicht genau bekannt“ (Weis et al. 2006, 1).

Ist die Krebserkrankung bereits eingetreten sind nach Gaiger (2013, 36) für eine frühzeitige Diagnose und den weiteren Erkrankungsverlauf sowohl *körperliche Faktoren* wie Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen, Mangel an körperlicher Aktivität und ein hoher Body-Mass-Index (BMI) als auch folgende *soziale Faktoren* relevant (Gaiger 2013, 36):

- Armut
- Bildungsmangel

---

<sup>3</sup> In den Jahren 2008-2010 konnten mit absteigender Tendenz rund 38.000 Neuerkrankungen festgestellt werden. 2011 sind es erstmals 37.067 Krebserkrankte (Statistik Austria 2014).

<sup>4</sup> Stand 2010

- Arbeitslosigkeit
- Sprachliche Barrieren
- Fehlen sozialer Netzwerke

Bei einer Krebserkrankung werden verschiedene Dimensionen angesprochen, welche es gezielt zu unterstützen gilt. Der *bio-psycho-soziale Ansatz* von Schwartz (1978, 1979, 1982, 1988) geht davon aus, dass einzelne Teilbereiche eines Systems eng miteinander in Beziehung stehen. Dennoch sind die drei Teilbereiche als eigenständige Bereiche zu betrachten, ebenso sind die gesondert zu analysieren und nicht als gesamtes Modell (Kanfer et al. 1996, 27). Um die Teilbereiche kurz vorzustellen: Das Biologische bezieht sich auf körperliche Faktoren (wie z.B. Bewegung, Ernährung), das Psychologische meint die Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens (Persönlichkeit) sowie den individuellen Lebensstil, und schließlich das Soziale umfasst die familiären, beruflichen, gesellschaftlichen und umweltbezogenen Lebensbedingungen (Egger 2008, 19). Bei den drei interagierenden Teilbereichen handelt es sich um funktionierendes System und sobald eine Komponente unterbrochen ist, kommt es zu einer Dysregulation, d.h. das System ist gestört. Damit also Gesundheit erhalten bleibt bzw. entstehen kann, müssen sowohl körperliche, psychische als auch soziale Faktoren zusammenspielen (Kanfer et al. 1996, 27).

Um also die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte einer Krebserkrankung zu erfassen, arbeiten unter dem Begriff „Psychoonkologie“ verschiedenste Berufsgruppen zusammen, wie z.B.: Ärzte, Pflegefachkräfte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter (Gaiger 2013, 35-39).

Ziel der Psychoonkologie ist es, die „Lebensqualität jedes einzelnen Patienten“ (Gaiger 2013, 35) zu verbessern. Eine psychoonkologische Behandlung richtet sich an den Wunsch des/der PatientIn nach Betreuung, wenn körperliche oder psychische Störungen innerhalb der Krebserkrankung aufgetreten sind. Explizite therapeutische Ziele einer solchen psychoonkologischen Betreuung sind nach Angenendt et al. (2011, 3) beispielsweise folgende:

- Stabilisieren und verbessern der psychischen Situation

- Erkennen, erlernen und anwenden von Abwehrstrategien
- Wiederherstellen und verbessern des Selbstwertgefühles
- Auseinandersetzen mit Körperbild, Körperfunktionen, Körperempfindungen
- Vermitteln von Copingstrategien (Krisenbewältigung)
- Verbessern von sozialen Beziehungen und Aktivitäten bzw. des Bindungsverhaltens
- Fördern der Eigenverantwortung
- Unterstützen bei der Suche nach neuem Lebenssinn bzw. von neuen Lebenszielen

Die Psychoonkologie bietet ein breites Spektrum an Maßnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Therapie: Zur Akutbehandlung, stationären Rehabilitation und ambulanten Nachbetreuung (Weis et al. 2006, 15). Die Angebote reichen von Entspannungsverfahren, wie z.B. Progressive Muskelentspannung oder Autogenes Training, um „die unerwünschten Nebenwirkungen von Chemo- oder Bestrahlungstherapien und psychische(n) Belastungen [...] wirksam (zu) bekämpfen“ (Angenendt et al. 2011, 18), über Musik- und Kunsttherapie, um beispielsweise Anspannungen zu reduzieren, bis hin zu Einzel- und Gruppentherapeutischen Interventionen, d.h. durch spezifische Interventionsmaßnahmen kann sowohl die Reduktion von Stress und Angst als auch eine Verbesserung der Lebensqualität bewirkt werden (Angenendt et al. 2011, 17-21).

Die Abteilung für Psychoonkologie der Medizinischen Universität in Wien<sup>5</sup> praktiziert nach dem Dreisäulenmodell (Gaiger 2013, 35), bestehend aus Patientenunterstützung, Forschung und Lehre. Im Bereich der Forschung steht besonders die Wechselwirkung der körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren im Vordergrund, wodurch letztendlich der Einfluss auf den Verlauf der Krebserkrankung untersucht wird. Im Bereich der Lehre werden BetreuerInnen dahingehend geschult und sensibilisiert, Betroffene, und somit nicht nur PatientInnen, sondern ebenso Angehörige, qualifiziert zu unterstützen (Gaiger 2013, 35). Die qualifizier-

---

<sup>5</sup> Hier wurde die bereits erwähnte Basisdiagnostik innerhalb einer psychoonkologischen Studie mit KrebspatientInnen durchgeführt.

te Unterstützung zielt darauf ab, dass sowohl PatientInnen als auch Angehörige zu Experten der Erkrankung werden – diese Thematik wird im Laufe der Arbeit ausgeführt. Das dritte Standbein, die PatientInnenbetreuung bzw. -versorgung und Prävention, kooperiert mit dem Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH). Dies umfasst u.a. psychoonkologische Beratung für Betroffene, wobei Ressourcen mobilisiert und der Leidensdruck reduziert werden sollen (Gaiger 2013, 35).

An der Medizinischen Universität Wien wird seit 2006 eine psychoonkologische Studie mit KrebspatientInnen durchgeführt, welche Daten entsprechend den drei Teilbereichen des bio-psycho-sozialen Ansatzes evaluiert. Inwiefern die drei Bereiche des Körperlichen, Seelischen und Sozialen ineinander greifen und zusammenhängen können, wird im Laufe dieser Ausarbeitung anhand der Überprüfung aufgestellter Hypothesen und anschließender statistischer Auswertung gezeigt. Auf welche Weise dabei die Bildungswissenschaft eine wichtige Rolle spielt, wird im 3.Kapitel verdeutlicht. Zunächst werden die bio-psycho-sozialen Faktoren im Einzelnen aufgezeigt, welche mit einer Krebserkrankung einhergehen können.

## **2.2 Zum Begriff onkologische Erkrankung**

Wie sich im Folgenden zeigen wird, wirkt sich eine Krebserkrankung nicht ausschließlich auf die körperliche Komponente des Menschen aus, indem beispielsweise ein bösartiger Tumor erkannt wurde, sondern es kann ebenso die Psyche durch die umfassende Belastung der Erkrankung betroffen sein.

Durch die Diagnose Krebs erfahren Betroffene eine lebensbedrohliche Krankheit und gegebenenfalls eine existenzielle Krise (Gaiger 2013, 35-39). „Bereits ein Krebsverdacht führt bei Betroffenen je nach Dauer der Diagnostikphase zu seelischen Anspannungen, Belastungen und Verunsicherungen“ (Weis et al. 2006, 2). Mit der Diagnose Krebs gehen schließlich ein schwerer Schock verbunden mit Gefühlen von Ohnmacht, Kontrollverlust und Irreversibilität einher (Weis et al. 2006, 2). Angst und Unsicherheit ausgelöst durch die Diagnose führen zu einer psychischen Belastung, welche schließlich den Krankheits- und Genesungsverlauf beeinflussen (Angenendt et al. 2011, 15).

Weis et al. (2006, 2) sprechen von psychosozialen Problembereichen bei Krebserkrankungen, welche im Folgenden angeführt werden sollen. Durch körperliche Leistungseinbußen oder funktionelle Störungen, wie z.B. Schmerzen oder Einschränkungen des Seh- und Tastvermögens, ist die Lebensqualität des/der PatientIn beeinträchtigt. Die emotionale Befindlichkeit kann gestört werden durch die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung, welche je nach Verlauf der Erkrankung und Behandlung den „Charakter einer psychischen Störung im Sinne einer ICD-Klassifikation“ (Weis et al. 2006, 2) annehmen kann. Ebenso beschreibt Gaiger (2013, 35-39) Folgeerscheinungen einer Krebserkrankung, wie z.B. Posttraumatische Belastungsreaktionen, Angststörungen, Depressionen und Suizidalität.

Des Weiteren wirkt sich eine Krebserkrankung auf die Partnerschaft und Familie aus. Es kommt zu Rollenveränderungen, Rückzug und sozialer Isolierung sowohl auf Seiten der PatientInnen als auch auf der der Angehörigen. Als weiteren psychosozialen Problembereich nennen Weis et al. (2006, 2) den beruflichen Bereich. Durch die Leistungseinschränkung bedingte Rückstufung, Reduktion der Arbeitszeit oder gar (temporären) Ausstieg aus dem Arbeitsleben können sich betroffene KrebspatientInnen sowohl existenziell als auch finanziell bedroht fühlen. Ebenso bedingt durch die Leistungseinbuße kann es zur Frühberentung, einem Arbeitsplatzwechsel oder einer beruflichen Umsetzung kommen. Um die einzelnen Bereiche noch einmal entsprechend des bio-psycho-sozialen Modells hervorzuheben, wonach es eine Einheit aller drei Teilbereiche bedarf, um Gesundheit zu erhalten (Kanfer et al. 1996, 27), soll eine Tabelle zur Veranschaulichung dienen:

<b>Bio-psycho-sozialer Problembereich</b>	<b>Auswirkungen</b>
Das Körperliche	Körperliche Leistungseinbußen, funktionelle Störungen wie Schmerzen, Einschränkungen des Seh- und Tastvermögens
Das Psychische	Störung der emotionalen Befindlichkeit, posttraumatische Belastungsreaktionen, Angststörungen, Depressionen, Suizidalität

Das Soziale	Rollenveränderung, Rückzug, Isolierung; Beruflich: Arbeitsplatzwechsel, Rückstu- fung, Reduktion der Arbeitszeit, Früh- berentung
-------------	--

Tab. 1: Bio-psycho-soziale Problembereiche und deren Auswirkungen bei einer Krebserkrankung nach Weis et al. 2006

Wie die Tabelle anschaulich beweist, ist eine Krebserkrankung eine Erkrankung mit teils schwerwiegenden und langanhaltenden Auswirkungen für den/die KrebspatientInnen. Im Vordergrund der Behandlung einer Krebserkrankung steht somit nicht nur die Behandlung des Tumors, sondern ebenso die Beachtung und Behandlung psychischer und sozialer Faktoren. Besondere Bedeutung sollte demnach, unter Einbeziehung aller Faktoren, der Krankheitsverarbeitung beigemessen werden; dieser Thematik wird hinsichtlich der Darstellung von Einzel- und Gruppeninterventionen noch genauer nachgegangen (2.5 Kapitel). Zunächst werden Angst und Depressivität aus den psychosozialen Faktoren einer Krebserkrankung herausgegriffen und genauer dargestellt, da sie als häufig vorkommende Begleiterscheinungen von Krebs gelten (Krebsgesellschaft 2011) und deren Zusammenhang mit der schulischen Bildung und dem Einkommen von KrebspatientInnen im Statistik-Teil dieser Arbeit untersucht wird.

### 2.3 Angst und Depressivität

Nach einer Krebsdiagnose können bei KrebspatientInnen Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit bestehen. Aufgrund der einhergehenden tiefgreifenden Lebensveränderung, sowohl durch eine existenzbedrohende Erkrankung als auch durch deren Behandlung, kann von einer Krisenreaktion gesprochen werden. *Angst* kann sich auf vielschichtiger Art und Weise zeigen, z.B. an der Erkrankung zu sterben, der Krankheit ausgeliefert zu sein, vor entstellenden Operationen, sozialer Isolation, vor Schmerzen und Leidenszuständen (Krebsgesellschaft 2011). Die Krebserkrankung wird als etwas Bedrohliches erlebt, denn durch Angst vor konkreten Situationen schützt sich der Mensch vor körperlichen Schmerzen. Führt Angst jedoch zu dauerhaften Einschränkungen der Lebensfreude und Handlungsfähigkeit, sind Maßnahmen gegen die Bekämpfung von Angst

zu ergreifen, wie z.B. das Einholen von krankheitsspezifischen Informationen (Behandlungsmöglichkeiten, individueller Krankheitsverlauf, Wiederauftreten der Krankheit) (Stamatiadis-Smidt et al. 2006, 29-30, 176).

Auch gibt es Phasen während einer Krebserkrankung, „in denen die Belastung so groß wird, dass die eigenen Kräfte und auch die Unterstützung durch Angehörige und Freunde nicht ausreichen, um sie zu bewältigen“ (Stamatiadis-Smidt et al. 2006, 163). In diesen Phasen treten meist Ängste und Depressionen auf. Darüber hinaus können *Depressionen* bei KrebspatientInnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten, wie z.B. nach der Diagnose, wenn der/die PatientIn realisiert, dass er/sie Krebs hat, nach Operationen, wenn sich das Bild vom eigenen Körper verändert hat, wenn trotz aller Bemühungen ein Fortschritt der Erkrankung erkannt wurde oder Lebenspläne (zunächst) verlorengehen (Krebsgesellschaft 2011). Folgende Symptome treten bei einer depressiven Episode auf: eine gedrückte Stimmung (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit), vermindertes Interesse an Aktivitäten, Appetitminderung oder -steigerung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühle von Wertlosigkeit, Suizidgedanken. Um von einer Depression sprechen zu können, müssen die genannten Symptome über einen Zeitraum von etwa zwei Wochen anhalten sowie über die meiste Zeit des Tages bestehen bleiben (Psyhyrembel 2012).

Hinsichtlich psychosozialer Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung, wie z.B. Angst und Depressivität, welche aufgrund dem Erleiden einer lebensbedrohlichen Erkrankung auftreten können, spielt auch die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen eine große Rolle. Bereits das Aufklärungsgespräch kann eine hohe emotionale Belastung darstellen und zur psychischen Überlastung führen, wenn die Aufklärung wenig einfühlsam sowie überfallsartig geschieht. Die Herstellung einer Basis zwischen PatientIn und ÄrztIn, bei der Information, Aufklärung und Wertschätzung besteht, kann auf Seiten des/der PatientIn Ängste lösen bzw. psychosozialen Begleiterscheinungen entgegenwirken. Um die Aspekte der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu unterstreichen, werden nachstehende Ausführungen durch Paul Watzlawick (2000) ergänzt. Paul Watzlawick ist ein österreichischer Kommunikationswissenschaftler, Psychotherapeut, Soziologe, Philosoph und Autor (1921-2007) und verfasste fünf Axiome

der menschlichen Kommunikation. Die Aspekte der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation werden im nächsten Kapitel unter Einbeziehung von Watzlawick veranschaulicht.

## 2.4 ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation

*„Nicht nur das Wort, sondern der ganze Mensch kommuniziert“*  
(Klocker-Kaiser 2013, 42)

Bereits vor dem ersten Arztbesuch ist es möglich, dass PatientInnen eine Vorahnung ihrer Erkrankung haben, z.B. durch das Ertasten einer Verhärtung in der Brust. Mit dieser Anspannung, inneren Unruhe und gereizten Stimmung sitzen PatientInnen schließlich ihrem/ihrer ÄrztIn gegenüber, beobachten ihn/sie eindringlich und versuchen das Verhalten ihres Gegenübers zu interpretieren. In diesen Augenblicken besteht zwischen ÄrztIn und PatientIn eine nonverbale Kommunikation, wie sie bereits Watzlawick beschrieben hat, so Fässler-Weibel und Gaiger (2009, 31-34). Auf die Ausführung Watzlawicks wird noch ausführlicher eingegangen.

„Je schwerer und bedrohlicher die Erkrankung, desto wichtiger ist die kommunikative Interaktion zwischen Betroffenen (Erkrankten und Familie) und dem Behandler bzw. dem Behandlungsteam“ (Klocker-Kaiser 2013, 42). Der Kommunikation zwischen ÄrztInnen bzw. BehandlerInnen und PatientInnen ist ein besonderer Stellenwert zuzuordnen, da sie entscheidend ist für die Behandlung der Krebserkrankung. Auch Klocker-Kaiser (2013, 42-44) verweist in ihren Ausführungen auf Watzlawick, weshalb an dieser Stelle das erste Axiom menschlicher Kommunikation nach Paul Watzlawick (2000) dargestellt werden soll.

Kommunikation unterliegt zweierlei Bedeutung: als Bezeichnung eines Wissensgebietes und für eine Verhaltenseinheit, wobei zwischen Mitteilungen und Interaktionen zu unterscheiden ist. Eine Mitteilung ist durch eine einzelne Kommunikation gekennzeichnet und Interaktion ist eine wechselseitige Kommunikation zwischen mehreren Personen. In einer zwischenmenschlichen Situation, welche

durch Kommunikation geprägt ist, gilt die Prämisse: man kann sich nicht nicht verhalten. „Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht *nicht* (Hrvh. i. O.) auf diese Kommunikationen reagieren und kommunizieren damit selbst“ (Watzlawick 2000, 59). Kommunikation passiert selbst dann, wenn sie nicht absichtlich, bewusst und erfolgreich stattfindet.

Zum Beispiel besteht während eines Erstgesprächs, nachdem eine Betroffene eine Verhärtung in ihrer Brust ertastet hat und schließlich ihrem/ihrer ÄrztIn gegenüber sitzt, eine Situation nonverbaler Kommunikation zwischen ÄrztIn und Patientin. In einem solchen Moment versucht die Patientin, aufgrund ihrer inneren Unruhe und Gereiztheit, bedingt durch den Verdacht, dass etwas nicht in Ordnung ist, das Verhalten ihren/ihrer Gegenübers eindringlich zu deuten (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 31-34). Diese Situation zeigt anhand des ersten Axioms, dass es nicht möglich ist, nicht zu kommunizieren ebenso wie sich nicht nicht zu verhalten.

Zunächst stellt das Aufklärungsgespräch für den/die PatientIn eine hohe emotionale Belastung dar (aufgrund von Gedanken wie z.B. der 45-jährigen Anna: „Krebs, Brustkrebs, unheilbar, sterben, Kinder und Mann verlassen, schlimm, ganz schlimm“<sup>6</sup>). Daher ist es ratsam, mehrere kurze Gespräche mit der betroffenen Person zu führen, da die Informationen häufig nicht vollständig erfasst werden können. Durch die Anberaumung mehrerer kurzer Gespräche besteht seitens des/der PatientIn die Möglichkeit, Fragen zu stellen, welche Zuhause aufgetreten sind, oder Angehörige zur Unterstützung mitzubringen. Zweiteres hat auch den Vorteil, dass eine gemeinsame Gesprächsbasis innerhalb der Familie etabliert wird, denn häufig wissen Angehörige nicht mit der Erkrankung bzw. Gesamtsituation umzugehen. Ein aufklärendes Gespräch mit dem/der behandelnden ÄrztIn kann eine stützende Funktion für das familiäre Gefüge sein (z.B. mit dem Partner, Kindern, Bekannten, Verwandten) (Klocker-Kaiser 2013, 42-44).

---

<sup>6</sup> (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 15)

Die PatientIn-ÄrztIn-Kommunikation sollte eine *Basis* darstellen, so Klocker-Kaiser (2013, 42-44), auf der es möglich ist, durch Sensibilität und Reflexionsbereitschaft des/der ÄrztIn zu kommunizieren und Wahrheiten auszusprechen. Durch Information, Aufklärung und Wertschätzung fühlt sich der/die PatientIn entgegengenommen und geschätzt. Ist diese Basis nicht gegeben, geraten KrebspatientInnen, aufgrund der Schwere einer Existenz bedrohenden Erkrankung, in ein fundamentales Ungleichgewicht. Dies ist beispielsweise gegeben, wenn die Aufklärung wenig einfühlsam sowie überfallsartig geschieht und in weiterer Folge zu einer psychischen Überlastung führen kann (Klocker-Kaiser 2013, 42-44). Durch Empathie kann der/die ÄrztIn mit dem/der PatientIn in Kontakt treten. Indem der Eindruck der Situation als Frage formuliert wird, kann seitens des/der ÄrztIn überprüft werden, ob der/die PatientIn beispielsweise in der Lage dazu ist, über Wirkungen und Nebenwirkungen der Chemotherapie zu sprechen oder es sich herausstellt, dass der/die PatientIn mit seinen Gedanken ganz woanders ist, wodurch eine aufklärendes Gespräch wenig sinnvoll erscheint. Durch die Wahrnehmung und das Ansprechen der Situation können ÄrztInnen ihren PatientInnen helfen, etwas Verwirrendes oder Belastendes fassbar zu machen und gegebenenfalls beseitigen. Das Ansprechen solcher Situationen verändert zwar nicht die Diagnose, es kann aber zu Klarheit und einer Entlastung des/der PatientIn führen, da auch häufig die eigenen Erklärungsmodelle der PatientInnen eine Belastung darstellen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn KrebspatientInnen ihre Erkrankung als Sühne ansehen (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 173-181).

*Hoffnung* kann als ein Weg, sich aus der eigenen Angst zu lösen betrachtet werden. Der Stellenwert von Angst bei einer Krebserkrankung wurde bereits an anderer Stelle genauer erläutert. Durch Hoffnung stehen „zusätzliche Ressourcen zur Verfügung“ (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 111), sie kann aus Angst befreien sowie Ziele und Wünsche enthalten. Diese wiederum sind mit der eigenen Lebensgeschichte verbunden und symbolisieren *Kontinuität*, welche durch die Krebserkrankung verloren gehen kann. Kontinuität gibt also Hoffnung. Aufgrund dessen ist dem/der KrebspatientInnen ein strukturierter, über einen längeren Zeitraum regelmäßiger Ablauf zu gewährleisten (Blutabnahmen, Besprechung der Befunde, Chemotherapie, Kontrolle). Diese Kontinuität wird von den PatientInnen wahrgenommen und gibt Sicherheit. „Gewohnheiten sind wichtige Elemente im Leben

des Menschen“, „(sie) vermitteln Halt, Ordnung und Sicherheit“ (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 132). Hoffnung wiederum ist klar zu trennen von einer Illusion. Zunächst ist bei einer Illusion das Eintreten eines erwarteten Ereignisses schwindend gering. Des Weiteren ist Hoffnung, bedingt durch die individuellen Lebenserfahrungen, etwas Subjektives und von Mensch zu Mensch verschieden – so kann Hoffnung für den/die behandelnde/n ÄrztIn etwas anderes bedeuten, als für den/die PatientIn (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 109-137).

Die Funktionen und Ziele von Hoffnung krebserkrankter Menschen sind nach Fässler-Weibel und Gaiger (2009, 110) folgende:

- Durch das Schaffen von Distanz zur angstauslösenden Situation und der Vermittlung von Handlungsweisen kann Entlastung bewirkt werden.
- Durch die Erkrankung gilt es die verloren gegangene Kontinuität der Hoffnung wiederherzustellen.
- Anhand der Begegnung mit den Inhalten von Hoffnung werden bedeutsame Ziele sichtbar.

Weiters sind in einem ÄrztIn-PatientIn-Gespräch jene Aspekte aufzugreifen, die die Genesung, weitere Lebensführung sowie Planung des/der PatientIn umfassen. Auch sollte der/die behandelnde ÄrztIn bereit dazu sein – vor dem Hintergrund des ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Modells, wie im 2.Kapitel beschrieben –, nicht nur die physischen Aspekte einer Krebserkrankung zu berücksichtigen, sondern ebenso „(die) seelischen, geistigen und spirituellen Aspekten“ (Klocker-Kaiser 2013, 44). Fässler-Weibel und Gaiger (2009, 133-137) beschreiben beispielsweise Rituale als „gefestigte, bewusst inszenierte Handlungen“, also „klar definierte Abläufe und Symbole (Hände schütteln, Küssen usw.)“, welche letztendlich ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Fässler-Weibel und Gaiger (2009, 134) sind sich einig, dass wenn man Gewohnheiten und Rituale, welche Halt, Sicherheit und Geborgenheit geben, in die PatientInnenbetreuung einbauen würde, könnte man eine stabilere Entwicklung der PatientInnen nachweisen.

Folgende Punkte sind nach Klocker-Kaiser (2013, 43) bei der Kommunikation zwischen PatientInnen und ÄrztInnen essentiell:

- Durch emotionale Wärme sowie Wertschätzung des/der PatientIn sind Aufklärung und Information stressreduzierend
- Hoffnung soll vermittelt werden, durch eine Fokussierung auf den bestmöglichen Verlauf der Erkrankung
- Empathie (kein Mitleid) als ein wichtiger basaler Bestandteil von Kommunikation
- Anerkennung deutlich machen hinsichtlich der bestehenden Situation und kleine (positive) Ziele formulieren
- Weitere Begleitungsangebote aufzeigen<sup>7</sup>

Um häufige Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung, wie z.B. Angst, zu reduzieren bzw. diesen entgegenzuwirken, sind Hoffnung und Kontinuität bedeutungsvolle Aspekte einer ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation.

Im nächsten Kapitel wird die Psychoedukation in der Psychoonkologie vorgestellt. Ziel ist es dabei, bestehenden Begleiterscheinungen der Krebserkrankung, wie z.B. Angst oder Depressivität, jene Faktoren, die auch mit der vorliegenden Studie untersucht werden, entgegenzuwirken. Angenendt (2011) entwickelte diesbezüglich ein psychoedukatives Kurzprogramm, welches kurz vorgestellt wird.

## 2.5 Psychoedukation in der Psychoonkologie

Die Vermittlung von krankheitsspezifischen Informationen an PatientInnen wird im Fachjargon auch als *Psychoedukation* bezeichnet.

„Die spezifischen Betreuungsziele in der Psychoedukation sind Information über die Erkrankung, soziale und emotionale Unterstützung sowie emotionale Entlastung, Stressmanagement, Neuorientierung, Entwicklung von Perspektiven und das Erlernen von Bewältigungs- und Selbstkontrollstrategien für den Alltag“ (Schratter-Sehn 2013, 45).

Das bedeutet die Intention von Psychoedukation ist u.a., den/die PatientIn zum „Experten“ seiner/ihrer Erkrankung zu machen, ihn/sie aufzuklären und auf diese Weise letztendlich Bildung zu erzeugen.

---

<sup>7</sup> Wie z.B. psychologische Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen etc.

Psychoedukation kann sowohl innerhalb einer Einzelberatung als auch in Gruppensitzungen stattfinden. Angenendt (2011, 128-159) entwickelte ein psychoedukatives Kurzprogramm für die Einzelberatung mit den wichtigsten Informationen und Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung innerhalb von zehn Sitzungen. Ziel der Psychoedukation ist es, sich seinen Leistungsgrenzen (physisch und psychisch) bewusst zu werden, eigene Bedürfnisse zu erkennen, schädigende und heilende Verhaltensweisen kennenzulernen, mit der begleitenden Symptomatik umgehen und mit dem sozialen Umfeld offen kommunizieren zu können (Angenendt 2011, 128).

Das psychoedukative Kurzprogramm nach Angenendt (2011, 128-159) soll im Folgenden hinsichtlich Vorgehensweise und Schulungsinhalt kurz vorgestellt werden.

### **Die Rahmenbedingungen**

Das Programm richtet sich an PatientInnen, welche „die Akutbehandlung schon abgeschlossen haben“ (Angenendt 2011, 128), dies kann z.B. der Zeitpunkt nach der Chemotherapie sein – je nach Therapieform und Art der Krebserkrankung. Insgesamt sollen etwa zehn Sitzungen einmal pro Woche zu je einer Stunde stattfinden. Dazwischen soll Raum gegeben werden, um das Erarbeitete zu reflektieren. Die erste und letzte Sitzung dient sowohl der Eingewöhnung als auch der Verabschiedung, weshalb diese mit mehr Zeit zu versehen sind.

### **Die zehn Sitzungen im Überblick**

*1.Sitzung: Gemeinsame Themenerarbeitung mit dem/der PatientIn für das zehnstündige Programm.* Ausgangspunkt sollen dabei die Vorstellungen von Gesundheit des/der PatientIn sein. Der genaue Ablauf, was in den zehn Stunden behandelt werden soll, kann dem/der PatientIn ausgehändigt werden, dies dient ihm/ihr zur Orientierung (Angenendt 2011, 128-129).

*Schulungsinhalt:* Gemeinsam mit dem/der PatientIn kann seine/ihre Vorstellung von Gesundheit besprochen werden, ebenso wie die Definition von Gesundheit entsprechend der WHO (Weltgesundheitsorganisation), die wie folgt lautet: „Gesundheit ist ein Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Angen-

endt 2011, 128). Dadurch kann der/die PatientIn dafür sensibilisiert werden, dass Gesundheit eine Gesamtsituation beschreibt und viele Teilaspekte zusammenhängend zu betrachten sind.

*2.Sitzung: Erarbeitung persönlicher Stressoren.* Ziel der Sitzung ist es, dass der/die PatientIn seine/ihre Stressauslöser und -reaktionen erkennt und lernt, diesen durch Entspannungsmethoden<sup>8</sup>, wie z.B. Autogenes Training, entgegenzuwirken. Auch sollen Lerninhalte zum Thema Stress übermittelt werden, d.h. wie Stress physiologisch funktioniert, kognitiv und emotional wirkt und wie er sich auf die Verhaltensebene auswirkt (Angenendt 2011, 129-134).

*Schulungsinhalt:* Als Stressoren werden stressauslösende Situationen bzw. Bedingungen bezeichnet, wie z.B. Zeit- und Leistungsdruck, hohe Erwartungen an sich selbst, Wut, Versagensängste, etc. Dem/Der PatientIn kann erklärt werden, wie Stress physiologisch funktioniert und woran sich Stress erkennen lässt, wie z.B. anhand von erhöhtem Blutdruck, schnellerem Herzschlag oder schnellerer Atmung. Auf kognitiver und emotionaler Ebene zeigt sich Stress durch Gefühle innerer Unruhe, Denkblockaden, Konzentrations- und Leistungsstörungen. Hinsichtlich des Verhaltens äußert sich Stress durch Ungeduld, gereizter Umgang mit anderen Menschen oder Suchtverhalten wie Rauchen, Alkohol trinken. Dann kann mit dem/der PatientIn gemeinsam nach Stressoren gesucht werden sowie Verhaltensweisen, um diese wieder abzubauen. Dazu können Entspannungsübungen eingeübt werden (Angenendt 2011, 131).

*3. Sitzung: Krankheitsbewältigung mittels Coping-Strategien.* Zunächst sollen die bisherigen Strategien des/der PatientIn, um seine/ihre Erkrankung zu verarbeiten Teil der Sitzung sein, um diese schließlich durch Hilfestellungen längerfristig zu entwickeln (Angenendt 2011, 135-136).

*Schulungsinhalt:* Um eine Krebserkrankung zu bewältigen, ist es ratsam, sich mit Belastungen des Denkens, Fühlens und Handelns auseinanderzusetzen. Positives emotionales Befinden und die Unterstützung durch Angehörige sind dabei von großer Bedeutung, denn dadurch schwinden Gefühle wie Angst, Depression oder Hilflosigkeit. Um die jeweiligen Gefühle zu reduzieren, bietet Angenendt (2011,

---

<sup>8</sup> Die Einübung von Entspannungsmethoden ist ebenfalls Teil der 2.Sitzung.

135-136) verschiedene Methoden und Übungen, wie z.B. den Gesundheitskreis (Angenendt 2011, 136), um die physische und psychische Situation des/der PatientIn verbessern. Ein Beispiel könnte lauten: „Würde ich mehr Sport treiben, könnte es mir körperlich besser gehen“ (Angenendt 2011, 136). Dann gilt zu entscheiden, zu viel Prozent es zur Stabilisierung beitragen würde und dies ist im Kreis als „Prozent-Kuchenstück“ einzuzeichnen.

*4.Sitzung: Bedürfnisse und Ressourcen.* Diese Sitzung dient dazu, „konkrete gesundheitsfördernde Aktivitäten zu planen und durchzuführen“ (Angenendt 2011, 137). Darüber hinaus sollen negative und belastende Gedankenmuster bewusst gemacht und sich damit auseinandergesetzt werden. Ziel dieser Einheit ist es, die physische und psychische Stabilität des/der PatientIn zu fördern (Angenendt 2011, 137-140).

*Schulungsinhalt:* Mit Hilfe der Übung zum Gesundheitskreis aus der vorherigen Sitzung können nun konkrete Schritte geplant werden, um die physische und psychische Stabilität des/der PatientIn voranzutreiben, d.h. die kommenden Monate sind gemeinsam mit dem/der PatientIn so zu planen (beispielsweise einmal pro Woche walken zu gehen), dass er/sie seine/ihre Ziele zwar umsetzt, sich aber nicht überfordert (Angenendt 2011, 137).

*5.Sitzung: Umgang mit belastenden Gefühlen.* Hauptaugenmerk dieser Sitzung ist das Herausarbeiten von belastenden Gefühlen und auf welche Weise sie das Leben des/der PatientIn beeinflussen (Angenendt 2011, 141-143).

*Schulungsinhalt:* Um diese belastenden Gefühle zu bearbeiten, kann der „seelische Notfallkoffer“ dienen – ein Werkzeug für „psychische erste Hilfe“ (Angenendt 2011, 141), um z.B. auf bewährte Ressourcen zurückzugreifen. Dazu können folgende Anregungen nützlich sein: „Was hat in der Vergangenheit geholfen, wenn es Ihnen schlecht ging?“ „An welche Musik haben Sie schöne Erinnerungen?“ (Angenendt 2011, 141). Anhand dieser Überlegungen lassen sich individuelle Ressourcen des/der PatientIn finden, um sich in belastenden Situationen relativ schnell selbst zu stabilisieren (Angenendt 2011, 141).

Eine andere Übung besteht darin, eine Tabelle mit zwei Spalten anzufertigen: „dysfunktionale Auswirkungen“ und „funktionale Auswirkungen“. Diese Erarbeitung dient dazu, dysfunktionale Auswirkungen eines Gefühls, wie Angst (wie z.B.

„Ärger über den Arzt, der nicht richtig mit mir kommuniziert. Ich möchte am liebsten den Arzt wechseln“) in funktionale Auswirkungen umzuwandeln (wie z.B. „Beim nächsten Termin Ärger ansprechen und um das Herbeiführen einer gemeinsamen Lösung bitten“) (Angenendt 2011, 141-143).

*6.Sitzung: Unterstützende Kontakte pflegen.* Eine gelingende Krankheitsverarbeitung inkludiert die Einbettung in ein gutes soziales Netzwerk, d.h. in Kontakt zu sein mit nahestehen Personen. Sollte sich der/die PatientIn also zurückziehen, ist dem gegebenenfalls entgegenzuwirken. Bei schweren Erkrankungen wie der Krebserkrankung herrscht oftmals eine Sprachlosigkeit auf beiden Seiten: PatientInnen ziehen sich zurück, weil sie niemandem zur Last fallen wollen und Angehörige wissen nicht mit der Situation umzugehen (Angenendt 2011, 144-145).

*Schulungsinhalt:* Ein Rollenspiel kann dem/der PatientIn helfen, den Kontaktaufbau zu anderen zu erleichtern. Auch durch ein Rollenwechsel können die Ängste und Unsicherheiten des Gegenübers erfahren werden (Angenendt 2011, 144-145).

*7.Sitzung: Umgang mit tumorbedingter Müdigkeit:* Nach einer Aufklärung des/der PatientIn, wann und wieso Müdigkeit während einer Krebsbehandlung auftreten kann, können Gegenmaßnahmen erarbeitet werden bzw. Umgangsweisen mit Zeiten, die von Erschöpfung geprägt sind. Therapiemaßnahmen um der Müdigkeit entgegenzuwirken, sind auf drei Ebenen möglich: kurativ (Behandlung einer Anämie<sup>9</sup>), kausal (Umstellung der Krebstherapie) oder symptomatisch (Energie einsparen, z.B. Energietagebuch<sup>10</sup>) (Angenendt 2011, 146-147).

*Schulungsinhalt:* Die Prävalenzrate (meint die Häufigkeit, wie oft etwas in einem bestimmten Zeitraum stattfindet) von Müdigkeit während einer Krebsbehandlung liegt zwischen 58% und 90% – diese Information kann für KrebspatientInnen sehr entlastend sein, da ihnen einerseits bewusst wird, dass sie mit dieser Nebenerscheinung nicht allein sind und es anderen KrebspatientInnen ebenso ergeht und andererseits brauchen sie sich nicht zu schämen, als SimulantIn zu gelten. Weiters

---

<sup>9</sup> Bei Anämie handelt es sich um eine Blutarmut aufgrund des geringen Anteils an Hämoglobin (Sauerstoff tragendes Protein) im Blut, was sich letztendlich in Form von Müdigkeit und Erschöpfung äußert (Vehling-Kaiser 2008, 60-61).

<sup>10</sup> Das Energietagebuch dient der genauen Protokollierung, wann Müdigkeit eintritt. Durch das fortwährende Festhalten kann der/die PatientIn „seine energetischen Möglichkeiten [...] nach und nach besser einschätzen“ (Angenendt 2011, 147).

können die PatientInnen darüber aufgeklärt werden, dass Schwäche oder Müdigkeit „eine schützende und regulierende Antwort auf körperlichen oder psychischen Stress“ (Angenendt 2011, 146) ist. Dazu gehört auch ein vermindertes Bedürfnis nach körperlicher und geistiger Beschäftigung. Symptome von Müdigkeit sind beispielsweise: Lustlosigkeit, Traurigkeit, Reizbarkeit, seelische Erschöpfung, Desinteresse, Schlafstörungen (Angenendt 2011, 146).

Angenendt (2011, 149) führt auch eine Aufzählung der Charakteristika von Müdigkeit an, wobei unterteilt wird in „nach der Chemotherapie“, „nach chirurgischen Eingriffen“, „nach der Strahlentherapie“, „nach der Immuntherapie“, was den PatientInnen als Informationsblatt ausgehändigt werden kann.

*8.Sitzung: Sexualität:* In dieser Einheit soll die Möglichkeit gegeben sein, über mögliche Auswirkung der Krebserkrankung auf die Sexualität des/der PatientIn zu sprechen. Durch medikamentöse oder operative Behandlung sind kurz- oder längerfristig gesehen intime Momente beispielsweise in einer Partnerschaft nicht möglich. Auf diese Weise ist nicht nur der/die PatientIn betroffen, sondern ebenso der/die PartnerIn (Angenendt 2011, 153-154).

*Schulungsinhalt:* PatientInnen erleben diese Situationen häufig als belastend, deshalb ist es wichtig, schamfrei und kompetent „Möglichkeiten einer neuen sexuellen Gestaltung des Intimlebens“ (Angenendt 2011, 153) zu besprechen.

*9.Sitzung: Der/Die kompetente PatientIn – Möglichkeiten der Selbsthilfe:* Ziel der Sitzung ist die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des/der PatientIn, indem man ihm/ihr Hilfe zur Selbsthilfe bietet, d.h. wo und wie er/sie Informationen und Unterstützung erhält (Angenendt 2011, 155).

*Schulungsinhalt:* Das „Arbeitsblatt zur Patientenkompetenz“ (Angenendt 2011, 156) dient dazu den aktuellen Informationsstand des/der PatientIn einzusehen hinsichtlich folgender Aspekte: Verfügt der/die PatientIn über die Fähigkeit, einhergehende Belastungen der Krebserkrankung zu bewältigen, persönliche Bedürfnisse zu berücksichtigen und entsprechende Ressourcen zu nutzen. Anschließend kann überprüft werden, welche Informationen dem/der PatientIn noch fehlen, „um sich umfassend kompetent zu fühlen“ (Angenendt 2011, 155).

*10.Sitzung: Abschluss:* Ziel der letzten Einheit ist es, die vergangenen Sitzungen noch einmal durchzugehen und gegebenenfalls offen gebliebene Fragen zu klären. Dem/Der PatientIn kann noch einmal nahegelegt werden, die Veränderungen zielstrebig zu verfolgen und umzusetzen. Dazu kann ein weiterer Termin (mit einem Abstand von etwa zwei Monaten) vereinbart werden, um wiederum diese Ergebnisse zu besprechen. Dadurch ist der/die PatientIn motiviert seine Ziele umzusetzen (Angenendt 2011, 157).

Die Ausführungen Angenendts (2011, 128-159) zum psychoedukativen Kurzprogramm sind weit ausführlicher als hier dargestellt. Darüber hinaus bietet sie eine große Auswahl von unterstützendem weiterführendem Material für die PatientInnen über die Sitzungen hinaus. Dies kann den PatientInnen nach jeder Sitzung zur selbständigen Bearbeitung ausgehändigt werden. In der darauffolgenden Sitzung werden die Inhalte (die zu Hause selbständig erarbeitet wurden oder jene von der letzten Sitzung) gemeinsam mit dem/der PatientIn reflektiert. Auch weist Angenendt (2011, 128-159) darauf hin, dass PatientInnen die Übungen Zuhause nicht durchführen, was auf verschiedene Gründe zurückzuführen ist (aus zeitlichen Gründen, das Verfallen in ein Tief, etc.). Dann kann darauf hingewiesen werden, dass sich durch das eigene Tun die Befindlichkeit verbessern kann (Angenendt 2011, 137).

Ebenso besteht die Möglichkeit, psychoedukative Therapiesitzungen in Gruppen abzuhalten. Dazu werden die Gruppen meist nach Besonderheiten eingeteilt, wie z.B. Frauen mit Brustkrebs oder PatientInnen mit Hochdosistherapie. Diese Zuteilung homogener Gruppen bietet sich an, um gezielt auf die Bedürfnisse der PatientInnen einzugehen. Spezifische Wirkfaktoren einer Gruppentherapie sind die Erfahrung emotionaler Unterstützung der Betroffenen durch MitpatientInnen und die Rückmeldung der anderen Gruppenteilnehmer bezüglich ihrer Einstellung und ihrem Handeln. „Belastende Erfahrungen und negative Gefühle können unter Gleichbetroffenen leichter zum Ausdruck gebracht werden, ohne dass eine Stigmatisierung befürchtet werden muss“ (Weis et al. 2006, 11). Darüber hinaus wirken Gruppeninterventionen sozialer Isolation und sozialem Rückzug entgegen. In der Gruppe kann durch Identifikation mit anderen Betroffenen ein Gefühl des

Zusammenhalts entstehen sowie das Gefühl, krankheitsbedingte Belastungen gemeinsam besser lösen zu können. Weiters können PatientInnen in Gruppensitzungen die Erfahrung machen, anderen Betroffenen mit ihren Erfahrungen helfen zu können. Auch können innerhalb der Gruppe Verhaltensänderungen sowie neue Denkweisen ausprobiert werden (Weis et al. 2006, 10-17).

Zielkriterien einer Gruppenintervention sind folgende (Weis et al. 2006, 11; 13):

- Verbesserung der Information über Krankheit und Behandlung
- Verbesserung der Lebensqualität sowie der Krankheitsverarbeitung
- Verbesserung körperlicher Funktionen
- Reduktion krankheitsbezogener Symptome (durch z.B. Entspannungsverfahren)

Die Themen, welche in einer Gruppentherapie von KrebspatientInnen von Bedeutung sind, unterscheiden sich nicht wesentlich von einer Einzeltherapie (wie bereits angeführt). Das heißt, es kommen Themen zum Tragen, wie z.B. die Bedeutung der Krankheit in der Biografie, Sinnfindung, Auseinandersetzung mit dem Tod, subjektive Krankheitstheorien, Veränderung von Werten und der Partnerschaft sowie die Suche nach neuen Perspektiven (Weis et al. 2006, 9-12).

Gruppentherapien werden entweder als Kurzzeitinterventionen angeboten, welche zwischen fünf und 18 Sitzungen beanspruchen, oder als Langzeitinterventionen mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten. Hat die Gruppentherapie einen edukativen Hintergrund, so haben sich Interventionen mit zehn Sitzungen als ausreichend herausgestellt (Weis et al. 2006, 12-14).

Letztendlich ist festzuhalten, dass bei einer Einzeltherapie gegenüber einer Gruppentherapie spezifischer auf die Bedürfnisse, Belastungen etc. des/der PatientIn eingegangen wird durch beispielsweise Übungen, welche zu Hause ausgearbeitet werden und in den Sitzungen jeweils vor- und nachbesprochen werden. Der Vorzug einer Gruppentherapie gegenüber einem Einzelsetting liegt in der Identifikation mit anderen Betroffenen und dem jeweiligen Erfahrungsaustausch, wodurch Erfahrungen gemacht werden können wie beispielsweise „es ergeht nicht nur mir so“.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass derartige Interventionen die Krankheitsverarbeitung der PatientInnen positiv beeinflusst und die Lebensqualität verbessert (Weis et al. 2006, 16-17).

Ebenso haben sich regionale Angebote hinsichtlich unterstützenden Maßnahmen während einer Krebserkrankung etabliert, wie beispielsweise die Cancer School des Comprehensive Cancer Center Vienna (kurz CCC). Diese bietet den Basis- und Aufbaukurs „Cancer School – Gesundes Wissen für die Öffentlichkeit“ für KrebspatientInnen, Angehörige, Pflegeberufe und Interessierte an. Vermittelt werden dabei grundlegendes Wissen zur Krebserkrankung und Krankheitsbildern sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen (Cancer School 2014).

Da mit der vorliegenden Ausarbeitung eine medizinisch-psychologische Studie aus dem Blickwinkel der Bildungswissenschaft betrachtet wird, rücken in den nächsten Kapiteln Aspekte der Bildungswissenschaft in den Vordergrund. Zunächst wird die Differenzierung von formaler, nicht formaler und informeller Bildung vorgenommen, um das in der Studie untersuchte Bildungsniveau genau abzugrenzen. Daran anschließend werden drei exemplarisch ausgewählte Definitionen von Bildung sowie Theorien und Ausführungen zur sozialen Ungleichheit ausgeführt, um im Folgenden die Ergebnisse der Studie unter den jeweiligen bildungs- und sozialtheoretischen Gesichtspunkten zu analysieren und interpretieren.

### **3. Zum Begriff Bildungsprozess**

Da Bildung nicht nur in der Schule stattfindet, sondern ebenso in der Freizeit oder bei Weiterbildungen (Dohmen 2001, 7; Overwien, 2005, 348-350), wird zunächst ein Überblick über die drei Formen gegeben, in denen Bildung stattfinden kann. Um anschließend der Vielfalt von Bildungstheorien gerecht zu werden, werden drei ausgewählte Bildungstheorien dargestellt.

### **3.1 Formale, nicht formale und informelle Bildung**

Um Bildung differenziert betrachten zu können, werden zunächst drei Formen, in denen Bildung stattfinden kann, voneinander unterschieden (Overwien 2005, 339-359):

#### **Formale Bildung**

Formale Bildung findet in Aus- und Weiterbildungsinstitutionen statt wie beispielsweise Schulen, Universitäten, Hochschulen; somit ist sie situationsabhängig und aus Sicht des Lernenden zielgerichtet. Der Prozentsatz, inwieweit Lernen innerhalb von Bildungsinstitutionen stattfindet, liegt laut übereinstimmender Expertenmeinungen bei etwa 30 Prozent (Dohmen 2001, 2).

Lernen in Institutionen findet anhand festgelegter Inhalte statt, wodurch das Lerninteresse des Lernenden eingeschränkt werden kann. Lernfortschritte werden mittels Wissensüberprüfungen gemessen. Diese Maßnahmen führen zu einer Basis, welche letztendlich Zertifizierungen zulassen (Tully 2006, 11).

Formales Lernen zeichnet sich durch Operationalisierung und Übertragbarkeit und somit durch Weitergabe an nachfolgende Generationen aus. Deshalb wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff des „gesicherten Wissens“ (Zürcher 2007, 130) verwendet. Der Reiz, sich formal zu bilden wird nicht „von eigenen Wissensbedürfnissen“ (Dohmen 2001, 8-9) getragen, vielmehr ist es fremdbestimmt und ein planmäßig abgehaltenes Lernen.

Der Zweck formaler Bildungs- und Berufsbildungseinrichtungen besteht einerseits darin, den Lernprozess anhand regelmäßiger Information über den tatsächlichen Ablauf seiner Prozesse zu unterstützen (formativer Zweck) und andererseits, um den Nachweis für einen absolvierten Lernabschnitt zu erbringen (summativer Zweck). Diese Rolle der Bewertung kann so angelegt sein, dass sie der Selektion und dem Schutz des Zugangs zu Ebenen, Funktionen und Berufen dient, wie z.B. von einer Klasse zur nächsten oder von der Schule ins Erwerbsleben (Björnavold 2001, 14-17).

## **Nicht formale Bildung**

Nicht formales Lernen findet im Gegensatz zu formalem Lernen nicht in Bildungsinstitutionen statt und ist aus der Perspektive des Lernenden zielgerichtet. So findet es beispielsweise in innerbetrieblichen Weiterbildungen oder in Kursen der Erwachsenenbildung statt. Nicht formales Lernen führt üblicherweise nicht zur Zertifizierung (Overwien, 2005, 348-350).

Um nicht formal erworbene Kompetenzen zu bewerten, bedarf es die Entwicklung spezieller Methoden – diese Thematik wird im Laufe dieser Ausarbeitung noch einmal aufgegriffen. Im Gegensatz dazu können Prüfungen und Bewertungen formaler und beruflicher Bildungswesen auf eine lange Geschichte der Forschung, Theorie und Praxis zurückblicken (Björnavold 2001, 14-17).

## **Informelle Bildung**

Informelle Bildung findet beispielsweise zu Hause, am Arbeitsplatz, im Verkehr, auf Reisen, im Umgang mit Partner, Nachbarn, Konkurrenten, Freunden statt (Dohmen 2001, 7). Das heißt, es findet außerinstitutionell statt und weder in einem bestimmten Raum noch zu einer bestimmten Zeit (Rauschenbach 2004, 29). Informelle Bildung geschieht zufällig und unzusammenhängend, jedoch anlassbezogen und aus einer dem Menschen innewohnenden Wissbegierde heraus (Dohmen 2001, 9). Diese Neugier stellt sich als besonders Ertrag bringend heraus, da sich Neuerungen und Fortschritte in Technik und Wirtschaft daraus ergründen – ganz im Sinne des „Erfindergeist“ (Dohmen 2001, 7)<sup>11</sup>.

Bei informeller Bildung geht es primär nicht um das Erreichen eines bestimmten Ziels. Vielmehr steht der Erwerb von Fähigkeiten, Kompetenzen und Lösungen für aktuell vorliegende Gegebenheiten im Vordergrund. Alle Aneignungen, welche nicht innerhalb des Bildungswesens, sondern rein aus einer momentan bestehenden Problemsituation oder einer Wissenslust heraus gewonnen werden können, werden als informelle Bildung bezeichnet (Tully 2004, 17).

Informelles Lernen wird ebenso als „Selbstlernen“ (Tully 2004, 17), welches sich auf unmittelbare individuelle Erfahrungen stützt, oder als „Erfahrungslernen“ (Dohmen 2001, 3) bezeichnet, welches sich über die Lebensabschnitte vollstreckt.

---

<sup>11</sup> Auf den technischen und medialen Aspekt bzgl. informeller Bildung wird in dieser Masterarbeit nicht näher eingegangen.

Der Zweck informellen Lernens besteht darin, den eigenen „Wert“ zu verbessern und sich in folgenden Bereichen (weiter-)zu bilden (Dohmen 2001, 126-127):

- Sich-Positionieren sowohl in Lebens- als auch Arbeitsbereichen (d.h. sich selbst entwickeln, behaupten, einbringen können)
- Persönliche Ziele, Hoffnungen und befriedigende Lebensqualitäten erreichen
- Aktueller Probleme bewältigen
- Gelingende Partnerschaft führen

Basierend auf den drei zu unterscheidenden Formen, in denen Bildung stattfinden kann, werden nun drei ausgewählte Bildungstheorien vorgestellt. Zunächst der bildungstheoretische Ansatz nach Wilhelm von Humboldt (1960), da er als einer der einflussreichsten Bildungstheoretiker und bedeutender Reformer des Bildungswesens des 19. Jahrhunderts gilt<sup>12</sup>. Die Bildungstheorie nach Hartmut von Hentig (1996) wurde herangezogen, weil er einen kritischen Blick auf das bestehende Bildungswesen wirft und anhand von sechs Maßstäben neue Ansätze einer Bildungstheorie liefert. Für den dritten bildungstheoretischen Ansatz wurde Wolfgang Klafki (1959, 1996) ausgewählt, da dieser eine ganzheitliche Bildung anstrebt.

### **3.2 Bildung nach Wilhelm von Humboldt**

Wilhelm von Humboldt (1767-1835) gilt als einflussreicher „Organisator des deutschen Schulwesens im 19. Jahrhundert und politischer Vertreter des humanistischen Bildungsideals“ (Stumpf 2007, 62). Die Reichweite der Tätigkeitsfelder Humboldts erstreckte sich über Beschäftigungen mit der Bildungsproblematik, der Staatstheorie, Sprachen sowie diplomatischen Aufgaben in Preußen (Stumpf 2007, 62-64). Im Rahmen dieser Ausarbeitung soll speziell sein Verständnis von Bildung ausgeführt werden.

---

<sup>12</sup> (Lohrmann 2009)

In Humboldts (1960, 234-240) „Theorie der Bildung des Menschen“ steht zuallererst der Mensch im Mittelpunkt jeder Tätigkeit. Um seine von Natur gegebenen Kräfte zu stärken, seinem Wesen Wert zu verleihen und sich selbst zu verbessern, bedarf es einen Gegenstand. Dieser Gegenstand entstammt der äußeren Welt, die den Menschen umgibt. Humboldt (1960, 235) bezeichnet das innere Streben nach „Verbesserung und Veredelung“ als einen Versuch, frei und unabhängig zu werden.

Ohne Bildung wäre das Dasein des Menschen vergänglich. Es ist die Aufgabe des Menschen, während seiner Lebenszeit sowie darüber hinaus zu wirken und Inhalte den Nachkommen zu hinterlassen. Um dieser Forderung nachzukommen, bedarf es mehr, als eine Beschränkung des Menschen auf sein „inneres Wesen“ (Humboldt 1960, 237). Vielmehr geht es darum, „von sich aus zu den Gegenständen ausser(!) sich überzugehen“ (Humboldt 1960, 237). In diesem Zusammenhang spricht Humboldt auch von einer Wechselwirkung von Ich und Welt. Die Beschäftigung mit äußeren Gegenständen soll dazu dienen, „erhellende(s) Licht“ (Humboldt 1960, 237) in das Innere des Menschen zu strahlen, wobei zu vermeiden ist, sich darin zu verlieren. Die Inhalte der Gegenstände muss er sich selbst aneignen (Humboldt 1960, 234-237).

Im Prozess der Wechselwirkung muss der Mensch mittels des Gegenstandes versuchen, die Natur zu erfassen. Dabei kann der Gegenstand verschiedene Gestalten annehmen, wie z.B. den Verstand, die Einbildungskraft, die Anschauung der Sinne. Durch diese Vielfältigkeit stärkt der Mensch seine innewohnende Kraft. Diese entstehende „Einheit und Allheit“ ist nach Humboldt letztendlich die Welt, da sie die Vielfältigkeit des Gegenstandes bietet. Daraus folgert Humboldt (1960, 237): „Was also der Mensch nothwendig(!) braucht, ist bloss(!) ein Gegenstand, der die Wechselwirkung seiner Empfänglichkeit mit seiner Selbstthätigkeit(!) möglich mache“. Demnach sollte die Welt als Gegenstand betrachtet werden, da der Gegenstand den Menschen in vollem Ausmaß beschäftigen soll (Humboldt 1960, 237).

Um eine fortschreitende sowie keine einförmige Bildung zu erzielen und schließlich volle Befriedigung in seiner Tätigkeit zu erlangen, muss der Mensch seinem

inneren Drang folgen. Der Mensch kann nach Humboldt (1960, 238) dann seine ganze Bildung vollenden, wenn er mit „ächtem(!) Geist“ einer Arbeit nachgeht (Humboldt 1960, 238-240).

Die Bildungstheorie nach Humboldt wurde angeführt, um die Ergebnisse der Studie im 6.Kapitel aus dem Blickwinkel der Bildungswissenschaft zu interpretieren, da der Zusammenhang zwischen der Schulbildung und den Werten für Angst bzw. Depressivität von KrebspatientInnen untersucht wird. Weiters werden nachfolgende Ausführungen des bildungstheoretischen Ansatzes von Hentig einbezogen.

### **3.3 Bildung nach Hartmut von Hentig**

*„Bildung ist der Prozeß(!), durch den etwas Gestalt, Idealisten werden sagen ‚seine Gestalt‘ annimmt.“*  
(Hentig 1996, 38)

Der deutsche Erziehungswissenschaftler Hartmut von Hentig (\*1925) stellt zunächst die Frage, was Bildung überhaupt sei. Als Folge seiner Überlegungen dazu, entwickelt er sechs Maßstäbe für Bildung. Mit seinen Ausführungen trug er zur Bildungsdiskussion in Deutschland bei.

Zunächst ist Hentig davon überzeugt, dass *alles* den Menschen bildet, da er ein Wesen ist, das „veränderbar, beeinflussbar(!), reduzierbar, steigerungsfähig auch gegen seinen Willen, gegen seine Einsicht, gegen seine Natur“ (Hentig 1996, 13) ist. Somit bildet den Menschen auch, was langweilt, gleichgültig erscheint oder abschreckt. Der Mensch ist auf Formung ausgerichtet und sofern diese gewollt vonstattengeht, bezeichnet dies Hentig als Bildung (Hentig 1996, 13-16).

Doch um den Begriff Bildung genau einzugrenzen, macht er auf die unterschiedlichen Ansichten und Absichten von Bildung aufmerksam, d.h. um Bildung zu definieren, ist zunächst nach folgenden Aspekten zu fragen (Hentig 1996, 15):

- Welchen Zweck soll Bildung erfüllen?
- Wovon ist Bildung zu unterscheiden?

- Was fällt der Bildungsanstalt Schule zu?
- Was fällt Schule nicht zu, wie z.B. Vorbereitungen auf Beruf, Studium, Alltagssituationen?

Um den Zugang Hentigs zu seiner Formulierung der sechs Bildungskriterien zu verdeutlichen, sollen folgende Überlegungen seinerseits, in Bezugnahme zu den vorhergehenden Fragestellungen, angeführt werden (Hentig 1996, 39-67):

- Bildung kommt am deutlichsten in der Form des Verbum zum Ausdruck: „Bilden ist sich bilden“ (Hentig 1996, 37). Zwar ist der Mensch nicht immer das Subjekt des Vorgangs, aber „Bilden“ bedeutet zunächst „einer Materie oder einem Ding eine Form geben“ (Hentig 1996, 37).
- „Das Leben bildet“ (Hentig 1996, 39-45): Wären Eltern so gebildet, wie sie es wünschen, dass ihre Kinder es werden, würde es genügen, Zeit zu haben und das Leben mit diesen zu teilen (Hentig 1996, 44).
- „Die Schule hat aus Bildung Schulbildung gemacht“ (Hentig 1996, 45). Besonders in Anlehnung an den vorherigen Punkt, ist Hentig der Meinung, dass Bildung sich ändert, i.S. zu etwas anderem werden, wenn sie einer Institution übertragen wird. In der Schule handelt es sich um eine bestimmte Form von Bildung, einer „Objektivierung von Sich-Bilden“ (Hentig 1996, 45) sowie einem unvermeidbaren Zugang zu bestimmten gelehrten Künsten. Bildung ist nicht alles was Schulen tun, sondern Bildung ist „die geistige Verarbeitung der Erfahrung“ (Hentig 1996, 57).
- „Alle Menschen sind der Bildung bedürftig und fähig“ (Hentig 1996, 59). Diese Aussage richtet sich an alle staatlichen Pflichtschulen, die den Auftrag haben, junge Menschen zu bilden bzw. zum Sich-Bilden anleiten. Die Gegenstände von Bildung, damit meint Hentig Anlässe, Situationen und Mittel, sind so zu wählen, dass Bildung besonders wirksam und für alle geschieht. Hentig spricht sich gegen Gegenstände höherer Bildung aus. Diesbezüglich stellt er sich die Frage, wenn die Gegenstände der höheren Bildung für bildend zu halten sind, ob man sie dann nicht allen SchülerInnen schuldet (Hentig 1996, 59-61). Dabei verweist er auf die Bielefelder

Laborschule<sup>13</sup>, wo u.a. SonderschülerInnen und Ausländerkinder unter dem Programm „Bildung für alle“ sich gemeinsam bilden.

Hentig spricht sich hinsichtlich der Schulbildung gegen die Unterscheidung von sogenannter höherer und volkstümlicher Bildung bis zum Abschluss der Sekundarstufe I aus. Zu diesem Zeitpunkt sind die SchülerInnen etwa 16 Jahre alt. Nach Absolvierung der Sekundarstufe I sollen sie selbst die Entscheidung für oder gegen etwas treffen. Bis zu diesem Zeitpunkt haben jedoch diverse Lebensauffassungen und Lebensentwürfe sowie die unterschiedlichen Persönlichkeiten eine große Bildungswirkung, weshalb die SchülerInnen nicht getrennt unterrichtet werden sollten (Hentig 1996, 67). Die Bildungskriterien der Sekundarstufe I nach Hentig (1996, 71-98) stellen sich wie folgt dar:

### **1. Abscheu und Abwehr von Unmenschlichkeit**

Unmenschlichkeit ist zunächst leichter zu unterlassen als Menschlichkeit zu verwirklichen. Menschlichkeit ist eine hohe Forderung, welche vieler anderer Tugenden bedarf, wie z.B. Selbstbeherrschung, Güte, Geduld, Klugheit. Dies sind alles Eigenschaften um letztendlich dem anderen besser gerecht zu werden. Der Mensch muss lernen, die Bedingtheit des Guten hinzunehmen (Hentig 1996, 74-76). Unmenschlichkeit ist auszuräumen durch das Nachdenken über Menschlichkeit und die „Verantwortung für die Welt, in der wir leben“ (Hentig 1996, 76).

### **2. Die Wahrnehmung von Glück**

„Wo keine Freude ist, ist auch keine Bildung, und Freude ist der alltägliche Abglanz des Glücks“ (Hentig 1996, 76). Bildung ist nach Hentig verfehlt, wenn der Prozess der Bildung weder die Fähigkeit noch den Anlass zur Freude gegeben hat. Vielmehr soll Bildung „Glücksmöglichkeiten eröffnen, Glücksempfänglichkeit, eine Verantwortung für das eigene Glück“ (Hentig 1996, 77). SchülerInnen Glück erfahren zu lassen wäre beispielsweise möglich durch das Meistern einer Aufgabe oder anderen Menschen nützlich zu sein.

---

<sup>13</sup> Hentig lehrte dort selbst jahrelang Latein (Hentig 1996, 61).

Nach Hentig haben die Menschen die Wahl zwischen „dem Glück, dessen Schmied wir [...] sind [...], und dem Schicksal der Beglückten“ (Hentig 1996, 78), wobei Bildung dann versagt hat, wenn der Mensch sich zwischen beiden Möglichkeiten falsch entscheidet (Hentig 1996, 76-80).

### **3. Die Fähigkeit und der Wille, sich zu verständigen**

Das Leben der Menschen ist bestimmt durch Kulturen. Darüber hinaus hat sich „eine Weltzivilisation entwickelt mit gemeinsamen Nachrichten-, Verkehrs-, Wirtschafts-, Wissenschafts- und Rechtssystemen“ (Hentig 1996, 81), wodurch alle gegenseitig voneinander abhängig sind. Vor diesem Hintergrund, so Hentig, sollten „gemeinsame Verbindlichkeiten zwischen den Kulturen hergestellt [...] werden“ (Hentig 1996, 81). Um diese Idee umzusetzen sollte jedoch, aufgrund der Diversität der Kulturen, nicht mit der Forderung nach gemeinsamen Werten begonnen werden. Vielmehr sollte zunächst die Verständigung im Vordergrund stehen, um auf behutsame Weise „Lösungsmöglichkeiten, Kompromisse, Sicherungen“ (Hentig 1996, 82) anzusprechen. Die Verständigung bezeichnet Hentig (1996, 82) als „hohe Kunst“, da für den Verständigungsprozess folgende Aspekte berücksichtigt werden müssen (Hentig 1996, 82):

- Man muss einschätzen können, worauf momentan die Aufmerksamkeit gerichtet ist.
- Man muss das Streitobjekt für weniger wichtig erklären als die Verständigung per se.
- Es ist eine behutsame aber bestimmte Sprache zu sprechen.
- Vorab sind Lösungsmöglichkeiten, Kompromisse und Sicherungen zu überlegen.
- Sie erscheint besonders schwierig, wenn bereits Vorurteile bestehen.
- Es gilt: „Die nötigste Verständigung gilt den unnötigsten Spannungen“ (Hentig 1996, 82).

Nach Hentig (1996, 83) hängt das Leben der Menschen untereinander von kluger Verständigung ab. Doch die besten Verständigungsstrategien sind nutzlos, wenn der Wille zur Verständigung fehlt. Das heißt, es hat Bildung stattgefunden, wenn „Verständigung aktiv und unaufdringlich“ (Hentig 1996, 83) gesucht wurde.

#### **4. Ein Bewusstsein von der Geschichtlichkeit der eigenen Existenz**

Durch die Entstehung von Multikulturen bestehen überall andere Geschichten und eine andere Gegenwart. Vor dem Hintergrund der im vorangegangenen Bildungskriterium beschriebenen Verständigung stellt Hentig (1996, 85) dar, dass sich durch beispielsweise Literatur Inhalte aneignen lassen, wodurch Fremdes, und somit die Kulturen der anderen Menschen, verstanden werden kann: „Der Mensch hat die Gabe der stellvertretenden Erfahrung“. Nichtsdestotrotz gibt es Dinge, die das eigene Erleben bedürfen, wie z.B. die Liebe zu einer bestimmten Person oder Musik.

Hentig (1996, 83-92) spricht sich generell für ein Bewusstsein von der Geschichtlichkeit aus, d.h. Geschehnisse und Ereignisse sowohl der Vergangenheit als auch der Gegenwart angehörig sind nicht selbstverständlich, sondern eine Leistung, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erbracht wurde bzw. möglich war. Demnach ist Bildung dann eingetreten, wenn dem Menschen „dies bewußt(!) wird und er daraufhin sein Verhalten selber steuern und verantworten kann“ (Hentig 1996, 84).

#### **5. Wachheit für letzte Fragen**

Menschen stellen sich unvermeidliche Fragen, dazu zählen beispielsweise folgende:

„Gibt es Gott – d.h. einen Schöpfer des Universums und Herrn der Geschichte? Hat die Welt einen Sinn, einen Plan? Was ist dieser Sinn, worin offenbart er sich? Was ist meine Bestimmung in ihm? Warum bin ich? Warum bin ich ich? Bin ich frei, von jenem Plan abzuweichen? Wohin führt das alles? Was kommt danach?“ (Hentig 1996, 93).

Um diese Fragen zu stellen, bedarf es keine Bildung, jedoch aber um sie auszuhalten und nicht zu versuchen, durch Mythen oder Ideologien Gewissheit zu erlangen. Von Bildung zeugt, wenn man nach Antworten sucht, welche durch Wissenschaft (also Beobachten, Messen, etc.) belegt werden können. Sich dennoch mit solch unvermeidlichen Fragen auseinanderzusetzen, dient dem „Bewußtsein(!) von der Grenze der menschlichen Vernunft“ (Hentig 1996, 93). Diesen Fragen ist nach Hentig (1996, 93-94) Raum einzuräumen, da sie einer Bildungserfahrung dienen, was wiederum nicht in getrennten Einrichtungen vonstattengehen soll.

## **6. Die Bereitschaft zur Selbstverantwortung und Verantwortung in der res publica**

Hierbei handelt es sich um ein doppeltes Kriterium – zum einen um die Selbstverantwortung und zum anderen um die Verantwortung in der res publica (dem Gemeinwesen). Selbstverantwortung meint, dass der Mensch seine Bildung selbst übernimmt, i.S.v. er besucht Schulen, nimmt Rat, Kritik sowie Belehrung an. Das Gebotene annehmen und zu eigen machen bzw. es abzustoßen ist Bildung (Hentig 1996, 94-95). Der Gebildete ist „menschlich, glücksfähig, geöffnet, selbstbewußt(!), weil weltbewußt(!), vernünftig und vernunftkritisch“ (Hentig 1996, 94). Weiters bedeutet Selbstverantwortung Rede und Antwort zu stehen, d.h. den Mitbürgern Rechenschaft geben für jenes, was sie ebenso betrifft. Somit besteht eine „Verantwortung für die gemeinsamen Regeln des Handelns“ (Hentig 1996, 96). Die Verantwortung im Gemeinwesen meint somit die Befähigung, mit politischen Sachverhalten und daraus resultierenden Ergebnissen umzugehen (Hentig 1996, 96-97).

Bei den Bildungsmaßstäben nach Hentig geht es darum, dass „der gebildete Mensch sich selbständig verhält“ (Hentig 1996, 94). Diese sechs Maßstäbe sind eine Richtlinie dessen, was sich Hentig von Bildung erwartet. Weiters kritisiert Hentig, dass in den gegenwärtigen Bildungseinrichtungen „Lehrbares und Meßbares(!)“ (Hentig 1996, 97) im Vordergrund steht und ansonsten kaum etwas anderes. Seiner Meinung nach, gehen dabei aber nicht ausschließlich gebildete Personen hervor, ebenso wenig, wenn man seine sechs Maßstäbe zum Bildungsziel macht. Vielmehr sollen die Maßstäbe eine Perspektive bei der Konzipierung von Bildungsplänen und -einrichtungen geben (Hentig 1996, 97-98).

Ebenso wie die bereits angeführte Bildungstheorie von Humboldt (1960), werden die bildungstheoretischen Ausführungen Hentigs (1996) sowie die nachfolgende Bildungstheorie von Klafki (1959; 1996) Interpretationsgrundlage der statistischen Ergebnisse im 6.Kapitel sein, um die möglichen Auswirkungen von Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung zu untersuchen.

### 3.4 Bildung nach Wolfgang Klafki

Der deutsche Erziehungswissenschaftler Wolfgang Klafki (\*1927) unterteilt den Begriff Bildung, nach dem von ihm entworfenen Konzept der kategorialen Bildung, zunächst in materiale und formale Bildung. Materiale Bildung steht für die Vermittlung von Inhalten und formale Bildung für die Vermittlung bestimmter Formen und Methoden des Lernens und schließlich für die Entwicklung der Kräfte des Lernenden. Die Intention dabei ist, dass durch das Beherrschen einer Methode mithilfe der Anwendung dieser Methode ein bislang unbekannter Gegenstand selbst angeeignet werden kann. Letztendlich werden auf diese Weise körperliche, geistige und seelische Kräfte geformt und entwickelt. Diese Form der Aneignung bezeichnet Klafki als exemplarisches Lernen (Klafki 1959).

Klafki bestimmt Bildung als Zusammenhang dreier Grundfähigkeiten, diese sind die Fähigkeiten zur Selbstbestimmung, zur Mitbestimmung und zur Solidarität. Die *Selbstbestimmungsfähigkeit*<sup>14</sup> impliziert eine Loslösung von Fremdbestimmungen, das heißt der Mensch wird durch Bildung dazu befähigt autonom zu handeln und moralische Entscheidung selbst zu treffen (Klafki 1996, 19). Die *Mitbestimmungsfähigkeit* nach Klafki (1996, 20-25) meint die Auseinandersetzung des Gebildeten mit gesellschaftlichen und politischen Angelegenheiten, sowie einem verantwortungsbewussten Umgang damit.

Sofern sich für jene Menschen eingesetzt wird, welche ihre Selbst- und Mitbestimmung nicht in Anspruch nehmen können oder nicht darüber verfügen, so ist das Kriterium der *Solidaritätsfähigkeit* nach Klafki (1996, 26-30) erworben.

Als allgemein bildungsrelevant nennt Klafki fünf epochaltypische Schlüsselprobleme. Diese sind sowohl gesellschaftlich, national, international als auch für jeden Einzelnen von Bedeutung, indem sie sich mit Problemstellungen auseinandersetzen, welche zum einen die Menschen gemeinsam angehen als auch deren Gegenwart und Zukunft betreffen. Zu den epochaltypischen Schlüsselproblemen zählen:

1. Die *Friedensfrage* – dabei bezieht sich Klafki (1996, 56-57) auf das Vernichtungspotential der ABC-Waffen und hinsichtlich des Golfkriegs auf die

---

<sup>14</sup> Klafki bezieht sich hierbei auf den Mündigkeitsbegriff nach Kant (1968, Bd. VIII, 35), welcher in seiner Abhandlung über die Aufklärung die Selbstbestimmung des Denkens formuliert hat.

kaum bestehende Weltfriedensordnung. Das heißt, die Menschen sollen auf die Ursachen der Friedensgefährdung aufmerksam gemacht werden.

2. Die *Umweltfrage* beschäftigt sich mit der Erhaltung natürlicher Ressourcen und Kontrollierbarkeit der wissenschaftlich-technologischen Entwicklung. Hintergrund dieses Schlüsselproblems stellt folgende Überlegung nach Klafki (1996, 58-59) dar: zukünftig wird die Kluft zwischen hochentwickelten Gesellschaften und Entwicklungsländern noch mehr auseinanderdriften, und dies kann in weiterer Folge eine Friedensgefährdung darstellen. Die Menschen sollen sich also die Umweltproblematik und die zusammenhängende industriell-technische Entwicklung bewusst machen.
3. *Gesellschaftlich produzierte Ungleichheit* meint zunächst die bestehenden Ungleichheiten zwischen sozialen Klassen und Schichten, zwischen Männern und Frauen, zwischen Menschen mit und ohne Behinderung, zwischen Menschen mit und ohne Arbeitsplatz, zwischen Ausländern in Gastländern und Einheimischen und schließlich zwischen entwickelten und weniger entwickelten Ländern. Klafki (1996, 59) nennt hier das Stichwort der kulturellen Erziehung.
4. *Gefahren und Möglichkeiten der Steuerungs-, Informations- und Kommunikationsmedien* implizieren eine mögliche Veränderung der zwischenmenschlichen Kommunikation, des Freizeitbereichs oder aber auch eine mögliche Vernichtung von Arbeitsplätzen aufgrund von Rationalisierung als Folge der Anforderungen von Basis- und Spezialqualifikationen. Klafki (1996, 59-60) spricht sich dafür aus, dass die Menschen vor Nutzung der Kommunikations-, Informations- und Steuerungsmedien über deren Wirkung, Missbrauch und sozialen Folgen reflektieren sollten.
5. *Die Subjektivität des Einzelnen und das Phänomen der Ich-Du-Beziehung* betrachtet Klafki (1996, 60) als eine Beschäftigung mit der Erfahrung der Liebe, der menschlichen Sexualität, dem Verhältnis zwischen Mann und Frau sowie zwischen Gleichgeschlechtlichen und deren Beziehungen. Besonderen Fokus legt er dabei auf das individuelle Glück innerhalb einer Beziehung zwischen zwei Menschen und der Anerkennung des jeweils Anderen.

Nach Klafki ist demnach gebildet, wer über die drei Grundfähigkeiten Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit verfügt, der um die Schlüsselprobleme der Welt weiß und sich verantwortlich um die Lösung dieser Probleme zeigt.

Die drei dargestellten Bildungstheorien nach Humboldt (1960), Hentig (1996) sowie Klafki (1959; 1996) dienen im 6.Kapitel aus bildungswissenschaftlicher Sicht als Interpretationsgrundlage, um mögliche Auswirkungen von Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung darzustellen.

Das folgende Kapitel gibt zunächst einen grundlegenden Einblick in die Definition und Abgrenzung des Begriffs sozialer Ungleichheit nach Kreckel (2004). Darüber hinaus werden die Ausführungen Kreckels mit jenen von Bourdieu (1983) zur Kapitaltheorie ergänzt und teilweise bestätigt. Diese Thematik wird im 6.Kapitel bei der Analyse und Interpretation der statistisch erhobenen Ergebnisse herangezogen, ebenso wie die bereits angeführten Bildungstheorien, um eine theoretische Fundierung der Ergebnisse zu leisten.

### **3.5 Soziale Ungleichheit – Bildung als Kapital**

*„Soziale Wirklichkeit [...] als das Produkt von bewußtem(!)  
menschlichen Handeln in Vergangenheit und Gegenwart“*  
(Kreckel 2004, 14)

Forschungen zur sozialen Ungleichheit sind besonders in der Soziologie verankert. Reinhard Kreckel (\*1940), ein deutscher Soziologe und Forscher zum Thema soziale Ungleichheit, definiert soziale Ungleichheit folgendermaßen:

„Soziale Ungleichheit im weiteren Sinne liegt überall dort vor, wo die Möglichkeiten des Zugangs zu allgemein verfügbaren und erstrebenswerten sozialen Gütern und/oder zu sozialen Positionen, die mit ungleichen Macht- und/oder Interaktionsmöglichkeiten ausgestattet sind, dauerhaft Einschränkungen erfahren und dadurch die Lebenschancen der betroffenen

Individuen, Gruppen oder Gesellschaften beeinträchtigt bzw. begünstigt werden“ (Kreckel 2004, 17).

Kreckel (2004, 13) betrachtet soziale Ungleichheit als eine von Menschen selbst produzierte Tatsache, demnach es ein ebenso selbst zu veränderndes Phänomen und kein „unabänderliches Schicksal“ darstellt. In unserer Gesellschaft besteht eine Vielfalt von Formen der „Ausbeutung, Diskriminierung, Hierarchisierung, Privilegierung“ (Kreckel 2004, 13). Alle Formen sozialer Ungleichheit haben etwas mit den Machtverhältnissen sowie den kulturellen Gegebenheiten in den Gesellschaften zu tun (Kreckel 2004, 13-14).

Kreckel (2004, 14-15) unterscheidet grundsätzlich zwischen Naturgesetzen und sozialen Gesetzlichkeiten, die den Menschen obliegen. Naturgesetze können von Menschen niemals außer Kraft gesetzt werden. Soziale Gesetzlichkeiten hingegen wurden von Menschen konstituiert und bleiben durch bestimmte Verhaltensweisen sowie gesellschaftliche Kräfte erhalten. Die in den Gesellschaften bestehenden Ungleichverhältnisse sind auf die sozialen Gesetzlichkeiten zurückzuführen. Kreckel (2004, 15-17) nimmt folgende vier Abgrenzungen des Begriffs soziale Ungleichheit vor:

- Soziale Ungleichheit ist zu unterscheiden von „bloßer physisch bedingter Verschiedenartigkeit der Menschen (z.B. in bezug(!) auf Geschlecht, Augenfarbe, Lebensalter, Rassenzugehörigkeit, Körpergröße, ‚natürliche Begabung‘)“ (Kreckel 2004, 15). Das bedeutet, soziale Ungleichheit geht nicht auf die biologische Ausstattung des Menschen zurück.
- Soziale Ungleichheit ist nicht gleich soziale Differenzierung. Diese ist auf soziale Unterschiedlichkeiten der Menschen zurückzuführen, wie z.B. auf die berufliche Arbeitsteilung, die kulturellen Verschiedenheiten, auf religiöse, parteipolitische, regionale und nationale sowie alters- und geschlechtsbezogene Besonderheiten. Diese Merkmale sozialer Differenzierung führen nicht notwendigerweise zu „sozialer Bevorrechtigung oder Benachteiligung“ (Kreckel 2004, 16), wie dies bei sozialer Ungleichheit der Fall ist.
- Soziale Ungleichheit „liegt immer dann vor, wenn bestimmte soziale Differenzierungen es mit sich bringen, daß(!) einzelne Individuen oder Grup-

pen in dauerhafter Weise begünstigt, andere benachteiligt sind“ (Kreckel 2004, 16-17). Davon betroffen sind meist nicht nur Individuen oder Gruppen, sondern darüber hinaus auch Angehörige gesellschaftlicher Gruppen (wie beispielsweise Frauen, Farbige, Ausländer) oder gar Staatsgesellschaften unter Betrachtung des Weltsystems.

- Soziale Ungleichheit im engeren Sinn meint „diejenigen Formen [...], die sich mit Hilfe eines Gesellschaftsmodells von hierarchisch übereinander angeordneten Klassen, Schichten, Statusgruppen oder ähnlichen Rangabstufungen erfassen lassen“ (Kreckel 2004, 17).

Materieller Reichtum (z.B. Geld), symbolisches Wissen (z.B. Zeugnis), hierarchische Organisation (z.B. Rang) und selektive Assoziation (z.B. „Zugehörigkeit“) zählen zu den vier Dimensionen sozialer Ungleichheit. Ungleichheit liegt vor, wenn diese Ressourcen ungleich verteilt sind. Das bedeutet, „wer privilegierten Zugang zu diesen Ressourcen erlangt, gewinnt damit für die Verwirklichung seiner speziellen Wünsche, Bedürfnisse, Lebensentwürfe usw. günstigere objektive Bedingungen als derjenige, der von diesen Ressourcen ausgeschlossen bleibt“ (Kreckel 2004, 20).

Kreckel (2004, 97-99) möchte anhand der vier Dimensionen zum Ausdruck bringen, dass beispielsweise in den Bereichen Bildungsabschluss, beruflicher Rang und Geldeinkommen Standardisierungen und Institutionalisierungen eingetreten sind. Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Leistungsideologien werden auf diese Weise Ungleichheiten legitim, denn eine bestimmte Qualifikation dient einer speziellen beruflichen Position, was wiederum an ein bestimmtes Einkommen gekoppelt ist. Es handelt sich deshalb um eine *Leistungsideologie*, weil so die „Ungleichheit von Lebenschancen“ (Kreckel 2004, 98) ihre Rechtfertigung findet. Ebenso ist das Bildungssystem als Faktor für soziale Ungleichheit zu betrachten (Kreckel 2004, 97-99).

Den Ergebnissen der PISA-Studie aus dem Jahr 2000 ist zu entnehmen, dass die soziale Herkunft über die Wahl des Schulbesuchs nach der Grundschule entscheidet und nicht etwa die Leistung. „Die Chance eines Jugendlichen aus einem Facharbeiterhaushalt, ein Gymnasium anstelle einer anderen Schulform zu besuchen, (beträgt) ungefähr 3:17“ (Baumert, Schümer 2001, 356), das bedeutet auf drei

GymnasiastInnen kommen 17 SchülerInnen anderer Schulformen. Für Jugendliche die Familien oberer Dienstklassen angehören, liegt die Chance ein Gymnasium anstelle einer anderen Schulform zu besuchen bei 1:1 (Baumert, Schümer 2001, 356-357). Die Beteiligung in Gymnasien von SchülerInnen aus Familien der oberen Dienstklasse liegt bei 50% und von SchülerInnen aus Familien von ungelernten und angelernten ArbeiterInnen bei 10%. Gegensätzlich verhält es sich beim Hauptschulbesuch: 10% der Kinder aus Familien der oberen Dienstklasse und 40% der Kinder aus Familien von ungelernten und angelernten ArbeiterInnen besuchen die Hauptschule. Beim Realschulbesuch sind die Verteilungen annähernd gleich. Diese Ausführungen beziehen sich auf Deutschland. In Österreich konnten jedoch ähnliche Ergebnisse der PISA-Studie ermittelt werden. So weisen die PISA-Daten aus dem Jahr 2000 darauf hin, dass „15/16-Jährige aus unteren Bildungs- oder Berufsschichten [...] geringere Bildungschancen (haben)“ (Bacher 2004, 28). Diese Bildungsungleichheiten in Österreich sind nach Bacher (2004, 28-29) auf außerschulische Faktoren, wie z.B. auf die soziale Herkunft, zurückzuführen.

Die Ausführungen Kreckels (2004) zur sozialen Ungleichheit sowie die Ergebnisse der PISA-Studie aus dem Jahr 2000 werden zur Interpretation der Ergebnisse der Studie herangezogen, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depressivität und dem geringen Einkommen von KrebspatientInnen festzustellen.

Der nun folgende Abschnitt widmet sich der Kapitaltheorie nach Bourdieu, denn wie sich durch die Ausführungen Kreckels (2004, 20) herausgestellt hat, besteht soziale Ungleichheit, wenn die vier Ressourcen materieller Reichtum (z.B. Geld), symbolisches Wissen (z.B. Zeugnis), hierarchische Organisation (z.B. Rang) und selektive Assoziation (z.B. „Zugehörigkeit“) ungleich verteilt sind. Jene, die einen privilegierten Zugang zu diesen Ressourcen haben, verfügen über günstigere Bedingungen sich ihre Wünsche oder Lebensentwürfe zu verwirklichen. Bourdieu geht ebenfalls auf diese Thematik ein, indem er jedem Mensch ein gewisses Maß an Kapital zuteilt, wodurch beispielsweise vorhandenes ökonomisches Kapital es den Kindern einer Familie ermöglicht, mehr Zeit in ihre Schulbildung zu investieren, als dies in Familien der Fall ist, die wenig ökonomisches Kapital zur Verfü-

gung haben und deren Kinder daher so früh als möglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen müssen (Bourdieu 1983, 196–197). Hier ist der Aspekt sozialer Ungleichheit nach Kreckel (2004) wiederzufinden.

Anhand des von Marx geprägten Begriffs des Kapitals entwickelt der französische Soziologe Pierre Bourdieu (1930-2002) eine eigene Kapitaltheorie. Nach Bourdieu (1983, 183) ist Kapital „akkumulierte Arbeit“, welches durch Aufbringung und Investition von Zeit angeeignet werden. Bourdieu zeigt drei Ausprägungen von Kapital auf, die im Folgenden erläutert werden. Dabei betrachtet Bourdieu den Menschen als ein Individuum, welches über verschiedenartige Potenziale (Kapitalien) verfügt und diese nach Belieben einsetzen kann (1983, 183-198).

### **1. Ökonomisches Kapital**

Ökonomisches Kapital kann durch einen Tausch, z.B. von Ware, in einen monetären Wert umgerechnet werden. Auf diese Weise gelangt das Individuum durch das Einsetzen von ökonomischen Kapital zu Eigentum i.S.v. Warenbesitz (Bourdieu 1983, 184-185).

### **2. Kulturelles Kapital**

Bei Forschungen zeigte sich, dass die Schulleistungen der Kinder aus unterschiedlichen sozialen Milieus große Differenzen aufweisen. Daraufhin entwickelte Bourdieu den Begriff des kulturellen Kapitals. Normalerweise geht man davon aus, so Bourdieu (1983, 185), dass diese Differenzen auf die Begabungen der Kinder zurückzuführen sind, wobei der verborgene Mechanismus der „*Transmission kulturellen Kapitals in der Familie*“ (Bourdieu 1983, 185; Hrvh. i.O.) keine Berücksichtigung findet. Dieser ist jedoch das Fundament für die Entstehung von Talent und Potential, indem in Erziehung und schließlich in kulturelles Kapital durch Aufbringung von Zeit investiert wird.

Das kulturelle Kapital kann in drei Ausprägungen bestehen, die im Folgenden erläutert werden sollen:

### **Inkorporiertes Kulturkapital**

Bei inkorporiertem Kulturkapital muss der/die BesitzerIn selbst die Zeit für dessen Aneignung aufbringen. Diese kann auf zweierlei Weisen geschehen, entweder durch Schulbildung und somit auf bewusste Weise oder unbewusst durch beispielsweise elterliche Erziehungsmaßnahmen. Hierbei handelt es sich um ein persönliches Kapital, was nicht direkt auf andere Personen übertragbar ist. Jedoch kann es darüber hinaus in Form einer „sozialen Vererbung“ (Bourdieu 1983, 187) an andere Menschen weitergegeben werden. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, dass Kinder, deren Familien mit hohem Kulturkapital ausgestattet sind, sich bereits durch Erziehung Kulturkapital eigenständig ansammeln können. So können sie durch Bildung und ohne Zwang, z.B. zur Erwerbstätigkeit, weiteres Kulturkapital anhäufen (Bourdieu 1983, 188).

### **Objektiviertes Kulturkapital**

Dieses Kapital bezieht sich auf kulturelle Objekte, wie beispielsweise Gemälde, Bücher oder Musikinstrumente, welche als Gegenstände an andere Personen weitergegeben werden. Ist man im Besitz dieser Objekte, stellen sie grundsätzlich Eigentum im Sinne des ökonomischen Kapitals dar. Um sich die sachgemäße Verwendung dieser Gegenstände anzueignen, wie das Lesen eines Buches, wird inkorporiertes Kulturkapital benötigt. Dieses gilt es zunächst eigenständig zu erwerben (Bourdieu 1983, 188–189).

### **Institutionalisiertes Kulturkapital**

Inkorporiertes Kulturkapital kann durch den Erwerb und schließlich den Besitz von schulischen und/oder akademischen Titeln bescheinigt sowie institutionell anerkannt werden. Von Relevanz zeugt dabei lediglich, dass der/die TitelinhaberIn dieses Kapital zum Zeitpunkt des Titelerwerbs nachweisen konnte (Bourdieu 1983, 189–190).

## **3. Soziales Kapital**

Mit dem sozialen Kapital ist das Netz sozialer Beziehungen eines Menschen gemeint. Es bezeichnet das Vermögen eines Menschen, z.B. einer Familie, einer Schule oder einem Verein anzugehören. Auf welche Weise und in welchem Aus-

maß ein Mensch von seinem sozialen Kapital profitieren kann, ist sowohl von der Anzahl der Beziehungen, welche er/sie dauerhaft pflegen kann als auch von der Ausprägung des ökonomischen und kulturellen Kapitals der anderen abhängig, mit den er/sie in Beziehung steht. Auch Verhaltensweisen werden durch soziales Kapital repräsentiert, z.B. anhand der Art und Weise zu sprechen oder durch Tischmanieren. Dabei lassen sich meist Angehörige diverser Gruppen mit mehr oder weniger Ansehen unterscheiden (Bourdieu 1983, 190–191). Um persönlichen Profit, i.S.v. Vorteile, aus sozialen Beziehungen ziehen zu können, braucht es Pflege dieser Kontakte durch Aufbringung und Investition von Zeit sowie gegebenenfalls auch von Geld. Auf diese Weise können soziale Beziehungen dauerhaft aufrecht erhalten werden, so Bourdieu (1983, 192–193).

Eine Person überquert die Außengrenze, indem sie als Gruppenmitglied anerkannt wurde und nun Teil dieser Gruppe ist. Insofern ist jedes Gruppenmitglied vor der Aufnahme eines neuen Mitglieds dazu angehalten, dieses auf die passende Identität der Gruppe zu überprüfen. Das neue Mitglied soll keinesfalls die Homogenität der Gruppe bzw. dessen Beziehungsgefüge gefährden. Somit werden die Grenzen der Gruppe kontrolliert und nur für geeignete Neuzugänge zugänglich gemacht (Bourdieu 1983, 192–193).

Durch das Einsetzen von ökonomischem Kapital können nach Bourdieu nicht nur Waren, sondern ebenso kulturelles und soziales Kapital erworben werden, jedoch nur durch die Aufbringung von „*Transformationsarbeit*“ (Bourdieu 1983, 195; Hrvh. i.O.). Das bedeutet, derjenige, der eine Transformation vornehmen möchte, wie z.B. ökonomisches in soziales Kapital umzuwandeln, muss zusätzlich Arbeit im Sinne von Zeit und Energie aufbringen, um ein persönliches profitables soziales Beziehungsnetz aufbauen zu können (Bourdieu 1983, 196–197).

Um ein Beispiel für das vorangegangene Ergebnisse der PISA-Studie aus dem Jahr 2000 zu nennen: Durch vorhandenes ökonomisches Kapital einer Familie wird es deren Kindern möglich, mehr Zeit in ihre Schulbildung zu investieren, als dies in Familien der Fall ist, die wenig ökonomisches Kapital zur Verfügung haben und deren Kinder daher so früh als möglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen müssen (Bourdieu 1983, 196–197).

Sowohl die Ausführungen Kreckels (2004) zur sozialen Ungleichheit, die Ergebnisse der PISA-Studie aus dem Jahr 2000 als auch die Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) werden im 6.Kapitel herangezogen, um mögliche Auswirkungen von Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen darzustellen.

Im nachstehenden 4.Kapitel wird das Forschungsvorhaben der vorliegenden Theses genauer erläutert. Das Kapitel teilt sich in Ausführungen zum aktuellen Forschungsstand und einer Beschreibung der Stichprobe. Weiters werden sowohl die aufgestellten Hypothesen vorgestellt, welche es anhand der statistischen Auswertung zu überprüfen gilt, als auch die Zielstellung dieser Masterthesis unter Einbeziehung des Aspekts der Bildungswissenschaft formuliert.

## **4. Forschungsvorhaben**

### **4.1 Aktueller Forschungsstand**

Es konnten zwei wissenschaftliche Arbeiten gefunden werden, welche an die Thematik der Masterthesis angrenzen: Eine deutschsprachige Dissertation und eine englischsprachige Studie.

Die Dissertation von Juliane Ketterer (2008) an der Berliner Charité befasste sich ebenfalls mit der Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen klinischen, psychosozialen und soziodemographischen Faktoren und den Werten von Angst und Depressivität – ebenso gemessen anhand der HADS-D –, allerdings beschränkt sich diese Stichprobe auf Brustkrebspatientinnen. Die Stichprobe erfasste 150 BrustkrebspatientInnen<sup>15</sup> über einen Zeitraum von zwei Jahren, wobei sich 73 PatientInnen aufgrund von Ausschlusskriterien für die Studie qualifizieren konnten. Die Studie wurde 0 bis 7 Tage nach der Erstoperation durchgeführt. Erhoben wurden mittels der Fragebogenmethode klinische Daten (Tumorstadien, Operationsmethode, Vorerkrankungen), soziodemographische Charakteristika (Lebensalter, Familienstand, Partnerschaft, Anzahl der Kinder, Schulabschluss) und psy-

---

<sup>15</sup> Brustkrebs kann, wenn auch in sehr viel geringerem Maße, ebenso bei Männern diagnostiziert werden (Deutsches Krebsforschungszentrum 2012).

chosoziale Merkmale (selbst wahrgenommene Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde, Psychotherapieerfahrung, kritische Lebensereignisse). Die in Bezug auf die vorliegende Masterthesis interessanten Ergebnisse sind folgende: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art des Schulabschlusses und der Angst, jedoch konnte kein Zusammenhang zwischen dem Schulniveau und der Depressivität nachgewiesen werden. Weiters weisen Frauen mit keinem oder Volks- bzw. Hauptschulabschluss postoperativ einen höheren Wert für Angst auf als Frauen mit höherer Schulbildung (mittlere Reife, Abitur). Eine solche negative Korrelation konnte nicht für die Depressivität festgestellt werden.

Ziel der Studie von US-amerikanischen<sup>16</sup> und niederländischen<sup>17</sup> Forschern (Andrykowski et al. 2013) war es, einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und sowohl positiven als auch negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kolorektalkarzinom-Überlebenden (Krebserkrankungen des Dickdarms (Kolon) und Mastdarms (Rektum)) zu untersuchen. Erhoben wurden folgende Daten: Schulbildung, Familieneinkommen (sozioökonomischer Status) sowie anhand der HADS Skala die Werte für Angst und Depressivität (negative sowie positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit). Die Stichprobe umfasst 1300 befragte Personen, deren Krebsdiagnose vier Jahre zurückliegt. Die Befragung wurde mittels der Fragebogenmethode durchgeführt. Hinsichtlich bedeutungsvoller Aussagen für die vorliegende Arbeit konnte folgendes festgestellt werden: Es besteht ein Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Überlebenden des Kolorektalkarzinoms. Mittels der HADS Skala wurde – ebenso wie in der vorliegenden Studie – die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit untersucht, wobei davon auszugehen ist, dass damit Angst und Depressivität gemeint ist. Somit wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status auf die Angst und Depressivität bei Kolorektalkarzinom-PatientInnen aus. Die genaue Untersuchung der einzelnen sozioökonomischen Faktoren wurde nicht vorgenommen.

---

<sup>16</sup> Michael A. Andrykowski (Department of Behavioral Science, University of Kentucky College of Medicine, Lexington, USA)

<sup>17</sup> Mieke J. Aarts, Lonneke V. van de Poll-Franse, Floortje Mols, Melissa S.Y. Thong (Comprehensive Cancer Center South, Eindhoven Cancer Registry, Netherlands), Gerrit D. Slooter (Department of Surgery, Maximal Medical Center, Veldhoven, Netherlands)

## 4.2 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen eines Praktikums meiner Ausbildung zur Psychotherapeutin hatte ich die Möglichkeit, bei einer psychoonkologischen Studie an der Medizinischen Universität in Wien unter der Leitung von Prof. Alexander Gaiger mitzuarbeiten<sup>18</sup>. Die Studie richtet sich speziell an PatientInnen mit einer diagnostizierten<sup>19</sup> onkologischen Erkrankung. Ziel der Studie ist es – die Studie wird nach wie vor durchgeführt –, krankheitsbezogene Informationen mittels Fragebogen zu erheben, d.h. eine an die Zielgruppe von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung gewandte, speziell auf die Erkrankung Krebs ausgerichtete Befragung durchzuführen. Zum Zeitpunkt Juli 2014 umfasst die Studie rund 6500 befragte KrebspatientInnen. Aufgrund der Ermittlung grundlegender körperlicher, psychischer und sozialer, mit der Erkrankung einhergehenden Faktoren wird auch von der Erhebung einer Basisdiagnostik gesprochen. Erfragt werden anhand speziell dafür vorgesehenen psychoonkologischen Testverfahren, welche im nächsten Kapitel noch genauer dargestellt werden sollen, folgende Punkte:

- Die Befindlichkeit der letzten Woche
- Überblick über die aktuelle Symptombelastung
- Heutiger Zustand bzgl. Schmerz und Müdigkeit
- Sportliche Aktivität vor der Erkrankung
- Religiosität und Spiritualität
- Soziodemographisches Profil:
  - Name, Lebensalter, Geschlecht
  - Familienstand, Kinder
  - Höchst erworbener Abschluss
  - Beruf
  - Familieneinkommen (netto/Monat)
  - Wohnort

---

<sup>18</sup> Die Studie wird seit 2006 durchgeführt, wobei sich meine Mitarbeit auf den Zeitraum Februar bis Juni 2013 beschränkt.

<sup>19</sup> Krebs ist eine klassifizierte Erkrankung nach ICD-10. In der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) werden, ausgehend von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssysteme der Medizin aufgelistet. ICD-10 steht für die 10. Ausgabe und die Version 2013.

- Wunsch nach zusätzlichen Informationen über Erkrankung, Behandlung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen
- Wunsch nach persönlicher Beratung und Betreuung

Die genaue Darstellung der angewandten Diagnostikverfahren des Fragebogens wird im nächsten Kapitel nach den Ausführungen zur Fragebogenmethode vorgenommen.

Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Ansatz (Schwartz 1978, 1979, 1982, 1988) ist die Intention der Erhebung dieser Basisdiagnostik die Evaluierung von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte einer Krebserkrankung, welche, wie bereits im 2.Kapitel dargestellt wurde, bei einer Krebserkrankung eine ganzheitliche Rolle spielen.

Die Datenerhebung fand sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich der Klinik statt. Die Fragebogen wurden persönlich ausgeteilt und wahlweise gemeinsam bearbeitet, im Sinne von, die Fragen wurden den PatientInnen vorgelesen und entsprechend ihrer Antwort angekreuzt oder ausgefüllt. Dies war der Fall, wenn zum Beispiel durch Begleiterscheinungen einer Chemotherapie wie unscharfes Sehen das Lesen erschwert war.

Die beantworteten Fragebogen wurden zur Erhebung der Daten im Statistikprogramm SPSS an einem Computer an der Medizinischen Universität Wien eingegeben, gespeichert und ausgewertet.

### **4.3 Forschungsfrage und Hypothesen**

Vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen zur Bildungstheorie nach Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996), der sozialen Ungleichheit nach Kreckel (2004) und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) sowie den Forschungsfragen der vorliegenden Masterthesis *„Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren (wie Bildung und Einkommen) und Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen? In welcher Weise lassen*

*sich krankheitsspezifische Bildungsprozesse von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung konstituieren?“* sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

### **Hypothese 1**

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst.

### **Hypothese 2**

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Depressivität.

### **Hypothese 3**

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst.

### **Hypothese 4**

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Depressivität.

Diese vier Hypothesen werden im 6.Kapitel zunächst statistisch mittels SPSS ausgewertet sowie tabellarisch dargestellt und gedeutet. Anschließend werden die Ergebnisse anhand der Bildungstheorien von Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) sowie den Ausführungen Kreckels zur sozialen Ungleichheit (2004) und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) aus bildungswissenschaftlicher Perspektive interpretiert.

## 4.4 Zielstellung

Ziel dieser Arbeit ist es, eine medizinisch-psychologische Studie aus dem Blickwinkel der Bildungswissenschaft zu betrachten. Diesbezüglich werden empirische Daten – gewonnen durch die psychoonkologische Studie – anhand von Bildungstheorien nach Wilhelm von Humboldt (1960), Hartmut von Hentig (1996) sowie Wolfgang Klafki (1959, 1996) und Theorien zur sozialen Ungleichheit nach Reinhard Kreckel (2004) und Pierre Bourdieu (1983) analysiert.

Vor dem Hintergrund, dass sich eine Krebserkrankung meist nicht nur auf den körperlichen Zustand auswirkt, sondern ebenso auf das psychische Befinden und auf das soziale Zusammenleben, kann Angst eine bedeutende Rolle im Erleben des/der PatientIn auf die Erkrankung einnehmen (Stamatiadis-Smidt et al. 2006, 10). Wie bereits dargestellt wurde, können Ängste während einer Krebserkrankung auf vielschichtige Art und Weise auftreten (Krebsgesellschaft 2011). Ebenso häufig wie Ängste treten depressive Symptome während einer Krebserkrankung auf. Nach der Krebsdiagnose fühlen sich die PatientInnen verzweifelt, sind niedergeschlagen oder verlieren während dem Behandlungsprozess (zunächst) ihre Lebenspläne (Krebsgesellschaft 2011). Um mögliche Einflussnahmen für die Entstehung der Ängste und depressiven Symptome zu untersuchen, werden das Bildungsniveau und das Einkommen von KrebspatientInnen herangezogen und mittels Hypothesen überprüft.

Mit dieser Arbeit soll sowohl der Psychoonkologie als auch der Bildungswissenschaft einen Beitrag zu wissenschaftlicher Forschung geleistet werden. Der Beitrag für die Psychoonkologie besteht darin, einen Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren (wie z.B. das Bildungsniveau) und erhöhten Werten für Depressivität und Angst bei KrebspatientInnen zu untersuchen. Auf Seiten der Bildungswissenschaft können durch ebendiese Untersuchung die soziale Ungleichheit und daraus entstehende Bildungsdefizite von KrebspatientInnen, gemessen anhand des Bildungsniveaus, als mögliche Einflussfaktoren für erhöhte Werte von Angst und Depressivität bei einer Krebserkrankung analysiert werden.

Um Bildung oder soziale Ungleichheit messbar zu machen, muss entweder das Bildungsniveau oder das Einkommen in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie bereits im 3. Kapitel angeführt, ebenso auf informelle Weise angeeignet werden können. Alle Aneignungen, welche nicht innerhalb des Bildungswesens, sondern aus einer momentanen Situation oder einer Wissenslust heraus gewonnen werden können, bezeichnen sich als informelle Bildung (Tully 2004, 17). Um nicht formal erworbene Kompetenzen und Fähigkeiten (wie z.B. in Schulen) zu beurteilen und schließlich anerkennen zu können, wurden spezielle Verfahren, wie beispielsweise APEL (Accreditation of Prior Experiential Learning) entwickelt.

Bereits Anfang der 1980er-Jahre wurden Assessment- und Anrechnungsverfahren in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien konzipiert um jenen Personen Zugang zu höheren Bildungsinstitutionen zu ermöglichen, welche formal über keine Hochschulzugangsberechtigung verfügten. Ebenso wurde das Verfahren entwickelt, um eine Anrechnung von bereits erworbenen Kompetenzen auf bestimmte Studieninhalte zu ermöglichen. Dadurch sollte eine Flexibilisierung von Bildungswegen und Bildungsstrukturen im Bereich der beruflichen und tertiären Bildung geschaffen werden (Merrill, Hill 1998, 21).

Der Terminus „Accreditation of Prior Learning“ (APL) umfasst unterschiedliche Anrechnungsverfahren zur Bewertung und Anerkennung der drei unterschiedlichen Lernverfahren formales Lernen, nicht formales Lernen und informelles Lernen. Es werden zwei Arten des „prior learning“ unterschieden: Das „prior certified learning“, kurz APCL, und das bereits erwähnte „prior experiential learning“ (APEL) (Clement 2010, 135-144). Dabei steht das Verfahren APCL für die Anerkennung von Qualifikationen, welche von Bildungseinrichtungen zertifiziert wurden und APEL für die Anerkennung von Qualifikationen aus der beruflichen Erfahrung und dem Selbststudium, d.h. APCL bezieht sich auf formal erworbenes Wissen in Bildungs- und Berufsbildungseinrichtungen und APEL auf nicht formal und informell erworbenes Wissen (Technical University Ilmenau 2012). Die Intention von APEL besteht also in der formalen Anerkennung bislang unberück-

sichtiger Kenntnisse und Fähigkeiten, um berufliche und akademische Zertifizierungen auf der Grundlage informeller sowie nicht formaler Lernerfahrungen zu erlangen. Dazu zählen beispielsweise Berufs- bzw. Arbeitserfahrungen, selbstorganisiertes Lernen und Studium, Familien-, Vereins- und Gremientätigkeiten (o.A. 2012).

APEL geht von der Annahme aus, dass Lebens- und Berufserfahrung eine ebenso große Rolle spielen können wie formal angeeignetes, fachspezifisches Wissen. APEL kann daher in folgenden Bereichen des formalen Bildungsprozesses aktiv und erfolgreich zur Anwendung kommen (Technical University Ilmenau, 2012):

- Zugang zu aufstiegsorientierter Bildung (admission)
- individuelle Anerkennung von Erfahrungswerten als Ersatz für Anteile von Zugangsberechtigungs- oder Abschlussprüfungen (accreditation)
- Verkürzung von Bildungszeiten (advance standing)
- Beitrag zum Bildungsprozess (contribution to learning)

Als Beurteilungsinstrumente kommen meist Portfolios, Interviews oder praktische Prüfungen zum Einsatz. In diesem Kontext wird unter Portfolio eine Sammlung von Dokumenten verstanden, die vom Lernenden selbst zusammengestellt wird. Auf diese Weise sollen im Antrag die relevanten Kompetenzen und Fertigkeiten des Lernenden repräsentiert werden (Scholten, Teuwsen 2001, 61-63).

Innerhalb Europas wurden bereits vielzählige Versuche unternommen, nicht formal erworbenes und informelles Lernen systematisch zu bewerten, wobei das Herstellen von Transparenz eine entscheidende Rolle spielt, d.h. Zertifikate und Diplome sollen länderübergreifend verständlich und vertrauenswürdig sein, was wiederum den Zugang zu Hochschulen im europäischen Ausland erleichtern soll. Dadurch ist eine Bildungs- und Ausbildungsmobilität gegeben. Seit 2000 wird sich um die Anerkennung von nicht formal erworbener Bildung auf europäischer Ebene bemüht, jedoch sind die Anrechnungsverfahren innerhalb Europas (noch) nicht ident (o.A. 2012).

Der Terminus „Bildung“ ist zunächst einer der Grundbegriffe der Bildungswissenschaft. Im Vergleich zur Erziehung, wobei das zielgerichtete Handeln eines Erziehers im Vordergrund steht, besteht bei der Bildung nicht nur eine Auseinandersetzung mit dem Erzieher, sondern darüber hinaus mit der Umwelt per se; es handelt sich um einen Vorgang des Sich-Bildens bzw. der Selbst-Bildung. Sowohl die Erziehung als auch die Bildung gelten als Grundbegriffe der Bildungswissenschaft. Unter anderem bestand der Zweck der Pädagogik im 18. Jahrhundert darin, die Menschen zur Brauchbarkeit zu erziehen, um in der Gesellschaft ein nützliches Leben zu führen. Mit Humboldt<sup>20</sup> hat sich diese Auffassung gewendet, er betrachtet den Mensch als solchen, welcher mit Potentialen ausgestattet ist und diese gilt es eben noch zu entfalten bzw. zu bilden (Koller 2004, 70-76). Da Bildung, trotz bestimmter Anrechnungsverfahren wie z.B. APEL, bislang hauptsächlich anhand des Bildungsniveaus messbar ist, besteht das Vorhaben der vorliegenden Masterthesis darin, eben diese Items (Bildungsniveau, Familiennettoeinkommen) zu verwenden, um empirische Ergebnisse zu erlangen.

Eine der Hauptaufgaben der Psychoonkologie in der PatientInnenbehandlung und Betreuung ist die Reduzierung von Angst. Diese kann während einer Krebserkrankung auf vielfältige Weise auftreten, z.B. Angst davor, an der Erkrankung zu sterben, nach einer Operation entstellt zu sein etc. Durch die einhergehende Belastung einer Krebserkrankung können nicht nur Ängste sondern ebenso Depressionen auftreten, z.B. durch ein verändertes Körperbild oder den Verlust von einstigen Lebensplänen (Krebsgesellschaft 2011).

Die Relevanz der Untersuchung der dieser Ausarbeitung vorliegenden Hypothesen liegt also darin, durch die Verknüpfung von Wissensbeständen sowohl der Bildungswissenschaft als auch der Medizin, mögliche Zusammenhänge oder Schwachstellen beider Disziplinen durch Forschung zu entdecken. Besteht beispielsweise ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und den erhöhten Werten für Angst, kann dem gezielt durch Bildungsmaßnahmen bzw. Vermittlung von Informationen entgegen gewirkt werden. Darüber hinaus können die Ergebnisse dieser Stichprobe ein Ausgangspunkt für weitere Forschungsvorhaben sein, indem beispielsweise gilt: Ein niedriger Schulabschluss führt zu höheren Werten für Angst bei einer Krebserkrankung. Dann kann das Forschungsvorhaben speziell

---

<sup>20</sup> Dessen Ausführungen wurden bereits im Kapitel 3.2 dargestellt.

auf die Konstituierung von krankheitsspezifischen Bildungsprozessen einer diagnostizierten Krebserkrankung ausgerichtet werden. Nach Stamatiadis-Smidt et al. (2006, 29-30) ist das Einholen von krankheitsspezifischen Informationen, wie z.B. über Behandlungsmöglichkeiten oder dem Wiederauftreten der Krankheit, eine Maßnahme gegen die Bekämpfung von Angst. Somit würde die Möglichkeit bestehen, die Werte für Angst und Depressivität während einer Krebserkrankung zu senken, sofern spezifische Informationen zur Erkrankung sowie die Konstituierung von krankheitsbezogenen Bildungsprozessen ermöglicht werden. Um dieses Vorhaben letztendlich zu ermöglichen, braucht es eine Verknüpfung von bewährtem bildungswissenschaftlichem und medizinischem Wissen.

Die Datenerhebung an der Medizinischen Universität Wien wurde mit Hilfe der Fragebogenmethode durchgeführt. Das folgende Kapitel stellt zunächst anhand den Ausführungen von Benesch und Raab-Steiner 2012, Porst 2014 und Rammstedt 2006 die Fragebogenmethode dar. Anschließend wird anhand dieser Darstellungen der Fragebogen der vorliegenden Studie vorgestellt.

## **5. Methode**

Um zu demonstrieren, dass theoretisches Wissen auf Fakten beruht und um auf deren Basis weitere Forschung zu betreiben, verwenden wissenschaftliche Disziplinen – so auch die Medizin und die Bildungswissenschaft – Forschungsmethoden, um fundiertes Wissen zu vermitteln (Rasch et al. 2010, V-VII). Die psychoonkologische Studie, welche in der vorliegenden Masterthesis dargestellt werden soll, bedient sich der Methode des Fragebogens, welche nun eingehender erläutert werden soll.

## 5.1 Zur Fragebogenmethode

*„[...] Somit stellt ein Fragebogen das zentrale Verbindungsstück  
zwischen Theorie und Analyse dar.“*

(Porst 2014, 16)

Die Fragebogenmethode ist eine Methode der quantitativen Datenerhebung und dient der Darstellung empirischer Sachverhalte (Benesch, Raab-Steiner 2012, 45-46). Das bedeutet, er wird als „Forschungsinstrument zur Erfassung von Meinungen, Einstellungen, Positionen zu Themen oder Sachverhalten eingesetzt“ (Benesch, Raab-Steiner 2012, 65). Darüber hinaus wird ein Fragebogen Personen zur Beantwortung vorgelegt, um „deren Antworten zur Überprüfung der den Fragen zugrundeliegenden theoretischen Konzepte und Zusammenhänge zu verwenden“ (Porst 2014, 16).

In der Sozialforschung ist es die am häufigsten eingesetzte Methode. Sie eignet sich besonders für die Befragung großer, homogener Gruppen und ist leicht praktikabel. Für die Konstruktion eines Fragebogens muss eine konkrete Fragestellung vorliegen (Benesch, Raab-Steiner 2012, 65-66). „Anstelle von Fragen können Fragebogen auch Aussagen oder lediglich einzelne Begriffe beinhalten, die von den Befragten einzuschätzen sind“ (Rammstedt 2006, 109). Das Einsatzgebiet des Fragebogens ist nach Rammstedt (2006, 109) sehr heterogen, wodurch unterschiedliche Fragebogenformen existieren.

Die Fragebogenmethode ist eine standardisierte schriftliche Befragung, wobei in das Ergebnis nur einfließen kann, worüber die Person konkret befragt wurde. Die Fragen, welche in schriftlicher Form vorliegen, werden von den UntersuchungsteilnehmerInnen selbständig beantwortet. Um die Erhebungssituation unter standardisierten Bedingungen stattfinden zu lassen, kann die Vorgabe gewählt werden, die Durchführung bei Anwesenheit des Untersuchungsleiters/der Untersuchungsleiterin stattfinden zu lassen, anstatt die schriftliche Befragung per Post oder E-Mail zuzusenden (Benesch, Raab-Steiner 2012, 45-47).

### **5.1.1 Klassifikationsmöglichkeiten von Fragebogen**

Es bestehen folgende Klassifikationsmöglichkeiten von Fragebogen (Benesch, Raab-Steiner 2012, 46-47; Porst 2014, 53-69; Rammstedt 2006, 109-110):

**Nach dem Standardisierungsgrad (Benesch, Raab-Steiner 2012, 46-47; Rammstedt 2006, 109-110):**

- Nicht gestaltbarer, starrer Ablauf, also *vollstandardisierter Fragebogen*, d.h. Sowohl die Fragenreihenfolge als auch die entsprechenden Antwortmöglichkeiten sind festgelegt.
- Teilweise gestaltbarer Ablauf, also *teilstandardisierter Fragebogen*, d.h. Die Reihenfolge der Fragen ist meist festgelegt, jedoch sind in der Regel keine Antwortmöglichkeiten gegeben.
- Gestaltbarer, flexibler Ablauf, also *nichtstandardisierter Fragebogen*, d.h. Es besteht lediglich eine thematische Vorgabe, jedoch keine vorformulierten Fragen, Antworten oder Vorgaben zur Reihenfolge der befragten Themen.

**Wobei sich der Grad der Standardisierung auf folgende Aspekte beziehen kann (Benesch, Raab-Steiner 2012, 46-47):**

- Die Antwortmöglichkeiten
- Die Reihenfolge der Fragen
- Die Interviewsituation
- Die Formulierung der Fragen

**Nach der Kommunikationsart (Benesch, Raab-Steiner 2012, 46-47; Rammstedt 2006, 109-110):**

- Mündlich bzw. persönlich, also Face-to-Face
- Schriftlich, also per Paper-Pencil-Vorgabe
- Telefonisch
- Elektronisch bzw. schriftlich via webgestütztem Fragebogen

**Nach den angestrebten Aussagen (Porst 2014, 53-69; Rammstedt 2006, 109-110):**

- Fakten- (oder Wissens)fragen, für die eine objektiv richtige Antwort besteht
- Einstellungs- (oder Meinungs)fragen
- Interessensfragen
- Eigenschaftsfragen
- Fragen nach Merkmalen der Befragungsperson

### **5.1.2 Fragensauswahl**

Bei der Erstellung eines Fragebogens ist zunächst die Entscheidung zu treffen, welche Art von Fragen gestellt werden sollen, auch unter Berücksichtigung des gewünschten Antwortformats. Bei diesen ersten Überlegungen sollte ebenfalls bereits die Auswertungsmethode, um die gesammelten Daten zu erheben, bedacht werden.

Grundsätzlich können drei Arten von Fragen unterschieden werden (Benesch, Raab-Steiner 2012, 49-51; Porst 2014, 53-69):

- *Offene Fragen:* Die Personen haben die Möglichkeit, etwas selbst formuliertes als Antwort auf einem dafür vorgesehenen Platz niederzuschreiben, d.h. es gibt keine Antwortkategorie. So können beispielsweise Linien der Befragungsperson signalisieren, dass sie in eigenen Worten antworten kann.
- *Geschlossene Fragen:* Antworten werden durch Ankreuzen (oder Reihung durch Einfügen von Ziffern) vorgegebener Kategorien gegeben. Die Anzahl der möglichen Antwortkategorien ist begrenzt. Bei geschlossenen Fragen gibt es wiederum zwei unterschiedliche Arten: *Einfach- und Mehrfachnennungen*. Bei Einfachnennungen muss sich die Befragungsperson für eine vorgegebene Antwortmöglichkeit entscheiden, bei Mehrfachnennungen ist mehr als eine Antwort zulässig<sup>21, 22</sup>

---

<sup>21</sup> Eine entsprechende Kennzeichnung für die Befragungsperson muss gegeben werden, wie z.B. „Mehrfachnennungen möglich“ (Porst 2014, 54).

<sup>22</sup> Hier spielt auch die optische Gestaltung eines Fragebogens eine wichtige Rolle. So können z.B. Fragen mit einer Einfachnennung mit einem Kreis und Fragen mit einer Mehrfachnennung mit einem Viereck aufgelistet werden (Porst 2014, 54-55).

- *Mischform*: Die Frage hat vorgegebene Antwortkategorien sowie eine zusätzliche offene Kategorie. So können Befragungspersonen beispielsweise unter der zusätzlichen Kategorie „Sonstiges“ Eigennennungen geben, sofern sie ihre Antwort nicht in die vorgegebene Kategorie einordnen können oder wollen. Die Mischform ist einerseits von Vorteil, wenn in der Vorerhebung mögliche Antwortalternativen übersehen wurden oder die Frage nicht genau bestimmt werden kann. Andererseits trägt die zusätzliche Kategorie dazu bei, die Motivation der Befragungsperson aufrechtzuerhalten, welche sie nicht einordnen kann und dadurch das Gefühl entsteht „da irgendwie nicht reinzupassen“ (Porst 2014, 59).

Die offene Frageform bietet den Vorteil, dass die befragte Person selbst verbalisieren kann und sich nicht an vorgegebene Antwortmöglichkeiten halten muss. Ebenso kann diese Form von Nachteil sein, da durch die offene Formulierung durch unterschiedliche Umstände wesentliche Dinge weggelassen werden können. Des Weiteren kann sich die Auswertung von offenen Fragen als schwierig und zeitaufwendig gestalten (Benesch, Raab-Steiner 2012, 49-51).

Dem Fragebogen sollte eine *Einleitung* voraus gehen, wobei folgende Inhalte kurz dargestellt werden sollten (Benesch, Raab-Steiner 2012, 51-52):

- Eine kurze Darstellung der Einrichtung bzw. der Person, welche die Erhebung durchführt.
- Eine Erklärung über die Weiterverwendung der Daten bzw. zu welchem Zweck die Daten erhoben werden.
- Die Bitte um vollständiges Ausfüllen der Fragen sowie der Hinweise, dass jede Beantwortung von Bedeutung ist.
- Den Hinweis, dass es weder richtige noch falsche Antworten gibt sowie die Bitte um aufrichtige Beantwortung.
- Eine Zusicherung für die vertrauliche Behandlung der Daten bzw. der Anonymität.
- Ein Dank für die Bearbeitung des Fragebogens.

### 5.1.3 Richtlinien zur Formulierung der Items

Porst (2014, 99-118) bietet eine Art Leitfaden für die Formulierung von allgemein verständlichen Fragebogen-Fragen, welcher nun prägnant aufgezeigt werden soll:

- Einfach und unzweideutige Begriffe auf jene Art verwenden, dass die Befragungsperson sie auf dieselbe Weise versteht
- Lange und komplexe Fragen vermeiden
- Hypothetische Fragen vermeiden
- Verneinungen vermeiden
- Unterstellungen und suggestive Fragen vermeiden
- Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte nicht verfügen
- Fragen mit eindeutigem zeitlichem Bezug verwenden
- Überschneidungsfreie und erschöpfende Antwortkategorien verwenden
- Unklare Begriffe definieren

### 5.1.4 Antwortformate

Hinsichtlich der Antwortformate können zwei grundlegende Arten voneinander unterschieden werden: Das freie (offene) und das gebundene (geschlossene) Antwortformat. Das freie Antwortformat dient dazu, spontane Reaktionen oder kreative Leistungen zu erfassen. Es lassen sich folgende drei Arten von *freien Antwortformaten* feststellen (Benesch, Raab-Steiner 2012, 54-61):

- Es wird keine Vorgabe gemacht (evtl. das Medium, wie z.B. ein weißes Blatt Papier)
- Es wird eine Vorgabe hinsichtlich des Verhaltens gemacht, z.B. durch die Aufforderung, drei Dinge zu nennen
- Es wird eine Lückenvorgabe gegeben, wie z.B. einen unvollständigen Satz, welchen es zu ergänzen gilt

Im Hinblick auf das *gebundene Antwortformat*, können folgende Formate unterschieden werden (Benesch, Raab-Steiner 2012, 54-61):

- Das dichotome Antwortformat
- Ratingskalen (mehrkategorielles Antwortformat):

- Unipolare und bipolare Ratingskala
- Skalen mit ungerader und gerader Anzahl der Abstufungen
- Numerische, verbale und symbolische Skalenbezeichnung
- Analogskala

Bei der Beantwortung mittels dichotomem Antwortformat liegen zwei Ausprägungen vor, wie etwa „richtig“ oder „falsch“ bzw. „ja“ oder „nein“. Mehr als zwei Antwortmöglichkeiten enthält das Antwortformat der Ratingskalen, welche nach verschiedenen Gesichtspunkten unterschieden werden können, was im Folgenden dargestellt werden soll (Benesch, Raab-Steiner 2012, 55-56).

Eine *unipolare Skala* geht von einem Nullpunkt aus und verläuft in eine Richtung, z.B. in Richtung einer starken Ablehnung.

Eine *bipolare Ratingskala* hingegen verläuft meist symmetrisch, wodurch sie dieselbe Anzahl von Kategorien auf jeder Seite hat, d.h. über den Nullpunkt hinaus verfügt sie über einen negativen (wie z.B. starke Ablehnung) als auch positiven Pol.

Eine *Skala mit ungerader bzw. gerader Anzahl an Abstufungen* fordert, je nach steigender Anzahl der Abstufungen, die Differenzierungsfähigkeit der Testperson. Dabei spricht man auch von dem Problem mit der „Qual der Wahl“.

Eine *Skalenbezeichnung* kann numerisch (mittels Zahlen), verbal (mittels Worten) oder symbolisch (z.B. via Smileys) vorgenommen werden.

Eine *Analogskala* bietet die Möglichkeit, zwischen zwei Begriffen eine freie Beurteilung zu wählen (wie z.B. die jeweilige Zustimmung mit einem Kreuz zwischen 0 % und 100 % zu markieren) (Benesch, Raab-Steiner 2012, 56-59).

### **5.1.5 Skalenniveaus**

Das Ziel der Beantwortung von Fragebogen ist das *Messen*, wobei Symbole oder Ziffern Variablen kodifiziert zugeordnet werden. Dem Messvorgang liegt ein Bezugssystem zugrunde, die sogenannten Skalen. Diese können unterschiedliche Skalenniveaus haben, demnach sich folgende Klassifizierungen vornehmen lassen (Porst 2014, 71-97):

- *Nominalskalen*: Die Ausprägungen sind erkennbar durch gegenseitige Ausschließbarkeit, wie z.B. beim Geschlecht, entweder ist man weiblich oder männlich. Die Ausprägung A (weiblich) der Variable X (z.B. 1)<sup>23</sup> ist ungleich der Ausprägung B (männlich). Die befragte Person kann also entweder A oder B, aber nicht mehr als eines davon sein. Dennoch gibt es nicht nur *dichotome* Nominalskalen (solche mit zwei Ausprägungen), sondern ebenso *polytome* Nominalskalen, d.h. die Befragten können sich zwar wieder nur einer Antwortmöglichkeit zuordnen, aber aus mehr als zwei Antwortmöglichkeiten auswählen.
- *Ordinalskalen*: Die Ausprägungen stehen in einer Rangordnung, d.h. die Antwortkategorien stehen in einer ranggeordneten Beziehung zueinander. So liegen beispielsweise folgende Ausprägungen vor: „Sehr stark – Stark – Mittel – Wenig – Überhaupt nicht“. Zwischen den Antwortkategorien ist nicht derselbe Abstand gegeben.
- *Intervallskalen*: Die Abstände zwischen den Skalenpunkten sind gleich. Beispielsweise erfüllt die endpunktbenannte Skala die Voraussetzungen einer Intervallskala, indem z.B. die Antwortkategorien „trifft überhaupt nicht zu“ und „trifft voll und ganz zu“ vorgegeben sind und dazwischen nicht beschriftete Ankreuzmöglichkeiten vorzufinden sind. So weisen die Skalenpunkte dieselben Abstände vor.
- *Ratioskalen*: Weisen einen echten Skalennullpunkt vor sowie die gleichen Abstände zwischen den Skalenpunkten. Beispiele: Messungen von Längen (mittels Lineal oder Metermaß), Netto-Einkommen in Euro, die Dauer von Arbeitslosigkeit im Monat, Anzahl der Kinder unter 18 Jahren im Haushalt.

### 5.1.6 Layout

Das Layout des Fragebogens meint die formale und äußere Gestaltung. Zunächst ist zu beachten, sofern der Fragebogen von der befragten Person selbst ausgefüllt werden soll (und beispielsweise die Befragung nicht per Telefon durchgeführt

---

<sup>23</sup> Die Zuordnung weiblich=1, männlich=2 oder umgekehrt spielt besonders für die Auswertung der Fragebogen via SPSS eine bedeutende Rolle.

wird), dass sich die Gestaltung positiv auf die Motivation einer Person auswirken kann. Insgesamt sollte ein Fragebogen funktional und ansprechend gestaltet sein. Porst (2014, 169-176) gibt folgende Hinweise für die übersichtliche und gute Gestaltung eines Fragebogens:

- Graue Querbalken um den Text besser zu strukturieren
- Ausreichend Platz zwischen den Zeilen und Spalten, d.h. nicht zu viele Informationen, Fragen und Antwortmöglichkeiten auf einer Seite
- Eine gut lesbare Schrift in angemessener Größe

Nach der Fragebogenerstellung sollten nach Benesch und Raab-Steiner (2012, 61) folgende Aspekte noch einmal überprüft werden:

- Sind die Antworten den vorgesehenen Antwortkategorien zuordenbar?
- Ist das Layout übersichtlich und ansprechend?
- Ist der Fragebogen zu lang und somit ermüdend?
- Ist bei offenen Fragen genügend Platz für die Beantwortung?
- Wird man bei der Beantwortung der Fragen in eine bestimmte Richtung gedrängt?
- Ist der Fragebogen sprachlich auf die Zielgruppe abgestimmt?
- Entspricht das Antwortformat den Vorstellungen hinsichtlich der Auswertung?

Im Folgenden Kapitel soll der Fragebogen der vorliegenden Studie der Medizinischen Universität Wien anhand der theoretischen Ausführungen zur Fragebogenmethode von Benesch und Raab-Steiner (2012), Porst (2014) sowie Rammstedt (2006) dargestellt werden.

## **5.2 Zum Fragebogen der psychoonkologischen Studie**

In diesem Kapitel wird der Fragebogen der psychoonkologischen Studie der Medizinischen Universität Wien vorgestellt und mit den theoretischen Ausführungen

zur Erstellung eines Fragebogens nach Benesch und Raab-Steiner (2012), Porst (2014) sowie Rammstedt (2006) verknüpft.

Vor der Konstruktion eines Fragebogens sollte nach Benesch und Raab-Steiner (2012, 65-66) eine konkrete Fragestellung vorliegen. Da es sich bei dem Fragebogen um die Erfassung einer *Basisdiagnostik* handelt, besteht in diesem Fall keine konkrete formulierte Forschungsfrage. Die Basisdiagnostik ist eine evidenzbasierte, d.h. auf wissenschaftliche Erkenntnisse basierende, Erhebung psychoonkologischer Aspekte. Sie wurde im Rahmen des Comprehensive Cancer Center<sup>24</sup> etabliert und weist eine ISO-Zertifizierung vor.

Die Erhebung einer Basisdiagnostik bedeutet, es werden grundlegende Informationen zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des/der PatientIn erfasst. Ziel dabei ist es, unter Anwendung der Fragebogenmethode, einen möglichst umfassenden Informationsgewinn bezüglich des im 2.Kapitel dargestellten bio-psycho-sozialen Modells, entsprechend eines ganzheitlichen Systems, zu erhalten.

Im nun Folgenden soll der Aufbau des Fragebogens unter Einbeziehung der theoretischen Ausführungen erläutert werden.

### **Klassifikation des Fragebogens**

Um die Klassifikationen des Fragebogens nach Benesch und Raab-Steiner (2012, 46-47), Porst (2014, 53-69) und Rammstedt (2006, 109-110) bei der psychoonkologischen Basisdiagnostik vorzunehmen, ist folgendes zu beachten:

- Die Befragung zielt darauf, ab dass die KrebspatientInnen den Fragebogen – da es sich um eine Basisdiagnostik handelt und persönliche Einschätzungen zur Gesundheit befragt werden – persönlich ausfüllen. Die Kommunikationsart bestand also primär aus einer *schriftlichen Befragung* (Rammstedt 2006, 109-110). Falls den PatientInnen aufgrund von Begleiterscheinungen einer Chemotherapie, wie z.B. unscharfes Sehen, das Lesen

---

<sup>24</sup> Das Comprehensive Cancer Center (CCC) ist eine gemeinsame Einrichtung der Medizinischen Universität Wien und dem Allgemeinen Krankenhaus Wien und beschäftigt sich u.a. mit grundlagenwissenschaftlicher Forschung ([www.ccc.ac.at](http://www.ccc.ac.at)).

erschwert war, wurde der Fragebogen durch eine/n PraktikantIn vorgelesen, wodurch es sich um eine persönliche bzw. mündliche Art der Kommunikation handelt (Rammstedt 2006, 109-110).

- Hinsichtlich des Standardisierungsgrades handelt es sich um einen *vollstandardisierten Fragebogen*, da sowohl die Fragen als auch Antwortmöglichkeiten festgelegt sind (Benesch, Raab-Steiner 2012, 46-47).
- Die Aussagen, welche mit der Befragung angestrebt werden, werden überwiegend anhand von *Einstellungs- und Meinungsfragen* sowie vereinzelt durch *Eigenschaftsfragen* des/der PatientIn gestellt (Porst 2014, 53-69).

### **Einleitung**

Der Fragebogen umfasst sieben Seiten, wobei das *Deckblatt* ausschließlich zur Information bzw. Einleitung in die zu erhebende Thematik dient (Benesch, Raab-Steiner 2012, 51-52). Die befragte Person wird schriftlich darauf hingewiesen, dass sich dieser Fragebogen ausschließlich an PatientInnen mit einer diagnostizierten onkologischen Erkrankung richtet und sofern dieser in den letzten drei Monaten bereits ausgefüllt wurde, dies nicht erneut erforderlich ist. Ebenso beinhaltet das Deckblatt einen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens (Benesch, Raab-Steiner 2012, 51-52). Darüber hinaus werden die befragten Personen auf einfühlsame Weise in Kenntnis gesetzt, dass eine Krebserkrankung Belastungen herbeiführen kann, die nicht nur körperlich, sondern ebenso seelisch bedingt sind. Das heißt, falls sie selbst oder Angehörige Belastungen erleben, sich hilflos und/oder überfordert fühlen oder sich Unterstützung wünschen, besteht das Angebot psychoonkologische Beratung in Anspruch zu nehmen. Weiters wird angeführt, dass für persönliche Anliegen oder ein Beratungsgespräch das psychoonkologische Betreuungsteam unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger zur Verfügung steht, sowie eine Telefonnummer, unter der das Team erreichbar ist. Daran schließt die Frage „Ich möchte psychoonkologische Beratung in Anspruch nehmen“ an, gefolgt von einem dichotomen Antwortformat, mit den Ausprägungen Ja und Nein (Benesch, Raab-Steiner 2012, 55-56). Für eine Terminvereinbarung können die Befragten auf der Rückseite des Deckblatts ihre Telefonnummer hinterlassen.

## **Einweisung**

Mündlich wird die befragte Person bei der Austeilung des Fragebogens darauf hingewiesen, dass das Ausfüllen des Fragebogens auf *freiwilliger Basis* basiert (Benesch, Raab-Steiner 2012, 42-43). Weiters wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Befragung einerseits aufgrund von Forschungszwecken durchgeführt wird und andererseits dazu dient, bei Bedarf (durch z.B. Belastungen) bzw. auf Wunsch den/die PatientIn an eine psychoonkologische Beratung weiterzuvermitteln. Darüber hinaus wird die vertrauliche Handhabung der ermittelten Daten versichert, d.h. die Evaluierung der Daten wird *anonym* vorgenommen (Benesch, Raab-Steiner 2012, 43-44).

## **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)**

Nach der Einleitung des Fragebogens folgt die *Hospital Anxiety and Depression Scale* in der deutschen Version (HADS-D). Die HADS-D ist ein standardisiertes Testverfahren und dient zur Selbsteinschätzung des/der PatientIn von Angst und Depressivität während einer schweren körperlichen Erkrankung – in diesem Fall einer Krebserkrankung. Die HADS wurde 1983 von Zigmond und Snaith entwickelt und wird seither in vielen klinischen Studien angewandt. Der Test beinhaltet zwei Skalen, Angst und Depressivität, mit jeweils sieben Items. Pro Item gibt es vier Antwortmöglichkeiten mit unterschiedlichen Ausprägungen. Jeder Antwort kann ein Wert zwischen 0 und 3 zugeordnet werden. Die Summe der Werte wird bei der Auswertung des Tests addiert. Die Durchführung des Tests dauert etwa zwei bis fünf Minuten (Herrmann-Lingen et al. 2005, 7).

Zigmond und Snaith geben für jede Skala, Angst und Depression, drei Wertebereiche an (Zigmond, Snaith 1983 zit. n. Herrmann-Lingen et al. 2005, 11).

- 0-7 Punkte: Der/die PatientIn ist unauffällig hinsichtlich Angst oder Depressivität.
- 8-10 Punkte: Es besteht ein erhöhtes Angst- oder Depressionsniveau.
- Ab 10 Punkten: Der/die PatientIn ist auffällig und die Symptomatik gilt als behandlungsbedürftig. Die höchste zu erreichende Punktzahl beträgt 21.

Zu Beginn der HADS-D werden die PatientInnen schriftlich darauf hingewiesen, dass sich die Beantwortung der Fragen auf die Befindlichkeit der letzten Woche

bezieht, dass ausnahmslos jede Frage zu beantworten ist sowie nur ein Kreuz pro Frage zulässig ist und alle Antworten seitens des Betreuerenteams der Schweigepflicht unterliegen.

Bei dem Antwortformat der HADS-D handelt es sich um eine unipolare Ratingskala, das bedeutet, die Antwortmöglichkeiten beginnen bei einem Nullpunkt (wie z.B. „überhaupt nicht“) und verlaufen in eine Richtung (wie z.B. „von Zeit zu Zeit“ bis hin zu „ziemlich oft“) (Benesch, Raab-Steiner 2012, 55-56).

### **Soziodemographisches Profil**

Des Weiteren wird ein soziodemographisches Profil des/der KrebspatientIn erfasst, was folgende Items beinhaltet: Familienstand, Anzahl der Kinder, höchst erworbener Abschluss, Beruf, Familiennettoeinkommen, Wohnort, komplementärmedizinische Behandlungsformen, psychologische/psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung, psychische Vorerkrankungen, Wunsch nach zusätzlicher Information. Für die Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Masterthesis sind besonders die Items höchst erworbener Abschluss und das Familiennettoeinkommen von Bedeutung. Bei beiden Items handelt es sich um das Antwortformat unipolare Ratingskala, da beide einen Nullpunkt vorweisen. Das Item höchst erworbener Abschluss hat ihren Nullpunkt in der Antwortkategorie „keinen Schulabschluss“ und das Item Familiennettoeinkommen in der Antwortmöglichkeit „unter 800€“ (Benesch, Raab-Steiner 2012, 55-56). Die Antwortmöglichkeiten für das Item höchst erworbener Schulabschluss sind: Pflichtschule, Berufsschule (Lehre), berufsbildende mittlere Schule (z.B. HAK), berufsbildende/Allgemeinbildende Höhere Schule, Fachhochschule bzw. Universität. Für das Item Familiennettoeinkommen sind folgende vier Antwortmöglichkeiten vorgegeben: Unter 800€, 800-1300€, 1300-2200€, über 2200€<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Darüber hinaus beinhaltet der Fragebogen eine Posttraumatische Stress Skala (PTSS-10) – ein standardisiertes Testverfahren zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen nach einer Krebserkrankung sowie eine Schmerz- und Müdigkeitsskala. Die beiden letztgenannten liegen als Analogskalen vor (Benesch, Raab-Steiner 2012, 56-59). Des Weiteren enthält der Fragebogen 14 Fragen zur Religiosität und Spiritualität. Da diese Skalen und Einschätzungen irrelevant für die Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Masterthesis sind, werden diese nicht näher ausgeführt.

Um die aufgestellten Hypothesen im 4.Kapitel zu überprüfen, wird im nachstehenden Kapitel zunächst die statistische Auswertung der Daten mittels SPSS vorgenommen bzw. die Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt und gedeutet. Anschließend werden die Ergebnisse anhand der Bildungstheorien von Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) sowie den Ausführungen Kreckels zur sozialen Ungleichheit (2004) und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) aus bildungswissenschaftlicher Perspektive interpretiert.

## **6. Studienergebnisse**

Basierend auf den im 4.Kapitel aufgestellten Hypothesen wird in diesem Kapitel zunächst die statistische Auswertung der empirischen Daten der Basisdiagnostik mittels SPSS<sup>26</sup> vorgenommen. Anschließend werden die Ergebnisse anhand der Bildungstheorien aus dem 3.Kapitel aus bildungswissenschaftlicher Perspektive interpretiert und mit den theoretischen Konzepten aus dem 2.Kapitel verknüpft.

### **6.1 Statistische Auswertung und Interpretation**

In diesem Kapitel werden zunächst mit Hilfe des statistischen Datenanalyseprogramms SPSS folgende Variablen der bereits vorgestellten Basisdiagnostik entsprechend der aufgestellten Hypothesen auf Zusammenhänge untersucht: Der höchst erworbene Bildungsabschluss, das Familiennettoeinkommen, der Beruf sowie die Werte der HADS-D für Angst und Depressivität. Nun erfolgt eine deskriptive Statistik, d.h. die empirischen Daten werden in beschreibender Form mittels Tabellen und Maßzahlen veranschaulicht. Ziel dieser Datenanalyse ist es, die im 4.Kapitel aufgestellten Hypothesen zu überprüfen. Da es sich dabei um die Untersuchung von Zusammenhängen handelt, eignen sich besonders Kreuztabellen, um einen Überblick über das Datenmaterial zu bekommen (Bühl 2014, 287). Im nun Folgenden werden die zu untersuchenden Zusammenhänge anhand der jeweiligen Variablen tabellarisch dargestellt.

---

<sup>26</sup> Version 22 von IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), Stand 2014

Die Basisdiagnostik beinhaltet das Item höchst erworbener Abschluss mit folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Pflichtschule
- Berufsschule (Lehre)
- Berufsbildende mittlere Schule (z.B. HAK)
- Berufsbildende/Allgemeinbildende Höhere Schule
- Fachhochschule/Universität

Das Item höchst erworbener Abschluss wurden mit Hilfe von SPSS in eine neue Variable mit drei Werten eingeteilt: Pflichtschule und Berufsschule (Lehre) entsprechen somit dem Wertelabel geringe Schulbildung, die berufsbildende mittlere Schule entspricht dem Label mittlere Schulbildung und berufsbildende/allgemeinbildende höhere Schule, Fachhochschule und Universität wurden dem Label höhere Schulbildung zugeteilt. Diese Einteilung wurde gemacht, um die Bildungsniveaus der KrebspatientInnen zu veranschaulichen.

Das Item Familiennettoeinkommen verfügt in der Basisdiagnostik über folgende Antwortmöglichkeiten:

- Unter 800€
- 800-1300€
- 1300-2200€
- Über 2200€

Diese Antwortmöglichkeiten wurden ebenfalls umkodiert und in zwei Wertelabels eingeteilt: Die Angabe unter 800€ und 800-1300€ entspricht dem Label geringes Einkommen und die Antwortmöglichkeiten 1300-2200€ und über 2200€ bildet das Label höheres Einkommen.

Weiters wurden die Werte der HADS-D für Angst und Depressivität in jeweils neue Variablen umkodiert, jedoch mit denselben Wertelabels. Die Begründer der HADS, Zigmond und Snaith, geben für jede Skala, Angst und Depressivität, drei Wertebereiche an (Zigmond, Snaith 1983 zit. n. Herrmann-Lingen et al. 2005, 11). Dementsprechend wurden die Wertelabels folgendermaßen eingeteilt:

- 0-7: unauffälliges Angst- bzw. Depressivitätsniveau
- 8-10: erhöhtes Angst- bzw. Depressivitätsniveau
- 11-21: auffälliges bzw. behandlungsbedürftiges Angst- bzw. Depressivitätsniveau

Nun werden die neu kodierten Variablen durch eine *Kreuztabelle* veranschaulicht. Um jene übersichtlicher zu gestalten, sollten die Variablen über „nicht all zu viele Kategorien“ (Bühl 2014, 287) verfügen, weshalb eine Umkodierung der Variablen gemacht wurde. Kreuztabellen dienen der Darstellung von nominal- oder ordinalskalierten Variablen. Bei den bislang beschriebenen umkodierten Variablen handelt es sich ausschließlich um ordinalskalierte Variablen, da sie eine Rangfolge bilden und logisch fortsetzbar sind. Anschließend an die Kreuztabelle können Assoziationsmaße berechnet werden, welche letztendlich angeben, ob es zwischen zwei untersuchten Variablen einen Zusammenhang gibt oder nicht.

### 6.1.1 Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und HADS-D Wert für Angst

			HADS-D Angst			Gesamtsumme
			unauffälliges Angstniveau	hohes Angstniveau	auffälliges Angstniveau	
Bildungsniveau	geringe Schulbildung	Anzahl	336	259	121	716
		% in Bildungsniveau	46,9%	36,2%	16,9%	100,0%
		% in HADS-D Angst	50,6%	53,5%	55,8%	52,5%
		% des Gesamtergebnisses	24,6%	19,0%	8,9%	52,5%
	mittlere Schulbildung	Anzahl	61	38	23	122
		% in Bildungsniveau	50,0%	31,1%	18,9%	100,0%
		% in HADS-D Angst	9,2%	7,9%	10,6%	8,9%
		% des Gesamtergebnisses	4,5%	2,8%	1,7%	8,9%
	höhere Schulbildung	Anzahl	267	187	73	527
		% in Bildungsniveau	50,7%	35,5%	13,9%	100,0%
		% in HADS-D Angst	40,2%	38,6%	33,6%	38,6%
		% des Gesamtergebnisses	19,6%	13,7%	5,3%	38,6%
Gesamtsumme		Anzahl	664	484	217	1365
		% in Bildungsniveau	48,6%	35,5%	15,9%	100,0%
		% in HADS-D Angst	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% des Gesamtergebnisses	48,6%	35,5%	15,9%	100,0%

Tab. 2: Kreuztabelle der Variablen Bildungsniveau und HADS-D Werten für Angst

Tabelle 2 bildet eine Kreuztabelle aus den Variablen Bildungsniveau und den HADS-D Werten für Angst ab. Von allen befragten Personen verfügen die meisten über eine geringe Schulbildung; sie weisen die größte Gruppe mit 716 von

insgesamt 1365 Personen auf. Den höchsten Wert für ein auffälliges HADS-D Angstniveau weisen die befragten Personen mit niedriger Schulbildung auf. Den höchsten Wert für ein behandlungsbedürftiges HADS-D Angstniveau besteht bei Personen mit mittlerer Schulbildung und der höchste Wert für ein unauffälliges Angstniveau deutet auf Personen mit höherer Schulbildung hin.

Die Kreuztabelle vermittelt somit den ersten Eindruck, dass es einen Zusammenhang zwischen den Variablen Bildungsniveau und HADS-D Wert für Angst gibt. Um diesen Zusammenhang präziser zu untersuchen, bedarf es eine spezifischere Untersuchung. Beispielsweise kann untersucht werden, ob es, wie durch die Kreuztabelle nun angenommen, tatsächlich einen Zusammenhang gibt und wenn ja, was lässt sich über die Stärke sowie über die Richtung und Art des Zusammenhangs aussagen (Bühl 2014, 289). Um eine genauere Untersuchung vorzunehmen, wird eine Korrelation nach Spearman durchgeführt, da beide Variablen ordinalskaliert sind. Für das Korrelationsmaß wird der *Spearman'sche Korrelationskoeffizient* ( $r$ ) angeführt, welcher folgende Aussagen über einen Zusammenhang hinsichtlich Stärke und Richtung liefert (Bühl 2014, 310):

- $0 < r \leq 0,2$                     sehr geringe Korrelation
- $0,2 < r \leq 0,5$                     geringe Korrelation
- $0,5 < r \leq 0,7$                     mittlere Korrelation
- $0,7 < r \leq 0,9$                     hohe Korrelation
- $0,9 < r \leq 1$                     sehr hohe Korrelation

Grundsätzlich können Korrelationskoeffizienten ( $r$ ) Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Da Korrelationen immer ungerichtet sind, sie also keine Informationen darüber enthalten, welche Variable eine andere bedingt, sind beide Variablen gleichberechtigt. Korrelieren beispielsweise die Variablen negativ, bedeutet dies einen gegenläufigen Zusammenhang, d.h. je mehr Variable B, desto weniger Variable S (Bühl 2014, 426).

Darüber hinaus gibt das *Signifikanzniveau* einer Stichprobe darüber Auskunft, ob „ein Zusammenhang (eine Korrelation) zufällig zustande gekommen ist oder nicht“ (Bühl 2014, 176). Zu diesem Zweck werden üblicherweise zwei Hypothesen formuliert, eine Nullhypothese (d.h. es gibt keinen Zusammenhang und die

Stichprobe ist zufällig zustande gekommen) und eine Alternativhypothese (es gibt einen Zusammenhang; die Stichprobe ist nicht zufällig zustande gekommen). Liegt eine Irrtumswahrscheinlichkeit ( $p$ ) von  $p \leq 0,05$  vor, wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese wird angenommen (Bühl 2014, 176-177). Insofern gilt für die Alternativhypothese: „Die Wahrscheinlichkeit, dass die in der Stichprobe beobachteten Verteilung zweier Merkmale aus einer Grundgesamtheit stammt, in der die beiden Merkmale unabhängig voneinander auftreten, ist gering. D.h. es besteht ein Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen in der Grundgesamtheit“<sup>27</sup>. Der angezeigte Wert für das Signifikanzniveau kann durch folgende Angaben beurteilt werden:

- $p > 0,05$       nicht signifikant
- $p < 0,05$       signifikant\*
- $p \leq 0,01$       sehr signifikant\*\*
- $p \leq 0,001$     höchst signifikant\*\*\*

SPSS symbolisiert das Signifikanzniveau bei der Korrelation nach Spearman anhand von Sternchen (Bühl 2014, 177). Im nun Folgenden soll die Korrelation zwischen dem Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Angst nach Pearson untersucht werden.

---

<sup>27</sup> Zitiert nach einer Power Point Folie aus dem SPSS Einführungs- und Grundlagenkurs des Zentralen Informatik Dienst der Universität Wien 2014.

**Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst**

			Bildungsniveau	HADS-D Angst
Spearman-Rho	Bildungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	-,045*
		Sig. (2-seitig)	.	,023
		N	2599	2545
	HADS-D Angst	Korrelationskoeffizient	-,045*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,023	.
		N	2545	4012

Tab. 3: Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Angst

Tabelle 3 zeigt die Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen dem Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Angst bei KrebspatientInnen. Da der Korrelationskoeffizient nach Spearman einen geringen negativen Wert aufweist und allgemein gilt  $0 > -0,045 > -0,2$ , kann statistisch gesehen von einer sehr geringen negativen Korrelation gesprochen werden, d.h. je niedriger das Bildungsniveau desto höher der HADS-D Wert für Angst bei KrebspatientInnen. Das Signifikanzniveau liegt bei 0,023 und ist somit kleiner als 0,05, das bedeutet, die Nullhypothese wird verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Somit deuten zwei Assoziationsmaße auf den Zusammenhang der untersuchten Variablen hin. Die aufgestellte Hypothese 1 im 4.Kapitel, welche lautete es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst, kann somit angenommen werden.

### 6.1.2 Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und HADS-D Wert für Depressivität

			HADS-D Depressivität			Gesamtsumme
			unauffälliges Depressivitätsniveau	hohes Depressivitätsniveau	auffälliges Depressivitätsniveau	
Bildungsniveau	geringe Schulbildung	Anzahl	415	228	113	756
		% in Bildungsniveau	54,9%	30,2%	14,9%	100,0%
		% in HADS-D Depressivität	49,7%	48,9%	56,8%	50,4%
		% des Gesamtergebnisses	27,7%	15,2%	7,5%	50,4%
	mittlere Schulbildung	Anzahl	71	43	21	135
		% in Bildungsniveau	52,6%	31,9%	15,6%	100,0%
		% in HADS-D Depressivität	8,5%	9,2%	10,6%	9,0%
		% des Gesamtergebnisses	4,7%	2,9%	1,4%	9,0%
	höhere Schulbildung	Anzahl	349	195	65	609
		% in Bildungsniveau	57,3%	32,0%	10,7%	100,0%
		% in HADS-D Depressivität	41,8%	41,8%	32,7%	40,6%
		% des Gesamtergebnisses	23,3%	13,0%	4,3%	40,6%
Gesamtsumme	Anzahl	835	466	199	1500	
	% in Bildungsniveau	55,7%	31,1%	13,3%	100,0%	
	% in HADS-D Depressivität	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% des Gesamtergebnisses	55,7%	31,1%	13,3%	100,0%	

Tab. 4: Kreuztabelle der Variablen Bildungsniveau und HADS-D Werten für Depressivität

Ausgehend von der obigen Tabelle können folgende Aussagen getroffen werden: Von allen 1500 befragten Personen weisen 756 Personen eine geringe Schulbildung vor; dies stellt auch die größte Gruppe dar. Der höchste Wert für sowohl ein unauffälliges als auch ein hohes HADS-D Depressivitätsniveau besteht bei den befragten Personen mit höherer Schulbildung, den höchsten Wert des auffälligen und behandlungsbedürftigen HADS-D Depressivitätsniveau weisen Personen mittlerer Schulbildung auf.

**Hypothese 2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Depressivität**

			Bildungsniveau	HADS-D Depressivität
Spearman-Rho	Bildungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	-,106**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	2599	2546
	HADS-D Depressivität	Korrelationskoeffizient	-,106**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	2546	3987

Tab. 5: Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Depressivität

In Tabelle 5 wird der Zusammenhang zwischen der Variable Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Depressivität angezeigt. Da beide Variablen ordinalskaliert sind, wurde die Rangkorrelation nach Spearman verwendet. Das Ergebnis besagt:  $0 > -0,106 > -0,2$ , das bedeutet es besteht eine sehr geringe negative Korrelation zwischen den zwei untersuchten Variablen. Somit gilt: Je niedriger das Bildungsniveau, desto höher der HADS-D Wert für Depressivität bei KrebspatientInnen. Das Ergebnis ist mit  $p < 0,000$  höchst signifikant, d.h. die Alternativhypothese wird angenommen und das Ergebnis dieser Stichprobe kann auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Die Hypothese 2, es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Depressivität, kann hiermit bestätigt werden.

### 6.1.3 Zusammenhang zwischen Familiennettoeinkommen und HADS-D Wert für Angst

			HADS-D Angst			Gesamtsumme
			unauffälliges Angstniveau	hohes Angstniveau	auffälliges Angstniveau	
Ein- kommen	geringes Ein- kommen	Anzahl	235	195	94	524
		% in Ein- kommen	44,8%	37,2%	17,9%	100,0%
		% in HADS- D	34,8%	36,9%	38,5%	36,2%
		% des Ge- samtergeb- nisses	16,2%	13,5%	6,5%	36,2%
	höheres Ein- kommen	Anzahl	440	333	150	923
		% in Ein- kommen	47,7%	36,1%	16,3%	100,0%
		% in HADS- D	65,2%	63,1%	61,5%	63,8%
		% des Ge- samtergeb- nisses	30,4%	23,0%	10,4%	63,8%
Gesamtsumme		Anzahl	675	528	244	1447
		% in Ein- kommen	46,6%	36,5%	16,9%	100,0%
		% in HADS- D	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% des Ge- samtergeb- nisses	46,6%	36,5%	16,9%	100,0%

Tab. 6: Kreuztabelle der Variablen Familiennettoeinkommen und HADS-D Werten für Angst

Tabelle 6 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Einkommen, welches in geringes und höheres Einkommen unterteilt wurde, und dem HADS-D Wert für Angst auf. Von allen 1447 befragten Personen gehören 923 der größeren Gruppe mit höherem Einkommen an. Ebenso weist diese Gruppe den niedrigsten Wert für ein unauffälliges Angstniveau auf. Die meisten befragten Personen, welche über ein hohes sowie auffälliges und behandlungsbedürftiges Angstniveau verfügen, beziehen ein geringes Einkommen.

**Hypothese 3: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familiennetoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst**

			Einkommen	HADS-D Angst
Spearman-Rho	Einkommen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,071**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	2913	2844
	HADS-D Angst	Korrelationskoeffizient	-,071**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	2844	4012

Tab. 7: Zusammenhang zwischen dem Familiennetoeinkommen und dem HADS-D Wert für Angst

Ausgehend von der obigen Tabelle können folgende Aussagen getroffen werden: Da beide Variablen, Familiennetoeinkommen und HADS-D Wert für Angst, ordinalskaliert sind, wurde die Korrelation nach Spearman durchgeführt. Der Korrelationskoeffizient  $r$  beträgt  $-0,071$ , das bedeutet es besteht eine sehr geringe negative Korrelation zwischen diesen zwei Variablen. Somit gilt: Je niedriger das Familiennetoeinkommen, desto höher ist der HADS-D Wert für Angst bei KrebspatientInnen. Das Signifikanzniveau liegt bei  $0,000$ , wodurch das Ergebnis der Stichprobe höchst signifikant ist, was ebenfalls darauf hindeutet, dass ein Zusammenhang zwischen den Variablen Familiennetoeinkommen und HADS-D Wert für Angst besteht. Die Hypothese 3, es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familiennetoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst, kann hier mit bestätigt werden.

#### 6.1.4 Zusammenhang zwischen Familiennettoeinkommen und HADS-D Wert für Depressivität

			HADS-D			Gesamtsumme
			unauffälliges Depressivitätsniveau	hohes Depressivitätsniveau	auffälliges Depressivitätsniveau	
Ein- kommen	geringes Ein- kommen	Anzahl	274	176	92	542
		% in Ein- kommen	50,6%	32,5%	17,0%	100,0%
		% in HADS- D	31,5%	34,0%	39,0%	33,4%
		% des Ge- samtergeb- nisses	16,9%	10,8%	5,7%	33,4%
	höheres Ein- kommen	Anzahl	596	342	144	1082
		% in Ein- kommen	55,1%	31,6%	13,3%	100,0%
		% in HADS- D	68,5%	66,0%	61,0%	66,6%
		% des Ge- samtergeb- nisses	36,7%	21,1%	8,9%	66,6%
Gesamtsumme		Anzahl	870	518	236	1624
		% in Ein- kommen	53,6%	31,9%	14,5%	100,0%
		% in HADS- D	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% des Ge- samtergeb- nisses	53,6%	31,9%	14,5%	100,0%

Tab. 8: Kreuztabelle der Variablen Familiennettoeinkommen und HADS-D Werten für Depressivität

Die obige Kreuztabelle zeigt einen Zusammenhang zwischen den Variablen Familiennettoeinkommen und HADS-D Wert für Depressivität auf. Von allen 1624 befragten Personen sind 1082 der Gruppe mit höherem Einkommen zugehörig. Ebenso verfügt diese Gruppe über den größten Wert eines unauffälligen HADS-D Depressivitätsniveaus. Befragte Personen mit geringem Einkommen haben die höchsten Werte in den Kategorien hohes und auffälliges HADS-D Depressivitätsniveau.

**Hypothese 4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Depressivität**

			Einkommen	HADS-D Depressivität
Spearman-Rho	Einkommen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,151**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	2913	2840
	HADS-D Depressivität	Korrelationskoeffizient	-,151**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	2840	3987

Tab. 9: Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen und dem HADS-D Wert für Depressivität

In Tabelle 9 ist die Korrelation nach Spearman der beiden ordinalskalierten Variablen Familiennettoeinkommen und dem HADS-D Wert für Depressivität dargestellt. Der Korrelationskoeffizient liegt bei -0,151 und deutet somit auf eine sehr geringe negative Korrelation hin. Das Signifikanzniveau liegt bei 0,000, wodurch die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen wird. Dieses Ergebnis besagt, je niedriger das Familiennettoeinkommen, desto höher ist der HADS-D Wert für Depressivität bei KrebspatientInnen. Somit kann die Hypothese 4, es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Depressivität, bestätigt werden.

Die folgende Abbildung 1 zeigt ein Kreisdiagramm, welches die Verteilung der Berufsgruppen der KrebspatientInnen veranschaulicht. Die genaue prozentuale Verteilung der Berufsgruppen der KrebspatientInnen der vorliegenden Stichprobe wird in der darauffolgenden Häufigkeitstabelle angezeigt.

## Verteilung der Berufsgruppen

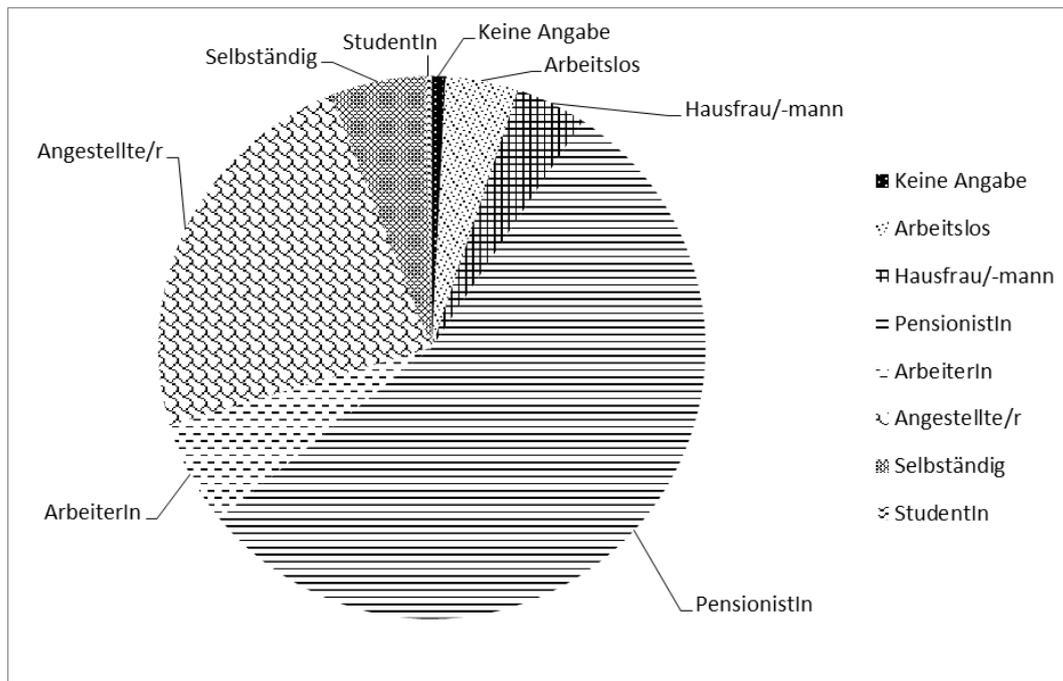


Abb. 1: Kreisdiagramm über die Verteilung der Berufsgruppen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Keine Angaben	28	,4	,8	,8
	Arbeitslos	145	2,2	4,3	5,2
	Hausfrau/-mann	141	2,2	4,2	9,4
	PensionistIn	1833	28,1	54,8	64,2
	ArbeiterIn	208	3,2	6,2	70,4
	Angestellte/r	788	12,1	23,6	94,0
	Selbstständig	187	2,9	5,6	99,6
	StudentIn	14	,2	,4	100,0
	Gesamtsumme	3344	51,3	100,0	
Fehlend	System	3174	48,7		
	Gesamtsumme	6518	100,0		

Tab. 10: Häufigkeitstabelle der Berufsgruppen

Das Kreisdiagramm und die Häufigkeitstabelle dienen zur Veranschaulichung, welchen Berufsgruppen die befragten KrebspatientInnen angehören. Die Grafik zeigt, dass sich über die Hälfte aller Befragten in Pension befinden. Die zweitgrößte Berufsgruppe mit einem Anteil von etwa ein Viertel sind Angestellte. Dennoch ist zu bemerken, dass von insgesamt 6518 befragten KrebspatientInnen, welche die Basisdiagnostik ausgefüllt haben, 3174 statistisch nicht erfasst wurden und lediglich 3344 Personen in die Auswertung eingingen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle vier Hypothesen angenommen werden konnten. Es gibt sowohl einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und je dem HADS-D Wert für Angst und Depressivität, als auch einen Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen von KrebspatientInnen und je dem HADS-D Wert für Angst und Depressivität. An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich die Autorin darüber bewusst ist, dass bei einer Stichprobe mit einer hohen Fallzahl – wie dies bei der vorliegenden Stichprobe von 6500 KrebspatientInnen der Fall ist – die Wahrscheinlichkeit für ein signifikantes Ergebnis sehr hoch ist.<sup>28</sup>

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Studie aus bildungswissenschaftlicher Sicht analysiert und interpretiert. Dabei werden die Hypothesen 1 und 2, welche den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und Angst bzw. Depressivität von KrebspatientInnen untersuchten, anhand der zu Beginn angeführten exemplarisch ausgewählten Definitionen von Bildung nach Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) interpretiert sowie um Lösungsansätze nach Angenendt (2011) ergänzt. Die Hypothesen 3 und 4, welche den Zusammenhang zwischen dem Einkommen von KrebspatientInnen und deren Angst bzw. Depressivität untersuchten, werden anhand der Theorie zur sozialen Ungleichheit nach Kreckel (2004) sowie der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) interpretiert.

---

<sup>28</sup> Zitiert nach einer Power Point Folie aus dem SPSS Einführungs- und Grundlagenkurs des Zentralen Informatik Dienst der Universität Wien 2014.

## **6.2 Bildungswissenschaftliche Ergebnisinterpretation**

Ziel dieser Arbeit ist es, eine medizinisch-psychologische Studie aus dem Blickwinkel der Bildungswissenschaft zu betrachten. Im nun Folgenden werden die statistischen Ergebnisse anhand der Bildungstheorien nach Wilhelm von Humboldt (1960), Hartmut von Hentig (1996) und Wolfgang Klafki (1959, 1996) sowie der Theorie zur sozialen Ungleichheit nach Reinhard Kreckel (2004) und der Kapitaltheorie nach Pierre Bourdieu (1983) analysiert, interpretiert und zugleich mit Lösungsansätzen nach Gabriele Angenendt (2011) ergänzt.

### **6.2.1 Auswirkungen des Bildungsniveaus auf Angst und Depressivität**

Die Hypothese 1 besagte, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst gibt.

Der Studie von Juliane Ketterer (2008) folgend, zeigen BrustkrebspatientInnen mit niedrigerem Schulabschluss höhere Werte für Angst als BrustkrebspatientInnen mit höherem Schulabschluss.

In der vorliegenden Studie konnte nachgewiesen werden: Je geringer die Schulbildung von KrebspatientInnen ist, desto höhere Werte wiesen sie für Angst auf. Ebenso gilt: Je höher die Schulbildung von KrebspatientInnen, desto geringer sind die Werte für Angst. Pflichtschule und Berufsschule (Lehre) wurden dabei als geringe Schulbildung und berufsbildende/Allgemeinbildende Höhere Schule, Fachhochschule sowie Universität als höhere Schulbildung kategorisiert.

Die Aussage der Hypothese 1 konnte somit bestätigt werden. Es ließ sich ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Angst von KrebspatientInnen nachweisen.

In der Hypothese 2 wurde von einem Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau von KrebspatientInnen und den HADS-D Werten für Depressivität ausgegangen.

Die Studie von Juliane Ketterer (2008) konnte keinen Zusammenhang zwischen dem Schulabschluss von BrustkrebspatientInnen und der Depressivität nachweisen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten eine sehr geringe negative Korrelation zwischen dem Bildungsniveau und den Werten für Depressivität, d.h. je niedriger das Bildungsniveau desto höher die Depressivität bei KrebspatientInnen. Die Aussage der Hypothese 2 konnte somit bestätigt werden. Es ließ sich ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Depressivität bei KrebspatientInnen nachweisen.

An dieser Stelle erfolgt nun die Interpretation der vorliegenden statistischen Ergebnisse aus bildungswissenschaftlicher Sicht.

Nach Wilhelm von Humboldt verfügt jeder Mensch über von Natur gegebenen Kräften, welche selbstverantwortlich zu entfalten sind. Als Mittel der Entfaltung bedarf es einen Gegenstand, wobei der Inhalt des Gegenstandes selbst anzueignen ist. Durch die Aneignung eines Gegenstandes erfährt der Mensch Bildung (Humboldt 1960).

Zunächst sind nach Hartmut von Hentig alle Menschen „der Bildung bedürftig und fähig“ (1996, 59). Des Weiteren geht er davon aus, dass Bildung eine Verarbeitung von Erfahrungen ist. So sind beispielsweise in Institutionen wie der Schule Anlässe, Situationen und Mittel so zu wählen, dass Bildung besonders wirksam und für alle möglich ist. Durch Literatur, so Hentig weiter, – dies wäre ein solcher Gegenstand nach Humboldt – lassen sich Inhalte aneignen, wodurch Fremdes verstanden werden kann. Auch braucht es Bildung, um bestimmte Fragen aushalten und mit ihnen umgehen zu können. Dabei zeugt es von Bildung, wenn man nach Antworten sucht, die durch Wissenschaft belegt werden können. Bildung bedeutet, sich grundsätzlich selbstverantwortlich zu zeigen (z.B. durch den Besuch einer Schule), Gebotenes anzunehmen (Kritik, Rat, Belehrung) und sich dieses zu eigen zu machen bzw. es abzustoßen (Hentig 1996).

Ebenso wie Humboldt (1960) geht Wolfgang Klafki bei der Intention von Bildung von einer Entwicklung dem Menschen innewohnender Kräfte aus. Diesbezüglich nennt er ein Beispiel für exemplarisches Lernen: Durch das Beherrschen einer Methode kann durch deren Anwendung ein bislang unbekannter Gegenstand an-

geeignet werden. Auf diese Weise können körperliche, geistige und seelische Kräfte geformt und entwickelt werden (Klafki 1959; 1996, 19-60).

Angst kann sich während einer Krebserkrankung auf vielfältige Art und Weise zeigen: Angst, an der Erkrankung zu sterben, der Krankheit ausgeliefert zu sein, vor entstellenden Operationen, soziale Isolation, vor Schmerzen und Leidenszuständen (Krebsgesellschaft 2011). Des Weiteren können während einer Krebserkrankung Belastungen so groß werden, dass „die eigenen Kräfte und auch die Unterstützung durch Angehörige und Freunde nicht ausreichen, um sie zu bewältigen“ (Stamatiadis-Smidt et al. 2006, 163). In diesen Phasen treten bei KrebspatientInnen meist Depressionen auf. Ebenso kann Depressivität aus unterschiedlichen Gründen auftreten: nach der Diagnose, wenn der/die PatientIn realisiert, dass er/sie Krebs hat, nach Operationen, wenn sich das Bild vom eigenen Körper verändert hat, wenn trotz aller Bemühungen ein Fortschritt der Erkrankung erkannt wurde oder Lebenspläne (zunächst) verloren gehen (Krebsgesellschaft 2011).

Wie die Ergebnisse der Studie zeigten, tritt Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung eher auf, als bei PatientInnen mit höherer Schulbildung. Bildung zeichnet sich nach Hentig (1996, 93-94) dadurch aus, dass man bestimmte Fragen aushalten und mit diesen umgehen kann. Demnach ist zu vermuten, dass bestimmte Fragen, wie z.B. „Werde ich durch die OP entstellt sein? Werde ich an der Erkrankung sterben?“ vermehrt bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung auftreten. Darüber hinaus zeugt es nach Hentig von Bildung, wenn man nach Antworten sucht, welche wissenschaftlich belegt werden können (Hentig 1996, 93-94). Aufgrund dessen kann – wie allgemein bekannt – davon ausgegangen werden, dass PatientInnen mit geringer Schulbildung und erhöhten Werten für Angst bzw. Depressivität sich eher nicht der Wissenschaft bedienen, um Antworten, z.B. auf Angst und in weiterer Folge Depressivität auslösende Fragen, zu finden.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Um dem entgegenzuwirken werden Tablets bzw. eSMART Geräte eingeführt, um speziell auf die Erkrankung Krebs ausgerichtete Bildungsprozesse für KrebspatientInnen zu ermöglichen. Dabei werden krankheitsspezifische Informationen, Ratschläge und Hinweise bereitgestellt und vermittelt. Diese Thematik wird im 7. Kapitel aufgegriffen.

Der Bildungstheorie Humboldts entsprechend, ist das innere Streben nach „Verbesserung und Veredelung“ (1960, 235) ein Versuch, frei und unabhängig zu sein. Sofern sich KrebspatientInnen der Krankheit ausgeliefert fühlen, besteht nicht das Gefühl von Freiheit oder Unabhängigkeit. Demnach ist also anzunehmen, dass PatientInnen mit höherer Schulbildung eher danach streben, sich zu verbessern (um in weiterer Folge unabhängig zu sein – von ärztlichem Rat, dem Gefühl, der Erkrankung verfallen zu sein), möglicherweise durch das Einholen von krankheitsspezifischen Informationen, da sie keine Angst bzw. Depressivität und sich somit nicht als der Erkrankung ausgeliefert fühlen. Dies weist erneut auf die Bildungstheorie nach Humboldt hin, da er von einer Wechselwirkung zwischen Ich und Welt ausgeht, d.h. um Bildung zu erzeugen, braucht es ein Übergehen von sich aus zu den Gegenständen außer sich (Humboldt 1960, 237). Des Weiteren verursacht Unwissenheit (z.B. darüber, nach der Operation entstellt zu sein oder an der Erkrankung zu sterben) Angst bzw. in weiterer Folge Depressivität (Krebsgesellschaft 2011), was ebenso darauf hinweist, dass KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung über weniger Informationen verfügen und, gemäß Humboldt, nicht einem Gegenstand der sich umgebenden Welt bedienen, um innere Kräfte zu entfalten (Humboldt 1960, 237). Das heißt, es ist davon auszugehen, dass KrebspatientInnen die erhöhte Werte für Angst bzw. Depressivität aufweisen, nicht die gebotenen Informationsmöglichkeiten nutzen (wie z.B. dem Kurzprogramm nach Angenendt (2011) oder der Cancer School Vienna 2014), um in weiterer Folge bestehenden Ängsten bzw. der Depressivität entgegenzuwirken. Daraus lässt sich wiederum schließen, dass PatientInnen mit höherer Schulbildung eher über Informationsmöglichkeiten verfügen bzw. Informationsangebote nutzen.

Die Bildungstheorie nach Hentig umfasst das Bildungskriterium „Die Wahrnehmung von Glück“, wobei davon ausgegangen wird, dass der Mensch seines eigenen Glückes Schmied ist sowie „wo keine Freude ist, ist auch keine Bildung“ (Hentig 1996, 76). Dieses Bildungskriterium ist als solches zu verstehen, dass Bildung Glücksmöglichkeiten eröffnet. Insofern ist davon auszugehen, dass sich bei PatientInnen, die sich beispielsweise Informationen zur Erkrankung einholen, Glücksmöglichkeiten ergeben, indem ihnen die Angst bestimmter Vorahnungen genommen wird bzw. sie nicht über solche angstausslösenden Annahmen verfügen, aufgrund ihres Bildungsstands.

Ein weiteres Bildungskriterium nach Hentig besagt, dass es von Bildung zeugt, wenn Rat, Belehrung sowie Kritik angenommen wird und zu eigen gemacht bzw. abgestoßen wird (Hentig 1996, 96-97). Somit besteht die Möglichkeit bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung und erhöhten Werten für Angst bzw. Depressivität, dass sie weder Rat, Kritik sowie Belehrung annehmen (aus persönlichen Gründen oder weil er/sie sich nicht selbstverantwortlich darum zeigt) oder diese Angebote ablehnen, obwohl dies hinsichtlich dem Entgegenwirken von Angst förderlich wäre.

Entsprechend der Bildungstheorie nach Klafki zeugt das Beherrschen und Anwenden einer Methode, um sich einen Gegenstand selbständig anzueignen, von Bildung (Klafki 1959). Bewältigungsstrategien können dazu dienen, indem einmal eine Methode angeleitet wurde, um bestimmte Situationen selbständig besser zu bestehen. Dabei wurde einmal eine Methode erlernt, welche schließlich individuell und je nach Bedarf einsetzbar ist. Dies deutet darauf hin, dass PatientInnen mit erhöhten Werten für Angst bzw. Depressivität sowie geringer Schulbildung nicht die selbständige Aneignung eines Gegenstandes mittels einer Methode beherrschen.

Die bisherigen Interpretationen stellen möglich Gründe für erhöhte Werte von Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung dar. Basierend auf den bisherigen Interpretation werden anhand einer Verknüpfung der Bildungstheorien nach Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) sowie dem psychoedukativen Kurzprogramm nach Angenendt (2011), welches im 2.Kapitel vorgestellt wurde, Ansätze herausgearbeitet, um der Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung entgegenzuwirken.

### **6.2.2 Konstituierung krankheitsspezifischer Bildungsprozesse von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung**

Um also, bezugnehmend zur Studie, der Angst bzw. Depressivität von KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung entgegenzuwirken, braucht es, den exemplarisch ausgewählten Bildungstheorien entsprechend:

- Nach Humboldt (1960): einen Gegenstand, um die eigenen Kräfte zu entfalten und schließlich Bildung zu erlangen.
- Nach Hentig (1996): ein selbstverantwortliches Handeln, wodurch Gebotenes angeeignet oder verworfen werden kann, um letztendlich bestimmte Fragen aushalten zu können bzw. Fremdes zu verstehen.
- Nach Klafki (1959; 1996): die Beherrschung einer Methode um sich in weiterer Folge systematisch unbekannte Gegenstände anzueignen.

Gabriele Angenendt (2011) führt diesbezüglich ein psychoedukatives Kurzprogramm an, um die wichtigsten Informationen und Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung kennenzulernen und zu erarbeiten. Die Psychoedukation bietet soziale und emotionale Unterstützung sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien während einer Erkrankung (Schratter-Sehn 2013, 45). Die zehn Sitzungen bestehen sowohl aus einem Schulungsinhalt als auch aus eigenständigen Erarbeitungen. Vermittelt werden folgende Inhalte (Angenendt 2011, 128-159):

- Gesundheit definiert sich nicht durch die Abwesenheit von Krankheit; vielmehr sind mehrere Teilaspekte zusammenhängend zu betrachten.
- Persönliche Stressoren/Stressauslöser erkennen sowie Entspannungsübungen erlernen.
- Längerfristige Entwicklung eigener Krankheitsbewältigungsstrategien durch Hilfestellung.
- Die konkrete Planung gesundheitsfördernder Aktivitäten, um die physische und psychische Stabilität zu fördern.
- Den Umgang mit belastenden Gefühlen erlernen.
- Die Wichtigkeit der Einbettung in ein soziales Netzwerk für eine gelingende Krankheitsverarbeitung.
- Aufklärung und Umgang mit tumorbedingter Müdigkeit.
- Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität.
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des/der PatientIn durch Hilfe zur Selbsthilfe.

Anschließend an jede Sitzung werden Übungen zunächst eigenständig außerhalb der Sitzungen und bei der nächsten Einheit gemeinsam mit dem/der TherapeutIn

besprochen und bearbeitet. Die Inhalte der Übungen decken sich dabei mit den vermittelten Inhalten der tagesaktuellen Sitzung.

Nach Hentig (1996, 94-95) ist Bildung, wenn der Mensch, und hier im Speziellen der/die KrebspatientIn, selbstverantwortlich Rat, Kritik und Belehrung annimmt und sich dann entweder zu eigen macht oder abstößt. Die Basis, Inhalte anzunehmen oder auch nicht, ist durch das psychoedukative Kurzprogramm nach Angenendt (2011) hinsichtlich der Schulungsinhalte und Übungen gegeben.

Weiters findet durch die Übungen, welche die PatientInnen zunächst eigenständig außerhalb der Sitzung und schließlich gemeinsam in der nächsten Sitzung bearbeiten insofern Bildung nach Hentig statt, indem sich eine geistige Verarbeitung der Erfahrung vollzieht. Übungen werden selbständig gemacht auf Grundlage der vorangegangenen Schulungsinhalte der Sitzung (Hentig 1996, 59).

Durch die Aneignung von Bewältigungsstrategien und Fertigkeiten befindet sich der/die KrebspatientIn in einer Wechselwirkung von Ich und Welt, wie sie Humboldt in seiner Bildungstheorie beschrieben hat (1960, 234-237). Durch diese Wechselwirkung kann sich der/die KrebspatientIn äußere Gegenstände (wie Schulungsinhalte oder Bewältigungsstrategien) zu nutzen machen.

Klafki (1959; 1996) spricht hinsichtlich seiner Bildungstheorie von der Entwicklung körperlicher und seelischer Kräfte, welche dem Menschen innewohnen. Durch die Anleitung von Strategien für die Krankheitsbewältigung findet exemplarisches Lernen nach Klafki statt. Auf diese Weise werden die KrebspatientInnen darauf sensibilisiert, sich anhand einer Methode einen Gegenstand selbständig anzueignen, welche letztendlich der Entwicklung körperlicher und seelischer Kräfte dient (Klafki 1959; 1996, 19-60). Beispielsweise wird in der 7.Sitzung der Umgang mit tumorbedingter Müdigkeit behandelt. Dabei wird in der Sitzung darüber aufgeklärt, dass Müdigkeit während einer Krebsbehandlung eine Prävalenzrate von 58%-90% aufweist (was PatientInnen meist erleichtert, da sie sehen können, dass nicht nur Ihnen es so ergeht) und dass Müdigkeit eine schützende und regulierende Antwort auf körperlichen oder psychischen Stress ist. Die zur Sitzung dazugehörige Übung wäre, ein Energietagebuch zu führen, d.h. der/die PatientIn protokolliert genau, wann die Müdigkeit eintritt. Durch das kontinuierliche Aufschreiben kann der/die PatientIn seine energetischen Möglichkeiten nach und

nach selbst besser einschätzen (Angenendt 2011, 146-147). Sowohl die Vermittlung von Wissensinhalten als auch die spezifischen Übungen dienen der Entwicklung körperlicher und seelischer Kräfte, wie sie Klafki in seiner Bildungstheorie beschrieben hat.

Auf diese Weise bietet Angenendt (2011) im Sinne von Humboldt, Hentig und Klafki einen Gegenstand – durch die neu gewonnen Erkenntnisse und Fertigkeiten aus den Sitzungen des psychoedukativen Kurzprogramms – um innewohnende Kräfte bzw. Potentiale der KrebspatientInnen zu entwickeln und dadurch schließlich Bildung anzuregen. Somit kann dem „Defizit“ einer geringen Schulbildung von KrebspatientInnen und der bestehenden Angst bzw. Depressivität auf vielfältige und individuelle Weise entgegengewirkt werden.

Der folgende Abschnitt stellt die Interpretation der Ergebnisse anhand der Ausführungen Kreckels (2004) zur sozialen Ungleichheit und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) dar.

### **6.2.3 Die Auswirkungen des Familiennettoeinkommens auf Angst und Depressivität**

Die Hypothese 3 besagte, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen von KrebspatientInnen und dem HADS-D Wert für Angst gibt.

Der Studie von Andrykowski et al. (2013) folgend, wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status auf die Angst und Depressivität bei Kolorektalkarzinom-PatientInnen aus.

Die Ergebnisse zeigten eine sehr geringe negative Korrelation zwischen dem Einkommen und der Angst von KrebspatientInnen, d.h. je niedriger das Familiennettoeinkommen, desto höher ist die Angst bei KrebspatientInnen.

Die Aussage der Hypothese 3 konnte somit bestätigt werden. Es ließ sich ein Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen und den HADS-D Werten für Angst bei KrebspatientInnen nachweisen. Ein Familiennettoeinkommen bis 1300€ wurde dabei als geringes Einkommen und ein Familiennettoeinkommen ab 1300€ wurde als höheres Einkommen kategorisiert.

In der Hypothese 4 wurde von einem Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen und dem HADS-D Wert für Angst ausgegangen.

Die Ergebnisse zeigten eine sehr geringe negative Korrelation zwischen dem Einkommen und der Depressivität von KrebspatientInnen, d.h. je niedriger das Familiennettoeinkommen, desto höher ist die Depressivität bei KrebspatientInnen.

Die Aussage der Hypothese 4 konnte somit bestätigt werden. Es ließ sich ein Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen und den HADS-D Werten für Depressivität bei KrebspatientInnen nachweisen.

Wie bereits dargestellt wurde, kann sich Angst während einer Krebserkrankung auf vielfältige Art und Weise zeigen: Angst, an der Erkrankung zu sterben, der Krankheit ausgeliefert zu sein, vor entstellenden Operationen, soziale Isolation, vor Schmerzen und Leidenszuständen (Krebsgesellschaft 2011). Des Weiteren können einhergehende Belastungen einer Krebserkrankung so groß werden, dass bei KrebspatientInnen Depressionen auftreten können. Dies ist meist dann der Fall, wenn diese Belastungen nicht mehr eigenständig oder durch außenstehende Unterstützung wie Familie oder Freunde bewältigt werden können (Stamatiadis-Smidt et al. 2006, 163). Niedergeschlagenheit der PatientInnen zeigt sich durch (zunächst) verloren gegangene Lebenspläne oder Verzweiflung (Krebsgesellschaft 2011). Ebenso können sich KrebspatientInnen sowohl existenziell als auch finanziell bedroht fühlen, durch die Leistungseinschränkung bedingte Rückstufung, Reduktion der Arbeitszeit oder gar (temporären) Ausstieg aus dem Arbeitsleben. Des Weiteren kann es zur Frühberentung, einem Arbeitsplatzwechsel oder einer beruflichen Umsetzung kommen (Weis et al. 2006, 2).

Zunächst lässt sich soziale Ungleichheit nach Reinhard Kreckel (2004, 17) von „hierarchisch übereinander angeordneter Klassen, Schichten, Statusgruppen oder ähnlichen Rangabstufungen erfassen“. Zu den vier Dimensionen sozialer Ungleichheit zählen materieller Reichtum (z.B. Geld), symbolisches Wissen (z.B. Zeugnis), hierarchische Organisation (z.B. Rang) und selektive Assoziation (z.B. „Zugehörigkeit“). Ungleichheit liegt vor, wenn diese Ressourcen ungleich verteilt sind. Ein privilegierter Zugang kann dazu verhelfen, gegenüber jenen, welche nicht über diese Ressourcen verfügen, „spezielle Wünsche, Lebensentwürfe usw. günstigere objektive Bedingungen“ (Kreckel 2004, 20) zu erlangen. Durch Leis-

tungsideologien werden Ungleichheiten legitim, so dient eine bestimmte Qualifikation einer speziellen beruflichen Position und diese ist wiederum an ein bestimmtes Einkommen gekoppelt (Kreckel 2004, 97-99).

Das Ergebnis der PISA-Studie aus dem Jahr 2000 zeigt, dass die Chance eines Jugendlichen, dessen Familie der oberen Dienstklasse angehört bei 1:1 liegt ein Gymnasium anstelle einer anderen Schulform zu besuchen. Die Chance eines Jugendlichen aus einem Facharbeiterhaushalt liegt hingegen bei 3:17, ein Gymnasium statt einer anderen Schulform zu besuchen. 50% der SchülerInnen, welche ein Gymnasium besuchen, gehören Familien der oberen Dienstklasse an und 10% der SchülerInnen stammen aus Familien ungelerner und angelernter ArbeiterInnen. Die Beteiligung in Hauptschulen von SchülerInnen aus Familien der oberen Dienstklasse liegt bei 10% und von SchülerInnen aus Familien ungelerner und angelernter ArbeiterInnen bei 40% (Baumert, Schümer 2001, 356-357). Ebenso haben, nach den Ergebnissen der PISA-Studie aus dem Jahr 2000, österreichische 15/16-Jährige SchülerInnen „aus unteren Bildungs- oder Berufsschichten [...] geringere Bildungschancen“ (Bacher 2004, 28). Wobei diese Bildungsungleichheiten nach Bacher (2004, 28-29) auf außerschulische Faktoren, wie z.B. auf die soziale Herkunft, zurückzuführen sind.

Nach Pierre Bourdieu weisen die Schulleistungen der Kinder aus unterschiedlichen sozialen Milieus Differenzen auf. Darauf aufbauend entwickelte er seine Kapitaltheorie, bestehend aus ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital, wobei der Mensch als ein Individuum betrachtet wird, welches über verschiedenartige Potentiale (Kapitalien) verfügt und diese nach Belieben einsetzen kann. Inkorporiertes Kulturkapital steht für die Aufbringung der Zeit, um sich Kapital anzueignen. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder durch Schulbildung oder elterliche Erziehungsmaßnahmen, wobei dann wiederum Kapital in Form „sozialer Vererbung“ (Bourdieu 1983, 187-188) vorliegt. Familien, die mit hohem Kulturkapital ausgestattet sind, können bereits durch Erziehung Kulturkapital anhäufen und dieses weitergeben. Objektiviertes Kulturkapital bedeutet, man ist im Besitz von Gegenständen (wie z.B. einem Buch). Für die sachgemäße Verwendung des Gegenstandes (das Buch zu lesen) bzw. des Objekts braucht es jedoch inkorporiertes Kulturkapital (Bourdieu 1983, 188-189). Durch ökonomisches Kapital (z.B. Geld) kann kulturelles und soziales Kapital erworben werden, sofern Zeit

und Energie aufgebracht werden können, um ein rentables soziales Beziehungsnetz aufzubauen (Bourdieu 1983, 188-189).

Wie die Ergebnisse der Studie zeigen, tritt Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringem Familiennettoeinkommen eher auf als bei PatientInnen mit höherem Familiennettoeinkommen. Zunächst zu realisieren, von einer lebensbedrohlichen Erkrankung – Krebs – betroffen zu sein sowie die eigene Existenz bedroht zu fühlen (Angst vor dem Tod, der Ungewissheit, welchen Lauf die Erkrankung nimmt, bricht die Erkrankung irgendwann wieder aus etc.), löst Ängste und Depressivität aus (Krebsgesellschaft 2011). Entsprechend den Ergebnissen der Studie scheint dies besonders bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen ausgeprägt zu sein.

Nach Bourdieu impliziert ökonomisches Kapital einen „Warentausch“ (1983, 184), wobei Geld in Eigentum bzw. Warenbesitz umgewandelt werden kann. Eine Existenz umfasst sowohl die eigene Person als auch Eigentum. Bestehen während einer Krebserkrankung also Existenzängste, können sich diese sowohl auf die krebserkrankte Person selbst beziehen (Angst, an der Erkrankung zu sterben) als auch auf deren Besitztümer (durch z.B. Frühberentung). Durch die Leistungseinschränkung der Krebserkrankung kann es zu Rückstufungen, Reduktion der Arbeitszeit oder gar (temporären) Ausstieg aus dem Arbeitsleben sowie zur Frühberentung, einem Arbeitsplatzwechsel oder einer beruflichen Umsetzung kommen (Weis et al. 2006, 2). Besonders KrebspatientInnen mit geringem Einkommen scheinen sich dadurch sowohl existenziell als auch finanziell bedroht zu fühlen. KrebspatientInnen mit höherem Einkommen scheinen über ein solches Ausmaß an ökonomischen Kapital zu verfügen, dass sie weniger unter Ängsten oder Depressivität leiden. Des Weiteren zählen materieller Reichtum (Geld) und hierarchische Organisation (Rang) u.a. zu den vier Dimensionen sozialer Ungleichheit nach Kreckel (2004, 17-20). Anhand von ökonomischem Kapital nach Bourdieu (1983, 188-189) ist es möglich, sowohl kulturelles als auch soziales Kapital zu erwerben. Das heißt, KrebspatientInnen mit höherem Einkommen leiden weniger unter Angst bzw. Depressivität als PatientInnen mit geringerem Einkommen, weil – dies lassen die Ergebnisse vermuten – sie sich beispielsweise nicht um soziale Isolation fürchten (Krebsgesellschaft 2011). Nach Bourdieu (1983, 192-193) ist

soziales Kapital, was die Einbindung in ein soziales Netz meint, durch Aufbringung von Zeit und Energie mittels ökonomischem Kapital erwerbbar. Soziale Beziehungen können durch die Investition von Zeit und Geld dauerhaft aufrechterhalten werden.

Die bisherigen Interpretationen stellen möglich Gründe für erhöhte Werte von Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen dar. Basierend auf diesen Interpretationen werden anhand einer Verknüpfung der Ausführungen Kreckels (2004) zur sozialen Ungleichheit und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) sowie den Aspekten einer ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation, welche im 2.Kapitel beschrieben wurden, Ansätze herausgearbeitet, um der Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen entgegenzuwirken.

#### **6.2.4 Maßnahmen gegen sozioökonomisch bedingte Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen**

Hinsichtlich der Ergebnisse der Studie lassen sich Angst bzw. Depressivität zunächst auf einen geringen Schulabschluss sowie ein geringes Einkommen zurückführen, und diese Faktoren wiederum sind auf soziale Ungleichheit zurückzuführen. Nach Bourdieu (1983, 185) bestehen große Differenzen hinsichtlich der Schulleistungen der Kinder aus unterschiedlichen sozialen Milieus. Die Ergebnisse der PISA-Studie aus dem Jahr 2000 zeigen, dass die Chance eines Jugendlichen aus einem Facharbeiterhaushalt ein Gymnasium zu besuchen bei 3:17 liegt, hingegen ein Jugendlicher einer Familie der oberen Dienstklasse angehörig eine Chance von 1:1 hat, ein Gymnasium zu besuchen (Baumert, Schümer 2001, 356-357). Auch Bacher zeigt, dass österreichische 15/16-Jährige SchülerInnen „aus unteren Bildungs- oder Berufsschichten [...] geringere Bildungschancen“ (Bacher 2004, 28) aufweisen, was wiederum auf die soziale Herkunft zurückzuführen ist.

Des Weiteren begünstigen Leistungsideologien die bestehende Ungleichheit; eine bestimmte Qualifikation dient einer speziellen beruflichen Position und diese ist wiederum an ein bestimmtes Einkommen gekoppelt. Zusätzlich können sich Kinder, welche Familien angehören, die mit hohem Kulturkapital ausgestattet sind,

Kulturkapital durch Erziehung anhäufen und somit bereits vor dem Schuleintritt von der Aneignung von Kulturkapital profitieren. Durch die Investition in kulturelles Kapital können Talent und Potential entwickelt werden (Bourdieu 1983, 185-189). Letztendlich verhilft ein privilegierter Zugang zu bestimmten Ressourcen, wie beispielsweise materieller Reichtum oder symbolisches Wissen (z.B. Zeugnis), zu speziellen Wünschen, Lebensentwürfen oder günstigeren Bedingungen (Kreckel 2004, 20). Mit den Ergebnissen der Studie konnte bewiesen werden, dass ein geringes Einkommen, was letztendlich auf bestehende soziale Ungleichheit zurückzuführen sein kann, Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen auslöst.

Nach Kreckel (2004, 13) ist soziale Ungleichheit eine von Menschen selbst produzierte Tatsache, demnach es ein ebenso selbst zu veränderndes Phänomen und kein „unabänderliches Schicksal“ darstellt. Bei Betrachtung der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation können Maßnahmen herausgearbeitet werden, um der Angst bzw. Depressivität besonders bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen entgegenzuwirken.

Aufgrund einer hohen emotionalen Belastung während des Erstgesprächs ist es aus vielerlei Gründen ratsam, mehrere kurze Gespräche mit der betroffenen Person zu führen (Klocker-Kaiser 2013, 42-44):

- Erstens können meist die Informationen (zur Diagnose, dem weiteren Vorgehen bzgl. der Therapie etc.) nicht vollständig erfasst werden.
- Zweitens besteht dadurch die Möglichkeit, Fragen zu stellen, welche zu Hause aufgetreten sind, Angehörige zur Unterstützung mitzubringen und/oder eine gemeinsame Gesprächsbasis zwischen dem/der Betroffenen und Angehörigen herzustellen und dabei die stützende, aufklärende Funktion des/der behandelnden ÄrztIn für das familiäre Gefüge zu nutzen. Dies ist von Bedeutung, da es durch die Krebserkrankung nach Weis et al. (2006, 2) innerhalb der Familie zu Rollenveränderungen, Rückzug oder sozialer Isolation kommen kann. Soziale Isolation wiederum kann zu Ängsten während einer Krebserkrankung führen (Krebsgesellschaft 2011). Aufklärende Gespräche mit dem/der ÄrztIn, dem/der betroffenen Krebspa-

tientIn sowie den Angehörigen kann einer sozialen Isolation und daraus entstehenden Ängsten des/der PatientIn entgegenwirken.

- Und drittens besteht somit eine gewisse Kontinuität, was wiederum ein Gefühl der Sicherheit gibt. Hoffnung und Kontinuität sind nach Fässler-Weibel und Gaiger (2009, 109-137) zwei Faktoren, welche während der Krebserkrankung verloren gehen können. Durch das Wiederherstellen von Kontinuität, durch z.B. Rituale, die über einen längeren Zeitraum einen bestimmten Ablauf gewährleisten (wie Blutabnahme, Besprechung der Befunde, Chemotherapie, Kontrolle), kann bestehender Angst entgegenge wirkt werden.

Ängste und Depressivität gelten als Belastungen einer Krebserkrankung. Die ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation sollte eine Basis darstellen, auf der die PatientInnen Informationen, Aufklärung und Wertschätzung erfahren (Klocker-Kaiser 2013, 42-44). Auf diese Weise können beispielsweise eigene Erklärungsmodelle der PatientInnen geklärt werden (z.B. die Erkrankung als Sühne zu betrachten), welche letztendlich eine Belastung für die PatientInnen darstellen (Fässler-Weibel, Gaiger 2009, 173-181).

Diese Maßnahmen einer ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation können sich als hilfreich erweisen, um sozioökonomisch – hier im speziellen die Schulbildung und das Einkommen betreffend – bedingter Angst bzw. Depressivität entgegenzuwirken. Um die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu überprüfen, bedarf es weiterer Forschungen; diese Thematik wird im 7. Kapitel aufgegriffen.

Das folgende Kapitel dient dazu, die Ergebnisse sowie das angewandte Messinstrument der Studie kritisch zu betrachten und darüber hinaus weitere Forschungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

### 6.3 Anmerkungen und Kritik zur durchgeführten Studie

Zwar handelt es sich bei den Ergebnissen aller vier aufgestellten Hypothesen formal betrachtet um eine sehr geringe negative Korrelation (da gilt  $0 > -0,2$ ), dennoch wurde bei der bildungswissenschaftlichen Interpretation jeweils von einem Zusammenhang zwischen beiden Variablen ausgegangen, da statistische Richtwerte vorgeben, dass Korrelationskoeffizienten (Werte, die eine Korrelation anzeigen) grundsätzlich Werte zwischen -1 und +1 annehmen können (Bühl 2014, 426).

Um den Ergebnissen einer sehr geringen Korrelation noch genauer nachzugehen, bietet sich an diesem Punkt quantitativer Forschung mittels der Fragebogenmethode an, darüber hinaus eine Datenerhebung mit *qualitativer Forschungsmethoden* zu tätigen. Diese Möglichkeit weiterer Forschung mittels qualitativer Methoden soll an dieser Stelle exemplarisch angeführt werden. Beispielsweise besteht die Möglichkeit, ein Leitfadenterview mit narrativen Elementen durchzuführen, um spezifischer Merkmale zu dieser Thematik festzustellen. Das Leitfadenterview (Rosenthal 2008, 125-131) zeichnet sich durch die Möglichkeit aus, interessante Aspekte zu erfassen anhand theoretischer Vorüberlegungen, was man beispielsweise über die Hintergründe von Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen erfahren möchte. Dennoch sollte der Interviewleitfaden lediglich als eine Stütze dienen, im Vordergrund des Interviews würde das möglichst freie Erzählen des/der interviewten KrebspatientIn stehen, um so auch tiefergehende und subjektiv brisante Themen zuzulassen und nicht ausschließlich durch vorformulierte Fragen das Interview zu lenken. Dies beschreibt die Methode des narrativen Erzählens in einer Interviewsituation nach Schütze (1983, 283-293). Wesentlich dabei ist die offene Erzählaufforderung („Erzählen Sie mir alles über Ihre Krebserkrankung“) und der Nachfrageteil nach der Erzählung (z.B. „Gibt es Situationen, in denen Sie vermehrt unter Angst oder Niedergeschlagenheit leiden?“). Zwei weitere Momente spielen beim narrativen Interview eine große Rolle: Zum einen würde die Schilderung einer persönlichen Erfahrung aus der Vergangenheit in einer konkreten Situation des/der interviewten KrebspatientIn und wie er/sie sich in dieser Situation gefühlt hat im Mittelpunkt des Interviews stehen. Die Intention des Interviews ist es, das subjektive Befinden inklusive der emotionalen

Aspekte des/der PatientIn in Erfahrung zu bringen (Wie und warum hat sich der/die PatientIn in einer bestimmten Situation so gefühlt?) (Schütze 1983, 283-293). Zum anderen spielt beim narrativen Erzählen die Identität des/der interviewten KrebspatientIn eine große Rolle. Diese setzt sich zusammen aus Nationalität, Ethnizität, Glaubensgemeinschaft, politische Organisation, Geschlecht, Alter und Familie. Das heißt, beeinflusst durch die vielen Umweltfaktoren konstituiert der Mensch seine eigene Identität und diese ist wiederum Grundlage für sein Handeln (Lucius-Hoene, Deppermann 2002, 49-51).

Weiters können Elemente der autobiographischen Interviewführung nach Schütze (1984) verwendet werden. Dabei würde es vordergründig um die Erzählung des Selbsterlebten gehen (Wie der/die interviewte KrebspatientIn seine/ihre Erkrankung wahrnimmt) und somit spielt die Selbst-Reflexivität des/der PatientIn eine große Rolle, d.h. die Art und Weise wie er/sie im Interview eine bestimmte selbst-erlebte Situation schildert (Lucius-Hoene, Deppermann 2002, 17-19). Grundsätzlich geht narratives Erzählen über autobiographisches Erzählen hinaus.

Das Vorgehen bei den Interviewführungen mit KrebspatientInnen würde sich also dadurch auszeichnen, dem/der PatientIn möglichst viel Raum für Erzählungen seiner/ihrer Erkrankung zu geben (narratives Erzählen), dennoch sollte der Bezug zu interessierenden Aspekten der Erkrankung, wie z.B. Begleiterscheinungen wie Angst, gegeben sein (Leitfadeninterview), als auch die Erzählungen des Selbsterlebten des/der PatientIn (autobiographisches Erzählen) berücksichtigt werden. Somit könnten Elemente von drei Methoden der qualitativen Forschung kombiniert und in einem Interview angewendet werden.

Anschließend an die Interviewführung würde dann eine Transkription erfolgen, d.h. die wörtliche Verschriftlichung des gesprochenen Interviews. Dies erfolgt nach Transkriptionsregeln, z.B. nach Bernart und Krapp (1998). Nach der Transkription kann das Interview in eigens formulierte Kategorien aufgeteilt werden. Ein solches Verfahren der Kategorisierung von Interviews kann nach der Methode „Induktive Kategorienbildung“ nach Mayring (2003, 74-76) abgeleitet werden. Ziel dieser Methode ist es, die Transkription eines Interviews Schritt für Schritt durchzuarbeiten und das Datenmaterial auf zentrale Bedeutungsaspekte zu redu-

zieren und den jeweiligen Kategorien zuzuordnen. Anschließend an die Kategorisierung würde die Textinterpretation erfolgen, indem die Interviewsequenzen einzelnen ausgewertet und interpretiert werden. Dabei ist es besonders wichtig, sowohl den manifesten Gehalt als auch den latenten Sinn des transkribierten Textes zu erfassen. Manifest bezieht sich auf das tatsächlich transkribierte und verschriftliche Gesprochene. Latent meint den „Sinn, der zwischen den Zeilen liegt“ (Rosenthal 2008, 18) und wessen Bedeutung dem/der interviewten PatientIn meist selbst nicht zugänglich ist. Latenter Sinn wird bei der Interpretation zugänglich, wenn die Handlungs- und Denkstrukturen des Gesprächspartners erkannt werden um einen Einblick in eine vergangene Situation zu bekommen, warum sich diese Person auf jene Weise in dieser speziellen Situation verhalten hat (Rosenthal 2008, 154). Grundsätzlich kann der latente Sinn viel darüber aussagen, wie sich der/die interviewte PatientIn selbst als Person wahrnimmt – was ihm/ihr wichtig ist, was ihn/sie stört und was schließlich sein/ihr Verhalten formt.

Zusammenfassend dient die Darstellung qualitativer Forschungsmethoden dazu, über die Verwendung einer quantitativen Forschungsmethode (Fragebogenmethode) der vorliegenden Ausarbeitung hinaus eine Möglichkeit aufzuzeigen, mehr über die Hintergründe quantitativer Forschungsergebnisse zu erfahren. Auf diese Weise können explizitere Nachforschungen erfolgen, wodurch beispielsweise – durch die Möglichkeit spezifischeren Nachfragens mittels des narrativen Interviews – ermittelt werden kann, welche Situationen oder Phasen der Krebserkrankung besonders angstausslösend sind und auf welche Weise sich diese äußern, um in weiterer Folge spezifische Gegenmaßnahmen zu entwickeln.

Ein weiterer Kritikpunkt der an dieser Stelle angeführt werden soll, ist die Erhebung der Bildung von KrebspatientInnen anhand dem *höchst erworbenen Abschluss*. Die Kritik gilt nicht der Basisdiagnostik per se, denn um Bildung messen und empirische Forschung betreiben zu können, bedarf es einheitliche Maßstäbe, um alle Probanden (in diesem Fall von KrebspatientInnen) erfassen zu können. Vielmehr zielt die Kritik darauf ab, dass auf diese Weise lediglich institutionell erworbenes Wissen Berücksichtigung findet. Darüber hinaus, wie bereits ange-

führt<sup>30</sup>, kann Bildung nicht nur in Institutionen erworben werden (auf formale Art und Weise), sondern ebenso durch Weiterbildungen (nicht formal) und in der Freizeit (informell), sei es aus einer Problemsituation oder Wissenslust heraus (Dohmen 2001; Overwien 2005; Tully 2004). Formal erworbene Bildung, wie die in der Studie erhobene Schulbildung von KrebspatientInnen, kann evaluiert werden, weil Lernfortschritte durch Wissensüberprüfungen gemessen werden und schließlich zu einer Zertifizierung führen (Tully 2006, 11). Nicht formal sowie informell erworbene Bildung führen üblicherweise nicht zur Zertifizierung (Overwien 2005, 348-350). Durch diesen Umstand kann die Möglichkeit bestehen, KrebspatientInnen Unrecht zu tun, welche entsprechend den Studienergebnissen über geringe Schulbildung, aber beispielsweise über Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, dass sie nicht an Ängsten bzw. Depressivität während einer Krebserkrankung leiden.

Um nicht formal erworbene Kompetenzen und Fähigkeiten, wie z.B. berufliche Erfahrungen, Selbststudium, Gremientätigkeiten etc. (o.A. 2012), zu beurteilen und schließlich anerkennen zu können, wurden spezielle Verfahren wie APEL (Accreditation of Prior Experiential Learning) entwickelt. Seit 2000 bemüht man sich um die Anerkennung dieser Anrechnungsverfahren auf europäischer Ebene, jedoch sind sie innerhalb Europas (noch) nicht ident (o.A. 2012).

Das Kreisdiagramm<sup>31</sup> und die dazugehörige Häufigkeitstabelle über die Verteilung der Berufsgruppen, welche mit der Studie erfasst wurden, dienen zur Veranschaulichung, welchen *Berufsgruppen* die befragten KrebspatientInnen angehören. Die Grafik zeigt, dass sich über die Hälfte (54,8%) aller Befragten in Pension befinden. Dies ist entweder darauf zurückzuführen, dass sich die befragten KrebspatientInnen ihrem Alter entsprechend in Pension befinden oder eine Frühberentung durch krankheitsbedingte Leistungseinbuße vorliegt.

Des Weiteren konnten zum Zeitpunkt Juli 2014 von insgesamt 6518 befragten KrebspatientInnen einige nicht in die statistische Auswertung einbezogen werden, aufgrund interner unterschiedlicher Datenerhebungsweisen. Aufgrund der Angabe des Signifikanzniveaus, welches bei jeder Auswertung zur Überprüfung der Hy-

---

<sup>30</sup> Kapitel 3.1 sowie 4.4

<sup>31</sup> Siehe Abb. 1, Seite 79

pothesen berechnet wurde, kann ein verfälschtes Ergebnis jedoch ausgeschlossen werden. Bei allen Berechnungen handelt es sich um ein signifikantes (aussagekräftiges) Ergebnis, wodurch die Nullhypothese (Es gibt keinen Zusammenhang) verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden kann. Das bedeutet, es gibt einen Zusammenhang zwischen den zwei untersuchten Variablen und die Stichprobe ist nicht zufällig zustande gekommen (Porst 2014, 176-177). Weiters ist an dieser Stelle anzumerken, dass die vorliegende Studie aufgrund der hohen Fallzahl – was bei der vorliegenden Stichprobe mit 6518 KrebspatientInnen der Fall ist – ein signifikantes Ergebnis aufweist<sup>32</sup>.

Im nachstehenden Kapitel werden basierend auf den Ergebnissen der Studie in Form eines Ausblicks die Ideen zur Etablierung einer neuen wissenschaftlichen Studie dargestellt.

## **7. Ausblick: Weiterführende Forschung**

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass sich die Schulbildung von KrebspatientInnen auf deren Angst sowie Depressivität während einer Krebserkrankung auswirkt. Weiters wurden Schulungsprogramme beschrieben, wie z.B. das psychoedukative Kurzprogramm nach Angenendt (2011) oder die Cancer School Vienna (Cancer School 2014), bei denen speziell auf die Krebserkrankung abgestimmtes Wissen, Informationen und Fertigkeiten i. S. v. Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt werden. Hinsichtlich dieser Angebote sowie vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Studie ist jedoch anzunehmen, dass diese nicht genutzt werden, es zu wenig Angebote gibt oder anderweitige Umstände vorliegen. Da die vorliegenden Ergebnisse jedoch besagen, dass geringe Schulbildung von KrebspatientInnen zu erhöhten Werten von Angst und Depressivität führt, werden an der Medizinischen Universität voraussichtlich im Herbst 2014 Tablets bzw. sogenannte eSMART Geräte eingeführt, die speziell auf die Erkrankung Krebs ausgerichtete Bildungsprozesse für KrebspatientInnen ermöglichen,

---

<sup>32</sup> Zitiert von einer Power Point Folie aus dem SPSS Einführungs- und Grundlagenkurs des Zentralen Informatik Dienst der Universität Wien 2014.

indem krankheitsspezifische Informationen, Ratschläge und Hinweise bereitgestellt und vermittelt werden.

Wie bereits in den ersten beiden Kapiteln dieser Masterthesis dargestellt wurde, ist die umfassende Betreuung von KrebspatientInnen während und nach einer Chemotherapie, bei rund 40.000 Neuerkrankungen jährlich in Österreich (Statistik Austria 2014), sehr wichtig.

Die sogenannte eSMART Studie ist ein internationales Gruppenprojekt, das zwölf Projektgruppen umfasst: die Universität von Surrey (UK), die Universität von Athen (GR), das King's College in London (UK), das Universitätskolleg in Dublin (IE), die Universität von Kalifornien (USA), die European Cancer Patient Coalition (BE), das Akademisch-medizinische Zentrum in Amsterdam (NL), die Medizinische Universität in Wien (AT), das Universitätskrankenhaus in Oslo (NO), das NHS24 in Glasgow (UK), das Docobo in Surrey (UK) sowie die Universität in Dundee (UK). Die Zusammenarbeit erfolgt somit sowohl zwischen Universitäten, welche tagtäglich KrebspatientInnen behandeln, als auch Anbietern von innovativen Lösungen, um die Behandlung von KrebspatientInnen zu verbessern und insbesondere den Begleiterscheinungen einer Chemotherapie entgegenzuwirken. Die Studie richtet sich an PatientInnen mit einer diagnostizierten Brust- (Mammakarzinom), Darm- (Kolorektales Karzinom) oder hämatologischen Krebserkrankung (insbesondere Erkrankungen wobei das Lymphsystem betroffen ist, wie Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin) bei erstmaliger chemotherapeutischer Behandlung.

Das Ziel der Studie ist, mit Hilfe von eSMART Geräten eine kontinuierliche Unterstützung während und nach der Chemotherapie zu gewähren. Damit dies möglich ist, bekommen KrebspatientInnen ein Tablet ähnliches Gerät mit nach Hause. Um die Beschwerden der PatientInnen erfassen zu können, ist täglich ein Fragebogen auszufüllen, welcher folgende Aspekte umfasst:

- Krankheitsgefühl
- Krankheitszustand
- Durchfall

- Verstopfung
- Entzündung im Mund/Rachen
- Veränderung bzgl. des Empfindens in Händen/Füßen
- Entzündete Hände/Füße
- Grippeähnliche Symptome/Grippale Infektion
- Müdigkeit
- Schmerzen
- Andere bzw. weitere Symptome

Die Befragung umfasst zunächst die Antwortmöglichkeiten Ja und Nein und falls Ja angekreuzt wird, bestehen Angaben zum Ausmaß (schwach/leicht, mäßig, akut/stark) und dem persönlichen Empfinden (z.B. ob es sehr oder kaum stört).

Nach der Eingabe erscheinen in Echtzeit, entsprechend den eingegebenen Daten der PatientInnen, auf dem Gerät Informationen, Anweisungen und Ratschläge für die Eigenpflege. An dieser Stelle sind auch die Ansätze des im 2.Kapitel angeführten psychoedukativen Kurzprogramms nach Angenendt (2011) wiederzuerkennen, wobei die PatientInnen ebenso zu „Hilfe zur Selbsthilfe“ angeleitet werden. Somit kann den Begleiterscheinungen der Chemotherapie, wie Müdigkeit, Durchfall oder auch anderen Symptomen wie beispielsweise Angst und Depressivität, durch Informationen und Anweisungen zunächst selbständig entgegen gewirkt werden. Weiters besteht fortwährend das Angebot einer persönlichen Beratung durch eine/n onkologische/n SpezialistIn. Durch die Verwendung der Geräte besteht eine Art Fernüberwachung der KrebspatientInnen hinsichtlich ihrer Symptomatik. Die Studie richtet sich nach den Bedürfnissen der KrebspatientInnen mit dem Ziel, die Lebensqualität der KrebspatientInnen während der Akutbehandlung und darüber hinaus zu verbessern<sup>33</sup>.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse, welche besagen, dass KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung und/oder niedrigem Familiennettoeinkommen und somit über weniger krankheitsspezifische Informationen<sup>34</sup> und per-

---

<sup>33</sup> Zitiert nach der Vorlage des Studienprotokolls sowie der Internetquelle <http://surrey.ac.uk/esmart>.

<sup>34</sup> Eine speziell auf die Erkrankung Krebs ausgerichtete Informationsvermittlung.

sönlichen Ressourcen verfügen gegenüber PatientInnen mit höherer Bildung und/oder höherem Einkommen, besteht nun durch die Einführung von eSMART Geräten die Möglichkeiten, speziell auf die individuellen Begleiterscheinungen der Chemotherapie einzugehen. Das bedeutet zum einen, dass Bildungsprozesse stattfinden, indem krankheitsspezifische Informationen, Ratschläge und Hinweise bereitgestellt und vermittelt werden, aufgrund der Erfassung täglich auftretender Symptome durch die Chemotherapie. Zum anderen bedeutet dies, dass auf diese Weise der Angst und Depressivität von KrebspatientInnen entgegen gewirkt werden kann – entweder durch die Anweisungen des eSMART Geräts oder durch persönliche Beratung. Die Intention von eSMART Geräten ist, auf die Symptome von KrebspatientInnen einzugehen und u.a. Angst sowie Depressivität zu verringern bzw. zu verhindern.

Um die bildungswissenschaftlich Relevanz der eSMART Studie darzustellen, wird an dieser Stelle das Konzept der Mediendidaktik nach Gerhard Tulodziecki (1997) erwähnt. Dieses besagt, dass man sich mit Hilfe eines Medienangebots relevanten Zielvorstellungen nähert. Die Mediendidaktik, als Teil der Medienpädagogik, befasst sich u.a. „mit den Funktionen und Wirkungen von Medien in Lehr- und Lernprozessen“ (Issing 1987, 25). Ein Medium ist etwas Vermittelndes und dient dazu, mittelbare Erfahrungen zu machen. Mit Hilfe technischer Unterstützung kann eine Übertragung von Zeichen stattfinden, wobei die Zeichen eine Bedeutung in sich tragen (Tulodziecki 1997, 33-37). Medien können auf lange tradierte Medienkonzepte der Pädagogik zurückgreifen. Auch die Psychologie hat sich intensiv mit der Wirksamkeit von Medien auf das Lernen auseinandergesetzt (Issing 1998, 161-163).

Die eSMART Studie bietet also aus bildungswissenschaftlicher bzw. mediendidaktischer Sicht ein Fundament, um – in diesem Fall krankheitsspezifische – Bildungs- und Lernprozesse mit Hilfe eines Mediums – dem eSMART Gerät – zu konstituieren.

Um den Erfolg der Einführung der Tablets bzw. eSMART Geräten zu messen, kann eine Befragung mittels Fragebogen durchgeführt werden, entsprechend den

Ausführungen von Benesch und Raab-Steiner (2012), Porst (2014) sowie Rammstedt (2006) zur Fragebogenmethode, wobei die Werte für Angst und Depressivität bei KrebspatientInnen mittels den HADS-D Skalen nach Zigmond und Snaith (1983) sowie der höchst erworbenen Schulabschluss zu erfassen sind. Auf diese Weise kann evaluiert werden, ob mittels krankheitsspezifischer Informationsvermittlungen, im Vergleich zur vorliegenden Studie, Angst und Depressivität bei KrebspatientInnen gesenkt bzw. entgegengewirkt werden konnte. Die übergreifende Intention dabei ist, entsprechend dem bio-psycho-sozialen Ansatz (Schwartz 1978, 1979, 1982, 1988), die drei Teilbereiche Körper, Psyche und das Soziale (wieder) in Einklang zu bringen und Gesundheit herzustellen.

Hierbei ist anzumerken, dass eine Befragung mit denselben PatientInnen dieser Studie nicht möglich sein wird. Da die Stichprobe signifikante Ergebnisse aufweist, kann diese auf die Grundgesamtheit angewandt werden und gilt als repräsentativ (Porst 2014, 176-177). Somit ist es zulässig, eine weitere Befragung von KrebspatientInnen mit bislang nicht befragten PatientInnen durchzuführen und die Ergebnisse einer neuen Studie mit denen der vorliegenden Ergebnisse zu vergleichen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit herangezogen werden um weitere Forschungen zu betreiben bzw. eine neue Studie zu etablieren.

Im abschließenden Kapitel dieser Masterthesis werden die Ergebnisse, Interpretationen und Lösungsansätze, um sozioökonomisch bedingter Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen entgegenzuwirken, noch einmal in einem Resümee dargestellt.

## 8. Resümee

Mit der vorliegenden Masterthesis wurde der Beantwortung folgender Forschungsfragen nachgegangen:

*Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren (wie Bildung und Einkommen) und Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen? In welcher Weise lassen sich krankheitsspezifische Bildungsprozesse von PatientInnen mit diagnostizierter onkologischer Erkrankung konstituieren?*

Um diese Forschungsfragen beantworten zu können, wurden zunächst vier Hypothesen aufgestellt, welche den Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau bzw. dem Familiennettoeinkommen und den HADS-D Werten für Angst bzw. Depressivität untersuchten. Ziel dieser Thesis war es, eine medizinisch-psychologische Studie aus dem Blickwinkel der Bildungswissenschaft zu betrachten. Diesbezüglich wurden drei exemplarisch ausgewählte Bildungstheorien nach Wilhelm von Humboldt (1960), Hartmut von Hentig (1996) und Wolfgang Klafki (1959; 1996) sowie Theorien zur sozialen Ungleichheit nach Reinhard Kreckel (2004) und Pierre Bourdieu (1983) ausgewählt. Anhand dieser Theorien wurden die Ergebnisse der Studie interpretiert. Durch die statistische Auswertung mittels SPSS konnten, entsprechend den vier aufgestellten Hypothesen, vier negative Korrelationen festgestellt werden, d.h.:

- Je geringer die Schulbildung desto höher die Angst bei KrebspatientInnen.
- Je geringer die Schulbildung desto höher die Depressivität bei KrebspatientInnen.
- Je geringer das Familiennettoeinkommen desto höher die Angst bei KrebspatientInnen.
- Je geringer das Familiennettoeinkommen desto höher die Depressivität bei KrebspatientInnen.

Die Angst und Depressivität von KrebspatientInnen wurde mit der HADS-D Skala nach Zigmont und Snait (1983) ermittelt. Die sozioökonomischen Faktoren Bildung und Einkommen sind, ebenso wie die HADS-D Skalen, Bestandteil der Basisdiagnostik, welche seit 2006 an der Medizinischen Universität Wien mit diagnostizierten onkologischen PatientInnen durchgeführt wird. Entsprechend

dem bio-psycho-sozialen Ansatz nach Schwartz (1978, 1979, 1982, 1988) werden mittels der Fragebogenmethode Daten erhoben. Dies ist von Bedeutung, weil alle drei Teilbereiche Bestandteil eines Systems sind und eng miteinander in Verbindung stehen. Kommt es bei den drei interagierenden Teilbereichen zur Unterbrechung einer Komponente, ist das System gestört und es besteht eine Dysregulation. Das heißt, um Gesundheit zu erhalten bzw. (wieder) entstehen zu lassen, müssen sowohl körperliche, psychische als auch soziale Faktoren zusammenspielen (Kanfer et al. 1996, 27). Angst und Depressivität gelten als häufige Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung (Krebsgesellschaft 2011). Um diesen entgegenzuwirken und in weiterer Folge Gesundheit entsprechend dem bio-psycho-sozialen Ansatz herzustellen, wurden die Ergebnisse der Studie zunächst anhand von drei Bildungstheorien analysiert und interpretiert. Dabei wurden die Bildungstheorien nach Humboldt (1960), Hentig (1996) und Klafki (1959; 1996) herangezogen. Folgende Ursachen konnten anhand der Interpretation aus bildungswissenschaftlicher Sicht für erhöhte Werte von Angst und Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung festgestellt werden: PatientInnen mit geringer Schulbildung können nach Hentig (1996, 93-94) nicht bestimmte Fragen aushalten bzw. mit diesen umgehen, wie z.B. „Werde ich durch die OP entstellt sein? Werde ich an der Erkrankung sterben?“. Darüber hinaus bedienen sich PatientInnen mit geringer Schulbildung nicht der Wissenschaft, um Antworten auf Angst bzw. Depressivität auslösende Fragen zu finden.

Nach Humboldt (1960, 235) fühlen sich KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung eher der Krankheit ausgeliefert (und somit abhängig von ärztlichem Rat, dem Gefühl, der Erkrankung verfallen zu sein) und haben dadurch nicht das Gefühl von Freiheit oder Unabhängigkeit. PatientInnen mit höherer Schulbildung streben danach, sich zu verbessern, holen krankheitsspezifische Informationen ein und sind somit nicht der Erkrankung ausgeliefert; sie gehen von sich aus zu den Gegenständen außer sich über und erzeugen auf diese Weise Bildung durch eine Wechselwirkung zwischen Ich und Welt nach Humboldt (1960, 237). KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung bedienen sich demnach nicht einem Gegenstand der sich umgebenden Welt, um ihre Kräfte zu entfalten, da sie höhere Werte für Angst und Depressivität aufweisen und nicht die gebotenen Informationsmöglichkeiten nutzen. Nach Hentig (1996, 76) eröffnen sich bei PatientInnen mit höherer Schulbildung Glücksmomente, indem sie sich Informationen zur Erkran-

kung einholen und auf diese Weise wird Angst vor bestimmten Vorahnungen oder angstausslösenden Annahmen genommen. Weiters ist nach Hentig (1996, 96-97) festzustellen, dass KrebspatientInnen mit geringer Schulbildung weder Rat noch Belehrung oder Kritik annehmen, wodurch jedoch Angst bzw. Depressivität entgegenzuwirken wäre.

Nach Klafki (1959) konnten sich KrebspatientInnen mit höherer Bildung eher eine Methode aneignen, wodurch sie sich in weiterer Folge einen Gegenstand selbstständig aneignen können, da beispielsweise Bewältigungsstrategien dazu verhelfen, eine Situation selbstständig besser zu bestehen und so keine Angst bzw. Depressivität aufkommt.

Des Weiteren wurden die sozioökonomischen Faktoren Schulbildung und Einkommen anhand den Ausführungen zur sozialen Ungleichheit nach Kreckel (2004) und der Kapitaltheorie nach Bourdieu (1983) analysiert und interpretiert. Die Realisation von einer lebens- und existenzbedrohenden Erkrankung betroffen zu sein, löst eher Angst und Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen aus als bei PatientInnen mit höherem Einkommen, da entsprechend dem ökonomischen Kapital nach Bourdieu (1983, 184) Geld in Eigentum bzw. Warenbesitz umgewandelt werden kann, denn durch mit der Erkrankung einhergehenden Leistungseinbußen kann es zu beruflicher Rückstufung, einem Arbeitsplatzwechsel oder gar einer Frühberentung kommen (Weis et al. 2006, 2). Von Existenzängsten, sowohl die eigene Person betreffend als auch das Eigentum, sind demnach eher PatientInnen mit geringem Einkommen betroffen. Sie fühlen sich eher existenziell und finanziell bedroht als PatientInnen mit höherem Einkommen, da sie weniger unter Angst und Depressivität leiden.

Darüber hinaus wurden die Ausführungen der drei Bildungstheorien mit dem psychoedukativen Kurzprogramm nach Angenendt (2011) verknüpft, um krankheitsspezifische Bildungsprozesse zu konstituieren und der Angst bzw. Depressivität bei einer Krebserkrankung entgegenzuwirken. Das psychoedukative Kurzprogramm nach Angenendt (2011) bietet eine Basis nach Hentig (1996, 94-95), Inhalte durch Rat, Kritik oder Belehrung anzunehmen oder auch nicht – je nach individueller Entscheidung. Durch Übungen, welche zunächst eigenständig und schließlich gemeinsam mit dem/der TherapeutIn bearbeitet werden, wird eine

geistige Verarbeitung der Erfahrung vollzogen, da die Übungen auf der Grundlage vorangegangener Schulungsinhalte basieren (Hentig 1996, 59). Entsprechend der Wechselwirkung von Ich und Welt nach Humboldt (1960, 234-237) können sich KrebspatientInnen äußere Gegenstände wie Bewältigungsstrategien oder Schulungsinhalte zu eigen machen. Körperliche und seelische Kräfte, welche dem Menschen nach Klafki (1959; 1996) innewohnen, können durch Anleitung von Strategien für die Krankheitsbewältigung entwickelt werden. Dies entspricht dem exemplarischen Lernen nach Klafki.

Weiters wurden in der Masterarbeit Maßnahmen gegen sozioökonomisch bedingte Angst bzw. Depressivität bei KrebspatientInnen entwickelt, indem Kreckels Ausführungen zur sozialen Ungleichheit sowie Bourdieus Kapitaltheorie mit den Ansätzen einer ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation verknüpft wurden. Nach Kreckel (2004, 13) ist soziale Ungleichheit eine von Menschen selbst produzierte Tatsache, demnach es ein ebenso selbst zu veränderndes Phänomen und kein „unabänderliches Schicksal“ darstellt. Dementsprechend können Maßnahmen für Gespräche zwischen dem/der ÄrztIn und dem/der PatientIn ergriffen werden, um zunächst Angst und Depressivität bei KrebspatientInnen mit geringem Einkommen und/oder geringer Schulbildung und schließlich auch sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken. Mehrere kurze Gespräche ermöglichen zu Hause aufgetretene Fragen zu stellen, Angehörige zur Unterstützung mitzubringen sowie das familiäre Gefüge zu klären (Klocker-Kaiser 2013, 42-44), welches sich durch Rollenveränderungen und soziale Isolation während einer Krebserkrankung verändern kann (Krebsgesellschaft 2011). Des Weiteren bedeuten mehrere Gespräche Kontinuität, was in weiterer Folge ein Gefühl von Sicherheit gibt (Fässler-Weibel 2009, 109-137). Sicherheit ist besonders bei PatientInnen mit geringem Einkommen von Bedeutung, da sie unter existenziellen und finanziellen Ängsten leiden (Weis et al. 2006, 2). Generell sollte die ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation eine Basis darstellen, auf der PatientInnen Informationen, Aufklärung und Wertschätzung erfahren (Klocker-Kaiser 2013, 42-44).

Basierend auf den Ergebnissen der Studie sowie deren Interpretationen wird ein neues Forschungsvorhaben entwickelt, welches von der Medizinischen Universität in Wien ausgeht. Die Intention dabei ist, mit Hilfe von Tablets bzw. eSMART

Geräten Bildungsprozesse von KrebspatientInnen anzuregen, indem krankheitsspezifische Informationen, Ratschläge und Hinweise, genau auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmt, bereitgestellt und vermittelt werden. Dadurch besteht die Möglichkeit, der Angst und Depressivität von KrebspatientInnen, besonders bei jenen mit geringer Schulbildung bzw. geringem Familiennettoeinkommen, entgegenzuwirken.

## 9. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Bio-psycho-soziale Problembereiche und deren Auswirkungen bei einer Krebserkrankung nach Weis et al. 2006 .....	10
Tab. 2: Kreuztabelle der Variablen Bildungsniveau und HADS-D Werten für Angst .....	69
Tab. 3: Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Angst .....	72
Tab. 4: Kreuztabelle der Variablen Bildungsniveau und HADS-D Werten für Depressivität .....	73
Tab. 5: Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem HADS-D Wert für Depressivität .....	74
Tab. 6: Kreuztabelle der Variablen Familiennettoeinkommen und HADS-D Werten für Angst .....	75
Tab. 7: Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen und dem HADS-D Wert für Angst .....	76
Tab. 8: Kreuztabelle der Variablen Familiennettoeinkommen und HADS-D Werten für Depressivität .....	77
Tab. 9: Zusammenhang zwischen dem Familiennettoeinkommen und dem HADS-D Wert für Depressivität .....	78
Tab. 10: Häufigkeitstabelle der Berufsgruppen .....	79

## 10. Literaturverzeichnis

- Andrykowski, M. A., Aarts, M. J., Poll-Franse, L. V. v. d., Mols, F., Slooter, G. D., Thong, M. S. Y. (2013): Low socioeconomic status and mental health outcomes in colorectal cancer survivors: disadvantage? Advantage? ... or both? In: Wiley, J. & Sons (Ed.): *Psycho-Oncology* (22). Wiley Online Library, 2462-2469
- Angenendt, G. (2011): Kurzprogramm Psychoedukation für die Einzelberatung. In: Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V. (Hrsg.): *Praxis Psychoonkologie. Psychoedukation, Beratung, Therapie*. Haug Verlag: Stuttgart, 128-159
- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V. (2011): *Praxis Psychoonkologie. Psychoedukation, Beratung, Therapie*. Haug Verlag: Stuttgart
- Bacher, J. (2004): *Bildungsungleichheit und Bildungsbenachteiligung im weiterführenden Schulsystem Österreichs. Eine Sekundäranalyse der PISA-Erhebung 2000.* URL: [http://www.jku.at/soz/content/e94921/e95831/e96904/e97467/Bacher-Pisa\\_ger.pdf](http://www.jku.at/soz/content/e94921/e95831/e96904/e97467/Bacher-Pisa_ger.pdf) [letzter Zugriff: 09.09.14]
- Baumert, J., Schümer, G. (2001): Soziale Herkunft und Bildungsbeteiligung. In: Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M. et al. (Hrsg.): *PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich*. Leske + Budrich: Opladen, 351-372
- Benesch, M., Raab-Steiner, E. (2012): *Der Fragebogen. Von der Forschungs idee zur SPSS-Auswertung*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG: Wien
- Bernart, Y., Krapp, S. (1998): *Das narrative Interview: ein Leitfaden zur rekonstruktiven Auswertung*. Empirische Pädagogik: Landau
- Bjørnavold, J. (2001): *Lernen sichtbar machen. Ermittlung, Bewertung und Anerkennung nicht formal erworbener Kompetenzen in Europa*. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Luxemburg
- Bourdieu, P. (1983): *Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital*. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt – Sonderband 2*. Schwartz: Göttingen, 183-198
- Bühl, A. (2014): *SPSS 22. Einführung in die moderne Datenanalyse*. Pearson Studium: München
- Cancer School (2014): *Gesundes Wissen für die Öffentlichkeit*. URL: <http://www.cancerschool.at/hp/aktivitaeten/aufbaukurse.php> [letzter Zugriff: 07.08.14]
- Clement, U. (2010): *Anerkennung vorgängig erworbenen Wissens auf hochschulische Studiengänge. Ergebnisse des BLK-Modellversuchs WAWIP der Hochschule Fulda und der Universität Kassel (2005-2008)*. In: Münk, D., Schelten, A. (Hrsg.): *Kompetenzermittlung für die Berufsbildung. Verfahren, Probleme und Perspektiven im nationalen, europäischen und internationalen Raum*. W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG: Bielefeld, 135-144

- Deutsches Krebsforschungszentrum (2012): Brustkrebs beim Mann. URL: <http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs-mann/index.php> [letzter Zugriff: 07.08.14]
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2013): Krebsstatistiken: Wie häufig ist Krebs in Deutschland? URL: <http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php#top> [letzter Zugriff: 30.04.2014]
- Dohmen, G. (2001): Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. BMBF: Bonn
- Egger, J. W. (2008): Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. In: Psychologische Medizin, Heft 2 (2008), 12-22
- Gaiger, A. (2009): Psychoonkologiekongress: Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität für onkologische Patienten. URL: <http://urologie.universimed.com/artikel/psychoonkologiekongress-ziel-ist-die-bestm%C3%B6gliche-lebensqualit%C3%A4t-f%C3%BCr-onkologische-> [letzter Zugriff: 27.06.14]
- Gaiger, A. (2013): Was ist Psychoonkologie? In: Spectrum Onkologie. Kontinuierliche Fortbildung für onkologisch tätige Ärzte (1/2013), 35-39
- Hentig, H. v. (1996): Bildung. Ein Essay. Carl Hanser Verlag: München, Wien
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R. P. (2005): Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Verlag Hans Huber: Bern
- Humboldt, W. v. (1960): Theorie der Bildung des Menschen. In: Flitzner, A., Giel, K. (Hrsg.): Schriften zur Anthropologie und Geschichte. J. G. Cotta'sche Buchhandlung: Darmstadt
- Issing, L. J. (1987) (Hrsg.): Medienpädagogik im Informationszeitalter. Deutscher Studienverlag: Weinheim
- Issing, L. J. (1998): Lernen mit Multimedia aus psychologisch-didaktischer Perspektive. In: Dörr, G., Jüngst, K. L. (Hrsg.): Lernen mit Medien. Ergebnisse und Perspektiven zu medial vermittelten Lehr- und Lernprozessen. Juventa Verlag: Weinheim und München, 159-178
- Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg
- Kant, I. (1968): Werke. 22 Bde. Hrsg. V. der Königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften. Nachdruck Berlin
- Ketterer, J. (2008): Zusammenhang zwischen klinischen, psychosozialen und soziodemographischen Faktoren und Angst und Depressivität gemessen in der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) – zu einem definierten postoperativen Zeitpunkt bei Patientinnen mit Brustkrebs. URL: <http://www.diss.fu-ber->

lin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\_derivate\_000000005080/ke  
tterer.pdf?hosts= [letzter Zugriff: 02.07.14]

- Klafki, W. (1959): Das pädagogische Problem des Elementaren und die Theorie der kategorialen Bildung. Beltz Verlag: Weinheim
- Klafki, W. (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 5.Aufl.
- Klocker-Kaiser, U. (2013): Kommunikation mit Krebsbetroffenen. In: Spectrum Onkologie. Kontinuierliche Fortbildung für onkologisch tätige Ärzte (1/2013), 42-44
- Koller, H.-C. (2004): Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Krebsgesellschaft (2011): Depression. URL: [http://www.krebsgesellschaft.de/lk\\_angst\\_und\\_depression.html](http://www.krebsgesellschaft.de/lk_angst_und_depression.html) [letzter Zugriff: 03.04.14]
- Kreckel, R. (2004): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Campus Verlag: Frankfurt am Main
- Lohrmann, J. (2009): Wilhelm von Humboldt – ein Mann für Menschenbildung. URL: [http://www.planetwissen.de/alltag\\_gesundheit/lernen/abitur/humboldt.jsp](http://www.planetwissen.de/alltag_gesundheit/lernen/abitur/humboldt.jsp) [28.06.2014]
- Lucius-Hoene, G., Deppermann, A. (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Leske und Budrich: Opladen
- Marx, K. (1968): Werke. Band 23. Das Kapital. Band I. Zweiter Abschnitt. Die Verwandlung von Geld in Kapital. URL: [http://www.mlwerke.de/me/me23/me23\\_161.htm#\\_Kap\\_4\\_1](http://www.mlwerke.de/me/me23/me23_161.htm#_Kap_4_1) [letzter Zugriff: 20. 05. 2014]
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz: Basel, 8. Aufl.
- Merrill, B., Hill, S. (1998): APEL, Access and Learning – A UK Perspective. In: DIE Zeitschrift, Heft 4, 21-24
- o.A. (2012): Anerkennung von formal, informell und nicht-formal erworbenen Qualifikationen, Kenntnissen, Kompetenzen und Fertigkeiten im STITCH-Ausbildungskonzept. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. URL: [http://stitch-project.eu/fileadmin/user\\_upload/downloads/APEL/STITCH\\_APL\\_concept\\_definal.pdf](http://stitch-project.eu/fileadmin/user_upload/downloads/APEL/STITCH_APL_concept_definal.pdf) [letzter Zugriff: 05.08.2014]
- Overwien, B. (2005): Stichwort: Informelles Lernen. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Heft 3 (2005), 339-359
- Porst, R. (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Psyhyrembel (2012): Depressive Episode. Psyhyrembel Premium Online. URL: <http://www.degruyter.com/psyhyrembelonline.han.srv.meduniwien.ac.at/view/>

ppp/12833123?rskey=tUDNe5&result=1&dbq\_0=depressive+Episode&dbf\_0=psy-full-text&dbt\_0=fulltext&o\_0=AND&searchwithindbid\_1=PSCHYKW&searchwithindbid\_2=natur-online&searchwithindbid\_3=sozmed-online&searchwithindbid\_4=tw-online&searchwithindbid\_5=hunnius-online&searchwithindbid\_6=pflege-online&searchwithindbid\_7=ppp-online [letzter Zugriff: 03.07.14]

- Rammstedt, B. (2006): Fragebogen. In: Petermann, F., Eid, M. (Hrsg.): Handbuch der psychologischen Diagnostik. Hogrefe: Göttingen, 109-134
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., Naumann, E. (2010): Qualitative Methoden. Band 1. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag: Berlin
- Rauschenbach, T. (2004): Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalters. Konzeptionelle Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht. BMBF: Berlin
- Robert Koch Institut (2014): Zentrum für Krebsregisterdaten. URL: [http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs\\_gesamt/krebs\\_gesamt\\_node.html;jsessionid=62A8DD7667946085E0280B944C5BB931.2\\_cid372](http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html;jsessionid=62A8DD7667946085E0280B944C5BB931.2_cid372) [letzter Zugriff: 30.04.2014]
- Rosenthal, G. (2008): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Juventa: Weinheim, 2. Aufl.
- Scholten, A. M., Teuwsen, R. (2001): Accreditation of Prior Learning: A background report. Den Haag. URL: <http://www.nuffic.nl/ice-clar/pdf/Background.pdf> [letzter Zugriff: 05.08.14]
- Schratter-Sehn, A. U. (2013): Was ist Psychoonkologie? In: Spectrum Onkologie. Kontinuierliche Fortbildung für onkologisch tätige Ärzte (1/2013), 45-46
- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. [http://www.ssoar.info/ssoar/files/2009/950/schuetze-biographieforschung\\_und\\_narratives\\_interview.pdf](http://www.ssoar.info/ssoar/files/2009/950/schuetze-biographieforschung_und_narratives_interview.pdf) , 1-11 [12.08.2014]
- Schütze, F. (1984), Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M.; Robert, G. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Metzler: Stuttgart, 78-117
- Stamatiadis-Smidt, H., Hausen, z. H., Wiestler, O. D., Gebest, H.-J. (Hrsg.) (2006): Thema Krebs. Springer Medizin Verlag: Heidelberg
- Statistik Austria (2014): Statistiken Krebserkrankungen. URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/) [letzter Zugriff: 30.04.2014]
- Stumpf, H. (2007): Die wichtigsten Pädagogen. Marix Verlag GmbH: Wiesbaden
- Technical University Ilmenau (2012): Glossar. URL: <http://www2.tu-ilmenau.de/lps/glossar/a.html> [letzter Zugriff: 05.08.14]

- Tschuschke, V. (2011): Psyche und Krebs – Ergebnisse wissenschaftlicher Studien. In: Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V. (Hrsg.): Praxis Psychoonkologie. Psychoedukation, Beratung, Therapie. Haug Verlag: Stuttgart, 13-22
- Tulodziecki, G. (1997): Medien in Erziehung und Bildung. Grundlagen und Beispiele einer handlungs- und entwicklungsorientierten Medienpädagogik. Julius Klinkhardt: Bad Heilbrunn
- Tully, C. J. (Hrsg.) (2004): Verändertes Lernen in modernen technisierten Welten. Organisierter und informeller Kompetenzerwerb Jugendlicher. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Tully, C. J. (Hrsg.) (2006): Lernen in flexibilisierten Welten. Wie sich das Lernen der Jugend verändert. Juventa Verlag: Weinheim
- Vehling-Kaiser, U. (2008): Hämatologie und Onkologie. Basics für medizinisches Fachpersonal und Pflegeberufe. W. Zuckerschwerdt Verlag GmbH: München
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (2000): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Verlag Hans Huber: Göttingen
- Weis, J., Heckl, U., Brocai, D., Seuthe-Witz, S. (2006): Psychoedukation mit Krebspatienten. Therapiemanual für eine strukturierte Gruppenintervention. Schattauer GmbH: Stuttgart
- Zürcher, R. (2007): Informelles Lernen und der Erwerb von Kompetenzen. Theoretische, didaktische und politische Aspekte. Heft 2. BMUK: Wien

# 11. Anhang

## 11.1 Basisdiagnostik



### Informationsblatt zur Psychoonkologischen Beratung

Bitte beachten Sie: Dieser Fragebogen dient der Erhebung krankheitsbezogener Information und sollte daher **NUR** von PatientInnen mit einer diagnostizierten hämatologischen und/oder onkologischen Erkrankung ausgefüllt werden! Sollte dies bei Ihnen nicht der Fall sein retournieren Sie diesen bitte unausgefüllt!

Sollten Sie diesen Fragebogen innerhalb der letzten 3 Monate bereits ausgefüllt haben, ist ein erneutes Ausfüllen nicht erforderlich.

Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Eine schwere körperliche Erkrankung bringt oft große Veränderungen. Sie betrifft nicht nur den Körper, sondern das persönliche Befinden und die Gefühle.

Neben der medizinischen Behandlung besteht an der Universitätsklinik für Innere Medizin I die Möglichkeit einer professionellen psychologischen und psychotherapeutischen Beratung und Behandlung. Viele der Gefühle, die in dieser Situation auftreten können, sind normale Reaktionen auf die Belastung, die Ihre Erkrankung mit sich bringt. Ziel unserer gemeinsamen Arbeit ist es auch, Ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu unterstützen, um diese schwierige Situation besser bewältigen zu können.

Wir sind für Patienten und Angehörige da,

- Wenn Sie Unterstützung bei der Verarbeitung Ihrer Erkrankung in Anspruch nehmen wollen.
- Wenn Sie sich hilflos oder überfordert, traurig oder isoliert fühlen.
- Wenn Sie zusätzliche Belastungen erleben.
- Wenn Sie meinen, einander als Partner nicht belasten zu können.
- Wenn es schwierige Themen in Ihrer Lebensgeschichte gibt, die Sie bearbeiten möchten.

Unser psychoonkologisches Betreuungsteam, unter der Leitung von Uni.-Prof. Dr. A. Gaiger, steht für Ihre Anliegen bereit und ist unter der Telefonnummer 01/40400-7035 bzw. 01/40400-4464 erreichbar.

### **Ich möchte psychoonkologische Beratung in Anspruch nehmen!**

(Notieren Sie bitte auf der Rückseite des Formulars Ihre Telefonnummer, damit wir Sie kontaktieren können!)

**Ja**

**Nein**

## HADS-D

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

A1 Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- |   |                          |                               |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | meistens                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | oft                           |
| 1 | <input type="checkbox"/> | von Zeit zu Zeit/gelegentlich |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Überhaupt nicht               |

A2 Mich überkommt die ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | ja, sehr stark                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ja, aber nicht allzu stark            |
| 1 | <input type="checkbox"/> | etwas, aber es macht mir keine Sorgen |
| 0 | <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht                       |

A3 Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | einen Großteil der Zeit               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | verhältnismäßig oft                   |
| 1 | <input type="checkbox"/> | von Zeit zu Zeit/aber nicht allzu oft |
| 0 | <input type="checkbox"/> | nur gelegentlich/nie                  |

A4 Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- |   |                          |                  |
|---|--------------------------|------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | ja, natürlich    |
| 1 | <input type="checkbox"/> | gewöhnlich schon |
| 2 | <input type="checkbox"/> | nicht oft        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht  |

A5 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- |   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht |
| 1 | <input type="checkbox"/> | gelegentlich    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ziemlich oft    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | sehr oft        |

A6 Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| 3 | <input type="checkbox"/> | ja, tatsächlich sehr |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ziemlich             |
| 1 | <input type="checkbox"/> | nicht sehr           |
| 0 | <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht      |

A7 Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- 3  ja, tatsächlich sehr  
2  ziemlich oft  
1  nicht sehr oft  
0  überhaupt nicht

## HADS-D

D1 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- 0  ganz genau so  
1  nicht ganz so sehr  
2  nur noch ein wenig  
3  kaum oder gar nicht

D2 Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- 0  ja, so viel wie immer  
1  nicht mehr ganz so viel  
2  inzwischen viel weniger  
3  überhaupt nicht

D3 Ich fühle mich glücklich.

- 3  überhaupt nicht  
2  selten  
1  manchmal  
0  meistens

D4 Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- 3  fast immer  
2  sehr oft  
1  manchmal  
0  überhaupt nicht

D5 Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- 3  ja, stimmt genau  
2  ich kümmere mich nicht so sehr darum wie ich sollte  
1  möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum  
0  ich kümmere mich so viel darum wie immer

D6 Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- 0  Ja, sehr  
1  eher weniger als früher  
2  viel weniger als früher  
3  Kaum bis gar nicht

D7 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

- 0  oft  
1  manchmal  
2  eher selten  
3  sehr selten

SOZIODEMOGRAPHISCHES PROFIL  
 AKH Wien  
 Universitätsklinik für Innere Medizin I  
 Psychoonkologische Arbeitsgruppe

Datum: \_\_\_\_\_

**Familieneinkommen (netto im Monat)**

- Unter 800   
 800-1300   
 1300-2200   
 Über 2200

Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Diagnosedatum: \_\_\_\_\_

**Wohnort**

- Land (Dorf)   
 Stadt   
 Bezirk: \_\_\_\_\_

**Familienstand**

- Ledig   
 Verwitwet   
 Geschieden   
 Verheiratet   
 In Lebensgemeinschaft

**Wird geplant oder werden bereits  
 komplementärmedizinische  
 Behandlungsformen in Anspruch  
 genommen?**

- Nein   
 Ja   
 Wenn ja welche?

**Kinder**

Anzahl der Kinder unter 18 \_\_\_\_

Anzahl der Kinder über 18 \_\_\_\_

**Befinden Sie sich in klinisch  
 psychologischer, psychotherapeutischer  
 oder psychiatrischer Behandlung?**

- Ja   
 Nein

**Höchster erworbener Abschluss**

- Plichtschule   
 Berufsschule (Lehre)   
 Berufsbildende mittlere  
 Schule (z.B.: HAK)   
 Berufsbildende/  
 Allgemeinbildende  
 Höhere Schule (z.B.: Matura)   
 Fachhochschule bzw.  
 Universität

**Litten Sie vor Ihrer Erkrankung an  
 einer seelischen Erkrankung?**

- Nein   
 Ja   
 Wenn ja, welche?

**Beruf**

- StudentIn/SchülerIn   
 Arbeitslos   
 Hausfrau/-mann   
 PensionistIn   
 ArbeiterIn   
 Angestellte/r   
 Selbständige/r

**Wünsche Sie zusätzliche  
 Informationen über:**

- Ihre Erkrankung   
 Ihre Behandlung   
 Psychotherapie   
 Selbsthilfegruppen   
 Anderes:

**Vielen Danke für Ihre Zusammenarbeit!  
 Ihr psychoonkologisches Team**

## 11.2 Lebenslauf

### Persönliche Daten

Simone Lubowitzki  
ledig, deutsch

### Bildungsweg

ab 10/2014	Psychotherapeutisches Fachspezifikum der Verhaltenstherapie Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie
10/2012 - 10/2014	Masterstudium der Bildungswissenschaft Universität Wien
03/2012 – 03/2014	Hochschullehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum Postgraduate Center Universität Wien
10/2009 - 07/2012	Bachelorstudium der Bildungswissenschaft Universität Wien
09/2006 - 07/2009	Wirtschaftsgymnasium Robert-Gerwig-Schule, Furtwangen im Schwarzwald

### Praktische Tätigkeiten

ab 10/2014	Wissenschaftliche Mitarbeit, Study Nurse Medizinische Universität Wien Programmdirektion Psychoonkologie und Psychosomatik
01/2014-10/2014	Stipendium Medizinische Universität Wien Evaluierung Onkologischer Rehabilitationsaufenthalte
02/2013-06/2013	Praktikum Medizinische Universität Wien Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie
10/2011 - 07/2012	Mitglied einer Anamnesegruppe Medizinische Universität Wien