

**EINSTELLUNGEN VON PROFESSIONISTEN IN  
DER BEHINDERTENARBEIT GEGENÜBER  
MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN  
BEHINDERUNG**

**D I P L O M A R B E I T**

zur Erlangung des Magistergrades der  
Naturwissenschaften  
an der  
Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften  
der Universität Wien

eingereicht von  
**INGRID FISCHER**

Wien, im März 2004

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>THEORETISCHER TEIL.....</b>	<b>5</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>2. ZUR GESCHICHTE DES BEHINDERTENBETREUUNGSWESENS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. BEHINDERUNG – VERSUCH EINER BEGRIFFSBESTIMMUNG.....</b>	<b>13</b>
3.1. Über die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition .....	13
3.2. Behinderung in Zahlen .....	14
3.3. Definition der World Health Organization (WHO, 2001) .....	15
3.4. Definition der American Psychological Association (APA, 1996).....	18
<b>4. BEHINDERUNG ALS STIGMA .....</b>	<b>21</b>
4.1. Der Etikettierungsansatz (Labeling Approach).....	21
4.2. Der Stigma-Ansatz von Goffman (1967) .....	23
<b>5. ZUM SOZIALPSYCHOLOGISCHEN BEGRIFF DER EINSTELLUNG .....</b>	<b>27</b>
5.1. Definition.....	27
5.2. Abgrenzung von verwandten Begriffen.....	28
5.3. Komponenten der Einstellung .....	30
5.4. Funktionen der Einstellung.....	32
<b>6. EINSTELLUNGEN UND VERHALTEN GEGENÜBER MENSCHEN MIT EINER GEISTIGEN BEHINDERUNG .....</b>	<b>34</b>
6.1. Entstehung der Einstellung zu Menschen mit geistiger Behinderung.....	34
6.1.1. Sozialisationsvariablen.....	34
6.2. Determinanten der Einstellung gegenüber behinderten Menschen.....	35
6.2.1. Art der Behinderung .....	36
6.2.2. Sozio-ökonomische bzw. demographische Merkmale der Einstellungsträger.....	38
6.2.3. Persönlichkeitsmerkmale der Einstellungsträger .....	39
6.2.4. Kontakt mit behinderten Menschen.....	40
6.2.4.1. Die Einstellung von Professionisten zu behinderten Menschen.....	41
6.2.5. Wissen über behinderte Menschen und Behinderung .....	44
6.3. Methodische Probleme bei der Erfassung von Einstellungen zu behinderten Menschen.....	45

<b>6.4.</b>	<b>Verhaltensweisen gegenüber behinderten Menschen</b> .....	<b>46</b>
6.4.1.	Typische Reaktionsformen .....	46
6.4.2.	Interaktionsstörungen .....	47
<b>6.5.</b>	<b>Zum Zusammenhang zwischen gemessenen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten</b> .....	<b>49</b>
<b>7.</b>	<b>BEHINDERTENBETREUER</b> .....	<b>51</b>
<b>7.1.</b>	<b>Qualifizierung und Professionalisierung der Betreuer geistig behinderter Menschen</b> .....	<b>52</b>
<b>7.2.</b>	<b>Ausbildung zum Diplomierten Behindertenpädagogen bzw. Behindertenbetreuer</b> ..	<b>55</b>
7.2.1.	Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Caritas Wien (2003).....	56
<b>7.3.</b>	<b>Besondere Belastungen der Behindertenbetreuer</b> .....	<b>57</b>
<b>7.4.</b>	<b>Rollenbilder der Betreuer</b> .....	<b>60</b>
	<b>EMPIRISCHER TEIL</b> .....	<b>62</b>
<b>8.</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN</b> .....	<b>63</b>
<b>8.1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>63</b>
<b>8.2.</b>	<b>Vergleich der Einstellungen von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe unter Berücksichtigung von Determinanten der Einstellung</b> .....	<b>64</b>
<b>8.3.</b>	<b>Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Behindertenbetreuer</b> .....	<b>65</b>
<b>8.4.</b>	<b>Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit Kontakt vor Beginn der Ausbildung und zukünftiger (erwarteter) Arbeitssituation der Studenten</b> .....	<b>66</b>
<b>8.5.</b>	<b>Vergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich Gewichtung der Förderbereiche und Erwartungen an die Umwelt</b> .....	<b>67</b>
<b>8.6.</b>	<b>Vergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich ihres Rollenverständnisses</b> .....	<b>68</b>
<b>9.</b>	<b>ERHEBUNGSMETHODEN</b> .....	<b>69</b>
<b>9.1.</b>	<b>Untersuchungsinstrumente</b> .....	<b>69</b>
9.1.1.	Das MRAI-R (Mental Retardation Attitude Inventory – Revision) von Richard F. Antonak & Robert M. Harth (1994).....	69
9.1.1.1.	Entwicklung des MRAI-R .....	69
9.1.1.2.	Die deutschsprachige Version des MRAI-R (MRAI-d).....	70
9.1.1.3.	Die Weiterentwicklung der PRRT-Skala .....	73
<b>9.2.</b>	<b>Wissenstest</b> .....	<b>74</b>

<b>9.3.</b>	<b>Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer .....</b>	<b>75</b>
<b>9.4.</b>	<b>Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe .....</b>	<b>76</b>
<b>9.5.</b>	<b>Erhobene Determinanten der Einstellung .....</b>	<b>76</b>
9.5.1.	Demographische Daten.....	76
9.5.2.	Kontakt zu geistig behinderten Menschen .....	77
<b>9.6.</b>	<b>Abhängige und unabhängige Variablen .....</b>	<b>77</b>
<b>9.7.</b>	<b>Mögliche Störvariablen.....</b>	<b>78</b>
<b>10.</b>	<b>UNTERSUCHUNG.....</b>	<b>79</b>
<b>10.1.</b>	<b>Durchführung der Untersuchung.....</b>	<b>79</b>
<b>10.2.</b>	<b>Untersuchungsteilnehmer .....</b>	<b>80</b>
10.2.1.	Behindertenbetreuer.....	80
10.2.2.	Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe.....	82
<b>10.3.</b>	<b>Verwendete statistische Verfahren .....</b>	<b>84</b>
<b>11.</b>	<b>DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>85</b>
<b>11.1.</b>	<b>Deskriptive Statistik.....</b>	<b>85</b>
11.1.1.	Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung .....	85
11.1.2.	Arbeitssituation der Behindertenbetreuer.....	88
11.1.2.1.	Betreuung von geistig behinderten Menschen .....	88
11.1.2.2.	Stützende Rahmenbedingungen der Betreuungstätigkeit.....	90
11.1.2.3.	Reaktionen der Umwelt auf die Tätigkeit als Behindertenbetreuer .....	91
11.1.3.	Zukünftige (erwartete) Arbeitssituation von Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe .....	92
<b>11.2.</b>	<b>Ergebnisse der Fragestellungen .....</b>	<b>95</b>
11.2.1.	Vergleich der Einstellungen von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe unter Berücksichtigung von Determinanten der Einstellung .....	95
11.2.2.	Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Behindertenbetreuer.....	104
11.2.3.	Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit Kontakt vor Beginn der Ausbildung und zukünftiger (erwarteter) Arbeitssituation der Studenten .....	108
11.2.4.	Vergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich Gewichtung der Förderbereiche und Erwartungen an die Umwelt.....	111
11.2.5.	Vergleich zwischen Betreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich ihres Rollenverständnisses.....	113
<b>12.</b>	<b>INTERPRETATION UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....</b>	<b>119</b>
<b>13.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>129</b>
<b>14.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>132</b>

<b>15. TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>144</b>
<b>16. ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>147</b>
<b>17. ANHANG .....</b>	<b>148</b>

## **THEORETISCHER TEIL**

---

## 1. Einleitung

---

2003 war das Europäische Jahr der Behinderung. Die obligaten Feiern, Kundgebungen, Kongresse dienten – ganz im Sinn des Zeitgeistes – der Präsentation von Anliegen, die sich aus der Thematik ergeben. Das Urteil eines deutschen Amtsgerichtes störte zwar diese Präsentation, passt aber zum Jahresthema in doppelter Hinsicht: Es wurde 2003 gesprochen und folgt ebenfalls dem Zeitgeist. Feriengäste dürfen ihren Urlaub kostenlos stornieren, wenn auch behinderte Urlauber Gäste im gebuchten Hotel sind (Bizeps Info Online, 2003), befand das Amtsgericht Eutin (Schleswig-Holstein).

Zum Begriffskonglomerat "Zeitgeist" gehören Fortschritte in Wissenschaft, Wirtschaft, Technik, Medizin, optimierte Problemlösungen in allen Lebensbereichen und die absolute Priorität von Leistung und Leistungsbereitschaft. Behinderung scheint in diesem Zusammenhang negativ besetzt. Viele Autoren (Cloerkes, 1979, 2001; Tröster, 1990) betrachten die Benachteiligung behinderter Menschen nicht als notwendige oder unabwendbare Folge ihrer Schädigung oder ihrer Funktionsbeeinträchtigung, sondern vielmehr als Resultat von Einstellungen und Reaktionen der sozialen Umwelt.

Die Forderung nach einer weitgehenden Integration behinderter Menschen in das Alltags- und Berufsleben Nichtbehinderter wird zwar als eine „allgemeine moralische Pflicht“ (Lempp, 1985, S. 269) allseits beinahe unwidersprochen anerkannt. Die Wirklichkeit sieht anders aus, wie das eingangs erwähnte Beispiel zeigt. Der Zeitgeist hat Lücken und widerspricht sich selbst, die durchaus erkannte „moralische Pflicht“ wird nicht so ohne weiteres erfüllt, ihre Durchführung stößt auf Widerstände oder auf scheinbar unüberwindliche Hindernisse.

Der Frage nach dem Warum soll im theoretischen Teil dieser Diplomarbeit nachgegangen werden. Die Ausgrenzung geistig behinderter Menschen ist vermutlich so alt wie die Menschheit und absolut kein Phänomen dessen, was wir gerade Zeitgeist nennen. Diese historische Belastung – immer wieder wurden behinderte

Menschen unter grausamsten Umständen ermordet – ist noch immer spürbar. Unter dem Eindruck solcher Auswüchse formten sich Initiativen, die sowohl Behinderte als auch das Denken über sie und ihre Behinderung aus den Nischen holten. Die Widersprüche und andere belastende Aspekte der Gesamtproblematik sind damit nicht aus der Welt geschafft, aber wir sehen sie jetzt deutlicher. Antworten und neue Perspektiven erwarte ich allerdings nicht nur aus der Auseinandersetzung mit der Geschichte, sondern vor allem aus Erkenntnissen einschlägiger Wissenschaft und Forschung.

Neben meinem Studium habe ich fast durchgehend mit geistig und körperlich behinderten Kindern und Jugendlichen gearbeitet. Dabei erlebte ich nicht nur die ganze Bandbreite an Reaktionen des sozialen Umfeldes – von spontaner herzlicher Zuwendung bis zu radikaler Ablehnung und verhärteter Intoleranz. Solche Erfahrungen, angereichert durch das erworbene Fachwissen, halfen mir bei der Suche nach konkreten Lösungsschritten und führten mich zum zentralen Thema dieser Arbeit. Behindertenbetreuer und jene, die sich in Ausbildung befinden, werden zur Schnittstelle für die Umsetzung der Ergebnisse von Wissenschaft und Forschung durch die Sozialpolitik in konkrete unterstützende Maßnahmen oder Handlungen für geistig behinderte Menschen.

Es ist offensichtlich, wie wichtig und bedeutsam die Einstellungen der Angehörigen dieser Berufsgruppe sind – ihr Menschenbild, ihr Engagement und nicht zuletzt der Grad ihrer Professionalität. Natürlich darf nicht vergessen werden, dass sie selbst eingebunden sind in ein System organisationsspezifischer Vorgaben und Regeln. Die Frage nach einer verbesserten Lebensqualität für geistig behinderte Menschen führt so zur Frage nach der Arbeitsqualität beziehungsweise Arbeitssituation der Betreuer. Praktisch verwertbare Antworten erwarte ich aus dem empirischen Teil der Arbeit.

---

Anmerkung: Im Sinne einer besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit der Arbeit wird auf die heutzutage übliche Schreibweise der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Mit der hier verwendeten Schreibweise sind somit immer beide Geschlechter gemeint.



## 2. Zur Geschichte des Behindertenbetreuungswesens

---

Gesellschaftliche Phänomene wie die Einstellung zu geistig behinderten Menschen und der daraus resultierende Umgang mit ihnen können erst dann in vollem Umfang verstanden werden, wenn auch die Umstände ihrer Entstehung weitgehend einsichtig und begreifbar sind. In Anlehnung an Jantzen (1982) und Schmidt (1993) möchte ich einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung und die theoretischen Grundlagen des Behindertenbetreuungswesens geben sowie auf eine damit verbundene, vielleicht zu wenig beachtete, Prägung der Einstellung zu geistig behinderten Menschen hinweisen.

Die wichtigsten Grundlagen für die heutige Situation sind im 19. Jahrhundert geschaffen worden. Soweit geistig behinderte Menschen als harmlos galten, d. h. ihnen nicht zugeschrieben wurde, gewalttätig zu sein oder den Rahmen von gesellschaftlich tolerierten Verhaltensweisen zu sprengen, war die Familie für ihre Versorgung zuständig (Subsidiaritätsprinzip), oder es musste die Heimatgemeinde für sie aufkommen. Die sogenannten „tobenden Irren“ wurden – etwa in Wien - in Sonderanstalten wie dem „Haus am Salzgries“ oder dem Narrenturm im Allgemeinen Krankenhaus untergebracht und für das schaulustige Publikum angekettet wie „wilde Tiere“ präsentiert (Schmidt, 1993, S. 41 f.).

Sehr früh bedeutete Behandlung von behinderten Menschen sozialen Ausschluss und soweit irgendwie möglich die „Nutzung der Arbeitskraft“ (Jantzen, 1982, S. 18). Die fortschreitende Industrialisierung des beginnenden 19. Jahrhunderts brachte allerdings auch verarmte Bevölkerungsmassen mit sich. Eine daraus resultierende wachsende Konkurrenz am Arbeitsmarkt in Verbindung mit immer effektiveren Arbeitsmethoden bedeutete für behinderte Menschen, dass sie in Fabriken nicht auf die Art beschäftigt werden konnten, wie es davor „vielleicht in kleinen Handwerksbetrieben oder in der Landwirtschaft noch möglich gewesen war“ (Schmidt, 1993, S. 44). Dies und der armutsbedingte Zerfall von traditionellen Familienstrukturen führten dazu, dass viele „Schwachsinnige“ ihrer Existenzgrundlage beraubt wurden und in Armen- und Versorgungshäusern landeten. „Das Milieu

von Armut, Verwahrlosung und Schwachsinn geht eine enge Verbindung ein“ (Aus der Schmitt, 1985, zitiert nach Schmidt, 1993, S.44).

Allmählich wurde diese zunehmende Verwahrlosung zu einem gesellschaftlichen Ärgernis, sodass in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vermehrt Anstalten für „Geisteskranke“ und „Schwachsinnige“ gegründet wurden. Ein auslösender Faktor dafür war wohl auch die Reform des Volksschulwesens von 1870, und die damit verbundene Einführung der achtklassigen Volksschule und später der Hilfsschulen. Dadurch wurden leider zusätzliche „Selektionsinstrumente“ geschaffen, die das Heer der ‚Minderbegabten‘, und damit tendenziell ‚Schwachsinnigen‘, dramatisch vergrößerten.“ (Schmidt, 1993, S. 46).

Bereits im 19. Jahrhundert entstanden Rassentheorien, „in denen die ökonomisch und politisch erschütterte Herrschaft des Adels ideologisch verteidigt werden soll.“ (Jantzen, 1982, S. 62). Auf der Basis des sozialen Darwinismus entwickelte sich der Rassismus – Behinderung und psychische Krankheit wurden zum Ausdruck von Lebensunfähigkeit, von angeborener oder erworbener Minderwertigkeit erklärt. Alle davon Betroffenen waren also stigmatisiert und fielen somit – wie bedauerlicherweise nicht nur Rassentheoretiker meinten zu Recht – der Auslese zum Opfer (Jantzen, 1982, S. 63).

Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856 – 1926) legte mit seiner Einteilung der verschiedenen Klassen von Oligophrenie den Grundstein für eine allgemeine Terminologie. Die von ihm vorgenommene Klassifikation orientierte sich nach den damals gültigen Entwicklungskategorien des bürgerlichen Gesetzbuches und nicht nach wissenschaftlichen Kriterien. So entspricht „Idiotie“ einem Entwicklungsalter von ein bis sechs Jahren, „Imbezillität“ einem bis zu 14 Jahren und „Debilität“ dem Entwicklungsstadium von 14 bis 18 Jahren (Jantzen, 1982, S. 85).

Weil also die traditionelle Psychiatrie das vollkommene Mensch-Sein von geistig Behinderten infrage stellte oder ganz leugnete, trug sie – vielleicht sogar

Wesentlich - zur Herausbildung und Festigung von Vorurteilmustern bei. Die behauptete biologische Minderwertigkeit geistig behinderter Menschen wurde zur Grundlage eines moralisch bestimmten, abwertenden Menschenbildes. Diagnostische Ausdrücke aus der damaligen Psychiatrie spiegeln jene Sichtweise wider: „Der Idiot“ oder „der Imbezille“ „... lügt, stiehlt, betrügt, ist schmutzig, moralisch verkommen, geil, achtet nicht die gesellschaftliche Verteilung des Eigentums, mordet, schändet Frauen und Kinder usw.“ (Sollier, 1891, zitiert nach Jantzen, 1982, S. 66). Diese psychiatrische Kategorisierung förderte die Entsolidarisierungstendenzen in der Gesellschaft, verstärkte die Bereitschaft zur Distanzierung von geistig behinderten Menschen, ließ deren Entfernung aus der Gesellschaft quasi als notwendig erscheinen und trug so zur Rechtfertigung ihrer späteren physischen Vernichtung bei.

Am 14. Juli 1933 trat in Deutschland das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Kraft, und die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ wurde zur Hauptindikation für eine Zwangssterilisation (Mattner, 2000, S. 61). Insgesamt wurden etwa 200.000 bis 350.000 Personen Opfer dieser Maßnahme. Das Verhältnis von Behinderung und Hitler-Faschismus lässt sich nach Jantzen (1982, S. 156) auf eine Kurzformel bringen: „Behinderung = Arbeitsunfähigkeit = Vernichtung“. Im Rahmen dreier unter Decknamen geführter Aktionen wurden ca. 120.000 psychisch kranke und behinderte Menschen als „rassenhygienische“ und volkswirtschaftliche Maßnahme zur Kostenersparnis ermordet (Jantzen, 1982, S. 154 f.). Die aktiv daran beteiligte Psychiatrie degenerierte zur „Vernichtungspsychiatrie“, „hatte ärztliches Ethos verraten und besudelt“ (Häßler, 2000, S. 6).

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges blieb die Unterbringung von geistig behinderten Menschen in großen Anstalten wie „Steinhof“, „Gugging“ und „Mauer-Öhling“ im Raum Wien und Niederösterreich weiterhin die Norm. Geistig behinderte Menschen galten als „bildungsunfähig“, dementsprechend war „die Versorgung der Patienten rein pflegerisch ausgerichtet“ (Hähner et. al., 1997, S. 27).

Erst ab den sechziger Jahren gingen von Elternorganisationen wie „Lebenshilfe“ oder der Wiener Trägerorganisation „Jugend am Werk“ neue Ideen für die Betreuung geistig behinderter Menschen aus. Einer der Gründe, wieso geistig behinderte Menschen gerade in diesen Jahren mehr in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerieten, war auch die Zunahme des Bildungsniveaus in der Bevölkerung und damit zusammenhängend eine Intellektualisierung der sozialen und pädagogischen Berufe (Jantzen, 1982, S. 176 f.). Psychologische und pädagogische Publikationen zur geistigen Behinderung stiegen sprunghaft an, die Dominanz der Medizin wurde zurückgedrängt. Der zentrale Begriff in der sich zunehmend ausdifferenzierenden Disziplin „Sonderpädagogik“ lautete Förderung – eine Abkehr vom defektorientierten Menschenbild (Hähner et. al., 1997, Schmidt, 1993). „Die praktische Hilfe wird zur lebenspraktischen Förderung, die Kontaktaufnahme zur basalen Förderung, das Einkaufengehen zur sozialtherapeutischen Maßnahme.“ (Bradl 1996, S. 369, zitiert nach Hähner et. al., 1997). Es entstand ein System, das geistig behinderte Menschen weiterhin real aussonderte und sich als Teil einer ausgesonderten Lebenskarriere vom Sonderkindergarten über die Sonderschule zur geschützten Werkstätte präsentierte.

Erst zu Beginn der achtziger Jahre kam wieder Bewegung in die Behindertenpolitik: 1981 wurde in Österreich das Jahr der Behinderten ausgerufen. Das Jahrzehnt zwischen 1983 und 1992 wurde von der UNO zur „Dekade der Behinderten“ erklärt, mit dem Ziel, die Teilhabe behinderter Menschen an allen Lebensbereichen zu fördern. 1993 wurde der gemeinsame Unterricht von behinderten und nichtbehinderten Kindern in der Volksschule per Gesetz beschlossen, 1996 die Integration behinderter Kinder auf Hauptschule bzw. AHS/Unterstufe ausgeweitet. (Integration: Österreich, [www.ioe.at](http://www.ioe.at)). Daneben entstanden Angebote wie integrative Kindergärten, voll- bzw. teilbetreute Wohnformen wie kleine Wohngemeinschaften und berufliche Qualifizierungsmaßnahmen, die geistig behinderten Menschen den Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt erleichtern sollten (Hähner et. al., 1997, S. 37 f.).

Trotz der positiven Entwicklungen der letzten Jahre scheint in der Einstellung der Bevölkerung zu Menschen mit geistiger Behinderung und im alltäglichen Umgang mit ihnen, wie Hähner (1997) schreibt, „... eine Normalisierung noch lange nicht erreicht“ zu sein (S. 43). Eine 2001 von der European Opinion Research Group (EORG) veröffentlichte Studie zeigt deutlich, dass behinderte Menschen nach wie vor zu den „unsichtbaren Bürgern“ unserer Gesellschaft gehören (ORF ON Science, 2003). Zwar hat einer von vier Europäern ein Familienmitglied, das von einer Behinderung betroffen ist, aber nur vier Prozent kennen einen behinderten Arbeitskollegen und gar nur zwei Prozent einen behinderten Mitschüler (EORG, 2001).

### **3. Behinderung – Versuch einer Begriffsbestimmung**

---

Im nun folgenden Teil geht es um die Mühen und Hindernisse bei der Suche nach einer Definition der geistigen Behinderung, um die Schwierigkeiten nicht nur einer eindeutigen und allgemein gültigen Formulierung, sondern auch um deren möglichst breite Akzeptanz. Ein brauchbares Ergebnis erwarte ich von einer vorsichtigen Annäherung an die Problematik, wobei es mir zunächst um generelle Schwierigkeiten einer einheitlichen Definition und damit zusammenhängend – Definitionen müssen sich an der Realität orientieren – um die Quantifizierung oder zahlenmäßige Klassifizierung des zu definierenden Begriffes geht. Es ist nahe liegend, mich an der österreichischen Realität zu orientieren und einen Überblick über die Anzahl behinderter Menschen in Österreich zu geben, bevor ich internationale Vergleichsdaten anführe. Danach werde ich mich mit zwei aktuellen Definitionsmodellen – von der World Health Organization (WHO) und der American Psychological Association – auseinandersetzen.

#### **3.1. Über die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition**

Wenn von „Behinderung“ oder „geistig Behinderten“ gesprochen wird, „...weiß in der Regel jeder, wer oder was damit gemeint ist.“ (Tröster, 1990, S. 12). Tatsächlich wird der Begriff der Behinderung auch von dem gesellschaftlichen System definiert, in dem behinderte Menschen leben. Dabei spielen, wie Suhrweier (1999) zusammenfasst, Merkmale wie „wirtschaftlicher Entwicklungsstand“, „Sozial- und Bildungspolitik“, „Anforderungen, die an Menschen gestellt werden“ und „historische Traditionen“ eine wichtige Rolle (S. 21).

„Soziale Probleme“ wie Behinderung werden laut Cloerkes (2001, S. 16) in unserer Gesellschaft vorrangig von „Politischen Gruppierungen und Parteien“, „Literatur und Journalismus“ sowie „Wissenschaft und Forschung“ definiert. Dahinter stecken für ihn bestimmte Interessen: „Die Neigung, sich als Pädagoge, Psychologe, Soziologe, etc. soziale Probleme erst zu schaffen, um die eigene Existenz auf ei-

nem eng gewordenen Arbeitsmarkt besser legitimieren zu können, darf jedenfalls nicht übersehen werden“ (Cloerkes, 2001, S. 16 f.).

Eine allgemein- und endgültige Definition des Behinderungsbegriffs von wissenschaftlicher Seite scheint schwierig. Zum einen gibt es „die“ Behinderung als solche nicht. Es handelt sich dabei um einen Über- oder Sammelbegriff für verschiedene spezifische Beeinträchtigungen wie zum Beispiel geistige Behinderung oder Körperbehinderung, die wiederum ihrerseits auch nur Überbegriffe für spezifische Behinderungsformen darstellen. (Tröster, 1990, S. 12). Zum anderen hängt eine Definition von Behinderung auch immer vom Definierenden selbst, seiner Profession und Intention ab (Fornefeld, 2000, S. 46).

Verschiedene Wissenschaftszweige stützen sich auf ihre jeweiligen Forschungs- und Tätigkeitsschwerpunkte, um den Begriff „geistige Behinderung“ zu klären oder eben zu definieren. Der medizinisch-biologische Ansatz gilt primär den physischen (organisch-genetischen) Abweichungen und Besonderheiten, der verhaltenswissenschaftliche (psychologische) vor allem der Eigenheit von beobachtbaren Verhaltensweisen, der sozialwissenschaftliche Zugang ergibt sich im Besonderen aus den gesellschaftlichen Bedingungssystemen, der pädagogische aus den Erfordernissen und Möglichkeiten der Erziehung (Speck, 1999, S. 43).

### **3.2. Behinderung in Zahlen**

Wie groß ist die Bevölkerungsgruppe eigentlich, die durch die Definition erfasst und beschrieben werden soll? In Österreich gibt es keine Meldepflicht für behinderte Menschen, daher liegen auch keine präzisen Daten über die Anzahl von Menschen mit Behinderung vor. Das Österreichische Statistische Zentralamt führte zuletzt im Jahr 1995 eine Stichprobenerhebung von Personen mit ausschließlich körperlichen Beeinträchtigungen durch (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, BMSG, 2003, S. 10).

Da über psychisch und geistig behinderte Menschen keine vergleichbaren Daten vorliegen, sind wir auf Schätzungen angewiesen. Badelt und Österle (1993, zitiert nach BMSG, 2003, S. 11) legen sich in ihrer Studie „Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich“ auf einen Anteil der geistig behinderten Menschen von etwa 0,6 % der österreichischen Gesamtbevölkerung fest. Das wären auf Grundlage des derzeitigen Bevölkerungsstandes ungefähr 48.000 Personen.

Nach internationalen Erhebungen ist die Häufigkeit von geistiger Behinderung höher anzusetzen, nämlich bei einem Erwartungswert von 2-3 %. Dieser verringert sich allerdings mit zunehmendem Schweregrad der Behinderung, so dass der Anteil von schwer geistig behinderten Menschen im Bereich von 0,3 – 0,5% der Gesamtbevölkerung liegt – ein Ergebnis also, dem Badelt und Österle (1993) sehr nahe kommen. Generell ist das männliche Geschlecht häufiger als das weibliche von einer geistigen Behinderung betroffen (Steinhausen, 2000, S. 9 f.).

### **3.3. Definition der World Health Organization (WHO, 2001)**

1980 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps“ (ICIDH) verabschiedet, die Behinderung auf drei Ebenen (impairment, disability und handicap) definiert:

Schädigung (Impairment): *Jeder Verlust oder jede Anomalie einer psychologischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion.*

Beeinträchtigung (Disability): *Jede (auf eine Schädigung zurückgehende) Einschränkung der Fähigkeit oder die Unfähigkeit, eine Tätigkeit so und im Rahmen dessen auszuüben, was für einen Menschen als normal gilt.*

Behinderung (Handicap): *Eine auf eine Schädigung oder Beeinträchtigung zurückgehende Benachteiligung, die einen bestimmten Menschen teilweise oder ganz daran hindert, eine Rolle auszufüllen, die für ihn nach Alter und Geschlecht und sozio-kulturellen Faktoren normal wäre (Waldschmidt, 2003, S. 93, Hervorhebungen v. Verf.).*



Der ICIDH wurde vorgeworfen, den defektorientierten Ansatz letztendlich nicht überwunden zu haben (Cloerkes, 2001, S. 4 f.; Waldschmidt, 2003, S. 94). „Unterstellt wird, dass die Beeinträchtigung umstandslos auf die körperliche Schädigung zurückzuführen ist und auch die Behinderung als soziale Benachteiligung ursächlich aus einer Beeinträchtigung bzw. Schädigung resultiert“ (Waldschmidt, 2003, S. 94).

Zu Beginn der neunziger Jahre begann die WHO mit einer Überarbeitung der ICIDH auf internationaler Ebene. Unter Mitwirkung von über 1800 Experten aus 50 Ländern entstand die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF, WHO 2001). Die deutschsprachige Fassung – die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ – wurde von Fachleuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erarbeitet und zu einer öffentlichen Korrektur ins Internet gestellt (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2002).

Tabelle 1: Überblick über die ICF (DIMDI, 2002, S. 15)

	<b>Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung</b>		<b>Teil 2: Kontextfaktoren</b>	
<b>Komponenten</b>	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
<b>Domänen</b>	Körperfunktionen Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
<b>Konstrukte</b>	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch)  Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt)  Leistung (Durchführung von Aufgaben in der üblichen Umwelt)	Fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
<b>Positiver Aspekt</b>	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
<b>Negativer Aspekt</b>	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, hat man sich nun für eine komplexere, matrixähnliche Struktur entschieden, die statt eines dreidimensionalen, kausalen Begriffssystems Multifaktorialität, -kausalität und –dimension ermöglicht (Waldschmidt, 2003, S. 94 f.). In der deutschen Fassung der ICF werden die Komponenten wie folgt beschrieben:

*Körperfunktionen* sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).

*Körperstrukturen* sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

*Schädigungen* sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder –struktur wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Eine *Aktivität* bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

*Partizipation [Teilhabe]* ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

*Beeinträchtigungen der Aktivität* sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

*Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe]* sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.

*Umweltfaktoren* bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten (DIMDI, 2002, S. 14, Hervorh. dort).

Tabelle 1 lässt erkennen, dass jede Komponente in positiven oder negativen Begriffen ausgedrückt werden kann. Funktionsfähigkeit kennzeichnet den positiven, Behinderung den negativen Aspekt.

Die ICF betont nun im Vergleich zur ICIDH den gesellschaftlichen Kontext, in dem Menschen mit Behinderung leben, „...sowie ihre positiven Möglichkeiten zu aktiver und selbstbestimmter Teilhabe als Ziel“ (Cloerkes, 2001, S. 5). Dies bedeutet nicht nur einen wesentlichen Fortschritt gegenüber dem von ICIDH definierten Standpunkt, sondern dient auch dem Anliegen meiner Arbeit. Es ist wichtig, dass die Bedeutung von Einstellungen gegenüber behinderten Menschen durch die Weltgesundheitsorganisation nun berücksichtigt und hervorgehoben wurde.

#### **3.4. Definition der American Psychological Association (APA, 1996)**

Aktuelle und weit verbreitete Definitionen von geistiger Behinderung findet man vor allem in zwei Werken, die primär der Klassifikation psychischer Störungen dienen – dem DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) der American Psychiatric Association und dem ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) der WHO. Damit zeigt sich deutlich, dass die Psychiatrie ihr Definitionsmonopol in diesem Bereich auch heute noch nicht verloren hat (vgl.

Kap. 2). Die 1996 von der American Psychological Association (APA) vorgelegte Definition geistiger Behinderung stellt mit einer bemerkenswert spezifizierten Struktur eine Weiterentwicklung dar und soll hier aus diesem Grund vorgestellt werden:

Mental retardation (MR) refers to (a) significant limitations in general intellectual functioning; (b) significant limitations in adaptive functioning, which exist currently; and (c) onset of intellectual and adaptive limitations before the age of 22 years (Jacobson & Mulick, 1996, S. 13).

Geistige Behinderung bedeutet also aus Sicht der APA eine signifikante Beeinträchtigung der intellektuell-kognitiven sowie der sozial-adaptiven Fertigkeiten, wobei als wichtige Voraussetzung gilt, dass diese Beeinträchtigungen bereits vor dem 22. Lebensjahr eintreten und nachgewiesen werden.

Diese prägnante Strukturierung wird dadurch abgerundet, dass die APA geistige Behinderung in vier Abstufungen nach dem Intelligenzgrad unter Berücksichtigung der sozial-adaptiven Fertigkeiten gliedert. Tabelle 2 zeigt die deutsche Übersetzung des Originalmodells der APA von Weber (1997, S. 25).

*Tabelle 2: Schweregrade von intellektueller Behinderung (IB)<sup>1</sup>*

Schweregrade der IB	IQ-Range	IQ-Abweichung	Ausmaß der sozial-adaptiven Beeinträchtigungen
Leichte	55 – 70	-2 SD	zwei oder mehr Bereiche
Mittelgradige	35 – 54	-3 SD	zwei oder mehr Bereiche
Schwere	20 – 34	-4 SD	alle Bereiche
Schwerste	< 20	-5 SD	alle Bereiche

<sup>1</sup> Weber (1997) verwendet den Begriff „intellektuelle Behinderung“ (IB) anstelle von „geistiger Behinderung“, da dieser stärker auf die im Vordergrund stehende Beeinträchtigung intellektuell-kognitiver Funktionen hinweist.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, werden die Kriterien für intellektuell-kognitive Fertigkeiten in IQ-Werten mit der dazugehörenden Anzahl an Standardabweichungen (SD) angegeben.

Eine signifikante Beeinträchtigung der sozial-adaptiven Fertigkeiten wird bei einer Abweichung vom Mittelwert um mindestens minus zwei SD festgestellt. Dabei werden die Leistungen der untersuchten Person und jene, die dem chronologischen Alter nach – der Norm entsprechend – zu erwarten sind, miteinander in Relation gesetzt. Eine wichtige Voraussetzung dabei ist die Verwendung eines „aktuellen, hinreichend normierten Instrumentariums“ (Weber, 1997, S. 26; vgl. auch Jacobson & Mulick, 1996, S. 13).

„The concurrent limitations in intellectual functioning and adaptive functioning must originate before the age of 22 years“ (Jacobson & Mulick, 1996, S. 13). Diese Altersgrenze liegt deutlich höher als in anderen Definitionen (vgl. Weber, 1997, S. 20 ff.) und geht mit aktuellen Erkenntnissen von Entwicklungspsychologen konform, denen zufolge das Jugendalter bis in den Beginn der zweiten Lebensdekade reicht. Jacobson & Mulick (1996) meinen dazu:

... in contemporary society, adolescent role status, as indicated by continuation of educational enrollment, nonparticipation in vocational involvements, financial dependence on family members, and deferred establishment of an independent household, is likely to persist through the 21<sup>st</sup> year (S. 36).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die American Psychological Association wichtige Kriterien zur Bestimmung einer geistigen Behinderung für die psychologische Forschung definiert hat, obgleich für eine Reihe von Forschungsfragen auch noch die Ätiologie der geistigen Behinderung berücksichtigt werden müsste (vgl. Weber, 1997, S. 26 f.).

## 4. Behinderung als Stigma

---

Wie aus den vorangegangenen Kapiteln klar ersichtlich ist, äußert sich geistige Behinderung in Relation zu vorhandenen Wertesystemen, die sowohl das „Normale“ als auch das „Abweichende“ bestimmen. Oder anders formuliert: Die Behinderung liegt im Auge des Betrachters und ob jemand dem Bild eines „Behinderten“ entspricht, orientiert sich an erlernten Normvorstellungen. Aus Sicht des Soziologen Cloerkes (1997) bedeutet Behinderung eine

... dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird.... Ein Mensch ist 'behindert', wenn erstens eine unerwünschte Abweichung von wie auch immer definierten Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb die soziale Reaktion auf ihn negativ ist (S. 7).

Unter sozialen Reaktionen werden nicht nur diagnostische Definitionsversuche, sondern auch die Gesamtheit von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber behinderten Menschen verstanden. Als Basis für die Analyse von sozialen Reaktionen auf behinderte Menschen haben sich zwei Konzepte – der Etikettierungsansatz (Labeling Approach) und der Stigmatisierungsansatz – als hilfreich erwiesen und sollen im Folgenden vorgestellt werden.

### 4.1. Der Etikettierungsansatz (Labeling Approach)

Der ursprünglich in der Kriminalsoziologie entwickelte Etikettierungsansatz erklärt deviantes (abweichendes) Verhalten als ein „in der sozialen Interaktion durch qualitative Zuschreibungen entstandenes Phänomen“ (Mattner, 2000, S.106). Grundsätzlich bedeutet abweichendes Verhalten in der sozialwissenschaftlichen Literatur beispielsweise Kriminalität, Prostitution oder Drogenabhängigkeit. Dennoch kann das Erklärungsmodell auch im Bereich Behinderung gut angewandt werden:

Auch wenn der behinderte Mensch kein abweichendes Verhalten im eigentlichen Sinn zeigt, weicht er doch in seinem Sein von gesellschaftlichen Erwartungen der Leistungsfähigkeit, Schönheit und körperlichen Integrität ab. Wiswede schreibt dazu 1973:

Immer, wenn wir einen Menschen sehen, der nicht unserem gewohnten Menschenbild entspricht – etwa einem Mann im Rollstuhl – so ist unsere erste Reaktion nicht 'normal', sondern eine Mischung aus Verwunderung, Betroffenheit, Abneigung und Mitleid.... In all diesen Fällen liegen also keine eigentlich abweichenden Verhaltensweisen vor, auf die reagiert wird, sondern lediglich Einstellungen zu Personen oder Rollen, die bestimmte Assoziationen zu abweichendem Verhalten beinhalten (zitiert nach Cloerkes, 1979, S. 67).

Aus dieser Perspektive bedeutet abweichendes Verhalten also nichts anderes als Verhalten, das von anderen als abweichend bezeichnet – etikettiert – wurde. Nicht die Merkmale oder Verhaltensweisen von behinderten Menschen sind laut Labeling Approach Ausgangspunkt für die Stigmatisierung, entscheidend sind vielmehr gesellschaftlich bestimmte Definitions-, Etikettierungs- und Zuschreibungsprozesse, die erhebliche Auswirkungen auf identitätsbildende Prozesse betroffener Menschen haben. So wird beispielsweise ein von derartig pathologisierenden Etikettierungen betroffenes Kind die damit verknüpften Erwartungshaltungen erfüllen, weil auch sein gesamtes soziales Umfeld dementsprechend reagiert und jegliches Verhalten des Kindes auf das Etikett zurückführt. Besonders deutlich wird dies im Fall von lernbehinderten Kindern, die im Sinne einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ die ihnen übertragene Rolle übernehmen und „... somit zum dummen Hilfschüler“ werden, von dem „... man keine herausragenden Leistungen mehr erwartet“ (Mattner, 2000, S. 106).

Die im Falle des lernbehinderten Schülers für den Lehrer nicht erfüllten Erwartungen, weil der Schüler in unerwünschter Weise anders ist, führen zu Typisierungen, die durch die soziale Herkunft ausgelöst und in Richtung

leistungsschwach und verhaltensauffällig verlaufen können. Die darauffolgenden Sanktionen der Schule auf abweichendes Verhalten: schlechte Noten, Sitzenbleiben, Aussondern zwingen den Schüler, das Etikett 'mangelhafte Leistungsfähigkeit' anzunehmen und seine Identität entsprechend neu aufzubauen (Jokisch, 1987, zitiert nach Mattner, 2000, S. 107).

Im Sinne des Etikettierungsansatzes lässt sich ein geistig behinderter Mensch also als eine Person definieren, der das Etikett „geistig behindert“ erfolgreich zugeschrieben wurde und die nun als „geistig Behinderte“ behandelt wird (vgl. Tröster, 1990, S. 17).

Der Etikettierungsansatz betont die zentrale Rolle von sozialen Einrichtungen und Organisationen bei den Definitions- und Etikettierungsprozessen, da sie festlegen „.... welche Merkmale und Verhaltensweisen in unerwünschter Weise von der sozialen Norm abweichen, die Betroffenen mit dem entsprechenden Etikett versehen und soziale Kontroll- und Reglementierungsmechanismen in Gang setzen...“ (Tröster, 1990, S. 17). Diese Mechanismen tragen letztendlich entscheidend zur sozialen Isolation und Segregation der Etikettierten bei, und schaffen somit Behinderung und behinderte Menschen.

#### **4.2. Der Stigma-Ansatz von Goffman (1967)**

Der Begriff der Stigmatisierung wurde von Goffman vor etwa vierzig Jahren in der Soziologie eingeführt. Der griechische Begriff „Stigma“ bedeutet „Brandmal“ oder „Zeichen“. Diese Zeichen wurden in die Körper von Sklaven, Verbrechern oder Verrätern gebrannt oder geschnitten, um für jedermann sichtbar kund zu tun, dass der Träger gemieden werden sollte.

Goffman (1967) verwendet den Begriff Stigma in Bezug auf eine Eigenschaft, „... die zutiefst diskreditierend ist“ (S. 11 f.). Er stellt aber auch fest, dass ein und dieselbe Eigenschaft bei den einen stigmatisierend wirken kann, während sie die



Normalität von anderen bestätigt. Ein Stigma kann als ein Merkmal, das negativ auffällt, die Biographie eines Menschen außerordentlich beeinflussen. Die Identität des Betroffenen wird durch die Reaktionen der Umwelt auf das Stigma geprägt (vgl. Mattner, 2000; Haeberlin, 1998).

Goffman (1967) unterscheidet folgende Aspekte der menschlichen Identität:

- *Soziale Identität*: Seiner Ansicht nach kann die soziale Umwelt einen Menschen aufgrund weniger Merkmale klassifizieren und typisieren. Die soziale Identität setzt sich aus vermuteten (zugeschriebenen) oder nachgewiesenen Merkmalen zusammen, umfasst also alle Charaktereigenschaften, die einer Person durch die Umwelt zugeschrieben werden. Haeberlin (1998) nennt dazu das Beispiel vom auffällig dicken und leistungsschwachen Schüler, von dem seine Klassenkameraden erwarten, dass er den Klassenclown spielt. Den Erwartungen entsprechend, wird dieser Schüler in verstärktem Ausmaß albernes Verhalten an den Tag legen und darin seine soziale Identität finden (S. 34). Goffman (1967) wird noch präziser und unterscheidet zwischen der *virtualen sozialen Identität* – einer Typisierung aufgrund von vermuteten, nicht nachweisbaren Merkmalen – und der *aktualen sozialen Identität*, die auf nachweisbaren Merkmalen gründet (S. 9 ff.).
- *Persönliche Identität* bezeichnet die Einzigartigkeit jedes Menschen, basierend auf den jeweiligen einzigartigen Lebensdaten und den äußerlichen Merkmalen.
- *Ich-Identität* meint das subjektive Empfinden jedes einzelnen in Bezug auf seine soziale und persönliche Identität (vgl. Haeberlin, 1998, S. 34 f.; Mattner, 2000, S. 108 f.).

Menschen machen sich in der sozialen Interaktion über äußere Merkmale oder auffällige Eigenschaften ein Bild vom zunächst unbekanntem Gegenüber. Sie nehmen aufgrund dieser Merkmale eine soziale Einordnung vor, d. h. sie schaffen eine virtuelle soziale Identität. So werden unerwünschte Merkmale eines Menschen zum Stigma. „Stigmatisierungsprozesse knüpfen also bei Merkmalen oder Verhaltensweisen an, die außerhalb des Normbereichs liegen und die von der

Norm als negativ und diskreditierend definiert werden“ (Mattner, 2000, S. 109). Goffman (1967, S. 12 f.) nennt drei Stigma-Typen:

1. physische Deformationen,
2. individuelle Charakterfehler (z. B. Geistesverwirrung, Sucht, Homosexualität),
3. phylogenetische Stigmata (Rasse, Nation und Religion).

Wenn nun ein Stigma äußerlich sichtbar ist, wie etwa eine Lähmung, Amputation oder die Hautfarbe, wird es zum Bestandteil der aktuellen sozialen Identität. Goffman nennt die betroffenen Personen die „Diskreditierten“. Nicht unmittelbar wahrnehmbare Merkmale wie Sprachfehler oder psychische Besonderheiten machen die Betroffenen laut Goffman zu „Diskreditierbaren“. Ein solches Stigma ist Bestandteil der virtualen sozialen Identität.

Je nachdem ob ein Merkmal nun nachgewiesen ist oder verborgen werden kann, gibt es - wie Haeblerin (1998, S. 35 f.) zusammenfasst - zwei Möglichkeiten des Umgangs mit Behinderungen:

1. Solange jemand annimmt, dass dem Umfeld eine bestimmte Schädigung bisher entgangen ist, wird er sich weiterhin bemühen, diese Schädigung durch geeignete Verhaltensstrategien als stigmatisierendes Merkmal zu verbergen. Als Beispiel beschreibt Haeblerin (1998) unter anderem einen Schwerhörigen, der Gesprächen ausweicht, in denen er zu präzisen Antworten gezwungen wird (S. 35).
2. Ist eine bestimmte Schädigung vor der Umwelt nicht zu verbergen, muss der Betroffene Verhaltensweisen entwickeln, die ihm dabei helfen, die Situation zu meistern. Daraus kann beispielsweise auch Aggressivität, Unterwürfigkeit oder Zynismus resultieren. Goffman (1967) berichtet über die Strategie eines einbeinigen Mädchens:

Die Fragen darüber, wie ich mein Bein verlor, ärgerten mich immer, so entwickelte ich eine stehende Antwort, die diese Leute davon abhielt, noch

weiter zu fragen: 'Ich habe mein Bein im Pfandhaus versetzen müssen, als ich knapp bei Kasse war' (S. 168).

Gerade behinderte Menschen erfahren besonders intensiv „..., dass von der sozialen Umwelt darüber entschieden wird, was man ist und was man zu sein hat“ (Haeberlin, 1998, S. 36). Auch in der Weiterentwicklung des Stigma-Ansatzes rückten „... die gesellschaftlichen Kontrollinstanzen, die die unerwünschten Abweichungen ausfindig machen, definieren, identifizieren, mit einem Etikett versehen, das Stigma somit erst erschaffen“ (Mattner, 2000, S. 110) wie schon beim Etikettierungsansatz in den Vordergrund der Überlegungen. Gemeint sind auch hier soziale Einrichtungen und Organisationen, die „zur Etikettierung der diagnostizierten Abweichung legitimiert sind“ (Mattner, 2000, S.110).

Die Einstellung von Professionisten im Bereich der Behindertenhilfe zu geistig behinderten Menschen ist Gegenstand und zentrales Anliegen meiner Arbeit. Der nun aufgezeigte Kontext erklärt – außer meiner persönlichen Motivation – die grundsätzliche und zugleich praktische Bedeutung der gesamten Thematik. Diese berufsmäßigen Helfer sind in der Regel Mitarbeiter jener oben genannten – in den Verdacht der Etikettierung und Stigmatisierung geratenen – Institutionen. Es liegt an ihnen, die Mechanismen der Stigmatisierung zu erkennen, ihnen entgegenzuwirken und einen entscheidenden Beitrag zur Integration behinderter Menschen zu leisten.

## 5. Zum sozialpsychologischen Begriff der Einstellung

---

### 5.1. Definition

Die Einstellungsforschung als ein zentrales Thema der Sozialpsychologie hat eine Reihe von Definitionen hervorgebracht. Bereits im ersten Handbuch der Sozialpsychologie diskutiert Allport (1935) 16 Definitionen, um dann seine 17. hinzuzufügen:

Eine Einstellung ist ein durch Erfahrung organisierter psychischer (mental) und neurologischer Status der Bereitschaft, der einen richtenden oder dynamischen Einfluß auf die Reaktionen eines Individuums gegenüber allen Objekten und Situationen, mit denen es verbunden ist, ausübt (S. 810, zitiert nach Güttler, 2003, S. 99).

In den siebziger Jahren kennt man schon mehr als 120 Definitionen, die Assoziation zum, wie Güttler (2003) es nennt, „... babylonischen Sprachgewirr..., wo keiner mehr den anderen versteht“ (S. 98) scheint naheliegend.

Eine umfassende Wiedergabe der Entwicklung und Veränderung des Einstellungsbegriffs würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Dennoch möchte ich an dieser Stelle zumindest ein paar neuere Definitionen vorstellen (zitiert nach Güttler, 2003, S. 102 f.):

Einstellungen sind ein generelles, andauerndes positives oder negatives Gefühl einer Person, einem Objekt oder einem Sachverhalt gegenüber (Petty & Cacioppo, 1986).

Einstellung ist die Bereitschaft zur positiven oder negativen Bewertung eines Einstellungsobjektes, die auf Gefühle und Meinungen über das Einstellungsobjekt beruht (Stroebe, 1980).

Oder: Die Art und Weise, wie sich ein Individuum in seinen Gedanken, Gefühlen, Bewertungen, Verhaltensabsichten auf ein soziales Objekt richtet (Mummendey, 1988).

Und schließlich: Eine Einstellung ist eine gelernte Verhaltensdisposition, konstant positiv oder negativ auf ein soziales Objekt zu reagieren (Fishbein & Ajzen, 1975).

Antonak & Livneh haben 1991 nach Analyse vieler Definitionen die wesentlichen Elemente oder Charakteristika der Einstellung, über die unter den Forschern ein Konsens herrscht, zusammengefasst:

1. Attitudes are learned through experience and interaction with other people, social objects, and environmental events, rather than being inately determined.
2. Attitudes are complex, multicomponent, and multidimensional structures.
3. Attitudes are relatively stable (even rigid) as evidenced by their resistance to change.
4. Attitudes have specific social objects as referents (for example people, situations, events, ideas).
5. Attitudes display differing degrees of motivating force (intensity or strength) and direction (toward, against, away from the referent).
6. Attitudes are manifested through behaviors when the individual encounters the attitude referent (S. 553).

## **5.2. Abgrenzung von verwandten Begriffen**

Der Begriff Einstellung wird umgangssprachlich oft verwechselt mit den Termini „Wert“, „Vorurteil“, „Stereotyp“ oder „Stigma“. Um die Abgrenzung der Begriffe voneinander anschaulicher zu machen, möchte ich auf eine Definition des Einstel-

lungsbegriffes von Krech, Crutchfield & Ballachey (1962, S. 177, zitiert nach Cloerkes, 2001, S. 75) zurückgreifen:

Eine Einstellung ist ein stabiles System von positiven oder negativen Bewertungen, gefühlsmäßigen Haltungen und Handlungstendenzen in bezug auf ein soziales Objekt.

Im Gegensatz dazu beziehen sich „Werte“ auf symbolische oder abstrakte Konzepte wie etwa „Gesundheit“ (Cloerkes, 2001, S. 75). Sie sind im Prinzip Einstellungen hinter den Einstellungen. „Die Einstellungsstruktur eines Individuums ist abhängig von einem zentraleren Wert, den es vertritt; mehrere solche Werte gehören wiederum in ein umfassendes Wertsystem“ (Cloerkes, 1979, S.17). Die Einstellung zu einer beinamputierten Person ist zum Beispiel abhängig von der Werthaltung, die der Einstellungsträger zu den abstrakten Konzepten „Gesundheit“ oder „körperliche Integrität“ hat. Cloerkes hält Werte für entscheidende Variablen in jeder „gründlichen Analyse des Verhältnisses zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen“ (2001, S. 75).

Vorurteile nennt Cloerkes (2001, S. 76) „... extrem starre, irrationale und negative Einstellungen, die sich weitgehend einer Beeinflussung widersetzen.“ Herkner (1991, S. 493) schreibt dazu: „Vorurteile sind Einstellungen, deren Objekte Außengruppen oder – als Spezialfall von Außengruppen – Minoritäten sind.“ Für Von Bracken (1976) ist das Vorurteil eine „ungünstige Einstellung, die besondere Merkmale besitzt und sehr erhebliche Gefahren mit sich bringt“ (S. 77).

Die kognitive Komponente der Vorurteile wird laut Herkner (1991, S. 493) Stereotyp genannt: Meinungen oder ein subjektives Wissen über eine Außengruppe, deren Mitgliedern aufgrund von Übergeneralisation mehr oder weniger dieselben Merkmale zugeschrieben werden. Vorurteile und Stereotype sind „sehr stabil und schwer zu ändern“ (Herkner, 1991, S. 493).

Der Sonderfall eines sozialen Vorurteils ist das Stigma. Der Begriff wurde bereits im Kapitel 4.2. ausführlich besprochen.

### **5.3. Komponenten der Einstellung**

Viele Definitionen des Einstellungsbegriffes können eingeteilt werden in Drei-Komponenten-Modelle, die eine affektive, kognitive und konative Komponente unterscheiden, und solche, die sich auf die affektive Komponente beschränken (Klauer, 1991, S. 1).

Die „*kognitive*“ oder „Wissenskomponente“ bezieht sich darauf, daß das Einstellungsobjekt in ganz spezifischer Weise wahrgenommen wird; sie zeigt sich in den Vorstellungen, Überzeugungen und bewertenden Urteilen des Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt.

Die „*affektive*“ oder „Gefühlskomponente“ umschreibt den emotionalen Aspekt, die (positiven oder negativen) Gefühle und subjektiven Bewertungen des Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt.

Die „*konative*“ oder „Handlungskomponente“ hebt auf die Verhaltensintentionen oder Handlungstendenzen des Individuums gegenüber einem Einstellungsobjekt ab (Cloerkes, 2001, S. 76, Hervorh. v. Verf.).

Bezogen auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen beinhaltet die affektive Komponente also alle positiven und negativen Gefühle, die diesen Menschen entgegengebracht werden. Cloerkes bezeichnet sie als die wichtigste Komponente, gerade was behinderte Menschen betrifft – als „.... Kern einer sozialen Einstellung“ (2001, S. 76).

Im Vergleich dazu entspricht die von Tröster (1990, S. 57) zitierte Aussage „Behinderte sind im allgemeinen den beruflichen Anforderungen nicht gewachsen“

dem kognitiven Aspekt der Einstellung zu behinderten Menschen. Entscheidend ist, ob vorteilhafte oder unvorteilhafte Meinungen über die Einstellungsobjekte vertreten werden und ob - speziell in diesem Fall – positiv oder negativ gefärbte Vorstellungen über behinderte Menschen vorherrschen.

Die konative Einstellungskomponente in Bezug auf behinderte Menschen zeigt sich beispielsweise in der Ankündigung einer Person, für behinderte Kinder spenden zu wollen (Tröster, 1990, S. 57).

Rosenberg und Hovland (1960, zitiert nach Tröster, 1990, S. 57 f.) – die Begründer des Drei-Komponenten-Modells – postulieren, dass diese drei Komponenten in einer konsistenten Beziehung zueinander stehen. Es ist also anzunehmen, dass jemand, der behinderten Menschen durchwegs positive Gefühle entgegenbringt (affektive Komponente), auch ein positives Bild von ihnen hat (kognitive Komponente) und in Bezug auf sein Verhalten motiviert ist, behinderte Menschen zu unterstützen (konative Komponente). Ginge man in weiterer Folge davon aus, dass die Änderung einer Komponente „... gleichsinnige Änderungen der beiden anderen Komponenten nach sich zieht, um einen Gleichgewichtszustand zu bewahren oder wiederherzustellen“ (Tröster, 1990, S. 58), wäre dies eine wichtige Erkenntnis für die Einstellungsforschung zu geistig behinderten Menschen. Demzufolge ließen sich nämlich über die positive Änderung der affektiven Komponente – etwa durch Kontakte zu geistig behinderten Menschen – auch Meinungen, Ansichten und Verhaltensweisen in eine für diese vorteilhafte Richtung ändern.

Leider ist die empirische Absicherung des Drei-Komponenten-Modells wenig überzeugend: In der Regel bestehen hohe Interkorrelationen zwischen den Einstellungskomponenten, sofern überhaupt eine zufrieden stellende Operationalisierung gelingt – es fehlen einfach die entsprechenden Messinstrumente. Die meisten Autoren verzichten aus diesem Grund darauf, die Einstellungskomponenten getrennt zu erfassen oder beschränken sich nur auf die affektive Komponente (Tröster, 1990, S. 58).



#### 5.4. Funktionen der Einstellung

Man kann davon ausgehen, dass Einstellungen nicht beliebig veränderbar oder austauschbar sind. Wie bereits im Kapitel 5.2. besprochen wurde, gelten Vorurteile, eine spezielle Variante sozialer Einstellungen, als besonders stabil und änderungsresistent (vgl. Herkner, 1991). Die Ursache dafür liegt in der engen Verbindung von Einstellungen mit „... der psychischen Struktur des Einzelnen, mit seinen Bedürfnissen, Motiven, Hoffnungen und Befürchtungen“ (Tröster, 1990, S. 111).

Versucht man, Einstellungen zu verändern, sollte man also in erster Linie danach fragen, welche Bedeutung sie für den Einzelnen haben und welche Motive dem Erwerb und der Aufrechterhaltung sozialer Einstellungen zugrunde liegen. Katz (1960, S. 170 ff.) unterscheidet unter diesen Gesichtspunkten insgesamt vier verschiedene Funktionen der Einstellung:

1. Die *Anpassungsfunktion* (instrumental, adjustive, or utilitarian function) beschreibt er als „... a recognition of the fact that people strive to maximize the rewards in their external environment and to minimize the penalties“ (Katz, 1960, S. 170). Diese Funktion knüpft also an lerntheoretische Auffassungen an: Menschen entwickeln positive Einstellungen zu Einstellungsobjekten, die ihnen Belohnungen verschaffen und negative solchen gegenüber, die mit unangenehmen Konsequenzen verbunden sind. Auf diese Weise helfen Einstellungen dem Einzelnen dabei, bestimmte Ziele (Belohnungen) zu erreichen und unangenehme Ereignisse zu vermeiden. Tröster (1990, S. 111) erklärt so die Funktion einer ablehnenden Haltung gegenüber Behinderten, da sie zum Bemühen des Individuums beiträgt, „... in seiner Umwelt ein Maximum an Belohnungen und ein Minimum an Versagungen zu erzielen...“, indem sie „... das Individuum dazu veranlaßt, den mit Spannungen und Unbehagen verbundenen Kontakten zu behinderten Menschen aus dem Weg zu gehen.“
2. Die *Ich-Verteidigungs- oder Selbstbehauptungsfunktion* (ego-defensive function) dient „... der Abwehr oder der Regulierung innerpsychischer Konflikte und der Verteidigung des Selbstbildes“ (Six & Schäfer, 1985, S. 18). Durch Einstel-

lungen werden unerwünschte, weil als bedrohlich empfundene, Gefühle, Motive, Bedürfnisse und Erfahrungen kontrolliert, abgewiesen und gerechtfertigt. So können etwa innerpsychische Aggressionen als Feindseligkeit nach außen auf andere Personen verlagert werden. „Durch Bildung von Vorurteilen gegen fremde Personengruppen gelingt es, sich selbst einen Gefallen zu tun...“ (Güttler, 2003, S. 105).

3. Die *Selbstdarstellungs- oder Wertdarstellungsfunktion* (value-expressive function) unterstützt das Individuum beim Aufbau und bei der Aufrechterhaltung seiner persönlichen und sozialen Identität. Mit Hilfe seiner sozialen Einstellungen kann es darstellen, „... wie es sich selbst sieht oder von anderen gesehen werden möchte“ (Tröster, 1990, S. 112). Güttler (2003) sieht in diesem Zusammenhang die Abwertung von Randgruppen als einen „bequemen“ Weg, „... das eigene moralische Selbstbild kompensatorisch zu untermauern und in ein besseres Licht zu stellen“ (S. 105 f.).
4. Die *Wissens- oder Erkenntnisfunktion* (knowledge function) basiert auf dem Bedürfnis des Menschen „... to give meaning to what would otherwise be an unorganized chaotic universe“ (Katz, 1960, S. 175). Einstellungen geben Interpretationshilfen und Orientierung in einer „... immer komplexer und kaum mehr durchschaubar werdenden Umwelt“ (Güttler, 2003, S. 105). Im Extremfall wird aber durch Einstellungen die Vielschichtigkeit der sozialen Realität derart vereinfacht, dass nur noch zwischen „... gut oder böse evaluiert und klassifiziert wird“ (Güttler, 2003, S. 105).

Gegen eine funktionale Betrachtungsweise von Einstellungen ist eingewandt worden, dass sich die Funktionen inhaltlich nur schwer voneinander abgrenzen und empirisch kaum überprüfen lassen (Six & Schäfer, 1985, S. 18). Dennoch macht die funktionale Analyse deutlich, dass „... Einstellungen nicht als isolierte Phänomene aufgefaßt werden können, die beliebig veränderbar oder austauschbar sind“ (Tröster, 1990, S. 112). Konkrete Versuche, Einstellungen einer bestimmten Person zu verändern, können nur dann erfolgreich sein, wenn die speziell zu ihr gehörigen Funktionen berücksichtigt werden.

## **6. Einstellungen und Verhalten gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung**

---

There is a general feeling among professionals in the field that we must improve attitudes toward mentally retarded persons if programs such as deinstitutionalization are to succeed. Before we are able to improve attitudes, however, we must first acquire some adequate descriptors of what they are and why (Gottlieb & Siperstein, 1976, S. 380).

### **6.1. Entstehung der Einstellung zu Menschen mit geistiger Behinderung**

Einstellungen, auch jene zu geistig behinderten Menschen, werden erlernt: „Die Gesellschaft mit ihren Werten und Normen geht dem Individuum genetisch voraus, ... die notwendige Vermittlung geschieht in der Sozialisation“ (Cloerkes, 1979, S. 298).

#### **6.1.1. Sozialisationsvariablen**

Gesellschaftliche Werte und Normen werden, wie wir aus der Entwicklungspsychologie wissen, bereits im Kindesalter internalisiert. „The first six years of life are important for the development of all social attitudes, though it is a mistake to regard early childhood as alone responsible for them“ (Allport, 1954, S. 297). Cloerkes (1979, S. 303 ff.; 2001, S. 85) beschreibt drei Aspekte, die für das Erlernen von sozialen Reaktionen auf behinderte Menschen von Bedeutung sind:

1. *Sozialisationsinhalte*: Im frühen Kindesalter übernehmen die Eltern die Vermittlung von Einstellungen, Meinungen und Werthaltungen. „A child who adopts prejudice is taking over attitudes and stereotypes from his family or cultural environment“ (Allport, 1954, S. 297). Aber auch über Literatur (Märchen oder Kindergeschichten), Massenmedien oder den alltäglichen Sprachgebrauch

werden Sozialisationsinhalte transportiert, die körperliche, geistige oder seelische Abweichungen mit „böse“ oder „schlecht“ verknüpfen (Cloerkes, 2001, S. 85). Gerade kleine Kinder, die zum ganzheitlichen Denken neigen, übernehmen derartige Gleichsetzungen sehr schnell. „Die häßliche Person ist schlecht, ... die schöne Person ist gut; gleichzeitig ist sie auch noch reich, stark, gesund, hat ein schnelles Auto, kann singen, tanzen, usw.“ (Spiegel, 1950, S. 21, zit. nach Cloerkes, 2001, S. 85).

2. *Sozialisationspraktiken*: „Hier finden die hohe gesellschaftliche Bewertung von Gesundheit und 'Normalität' und die entsprechende Abwertung von allem, was mit Krankheit zu tun hat, ihre Umsetzung in soziales Handeln“ (Cloerkes, 2001, S. 85). Eltern verwenden häufig in ihrer Erziehungspraxis Krankheit oder Behinderung als Druckmittel, um erwünschtes Verhalten zu erzielen und stellen so für das Kind eine Verbindung zu Strafe und Schuld her. Beispiele dafür sind: „Wenn du so viele Bonbons ißt, fallen dir die Zähne raus!“ oder „Du wirst dich noch erkälten, wenn du weiter barfuß herumläufst!“ (Cloerkes, 2001, S. 85). „The period of childhood is, therefore, fraught with anxiety-laden beliefs and pseudo-beliefs concerning the etiology of a variety of illnesses and impairments“ (Livneh, 1988, S. 41).
3. Die in der frühen Kindheit internalisierten Vorstellungen vom behinderten Menschen als abweichend von der Norm werden später kontinuierlich verstärkt. Cloerkes (2001) nennt in diesem Zusammenhang die „Bösewicht-Funktion von behinderten und mißgestalteten Personen in der Literatur, auf der Bühne, in Kino und Fernsehen“ sowie die Wirkung der Werbung, in der es nur „Idealmenschen“ gibt (S. 85). Auf diese Weise werden „sozio-kulturell vorgeprägte Stereotypen ... dem verunsicherten einzelnen als entlastende Aufhänger für diskriminierende Reaktionstendenzen angeboten“ (Cloerkes, 2001, S. 85).

## **6.2. Determinanten der Einstellung gegenüber behinderten Menschen**

Eine Vielzahl von Untersuchungen hat sich mit der Frage auseinander gesetzt, welche Faktoren die Einstellung zu (geistig) behinderten Menschen beeinflussen.

Untersucht wurden dabei Determinanten wie Art der Behinderung, sozio-ökonomische bzw. demographische Merkmale sowie Persönlichkeitsmerkmale der Einstellungsträger, Kontakt mit und Wissen über behinderte Menschen. Im Folgenden soll ein Überblick über die Forschungsergebnisse der letzten Jahre gegeben werden.

#### 6.2.1. Art der Behinderung

„Je mehr der Behinderte als andersartig wahrgenommen wird, je weniger Gemeinsamkeiten also festgestellt werden, desto stärker sind die isolierenden und ausweichenden Handlungen“ (Bächtold, 1984, S. 30). Entsprechend dieser Aussage lassen sich die verschiedenen Behinderungen bzw. ihre Träger in Rangordnungen nach den von Nichtbehinderten vorgenommenen Präferenzen bringen (Cloerkes, 1979, S. 167). Manche Autoren (vgl. Westbrook et. al., 1993, S. 617) sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer „stigma hierarchy“.

Bächtold untersuchte 1984 die Einstellung von Deutschschweizern zu behinderten Jugendlichen. Seine Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei geistig behinderten Menschen und sogenannten Verhaltensgestörten die größte Unähnlichkeit in allen erfassten Eigenschaftsbereichen gesehen wird (beispielsweise Intelligenz, Tüchtigkeit und Gesundheit). Die 1200 Versuchspersonen stellten weitaus größere Gemeinsamkeiten zu lern- und körperbehinderten Menschen fest.

Auch Harasymiw, Horne und Lewis (1976, zitiert nach Hannah, 1988, S. 158) kamen zu dem Resultat, dass körperbehinderten Menschen die vergleichsweise positivste Einstellung entgegengebracht wird, gefolgt von Menschen mit Sinnesbehinderungen. An dritter Stelle stehen Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung. Am wenigsten akzeptiert werden laut dieser Studie Menschen, deren Behinderung auf soziale Umstände zurückgeführt werden kann (z. B. Alkoholiker, ehemalige Häftlinge).

Westbrook, Legge und Pennay (1993) befragten australische Ärzte, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Krankenpflegepersonal aus verschiedenen Ursprungsländern nach der Einstellung zu behinderten Menschen in den einzelnen Kulturkreisen (Anglo-Australier, Araber, Chinesen, Deutsche, Griechen und Italiener). Die Rangreihung von 20 Behinderungsarten ergab – als Resultat des Vergleichs aller Bevölkerungsgruppen – die größte Akzeptanz für Asthma, Diabetes, Herzerkrankungen und Arthritis. Zuletzt gereiht wurden AIDS, geistige Behinderung, psychische Behinderung und Cerebralparese. Die Autoren verglichen ihre Ergebnisse mit früheren Studien (Harasymiw et. al., 1976; Tringo, 1970; Abroms & Kodera, 1979) und stellten dabei eine bemerkenswerte zeitliche und kulturübergreifende Stabilität dieser Stigma-Hierarchie fest.

Was die Schwere einer Behinderung betrifft, kann laut Cloerkes (1979, S. 173) als gesichert gelten, dass leichter behinderten Personen eine negativere Einstellung entgegengebracht wird als schwerer behinderten Personen. Dies erklärt sich dadurch, dass bei schwer behinderten Menschen leichter eine klare Stereotypisierung bzw. Kategorisierung vorgenommen werden kann – verbunden mit den entsprechenden Rollenerwartungen. Bei leichter behinderten Menschen herrscht diesbezüglich eine „mehr oder weniger ausgeprägte Verhaltensunsicherheit“ (Cloerkes, 1979, S. 174). Auch werden an leichter behinderte Menschen ähnliche Leistungsansprüche gestellt wie an Nichtbehinderte. „Versagen“ führt zu entsprechend heftigen sozialen Reaktionen.

Diese Ausführungen über den Zusammenhang zwischen Schwere der Behinderung und sozialen Einstellungen gelten allerdings nicht für geistig behinderte Menschen. Gottlieb und Siperstein (1976) konstatierten sowohl gegenüber leicht geistig behinderten Kindern als auch Erwachsenen eine günstigere Einstellung als zu Gleichaltrigen mit einer schweren geistigen Behinderung.

Auch Weller und Aminidav (1989) fassen als Hauptergebnis ihrer Studie an 360 israelischen Versuchspersonen aus der Gesamtbevölkerung zusammen „... that

people hold more favourable attitudes toward the mildly mentally handicapped than to the severely mentally handicapped“ (S. 278).

Antonak, Mulick, Kobe und Fiedler (1995) gingen in ihrer Untersuchung an 572 Versuchspersonen der Frage nach, wie weit der Schweregrad der Behinderung die Einstellung zur Anwendung von eugenischen Maßnahmen bei geistig behinderten Menschen beeinflusst. Die befragten Personen waren zum Großteil im Gesundheits- bzw. Behindertenwesen tätig, 192 waren Studenten aus anderen Bereichen. Der Schweregrad der Behinderung wurde von Antonak et. al. entsprechend dem Klassifikationsschema der AAMR (American Association on Mental Retardation, Grossman, 1983, zitiert nach Antonak et. al., 1995) in vier Stufen unterschieden: leichte, mittlere, schwere und sehr schwere geistige Behinderung. Die Ergebnisse weisen auf einen Einfluss des Schweregrades der Behinderung hin. Die Versuchspersonen konnten allerdings wider Erwarten nur zwischen zwei Schweregraden unterscheiden: Signifikante Unterschiede wurden zwischen den leichten und den schweren Formen der geistigen Behinderung festgestellt. Eugenische Maßnahmen werden bei schwer geistig behinderten Menschen deutlich häufiger befürwortet als bei leicht geistig behinderten Menschen.

#### 6.2.2. Sozio-ökonomische bzw. demographische Merkmale der Einstellungsträger

„Most demographic variables are minimally related to attitudes“ stellt Yuker 1994 (S. 7) in seiner Zusammenfassung von Forschungsergebnissen zur Einstellung gegenüber behinderten Menschen fest. Auch Cloerkes (1979, S. 181 ff.; 2001, S. 77) hält den Einfluss sozio-ökonomischer beziehungsweise demographischer Merkmale der Einstellungsträger für vergleichsweise gering. Allein die Variablen Geschlecht und Alter scheinen nachweisbar in Zusammenhang mit der Einstellung zu behinderten Menschen zu stehen.

Bei Frauen wurde in den meisten Fällen eine positivere Einstellung zu behinderten Menschen gemessen als bei Männern (Cloerkes, 1979, S. 203 ff.; Schabmann & Kreuz, 1999; Harasymiw et. al., 1978). Allerdings sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass sich unter den von Cloerkes gefundenen 27 Studien, die eine signifikant positivere Einstellung bei Frauen belegen, nur sechs auf eine Erwachsenen-Stichprobe stützen. In den anderen Untersuchungen wurden Kinder, Schüler oder Studenten befragt.

Yuker und Block (1986) verglichen in diesem Zusammenhang 129 Studien mit folgendem Resultat: In 44 % der Untersuchungen ließ sich eine positivere Einstellung von Frauen nachweisen, in 5% der Fälle waren Männer behinderten Menschen gegenüber positiver eingestellt. In 51 % der Studien konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

Laut einer von Cloerkes durchgeführten Analyse der Forschungsliteratur ( 1979, S. 194 ff. ) besteht zwischen der Variable Lebensalter und der Einstellung zu behinderten Menschen eine – wenn auch schwache – Beziehung. Jüngere Personen sind etwas positiver eingestellt als ältere Personen.

### 6.2.3. Persönlichkeitsmerkmale der Einstellungsträger

Immer wieder wird in der Literatur auch der Einfluss einzelner Persönlichkeitsmerkmale von Einstellungsträgern wie Angst, Aggressivität, Autoritarismus, Ethnozentrismus oder Ich-Schwäche (vgl. Cloerkes, 2001, S. 77; Livneh, 1988, S. 43) diskutiert und unterschiedlich bewertet. „Die häufig ... vertretene Annahme einer besonders ablehnenden Haltung der sogenannten ‘autoritären Persönlichkeit’ (Adorno et. al., 1968) lässt sich jedenfalls nicht ohne weiteres bestätigen“ (Cloerkes, 2001, S. 77).

Bächtold (1984) hat allerdings in einer Studie nachgewiesen, dass „egoistische Nützlichkeitsorientierung“, „Autoritarismus“ und „Hilfsbereitschaft“ auf die Einstel-



lung zu behinderten Menschen einen signifikanten Einfluss haben. Bei Personen, die sich an Erfolg, Prestige, Komfort und wirtschaftlicher Sicherheit orientieren, ist diese deutlich schlechter. Auch die Annahme, dass Menschen mit „autoritärem Charakter“ (Bächtold, 1984, S. 33) „negative Einstellungsmomente stärker zum Ausdruck bringen“ würden, hat sich in dieser Untersuchung bestätigt. Wer hingegen hilfsbereit ist, reagiert auf körperlich behinderte, lernbehinderte und verhaltensauffällige - nicht aber geistig behinderte - Menschen mit verstärktem Wohlwollen. Hilfsbereite sehen, dafür gibt es deutliche Hinweise, die Betroffenen häufig in der Rolle des bemitleidenswerten Betreuungsobjektes.

#### 6.2.4. Kontakt mit behinderten Menschen

Viele Fachleute sehen den direkten Kontakt mit behinderten Menschen als die wichtigste Determinante für die Qualität der Einstellung Nichtbehinderter. Cloerkes fasst die theoretischen Annahmen der Forschung über den erwarteten Zusammenhang zwischen Kontakt und Einstellung in zwei Thesen zusammen (2001, S. 114):

1. Personen, die über Kontakte mit Behinderten verfügen, werden günstigere Einstellungen gegenüber Behinderten zeigen als Personen, die keine derartigen Kontakte haben oder hatten.
2. Je häufiger Kontakt mit Behinderten bestanden hat, um so positiver wird die Einstellung des Betreffenden sein.

Diese Kontakthypothese ist die Grundlage für die meisten Arbeiten der Behindertenforschung. Cloerkes (2001, S. 115) kritisiert, dass in diesem Zusammenhang den qualitativen Bedingungen bzw. der Art des Kontaktes zu wenig Beachtung geschenkt wird. Wie man aus der allgemeinen Vorurteilsforschung bereits seit längerem weiß, verstärken häufige oberflächliche und zufällige Kontakte eher die Vorurteile, als sie zu optimieren (Allport, 1954, S. 261 ff.). Die Häufigkeit des Kontaktes mit behinderten Menschen ist also nicht entscheidend – schon eher dessen

Intensität. Aber auch hier muss man differenzieren: Nicht jeder intensive und enge Kontakt ist für die Entwicklung positiver Einstellungen förderlich.

... the effect of contact on attitudes is complex. Contact under 'favorable' conditions leads to positive attitudes, while contact under other conditions either does not affect attitudes or leads to negative attitudes (Yuker, 1988, S. 262).

Wichtige Voraussetzungen für einen intensiven Kontakt sind seine emotionale Fundierung – „Freude am Kontakt“ nennt es Cloerkes (2001, S. 115) – sowie seine Freiwilligkeit. Weiters gelten als günstige Bedingungen:

- relative Statusgleichheit,
- die Erwartung einer gewissen „Belohnung“ aus der sozialen Beziehung und
- die Verfolgung gemeinsamer wichtiger Aufgaben und Ziele, beispielsweise bei Arbeitskontakten in einem leistungsneutralen Klima (Cloerkes, 2001, S. 115).

Yuker (1988, S. 262) fand bei 51% von 274 analysierten Studien einen positiven Einfluss von Kontakten auf die Einstellung, bei 10% waren die Folgen negativ. 39% der Untersuchungen konnten keinen signifikanten Einfluss nachweisen. Um zu einem verwertbaren Ergebnis zu kommen, mussten in diese Sekundäranalyse leider auch Studien mit methodischen Mängeln mit einbezogen werden, wie Yuker selbst kritisch anmerkt.

#### 6.2.4.1. *Die Einstellung von Professionisten zu behinderten Menschen*

Unter dem Aspekt des häufigen und intensiven – weil berufsbedingten – Kontaktes und auch im Hinblick auf die Stichprobe meiner Arbeit sind die Einstellungen von professionellen Helfern zu behinderten Menschen von besonderem Interesse. Cloerkes unterscheidet in seiner Sekundäranalyse von über 200 Studien (1979, S.

209 ff.) zwischen Professionisten im medizinischen, pädagogischen und sozialen Bereich.

Abhängig von ihrer beruflichen Qualifikation haben Personen, die in der medizinischen Versorgung von behinderten Menschen tätig sind, recht unterschiedliche Einstellungen. Generell unterscheidet sich ihre Haltung aber kaum von der Gesamtbevölkerung (Riedel et. al., 2000), weil sie im Wesentlichen denselben Determinanten unterliegt. Auffällig ist, dass Ärzte mit berufsbedingt hohem Fachwissen geistig behinderte Menschen zum Teil eindeutig ablehnen (Geskie & Salasek, 1988, S. 191). Möglicherweise erklärt sich dieses eher unerwartete Phänomen dadurch, dass sie ihr berufliches Ziel – Menschen zu heilen – in diesem Fall nicht erreichen können. Die positivsten Einstellungen wurden bei Psychologen und Sozialarbeitern gefunden (Yuker, 1988, S. 269; Cloerkes, 1979, S. 226).

Studien an Professionisten im pädagogischen Bereich (Sonderpädagogen) haben gezeigt, dass diese „... durchaus nicht frei von ungünstigen Einstellungen gegenüber ihren Schützlingen“ (Cloerkes, 2001, S. 116) sind. Neben positiven Einstellungen – vor allem im Vergleich zu den Kollegen aus der Regelschule – fand man auch neutrale oder gar abwertende Haltungen.

Berufliche Erfahrungen mit behinderten Kindern können sich, wie Shotel, Iano und McGettigan (1972, zitiert nach Hannah, 1988, S. 162) berichten, negativ auswirken. Lehrer, die ein Jahr lang in Regelklassen auch behinderte Kinder unterrichtet hatten, weigerten sich, diese wieder in ihre Klassen aufzunehmen. Dies könnte man als klaren Hinweis auf die Bedeutung der Freiwilligkeit von intensiven Kontakten interpretieren.

Professionisten im sozialen Bereich (z. B. Betreuer in Werkstätten) haben nach Cloerkes Analyse (1979, S. 232 ff.) die vergleichsweise günstigsten Einstellungen. Als Henry et. al. (1996) unter diesem Aspekt Behindertenbetreuer mit einer Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung verglichen, überraschte das Ergebnis: Interessanterweise sahen die Betreuer auf der Skala „Similarity“ (z. B.: People with men-

tal retardation can have close personal relationships just like everyone else) größere Unterschiede zwischen sich und geistig behinderten Menschen als die Laien.

Duvdevany (2000) ging der Frage nach, wie weit Betreuer von geistig behinderten Menschen die Grundgedanken von Empowerment und Inklusion befürworten und unterstützen. Dabei stellte sich heraus, dass jüngere Betreuer mit hohem Ausbildungsniveau - größtenteils Studenten mit mehrjähriger Betreuungserfahrung - die schlechteste Einstellung im Faktor Segregation zeigten (z. B.: People with mental retardation should not be allowed to marry and have children). Wohl zurecht hält der Autor diese Tatsache für einen „... cause for serious concern about the nature of the socialization that these students are going through in the professionalization process“ (Duvdevany, 2000, S. 309).

Zusammenfassend muss also festgestellt werden: Beruflicher Kontakt ist keineswegs ein Garant für günstigere Einstellungen zu behinderten Menschen. Auch professionelle Helfer sind nicht frei von Vorurteilen (Cloerkes, 1994, S. 5). Gegenteilige Untersuchungsergebnisse sind häufig auf methodische Artefakte zurückzuführen, „... d. h. das Gemessene hat wenig mit der Realität zu tun und viel mit einer geschickten, sozialen Außendarstellung der befragten Professionals“ (Cloerkes, 1994, S. 5).

Erklärungsansätze für diese eher unerwartete Haltung von Professionisten finden sich bei den von Cloerkes (2001, S. 115) postulierten günstigen Rahmenbedingungen eines der Entwicklung positiver Einstellungen förderlichen Kontaktes: die relative Statusgleichheit und die Freiwilligkeit. Professionelle Kontakte zu behinderten Menschen können diese Kriterien in vielen Fällen nicht erfüllen (vgl. Tröster, 1990, S. 130 ff.).

#### 6.2.5. Wissen über behinderte Menschen und Behinderung

Die Determinante Wissen über behinderte Menschen allein hat – wie Cloerkes 1979 nach Analyse verschiedener Arbeiten festhält (S. 191 ff.) – wenig Einfluss auf die Qualität der Einstellungen. Tatsächlich wurden gerade bei Professionisten trotz häufiger Kontakte und fundiertem Fachwissen sehr ungünstige Einstellungen zu geistig behinderten Menschen gemessen (siehe Kapitel 6.2.4.1.). Möglicherweise steht dies im Zusammenhang mit der bereits im Kapitel 6.2.1. zitierten Aussage von Bächtold (1984): Je größer der wahrgenommene Unterschied zwischen sich und einer behinderten Person, desto negativer die Einstellung. „Es könne so sein, daß gerade Personen mit viel Wissen über Behinderte diese eben so einschätzten, wie sie in Wirklichkeit auch sind: anders als Nichtbehinderte“ (Cloerkes, 1979, S. 193).

Leider trifft man bei einschlägigen Arbeiten wieder auf methodische Mängel und unerwartete Schwierigkeiten. Schon die Auswahl von geeigneten Wissensfragen stellt oft ein gravierendes Problem dar (vgl. Cloerkes, 1979).

Trotzdem oder gerade deshalb haben Informationsstrategien nach wie vor einen hohen Stellenwert im Bemühen um eine Verbesserung von Einstellungen. Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit dem Wissensstand der Gesamtbevölkerung (Von Bracken, 1976; Klauß, 1996; Lambert, 1997), der sich in den letzten Jahren sicher auch durch die größere öffentliche Präsenz behinderter Menschen verbessert hat. In der jüngsten Eurobarometer-Umfrage zum Thema Behinderung gaben dennoch nur 34% der Europäer an, über geistige Behinderung informiert zu sein (EORG, 2001). Dieser Mangel „... sei unbedingt zu korrigieren, weil er eine sachliche Beurteilung erschwert und mangelndes Wissen durch irrationale oder magische Vorstellungen ersetzt wird, vor allem was die Genese von Behinderungen betrifft“ (Cloerkes, 2001, S. 107). Über die Konkretisierung dieses Anliegens ist man sich in der Wissenschaft uneinig - auch deswegen, weil gegenteilige Effekte vermieden werden müssen. Empirische Untersuchungen über die Darstellung von behinderten Menschen in den Medien belegen, dass sie eher in negativen als in

positiven Zusammenhängen gezeigt werden. Das hat zur Folge, dass sich bestehende Vorurteile manifestieren und nicht abbauen (Cloerkes, 2001, S. 109).

### **6.3. Methodische Probleme bei der Erfassung von Einstellungen zu behinderten Menschen**

Bei der Messung von Einstellungen zu behinderten Menschen kommen meist direkte Verfahren wie Befragungen, standardisierte Einstellungsskalen und soziale Distanzskalen zum Einsatz (Güttler, 2003, S. 290). Eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Messinstrumente findet sich bei Kreuz (2000). Mir scheint es an dieser Stelle wichtig, auf die im Vorfeld mehrfach erwähnten methodischen Probleme der verschiedenen empirischen Untersuchungen einzugehen.

Cloerkes (2001, S. 82; 1979, S. 144 ff., S. 369 ff.) fasst die wichtigsten Kritikpunkte zusammen:

- Zu kleine Stichproben und Verzerrungen bei der Auswahl (überzufällig oft werden Schüler oder Studenten als Sample ausgewählt).
- Schwächen der verwendeten Messinstrumente (vgl. Kreuz, 2000).
- Verfälschungstendenzen kommt in Anbetracht einer ausgesprochenen Sensibilität der Öffentlichkeit gegenüber der Behindertenproblematik besondere Bedeutung zu. „Fehlerquellen“ liegen im Ausweichen auf neutrale Antwortkategorien („keine Meinung“), in Falschantworten, Selbstbeschönigungen und „Lügen“. Durch unreflektierte und inhaltsunabhängige Zustimmung zu den Antwortkategorien, insbesondere aber durch normkonforme und „vorurteilsfreie“ Reaktionen im Sinne der sozialen Erwünschtheit (typisch für Respondenten aus den oberen Sozialschichten und Fachleute) werden Ergebnisse auch häufig verfälscht.
- Viel Wissen über Behinderungen wird als Indiz für positive Einstellungen, deren Fundierung vor allem affektiv ist, überschätzt.

- Die Problematik, die mit der Vorgabe von verbalen Stimuli (Fragen, Feststellungen und Aussagen über behinderte Menschen) bei der Einstellungsmessung verbunden ist, wird verkannt. Das Einstellungsobjekt – in diesem Fall der behinderte Mensch – muss kognitiv präsent und bedeutsam sein. Die meisten Befragten kennen behinderte Menschen aber nicht hinreichend, schon gar nicht differenziert nach Art und Schwere der Behinderung. „In circumstances where no descriptive information is provided, it is difficult to determine subjects' conceptions of a mentally retarded person...“ (Gottlieb & Siperstein, 1976, S. 376). In den meisten Fällen entspricht das verinnerlichte Bild jenem eines schwer behinderten Menschen.
- Fehlende Unterscheidung zwischen der Einstellung oder Bewertung von „Behinderung“ und der Einstellung zum „behinderten Menschen“: Diese beiden Aspekte sind auf keinen Fall gleichzusetzen. Die Behinderung selbst wird wesentlich negativer bewertet als behinderte Menschen (vgl. Wright, 1988).

## **6.4. Verhaltensweisen gegenüber behinderten Menschen**

### 6.4.1. Typische Reaktionsformen

Cloerkes (2001, S. 78) hält folgende negative Formen der sozialen Reaktion auf behinderte Menschen für typisch:

- Anstarren und Ansprechen
- Diskriminierende Äußerungen
- Witze
- Spott und Hänseleien (Ärgern)
- Aggressivität bzw. Vernichtungstendenzen.

Darüber hinaus gibt es auch Reaktionsformen, die auf den ersten Blick positiv erscheinen, letzten Endes aber doch wieder Ausgrenzung erzeugen:

- Äußerungen von Mitleid
- Aufgedrängte Hilfe
- Unpersönliche Hilfe (Spenden)
- Schein-Akzeptierung.

Cloerkes (2001) ist der Auffassung, dass echtes Engagement für behinderte Menschen „... ohne implizite Abwertung, Entlohnung oder Dankbarkeitserwartungen vergleichsweise selten vorkommt“ (S. 78).

#### 6.4.2. Interaktionsstörungen

Je auffälliger eine Behinderung ist, desto größer sind die beim Nichtbehinderten hervorgerufenen psycho-physiologischen Reaktionen wie Angst, affektive Erregtheit und Unbehagen. Das Individuum neigt dazu, soziale Situationen, die Spannung, Verhaltensunsicherheit und Ambivalenzempfindungen auslösen, zu meiden (vgl. Kap. 5.4). So kommt es in direkter Konsequenz zu einer weitgehenden Isolierung von behinderten Menschen.

Tröster (1990, S. 24 ff.) betrachtet in diesem Zusammenhang eine Reihe von Aspekten, die an die Art der Behinderung geknüpft sind, als verhaltensrelevant:

1. *Auffälligkeit der Behinderung*. 3 Stufen können unterschieden werden (zitiert nach Cloerkes, 2001, S. 79):
  - Behinderung ist bereits vor der Kontaktaufnahme sichtbar (Bsp.: Querschnittslähmung, Blindheit).
  - Behinderung drängt sich erst beim Kontakt überraschend auf (Bsp.: Hör- und Sprachbehinderungen).
  - Behinderung kann zunächst verborgen und bei längerem und intensiven Kontakt kontrolliert offenbart werden (Bsp.: psychische Behinderung).



2. Die *ästhetische Beeinträchtigung* wird von einigen Autoren (vgl. Tröster, 1990, S. 37 ff.) als eine der wichtigsten Ursachen für die Ablehnung behinderter Menschen vermutet. Der Anblick von Menschen, die schwere Entstellungen und Missbildungen aufweisen, löst bei Nichtbehinderten oft Gefühle von Abscheu und Ekel aus und in weiterer Folge den Wunsch, „... den Kontakt abzubauen, um dem Anblick zu entfliehen“ (Tröster, 1990, S. 38).
3. Die *funktionale Beeinträchtigung kommunikativer Fähigkeiten* belastet, unabhängig von der Einstellung des Nichtbehinderten, den Kontakt und die Interaktion immer (Cloerkes, 2001, S. 79).
4. *Zugeschriebene Verantwortlichkeit*. Ein entscheidender Aspekt für die Einstellungen und das soziale Verhalten gegenüber behinderten Menschen ist, „... ob und in welchem Ausmaß dem Betroffenen eine Eigenverantwortlichkeit für seine Behinderung oder für das von ihm gezeigte abweichende Verhalten zugeschrieben wird“ (Tröster, 1990, S. 44). Eine Interaktion wird bei angenommener Schuld des behinderten Menschen erheblich erschwert, „... weil Ablehnung bis hin zu Bestrafungen (‘Schockexperimente’, Cloerkes, 1979, S. 455f.) leichter zu rechtfertigen sind“ (Cloerkes, 2001, S. 79).

Psychologische Erklärungsansätze für Interaktionsprobleme zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen gehen primär von der Angst vor dem behinderten Menschen und der erlebten Bedrohung der eigenen physischen Integrität aus:

1. *Schuldangst*: Die Ablehnung von behinderten Menschen wird als unerlaubt empfunden und führt zu Schuldangst vor dem verinnerlichten Über-Ich (Gewissen). Die Verdrängung dieses Gedankens bewirkt gegen den behinderten Menschen gerichtete Abwehrmechanismen (Cloerkes, 2001, S. 80).
2. *Bedrohung der eigenen physischen Integrität*: Durch die Begegnung mit einem Menschen, der eine sichtbare Behinderung aufweist, werden beim Nichtbehinderten entsprechende Ängste aktiviert, die normalerweise verdrängt werden können (ähnlich wie beim Tod). Auch die „magische Furcht vor einer Ansteckung (‘Aussätzigen-Syndrom’)“ (Cloerkes, 2001, S. 80) führt zu Kontaktvermeidung.

3. *Kognitive Dissonanz*: Die von Festinger (1957) formulierte „Theorie der kognitiven Dissonanz“ gehört zu den bekanntesten Ansätzen der Sozialpsychologie und bietet sich auch als möglicher Erklärungsansatz für das Verhalten gegenüber behinderten Menschen an. Das allgemein menschliche Streben nach Gleichgewichtszuständen führt dazu, alles Fremd- und Andersartige tendenziell zu meiden. Der Kontakt zu behinderten Menschen kann unangenehme Dissonanzen erzeugen. „Dissonanz entsteht ... in ... Situationen, in denen ein Akteur gezwungen ist, öffentlich Dinge zu tun, die mit (seinen) Überzeugungen und Meinungen nicht übereinstimmen, ... um ... Unannehmlichkeiten zu vermeiden“ (Hummell, 1969, zitiert nach Cloerkes, 1979, S. 33). In diesem Fall bietet sich als gesellschaftlich anerkannte Möglichkeit zur Dissonanzreduktion die Geldspende an Organisationen im Behindertenbereich an – statt des Spannungen erzeugenden persönlichen Kontaktes. Wie aus der Studie von Bächtold (1984, S. 37) hervorgeht, sind knapp drei Viertel der Schweizer Bevölkerung der Ansicht, dass durch Spenden an Behindertenorganisationen die Probleme behinderter Menschen am besten gelöst werden können.

#### **6.5. Zum Zusammenhang zwischen gemessenen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten**

Allgemein wird angenommen und selten hinterfragt, dass dem Handeln eines Individuums sein Denken und Empfinden vorausgehen. Diese Annahme und damit die Bedeutung der Einstellungsforschung basieren im Wesentlichen auf der „Konsistenz-Konzeption“ (Cloerkes, 2001, S. 83): Menschen streben danach, die einzelnen Komponenten ihrer Einstellungen in Übereinstimmung zu bringen und konsistent auf Einstellungsobjekte zu reagieren (vgl. Kapitel 5.3).

Tatsächlich ist es aber so, dass Einstellungen und Verhalten nur in sehr bescheidenem Masse übereinstimmen (Cloerkes, 1979, S. 394 ff.). „Was wir denken und sagen und was wir schließlich tatsächlich tun, unterliegt nämlich nicht dem gleichen Einfluss gesellschaftlicher Vorschriften...“ (Cloerkes, 2001, S. 83).

So können etwa Messresultate aus der behinderte Menschen betreffenden Einstellungsforschung wegen der Tendenz zu sozial erwünschter Selbstdarstellung eher zu positiv ausfallen (vgl. Kapitel 6.3), andererseits kann sozialer Druck in einer öffentlichen Situation geradezu vorbildliche Verhaltensweisen gegenüber behinderten Menschen bewirken.

Einstellungen lassen gewisse Rückschlüsse auf das Verhalten zu, mehr nicht. Cloerkes (2001, S. 84) ist der Ansicht, dass die Erforschung von Einstellungen daher immer durch die zusätzliche Erfassung der Verhaltensdimension ergänzt werden sollte, gegebenenfalls auch durch qualitative Verfahren.

## 7. Behindertenbetreuer

---

„Unsere gesellschaftlichen Systeme ‘produzieren’ sowohl ‘Behinderte’ als auch die entsprechenden ‘Versorgungsangebote’ für diese marginalisierten Gruppen“ (Neumann, 1985, S. 69). Oder anders formuliert: „Die Gesellschaft hat den Umgang mit dem ‘Anderssein’ der Behinderten in Form der institutionalisierten Behindertenbetreuung organisiert“ (Gaedt, 1985, S. 130).

Teil dieses Versorgungsangebotes – eines „ausgrenzenden Systems“ (Pranzl, 2002, S. 4) – sind die sogenannten Behindertenbetreuer. Sie sollen nicht nur versorgende Tätigkeiten leisten, sondern als Bindeglied zwischen Gesellschaft und geistig behinderten Menschen und als Vermittler von Reformkonzepten fungieren. „Im Zweifelsfall vertreten sie die Interessen der begleiteten Menschen in Richtung Selbstbestimmung“ (Beschluss aller Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe, 1997). Eine derart breit gefächerte Aufgabe scheint unter den gegebenen Rahmenbedingungen sehr schwierig. Die Behindertenbetreuer haben als Mitglieder unserer ausgrenzenden Gesellschaft dieselben Sozialisationsprozesse durchlaufen und unterliegen denselben Determinanten und Gesetzmäßigkeiten der Einstellung wie Laien. Auf der anderen Seite hat sie ihr Bemühen, gewissen gesellschaftlichen Tendenzen entgegen zu wirken und sich mit Randgruppen solidarisch zu zeigen, zu Mitarbeitern von Institutionen werden lassen, die nun selbst in den Verdacht der Stigmatisierung und Etikettierung geraten sind (vgl. Kap. 4.2). Die ganze Bandbreite – und Widersprüchlichkeit – der angesprochenen Problematik hat Lempp (1985, S. 272) gleichermaßen kompetent wie pointiert beschrieben:

Die echte und spontane Bereitschaft, sich dem vermeintlich oder tatsächlich unterdrückten und ausgegrenzten Teil unter unseren Mitmenschen zuzuwenden, führt regelmäßig dazu, daß man sich im besonderen Maße mit den Betreuten, also den Behinderten und Geisteskranken identifiziert und sich dadurch in eine Gegenposition zur übrigen Gemeinschaft, zu den Gesunden setzt. Diese Abgrenzung von den 'Normalen' entspricht natürlich auch einer Stärkung der eigenen Gruppe und der eigenen Motivation, auf die

man wohl bei einer solchen Tätigkeit mit ihren vielfältigen Versagungen tagaus tagein nicht ganz verzichten kann. Eine gewisse Art Elitebewußtsein ist notwendig – und wohl auch berechtigt. Dieses verleitet aber auch dazu, nicht nur die Ursache, sondern auch die Schuld an der ganzen Situation den andern, den 'Normalen' der Gesellschaft zuzuschieben, wodurch man sich zwar gegenüber einer Art Feindbild bestärkt und gesichert vorkommt, was der eigenen Tätigkeit neue Kraft und neue Impulse vermittelt, was einem aber die Möglichkeit nimmt, die unvermeidliche Abwehrhaltung und die Berührungsängste der übrigen zu verstehen, anzuerkennen und ihnen darüber hinwegzuhelfen. So könnte es sein, daß zumindest ein Teil der Motivation zur Mitarbeit und zur Hilfe bei Behinderten und Kranken deren Integration in die Gesellschaft erschwert und behindert, zumindest nicht fördert.

Es ist klar, wie wichtig und bedeutsam die Einstellungen der Angehörigen dieser Berufsgruppe sind – ihr Menschenbild, ihr Engagement und nicht zuletzt der Grad ihrer Professionalität. Diese Aspekte zumindest teilweise zu beleuchten, verstehe ich als wesentlichen Auftrag meiner Arbeit.

### **7.1. Qualifizierung und Professionalisierung der Betreuer geistig behinderter Menschen**

Bereits 1885 forderte Sengelmann, der Direktor der Alsterdorfer Anstalten in Hamburg, eine spezielle Vorbildung für den „Beruf der Blödenerziehung“. Er warnte aber davor, dass es sich um keinen leichten Beruf handle: „Leute, die eine Pflegestelle suchen, nur weil sie ... ihren bisherigen Beruf satt haben oder weil sie gar das Anstaltsleben für ein bequemerer halten, sind für das Engagement durchaus ungeeignet“ (zitiert nach Wacker, 1989, S. 15).

Es mag verwundern, wenn hundert Jahre später Rett (1990, zitiert nach Schmidt, 1993) nicht „Profis“, sondern Handwerker, nicht zu junge Hausfrauen und Mütter, die bereits Kinder aufgezogen haben, für die besten Betreuer geistig behinderter

Menschen hält. Dennoch spiegelt seine Aussage die Praxis der Vergangenheit wider. Traditionellerweise waren Pflege und Betreuung von geistig behinderten Menschen lange Zeit ausschließlich den Frauen überlassen. Ihre Qualifikation bestand aus ihnen zugeschriebenen Eigenschaften wie Mütterlichkeit, Warmherzigkeit und Selbstlosigkeit (Schmidt, 1993, S. 91). „Helfen, das ist das Lebensleitmotiv der echten Wohlfahrtspflegerin. Es ist der Mutterinstinkt, die Muttersehnsucht, die Mutterkraft, die zum Werke drängen. In der sozialen Fürsorge hat die Frau ihr urtümliches Arbeitsfeld gefunden...“ (Schmidbauer, 1994, S. 13).

Diese damals und, wie man sieht, auch noch heute zum Teil vertretene Ansicht, dass Betreuung von geistig behinderten Menschen keine speziellen Vorkenntnisse braucht, daher also von jedermann/frau ausgeübt werden kann, führte zu einem geringen Ansehen des Berufsfeldes und einer nachhaltigen Vernachlässigung der Professionalisierung (Bensch & Klicpera, 2003).

Erst einschneidende Entwicklungen wie die Psychiatriereform, das Normalisierungsprinzip sowie die Gemeinwesenintegration – und damit veränderte Anforderungen an die bisher in diesem Bereich Tätigen – machten es auch tatsächlich notwendig, die Qualifikation des Betreuungspersonals zu überdenken und zu verbessern. Neben den nach wie vor zu verrichtenden pflegerischen, hauswirtschaftlichen, organisatorischen und administrativen Tätigkeiten, werden nun vor allem die pädagogische Förderung, eine sinnvolle Freizeitgestaltung, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und den Eltern oder sonstigen Familienangehörigen von behinderten Menschen zu den Aufgaben der Betreuer gerechnet (Schmidt, 1993, S. 105). Daraus folgt: „Sie müssen nicht nur pädagogisch ausgebildet sein, sondern auch über Spezialwissen über die Pflege schwerbehinderter Menschen, den Umgang mit problematischem Verhalten sowie über Grundbegriffe von Psychologie und Psychotherapie verfügen“ (Bensch & Klicpera, 2003, S. 142).

Lange Zeit war es aber trotz guten Willens mancher Institutionen gar nicht möglich, qualifiziertes Personal einzustellen, weil die entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten fehlten. Viele größere Einrichtungen halfen sich über dieses Manko

hinweg, indem sie selbst unausgebildete Mitarbeiter in Schnellkursen nachschul-ten. Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe (LHB). Die Lehrgänge können sowohl berufsbegleitend als auch als ganztägige Schulform absolviert werden (siehe Kapitel 7.2.). Neuere Untersuchungsergebnisse im deutschsprachigen Raum (vgl. Bensch & Klicpera, 2003, 144 f.) weisen allerdings noch immer auf einen hohen Prozentsatz an unausgebildeten Mitarbeitern in der Praxis hin. Es besteht, wie Bensch & Klicpera (2003) schreiben, die Gefahr, „... dass die Sichtweise von MitarbeiterInnen ohne Ausbildung nicht einem neuen Verständnis von Behinderung entspricht, sie Behinderung als alles bestimmendes Merkmal sehen und daraus ein Umgang folgt, der eher bewahrend, pflegend und normalisierungsfern ist“ (S. 145).

Diese Problematik sieht auch das Bundesforum der Berufsverbände in der Behindertenarbeit und betont, dass es in der Ausbildung zu Fachkräften in der Behindertenarbeit nicht nur um den Erwerb von Wissen und Können geht, sondern auch um „Haltung und Grundwerte“ (2003, S. 6). Im Sinne einer Professionalisierung des Bereichs erstellte eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von Trägerorganisationen, Behindertenverbänden, Absolventen und Direktoren von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe sowie behinderten Menschen ein Kompetenzpapier als Grundlage für die im Bereich der Behindertenarbeit erforderlichen Fähigkeiten (Sachkompetenz, organisatorische Kompetenz, persönliche und soziale Kompetenz). Dieses Papier soll in weiterer Folge als Basis für die Entwicklung eines österreichweiten Berufsbildes dienen und zugleich die Grundlage für das angestrebte Bundesgesetz zur Anerkennung des Berufes der Diplomierten Behindertenpädagogen und Behindertenbetreuer darstellen. Das Bundesforum der Berufsverbände in der Behindertenarbeit legte das Konzept den zuständigen Bundesministerien, den Behindertensprechern der Parlamentsfraktionen und den Soziallandesräten vor. In einem Begleitschreiben wurde besonders darauf hingewiesen, dass entsprechende Regelungen nicht vorliegen, aber aus Gründen der Qualitätssicherung dringend erforderlich wären. (Aigner, 2001, S. 14, im Internet unter [www.behindertenarbeit.at](http://www.behindertenarbeit.at)). Im Laufe des Jahres 2002 haben sich die Länder und der Bund über ein Modell für die modulare und stufenweise Ausbildung der Ange-

hörigen in den Sozialberufen verständigt und einen Entwurf für Sozialbetreuungs-Berufe-Gesetze vorgelegt. Danach soll die Ausbildung zum Sozialfachbetreuer in vier Spezialisierungen erfolgen können:

- Altenarbeit,
- Behindertenarbeit,
- Familienarbeit,
- Integrationspädagogik.

Sozialfachbetreuer der ersten drei Spezialisierungen verfügen auch über die Qualifikation als Pflegerhelfer nach dem GuKG. Die speziellen Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialfachbetreuer sind - den Schwerpunkten entsprechend - ausführlich beschrieben.

Zur Mitarbeit während der Begutachtungsphase waren auch der Berufsverband der BehindertenbetreuerInnen und das Bundesforum der Berufsverbände in der Behindertenarbeit eingeladen (Philip König, 2003; [www.behindertenarbeit.at](http://www.behindertenarbeit.at) ). Es bleibt zu hoffen, dass die - hoffentlich bald beschlussreifen - neuen Sozialbetreuungs-Berufe-Gesetze möglichst alle in sie gesetzten Erwartungen erfüllen.

## **7.2. Ausbildung zum Diplomierten Behindertenpädagogen bzw. Behindertenbetreuer**

Die Ausbildung zum Diplomierten Behindertenpädagogen bzw. Behindertenbetreuer findet derzeit an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe statt. Anhand einer Ausbildungsstätte in Wien soll das aktuelle Angebot skizziert werden.



### 7.2.1. Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Caritas Wien (2003)

#### Behindertenbetreuer

Die Ausbildung zum Behindertenbetreuer (das *Basismodul*) ist eine berufsbegleitende Basisausbildung für Personen, die bereits in einer Einrichtung der Behindertenhilfe tätig sind. Ausgehend von den praktischen Erfahrungen der Teilnehmer werden Fähigkeiten und Kenntnisse mit Hilfe fachkompetenter Lehrer und Referenten weiterentwickelt. Das Basismodul wird in zwei Formen – Tagesform oder Blockform – angeboten, die sich nur hinsichtlich der organisatorischen Gestaltung, nicht aber durch Dauer, Inhalte oder Ausbildungsabschluss unterscheiden. Die Absolventen erhalten nach drei Semestern ein staatlich anerkanntes Zeugnis mit dem Abschluss als Behindertenbetreuer. Ein positiv absolviertes Basismodul berechtigt zur Aufnahme in ein Diplommodul, das aus dem zweiten und dritten Ausbildungsjahr der Diplomausbildung in Berufstätigenform besteht.

Die Aufnahmevoraussetzungen sind:

- Abschluss einer mittleren oder höheren Schule oder Berufsausbildung,
- Vollendung des 19. Lebensjahres,
- Tätigkeit in einer Einrichtung der Behindertenhilfe seit mindestens zwei Monaten,
- Zustimmung des Dienstgebers zum Lehrgangsbesuch bzw. Zusicherung eines Praktikumsplatzes von mindestens 20 Stunden pro Woche,
- Aufnahmegespräch.

Unterrichtsinhalte sind: Berufsethik/Religion, Sprachlich-schriftliches Arbeiten, Politische Bildung und Recht, Methodik der Behindertenarbeit, Pädagogik und Heilpädagogik, Psychologie, Soziologie, Medizinische Grundlagen, Psychopathologie, Elementare Pflege, Haushaltsökonomie und –organisation, Spezielle Berufskunde, Soziale Gruppenarbeit, Musisch-kreativer Ausdruck, Bewegungserziehung sowie Psychohygiene und Supervision.

## Diplomierter Behindertenpädagoge

Die Ausbildung zum diplomierten Behindertenpädagogen ist eine umfassende Fachausbildung für die Betreuung und Begleitung behinderter Menschen. Sie wird von der LHB der Caritas Wien in Vollform und Berufstätigenform angeboten und dauert drei Jahre. Die Absolventen schließen ihre Ausbildung mit einer schriftlichen Diplomarbeit und einer kommissionellen Diplomprüfung ab.

Die Aufnahmevoraussetzungen sind:

- Abschluss einer höheren Schule oder dreijährigen Fachschule oder einer Berufsausbildung,
- 18 Jahre (Vollform) bzw. 19 Jahre (Berufstätigenform),
- dreiwöchiges Vorpraktikum (Vollform) bzw. zwei Monate Praxiserfahrung als Praktikant oder Angestellter (Berufstätigenform),
- Aufnahmeseminar.

Im Vergleich zu den Behindertenbetreuern erweitern sich die Unterrichtsinhalte um Ökonomie und Ökologie, Gerontologie, Ernährungs- und Diätkunde, Einführung in Therapieformen sowie Instrumentalmusik.

### **7.3. Besondere Belastungen der Behindertenbetreuer**

Die Betreuung von behinderten Menschen bringt eine Reihe von Belastungsfaktoren für alle in diesem Bereich Tätigen mit sich. Bensch & Klicpera (2003, S. 156 ff.) bewerten folgende Aspekte als die größten Erschwernisse in der Betreuungsarbeit:

#### *1. Hohe Verantwortung*

In einer Untersuchung aus Südtirol gaben 69% der befragten Betreuer an, sich durch die ihnen übertragene Verantwortung für ihre Klienten manchmal überfordert zu fühlen (Klicpera, Gasteiger-Klicpera & Innerhofer, 1995, zitiert nach Bensch & Klicpera, 2003, S. 156).

## *2. Unklare Anforderungen – geringe Beratung und Anleitung in der Arbeit*

Die Vielfältigkeit der Aufgaben, die Betreuer übernehmen müssen, und unklare oder gar fehlende Tätigkeitsbeschreibungen durch den Dienstgeber führen in vielen Fällen zu einer Verunsicherung und damit zu einer zusätzlichen Belastung der Mitarbeiter. Supervision ist zwar im sozialen Bereich mittlerweile weit verbreitet, aber in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen noch nicht selbstverständlich.

## *3. Stigmatisierung durch die betreute Klientengruppe und geringe gesellschaftliche Anerkennung der Betreuungsarbeit*

Die Stigmatisierung und Ausgrenzung, der Menschen mit Behinderung – wie bereits ausführlich besprochen – ausgesetzt sind, färbt auch auf die betreuenden Personen ab. In der Bevölkerung wird Betreuungsarbeit noch immer mit Pflege und Verwahrung gleichgesetzt, über die tatsächlichen Tätigkeiten ist wenig bekannt. Die daraus resultierende und auch historisch begründete geringe Wertschätzung dieser Berufsgruppe schlägt sich vielfach – als gleichermaßen unangenehmer wie gravierender Nebeneffekt – in einer adäquaten, also geringen Entlohnung von Behindertenbetreuern nieder.

## *4. Geringe Erfolgserlebnisse*

Bei Menschen mit Behinderungen verlaufen Entwicklungen in vielen Fällen nur sehr langsam. Betreuer sind oft versucht, nach Rückschlägen oder vergeblichen Bemühungen an der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit bzw. ihren eigenen Kompetenzen zu zweifeln, was wiederum die Belastung deutlich verstärkt. Aufgrund erschwerender Rahmenbedingungen ( z. B. der Personalschlüssel ) bleibt den Betreuern in der Alltagsroutine zu wenig Zeit für andere Aufgaben, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit für wichtig halten.

## *5. Unregelmäßige Arbeitszeiten*

Betreuung im Turnusdienst, wie er gerade im Wohnhaus- und Wohngemeinschaftsbereich üblich ist, kann sich auf das Privatleben in Bezug auf Kinder, Partnerschaft und soziale Kontakte negativ auswirken.

## 6. *Fehlende Ausbildung*

Wie bereits besprochen (vgl. Kap. 7.1.) verfügen viele der in diesem Bereich tätigen Mitarbeiter über keine einschlägige Ausbildung. Die Folgen dieser mangelnden Professionalität sind unter Umständen Verunsicherung und Überforderung der Betreuer, da sie oft sehr schwierigen Aufgaben und Entscheidungen gegenüber stehen.

Andauernde Belastungen in helfenden Berufen können im Burnoutphänomen münden: „Das ‘Ausbrennen’ ist ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Entpersönlichung und reduzierter eigener Erfüllung im Beruf, das bei Personen auftreten kann, die bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit mit anderen Menschen arbeiten“ (Maslach, 1985, S. 250). Spezifische Auswirkungen des Burnout auf die Einstellungen der Betreuer beschreibt Maslach (1985, S. 256) so: Der Helfer wird vor allem dann negative oder sogar „menschenverachtende“ Einstellungen zu seinen Klienten entwickeln, „wenn sein Kontakt zu ihnen besonders aufreibend, deprimierend oder schwierig ist“. Oder noch dramatischer: „Unter diesen Bedingungen fühlt sich der Helfer hilflos – hilflos, etwas im Griff zu haben, zu ändern, zu heilen. Frustration und Zorn, die durch diese Art Hilflosigkeit erzeugt werden, können sich in Gehässigkeit oder Abneigung äußern“ (Maslach, ebenda).

Auszubrennen ist grundsätzlich eine Gefahr bei jeder klientenbezogenen Tätigkeit und kann zu einem Qualitätsverlust der angebotenen sozialen Dienstleistung führen. Es scheint auch eine Rolle bei Arbeitsunzufriedenheit, Absentismus und beruflicher Fluktuation zu spielen (Maslach, 1985, S. 251).

Entscheidende Schritte bei der Prävention eines Burnoutsyndroms können von den Institutionen gesetzt werden. Durch regelmäßige Supervision und Weiterbildungsmaßnahmen haben sie die Möglichkeit, unterstützende Rahmenbedingungen zu schaffen, um das Ausbrennen ihrer Mitarbeiter zu verhindern (Bensch & Klicpera, 2003). Darüber hinaus wäre wohl auch eine gesellschaftliche Anerkennung der Arbeit, die Betreuer von behinderten Menschen leisten, wünschenswert – nicht zuletzt durch entsprechende Entlohnung.

#### **7.4. Rollenbilder der Betreuer**

Die Art und Weise, wie sich Betreuer gegenüber ihren Klienten verhalten und welche Rollen sie einnehmen, wird nicht nur wesentlich durch das Betreuungskonzept der Institution bestimmt, sondern auch durch die Persönlichkeit des Betreuers. Landesman-Dwyer & Knowles (1987, zitiert nach Bensch & Klicpera, 2003, S: 162) unterteilen arbeitsrelevante Eigenschaften von Betreuern in vier Gruppen:

1. Demographische wie Alter, Geschlecht etc., der persönliche Hintergrund, die bisherigen Erfahrungen und Ausbildung,
2. Einstellungen wie Wertsystem, Überzeugung, Motivation und persönliche Vorlieben,
3. Wissen über geistige Behinderung und Informationen, die für die Arbeitsaufgaben relevant sind,
4. Verhalten, das Repertoire von Fertigkeiten und Fähigkeiten, das in der Arbeitssituation angewandt werden kann.

Je nach Anforderung oder Beanspruchung durch die von ihnen betreuten Personen müssen Betreuer viele verschiedenen Rollen oder Funktionen übernehmen und ausfüllen, von denen nur einige beispielhaft angeführt werden sollen: Sie sind Lehrer oder Erzieher bei fördernden Maßnahmen, Freund oder Elternersatz bei persönlichen Problemen; gilt es, die Interessen ihrer Klienten gegenüber Dritten zu vertreten, fungieren sie als Anwälte; sie regen als Freizeitanimatoren zu Aktivitäten an und unterstützen die Klienten, wo sie Hilfe benötigen, als persönliche Assistenten (Bensch & Klicpera, 2003).

Behindertenbetreuer messen den von ihnen erfüllten Rollen unterschiedliche Bedeutung bei. Der Grad der Identifikation mit den einzelnen Rollen hängt unter anderem von der erworbenen Ausbildung und Berufserfahrung ab. In Einrichtungen mit hohem Anteil an ausgebildeten Mitarbeitern wird der Rolle „Persönlicher Assistent“ große Bedeutung zugeschrieben. Je länger Betreuer in ihrem Beruf arbeiten, desto mehr sehen sie sich in einer pädagogisch-erzieherischen Rolle: Mitarbeiter,

denen es wichtig ist, „Elternersatz“ zu sein, haben signifikant mehr Berufserfahrung als jene, die dieser Rolle keine oder wenig Bedeutung geben (Bensch & Klicpera, 2003, S. 164).

Es gibt nicht viele Berufe, die auch oder gerade besonders stark engagierte Professionisten vor oft gegensätzliche Herausforderungen stellen, sie fast zwingend der Gefahr aussetzen, zum Opfer der eigenen Motivation zu werden und so das eigentliche Berufsziel zu verfehlen. Der Beruf eines Behindertenbetreuers ist einer von ihnen. Lempp hat das im letzten Satz des unter Kapitel 7. angeführten Zitats sehr deutlich zum Ausdruck gebracht: „ So könnte es sein, daß zumindest ein Teil der Motivation zur Mitarbeit und zur Hilfe bei Behinderten und Kranken deren Integration in die Gesellschaft erschwert und behindert, zumindest nicht fördert“ (1985). Angesichts der Größe dieser Herausforderung und ihrer sozialen Relevanz wäre zu wünschen, dass die unter Kapitel 7.1. angeführte Initiative bald zu konkreten Ergebnissen führt.

## **Empirischer Teil**

---

## 8. Fragestellungen

---

### 8.1. Einleitung

Einstellungen von professionellen Helfern (Mediziner, Pädagogen, Betreuer u.a.) zu geistig behinderten Menschen sind unter dem Aspekt des häufigen und intensiven Kontaktes von speziellem Interesse für die einschlägige Forschung. So wissen wir etwa aus Arbeiten über die im medizinischen Bereich Tätigen, dass sich deren Einstellung kaum von jener der Gesamtbevölkerung unterscheidet (Riedel et. al., 2000). Studien über Professionisten im pädagogischen Bereich zeigen das gesamte Spektrum an Einstellungen von positiv über neutral bis negativ. Professionisten im sozialen Bereich, wie Behindertenbetreuer in Werkstätten, haben die vergleichsweise günstigste Einstellung (Cloerkes, 2001). Zurückzuführen sind diese unterschiedlichen Ergebnisse auf eine Vielzahl von Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Berufssparte, Berufserfahrung und berufliche Position (Geskie & Salasek, 1988). Generell kann jedoch festgestellt werden: Beruflicher Kontakt ist keineswegs ein Garant für günstigere Einstellungen zu geistig behinderten Menschen. Auch professionelle Helfer sind nicht frei von Vorurteilen (Cloerkes, 1994).

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Einstellung von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe zu geistig behinderten Menschen. Dabei soll der Versuch unternommen werden, auf Basis der Forschungsliteratur einstellungsrelevante Determinanten zu identifizieren.

Von Interesse ist außerdem die Arbeitssituation der Behindertenbetreuer beziehungsweise die zukünftige (erwartete) Arbeitssituation der Studenten und ihr Einfluss auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Daraus ergeben sich auch einige zusätzliche Vergleichsmöglichkeiten zwischen Betreuern und Studenten, die unter Umständen Rückschlüsse auf berufliche Sozialisationsprozesse zulassen.



Im folgenden Abschnitt werden jene Fragestellungen formuliert, die das Hauptanliegen dieser Untersuchung waren.

## **8.2. Vergleich der Einstellungen von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe unter Berücksichtigung von Determinanten der Einstellung**

### **Fragestellung 1**

Gibt es Unterschiede zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe hinsichtlich der Einstellung zu geistig behinderten Menschen und ist diese in weiterer Folge abhängig von Wissen über Behinderung und behinderte Menschen sowie von soziodemographischen Daten wie Alter und Geschlecht?

Generell kann man davon ausgehen, dass Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe aufgrund ihrer Berufs- beziehungsweise Ausbildungswahl ein großes persönliches Interesse am Wohl geistig behinderter Menschen haben. Ein Vergleich dieser beiden Stichproben scheint jedoch reizvoll, weil die Betreuung geistig behinderter Menschen – wie im Kapitel 7. 3. ausführlich beschrieben – eine Reihe von Belastungsfaktoren mit sich bringt. Diese wirken sich unter Umständen gravierend auf die Motivation und in weiterer Folge auf die Einstellung zur betreuten Klientel aus. Es ist daher zu erwarten, dass Studenten, die noch unbelastet sind, eine bessere Einstellung haben als Betreuer.

Bei den Professionisten wird allgemein neben dem Kontakt mit behinderten Menschen auch ausreichendes fachliches Wissen über den Gegenstand ihrer beruflichen Tätigkeit angenommen. Beides soll zu günstigeren Einstellungen beitragen. Tatsächlich wurden – was die Variable Wissen betrifft – auch gegenteilige Resultate gefunden (Cloerkes, 1979, S. 192 ff.; vgl. auch Kap. 6.2.5.). Während die Erhebung von Wissen in den bislang durchgeführten Studien relativ uneinheitlich erfolgte, wird in der vorliegenden Untersuchung der Versuch unternommen, mittels

eines neu entwickelten Wissenstests den Zusammenhang zwischen Wissen und Einstellung zu überprüfen.

Die Variablen Geschlecht und Alter scheinen nachweisbar im Zusammenhang mit der Einstellung zu stehen. Bei Frauen wurde in den meisten Fällen eine positivere Einstellung zu behinderten Menschen gemessen als bei Männern (Cloerkes, 1979, S. 203 ff.; Schabmann & Kreuz, 1999; Harasymiw et. al., 1978). Jüngere Personen sind etwas positiver eingestellt als ältere (Cloerkes, 1979, S. 194 ff.). Es wird erwartet, dass ein Einfluss dieser soziodemographischen Variablen auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen auch durch die vorliegende Untersuchung bestätigt wird.

#### **Fragestellung 1.1.**

Unterscheiden sich Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe hinsichtlich des Wissens über geistige Behinderung und geistig behinderte Menschen?

Mit Hilfe des neu entwickelten Wissenstests ist es möglich, den Wissensstand der beiden Stichproben miteinander zu vergleichen. Die Vermutung, dass Betreuer aufgrund ihrer einschlägigen Berufserfahrungen über ein höheres Wissen als Studenten verfügen, ist nahe liegend und soll hier überprüft werden.

### **8.3. Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Behindertenbetreuer**

#### **Fragestellung 2**

Welchen Einfluss haben Variablen aus dem Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen?

Seit einigen Jahren wächst in Wissenschaft und Forschung das Interesse an der Arbeitssituation von Behindertenbetreuern. Studien zu diesem Thema zielen in erster Linie auf eine Verringerung der hohen Fluktuations- bzw. Fehlquote unter den Mitarbeitern im Bereich der Betreuung geistig behinderter Menschen. Häufig werden unter diesem Aspekt Arbeitszufriedenheit, Burnout, Belastungsmomente oder Stressfaktoren untersucht. Einstellungsuntersuchungen bei Betreuern geistig behinderter Menschen – vor allem unter Berücksichtigung der Arbeitssituation – sind allerdings eher selten zu finden. Es gibt aber Hinweise, wonach Einstellungen zu Klienten stark von den jeweiligen Einrichtungen als dem zugehörigen sozialen Umfeld beeinflusst werden (Fabian, 1996, S. 61 f.).

In der vorliegenden Untersuchung wird der Versuch unternommen, auf Basis eines neu entwickelten Fragebogens jene Variablen der Arbeitssituation von Behindertenbetreuern zu identifizieren, die einen Einfluss auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen haben.

#### **8.4. Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit Kontakt vor Beginn der Ausbildung und zukünftiger (erwarteter) Arbeitssituation der Studenten**

##### **Fragestellung 3**

Welchen Einfluss haben Variablen aus dem Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe sowie der Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung auf die Einstellung?

Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe erhalten durch Ausbildung und inkludierte Praktika ein Bild von ihrem zukünftigen Beruf. Auf Basis eines ebenfalls neu entwickelten Fragebogens zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation soll hier nach Variablen geforscht werden, die möglicherweise in nachweisbarem Zusammenhang mit der gezeigten Einstellung stehen.

Professionelle Kontakte zu geistig behinderten Menschen finden selten unter den von Cloerkes (2001, S. 115) postulierten günstigen Rahmenbedingungen statt: Es fehlen die relative Statusgleichheit und die Freiwilligkeit. Umso interessanter scheint der Kontakt von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung. Ein Zusammenhang zwischen erhobener Kontakthäufigkeit, Kontaktintensität, der Art des Kontaktes und der Einstellung zu geistig behinderten Menschen wird im Hinblick auf bisherige Forschungsergebnisse (Yuker, 1988, S. 262) erwartet.

#### **8.5. Vergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich Gewichtung der Förderbereiche und Erwartungen an die Umwelt**

##### **Fragestellung 4**

Sind für Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe unterschiedliche Förderbereiche in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen wichtig und gibt es in weiterer Folge auch unterschiedliche Ansprüche an die Unterstützung aus der Umwelt in diesen Bereichen?

Laut einer Wiener Befragung von Behindertenbetreuern (Bensch & Klicpera, 2003, S. 162 ff.) wurde von einem Großteil die Förderung ihrer Klienten als bestimmendes Anliegen genannt. Die Schwerpunkte, die Betreuer in ihrer Fördertätigkeit setzen, hängen jedoch nicht nur von der guten Absicht, sondern auch von ihrer Persönlichkeit, dem Berufsbild und ihren beruflichen Erfahrungen ab. Wie bereits im Kapitel 7.3. besprochen, gehören fehlende Erfolgserlebnisse – speziell auch in den Förderbereichen – zu den besonderen Belastungsfaktoren der Tätigkeit als Behindertenbetreuer. Aus diesem Grund sind bei der Gewichtung verschiedener Förderbereiche Unterschiede zwischen Betreuern und – durch negative Erlebnisse nicht vorbelastete – Studenten zu erwarten.

Ähnliches gilt auch für die Erwartungen an verschiedene Personen aus der Umwelt des Klienten – etwa Eltern, Sachwalter und andere Betreuer, die bei bestimmten Fördermaßnahmen unterstützend tätig werden sollen. Es ist anzunehmen, dass die befragten Betreuer aufgrund ihrer Berufs- und Lebenserfahrung andere Ansprüche haben als Studenten. Daten vergleichbarer empirischer Untersuchungen zu diesem Thema liegen jedoch nicht vor.

#### **8.6. Vergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich ihres Rollenverständnisses**

##### **Fragestellung 5**

Unterscheiden sich Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe in ihrem Rollenverständnis?

Betreuer müssen – je nach Anforderung – viele verschiedene Rollen den von ihnen betreuten Personen gegenüber einnehmen (vgl. Kapitel 7.4.). Die Bedeutung, die sie den einzelnen Rollen beimessen, d. h. der Grad der Identifikation mit der Rolle, hängt von der erworbenen Ausbildung und Berufserfahrung ab (Bensch & Klicpera, 2003, S. 164). Die Vermutung, dass sich Betreuer und Studenten in ihrem Rollenverständnis unterscheiden, ist daher nahe liegend und soll in dieser Studie überprüft werden.

## 9. Erhebungsmethoden

---

### 9.1. Untersuchungsinstrumente

9.1.1. Das MRAI-R (Mental Retardation Attitude Inventory – Revision) von Richard F. Antonak & Robert M. Harth (1994)

#### 9.1.1.1. *Entwicklung des MRAI-R*

Das „Mental Retardation Attitude Inventory-R“ von Antonak & Harth (1994) ist eine Revision des 1974 von Harth entwickelten MRAI – eines Untersuchungsinstrumentes zur Erfassung von Einstellungen zu geistig behinderten Menschen. In der ursprünglichen Skala verwendete Harth (1974) Items aus dem „Woodmansee and Cook multidimensional inventory to measure attitudes toward Negroes“ (1967). Er übernahm fünf der zehn Subskalen von Woodmansee & Cook, wobei in jedem der zehn Items einer Subskala das Wort „Negro“ durch den Begriff „retarded“ ersetzt wurde. In bestimmten Fällen mussten auch Teile der Originalitems für eine Anpassung an die Situation geistig behinderter Menschen umformuliert werden. Zur Beurteilung ihrer Qualität und der Eignung für die jeweilige Subskala, der sie zugeordnet waren, wurden die Items sechs Experten aus dem Sonderschulbereich vorgelegt. Die ursprünglichen Skalen von Harth heißen: „Integration-Segregation“, „Overfavorableness“, „Social Distance“, „Private Rights“ und „Subtle Derogatory Beliefs“ (Antonak & Harth, 1994). Um Antworttendenzen zu vermeiden, wurde eine Hälfte der Items positiv formuliert, die andere Hälfte negativ.

Probanden werden gebeten, den Grad ihrer Übereinstimmung mit den einzelnen Feststellungen (Items) auf einer vierstufigen Skala („stimme stark zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme überhaupt nicht zu“) anzugeben. Es gibt keine neutrale Antwortkategorie.

Überprüfungen des MRAI ergaben, dass zwar die Skalenentwicklung und die Reliabilität des Instruments ausreichend waren, jedoch nicht die Validität. So gingen Antonak und Harth daran, mit einer Revision des MRAI eine multidimensionale Skala zur Messung der Einstellungen gegenüber geistig behinderten Menschen zu entwickeln, die zeitgemäß, leicht anwendbar und psychometrisch gültig ist (1994, S. 273).

Das MRAI-R besteht nunmehr aus vier Subskalen – „Integration-Segregation“, „Social Distance“, „Subtle Derogatory Beliefs“, „Private Rights“ – und 29 (statt bisher 50) Items. Die Subskala „Overfavorableness“, die keine Komponente der Einstellung zu geistig behinderten Menschen erfasst, wurde weggelassen (Antonak & Harth, 1994).

Die messtheoretischen Eigenschaften des MRAI-R können als zufrieden stellend beurteilt werden. Die Skalen sind reliabel, konsistent und spezifisch. Faktorenanalysen bestärkten die multidimensionale Struktur des Inventars und die Unabhängigkeit der vier Skalen. Diese können als Messinstrument für vier Komponenten der Einstellung zu geistig behinderten Menschen angesehen werden. Eine genauere Beschreibung der psychometrischen Kriterien des MRAI-R geben Antonak & Harth in ihrem Artikel „Psychometric Analysis and Revision of the Mental Retardation Attitude Inventory“ (1994).

#### *9.1.1.2. Die deutschsprachige Version des MRAI-R (MRAI-d)*

Das MRAI-R wurde für den deutschen Sprachraum übersetzt und in einer Voruntersuchung an einer Stichprobe von 500 Personen aus der Gesamtbevölkerung getestet (Schabmann & Ortner, 1995). Im Rahmen einer Überarbeitung der deutschsprachigen Version (MRAI-d) auf Basis erster Analysen konnten vor allem Unklarheiten einzelner Formulierungen beseitigt werden. Die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des MRAI-d erfolgte anhand einer Gesamtstichprobe von N=1036 Versuchspersonen durch Kreuz (2000). Insgesamt zeigt die

deutschsprachige Version der Gesamtskala mit  $\alpha=,88$  (MRAI-R: $\alpha=,91$ ) eine ähnlich hohe interne Konsistenz wie das Original. Eine Überprüfung der faktoriellen Struktur des MRAI-d mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse durch Kreuz (2000) brachte im Vergleich zur englischen Originalversion des MRAI-R ebenfalls zufrieden stellende Ergebnisse.

Die deutschsprachige Version besteht wie das Original aus 29 Items, die den im Folgenden beschriebenen vier Subskalen zugeordnet werden.

#### *„Integration-Segregation“ (INSE)*

Die Subskala (7 Items) bezieht sich auf die Meinung von Probanden bezüglich der Integration von geistig behinderten Menschen – etwa von Kindern in reguläre Schulklassen oder von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in die Arbeitswelt.

Ein Beispiel: „Die Integration von geistig behinderten Menschen am Arbeitsplatz brächte für beide Seiten einen Vorteil“.

Diese Skala hat eine Reliabilität von  $\alpha=,80$  (MRAI-R:  $\alpha=,81$ ) (Kreuz, 2000).

#### *„Soziale Distanz“ (SDIS)*

Diese Subskala (8 Items) thematisiert die soziale Distanz zu Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Items repräsentieren Situationen, die einen bestimmten Grad an Nähe zu geistig behinderten Menschen erfordern.

Ein Beispiel: „Ich habe nichts dagegen, einen Film oder ein Theaterstück in Gesellschaft geistig Behinderter zu besuchen.“



Die Skala SDIS hat eine Reliabilität von  $\alpha=,79$  (MRAI-R:  $\alpha=,82$ ) (Kreuz, 2000).

#### *„Subtile Abwertung“ (SUAB)*

Diese Skala (7 Items) beschreibt subtil abwertende Ansichten über Menschen mit geistiger Behinderung.

Ein Beispiel: „Menschen, die geistig behindert sind, können sich noch nicht in dem Ausmaß kontrollieren, das zu einer sozialen Gleichstellung mit geistig nicht behinderten Menschen gehört.“

Die Skala SUAB hat eine Reliabilität von  $\alpha=,71$  (MRAI-R:  $\alpha=,73$ ) (Kreuz, 2000).

#### *„Private Rechte“ (PRRT)*

Die „Private Rechte“-Skala (7 Items) behandelt die (privat)rechtliche beziehungsweise gesetzliche Seite im Umgang mit geistig behinderten Menschen.

Ein Beispiel: „Ohne Rücksicht auf die eigenen Ansichten sollte der/die DirektorIn eines privaten Kindergartens verpflichtet sein, geistig behinderte Kinder aufzunehmen.“

Die Skala PRRT hat eine Reliabilität von  $\alpha=,60$  (MRAI-R:  $\alpha=,76$ ) (Kreuz, 2000).

Probanden werden wie in der amerikanischen Originalversion gebeten, den Grad ihrer Übereinstimmung mit den einzelnen Feststellungen auf einer vierstufigen Skala anzugeben: „stimme stark zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ oder „stimme überhaupt nicht zu“. Um Antworttendenzen zu vermeiden, ist eine Hälfte der Items positiv formuliert. Eine Zustimmung bedeutet in diesem Fall eine günstige Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Die andere Hälfte ist nega-

tiv formuliert. Hier lässt sich von einer Ablehnung der Feststellung auf eine positive Einstellung schließen.

Bei der Auswertung des MRAI-d werden den vier Antwortalternativen Punkte von 1 bis 4 zugeordnet, wobei 4 die größte Zustimmung repräsentiert. Je höher also der erzielte Wert ist, desto positiver ist die Einstellung zu geistig behinderten Menschen.

#### 9.1.1.3. *Die Weiterentwicklung der PRRT-Skala*

Die Skala PRRT fällt mit  $\alpha=,60$  (MRAI-R:  $\alpha=,76$ ) deutlich gegenüber der amerikanischen Version ab. Diese Beobachtung wurde schon während der Pilotierung (Schabmann & Ortner, 1995) gemacht. Auch eine Vereinfachung der Formulierungen in weiteren Studien (Schabmann & Kreuz, 1999) brachte keine Verbesserung. Für die vorliegende Untersuchung wurden unter Berücksichtigung der (privat)rechtlichen Verhältnisse im deutschsprachigen Raum zu den ursprünglichen sieben Items acht neue formuliert.

Ein Beispiel: „Hotelbesitzer sollten das Recht haben, geistig behinderte Menschen als Gäste abzuweisen.“

Die psychometrische Überprüfung der erweiterten Subskala PRRT erfolgte durch Kreuz (2000). Dabei wurde aus der Faktorenanalyse ersichtlich, dass gewisse Items zu geringe Ladungen haben, um in eine Skalenbildung mit einbezogen zu werden. Jene Items, die für eine Skala in Frage kommen, zeigen auch akzeptable Trennschärfen. Das Cronbachs  $\alpha$  für die erweiterte Subskala PRRT ist mit 0,8211 hoch und spricht dafür, dass die neuen Items zu einer Verbesserung der Skala beitragen. Jedoch bedarf es noch einer zusätzlichen Überprüfung der neuen Skala, weshalb in der vorliegenden Untersuchung mit den ursprünglichen sieben Items gerechnet wird.

## 9.2. Wissenstest

Um das Wissen über geistige Behinderung beziehungsweise über Menschen mit geistiger Behinderung zu erheben, wurde gemeinsam mit Zebinger (2003) und Kreuz (2000) ein Test entwickelt, der Fragen aus verschiedenen Bereichen, die im Zusammenhang mit geistiger Behinderung stehen, beinhaltet. Diese Bereiche betreffen Sonder- und Heilpädagogik, Medizin, Psychiatrie, Psychologie, und Recht – speziell Arbeitsrecht (siehe Anhang).

Für die Entwicklung des Wissenstests wurde eine sehr umfangreiche erste Itemsammlung zunächst einer kritischen Überprüfung unterzogen. Dabei wurden unklare und schlecht formulierte Items überarbeitet und redundante eliminiert. Die daraus resultierenden 58 Items wurden den Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe während der Untersuchung vorgelegt. Für die Auswertung wurden die 58 Items wegen unterschiedlicher Antwortformate – neben offen formulierten Fragen auch solche im Multiple-Choice-Format – zunächst dichotomisiert. Dabei wurde ein Punkt vergeben, wenn

- bei drei möglichen Antworten mindestens zwei richtig waren,
- bei zwei möglichen Antworten mindestens eine richtig war,
- und bei einer möglichen Antwort eben diese richtig war.

Null Punkte wurden in allen anderen Fällen vergeben.

Die dichotomisierten Items wurden anschließend von Kreuz (2000) einer Item-, Skalen- und Faktorenanalyse unterzogen. Items, deren Trennschärfe kleiner als 0,2 war, schieden dabei aus. Die verbleibenden 36 Items des Wissenstests dienen in der vorliegenden Arbeit der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Wissen und Einstellung. Das Cronbachs  $\alpha$  für den Test ist mit einem Wert von 0,8289 hoch und erscheint akzeptabel. Es muss aber auf die beachtliche Testlänge hingewiesen werden, was verbesserte Reliabilitätswerte bedingen kann. Die Itemtrennschärfen sind insgesamt sehr niedrig. Aus der Faktorenanalyse erhaltene Ladungen der 36 Items sind sehr gering. Der Generalfaktor erklärt lediglich 15,11% der Gesamtvarianz des Fragebogens. Die Verteilung der Prozentwerte

der korrekten Antworten für die 36 Items scheint in Summe akzeptabel (zwischen 10 und 90%). Der Test diskriminiert zwischen schwierigen und leichten Items. Demnach sind die Itemschwierigkeiten angemessen. Insgesamt scheint jedoch die erste testtheoretische Überprüfung des Wissenstests durch Kreuz (2000, S. 166 ff.) im Hinblick auf die psychometrischen Kriterien wenig zufrieden stellend. Eine weitere Überarbeitung des Tests ist daher notwendig.

Die vorliegende Arbeit verwendet im Interesse einer klaren Unterscheidung des Informationsgrades der Probanden über geistige Behinderung die Einteilung in niedriges, mittleres und hohes Wissen, entsprechend den Prozenträngen 33 und 66.

### **9.3. Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer**

In Anlehnung an einen Interviewleitfaden für Gespräche mit Betreuern von Feichtinger (1997) wurde ein Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer entwickelt. Der Fragebogen beinhaltet neben Fragen zur Person des Betreuers (Ausbildung, einschlägige Berufserfahrung, haupt- oder nebenberufliche Tätigkeit) auch solche zur Arbeits- und Betreuungssituation, zu eigenen Präferenzen bei der Arbeit mit behinderten Menschen, zu Reaktionen der Umwelt und zum Rollenverständnis der Betreuer (siehe Anhang).

Für die Auswertung wurden Fragen im Multiple-Choice-Format dichotomisiert. Bei offenen Fragen wurden aus allen gegebenen Antworten Kategorien gebildet und diese mit Werten von 1 bis maximal 5 versehen. Lediglich das Rollenverständnis war auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten: 5 – keine Bedeutung, 4 – geringe Bedeutung, 3 – mittlere Bedeutung, 2 – große Bedeutung, 1 – sehr große Bedeutung.

#### **9.4. Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe**

In Anlehnung an den Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer wurde auch für die Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe ein Fragebogen konzipiert, der die Vorstellungen der Studenten über ihre zukünftige Tätigkeit als Behindertenbetreuer erfassen sollte. Dieser beinhaltet neben Fragen zur zukünftigen Arbeitssituation auch solche über die Ausbildungssituation der Studenten, ihre Präferenzen bei der Arbeit mit behinderten Menschen und ihr Rollenbild (siehe Anhang).

Alle Fragen wurden im Multiple-Choice-Format vorgegeben und für die Auswertung dichotomisiert. Das Rollenverständnis war wie beim Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten: 5 – keine Bedeutung, 4 – geringe Bedeutung, 3 – mittlere Bedeutung, 2 – große Bedeutung, 1 – sehr große Bedeutung.

#### **9.5. Erhobene Determinanten der Einstellung**

##### **9.5.1. Demographische Daten**

Bei den Betreuern wurden folgende demographische Daten erhoben:

- Geschlecht,
- Alter,
- derzeitige Arbeitsstätte,
- bisherige Ausbildung.

Bei den Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe wurden folgende demographische Daten erhoben:

- Geschlecht,

- Alter,
- derzeitige Ausbildungsstätte,
- Klasse,
- bisherige Ausbildung.

#### 9.5.2. Kontakt zu geistig behinderten Menschen

Bei den Betreuern kann ein täglicher und intensiver Kontakt zu geistig behinderten Menschen vorausgesetzt werden. Im Falle der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe schien es von Interesse, ob diese bereits vor Beginn der Ausbildung Kontakt zu geistig behinderten Menschen hatten. Die Erhebung des Kontaktes erfolgte anhand von drei Kriterien:

- Häufigkeit des Kontaktes („fast nie“, „ca. 1x im Monat“, „ca. 1x pro Woche“, „häufiger“),
- Intensität des Kontaktes („sehr intensiv“, „eher intensiv“, „weniger intensiv“, „überhaupt nicht intensiv“),
- Art des Kontaktes („Kontakt in der engeren Familie“, „Kontakt in der weiteren Verwandtschaft“, „Kontakt im engeren oder erweiterten Bekanntenkreis“, „im Rahmen einer Freundschaft“, „in der Nachbarschaft“, „als Arbeitskollegen“, „als haupt- oder ehrenamtlicher Betreuer“, „sonstiges“).

#### 9.6. Abhängige und unabhängige Variablen

Für die vorliegende Untersuchung können folgende abhängige Variablen definiert werden:

- Einstellung zu geistig behinderten Menschen,
- Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten) bei bestimmten Fragestellungen,

- Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen bei bestimmten Fragestellungen.

Unabhängige Variablen sind:

- Alter der Probanden,
- Geschlecht der Probanden,
- Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten) bei bestimmten Fragestellungen,
- Wissen über geistige Behinderung bzw. behinderte Menschen bei bestimmten Fragestellungen,
- Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung,
- Variablen aus dem Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer,
- Variablen aus dem Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe.

### **9.7. Mögliche Störvariablen**

- Die beachtliche Länge der Testbatterie (insgesamt vier Fragebögen) hat sich unter Umständen auf die Motivation einiger Probanden, die Fragebögen korrekt zu bearbeiten, negativ ausgewirkt.
- Nonkonforme und „vorurteilsfreie“ Reaktionen im Sinne der sozialen Erwünschtheit sind laut Cloerkes (2001, S. 82) typisch für Respondenten aus den oberen Sozialschichten und für Fachleute. Diesbezügliche Verfälschungstendenzen können auch in der vorliegenden Untersuchung nicht ausgeschlossen werden.

## 10. Untersuchung

---

### 10.1. Durchführung der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung wurde gemeinsam mit Zebinger (2003) von Dezember 1998 bis Mai 1999 in Wien und im Burgenland durchgeführt. Dabei wurden Studenten der Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Caritas Wien und der Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Stadt Wien (Institut für Sozialpädagogik) sowie Behindertenbetreuer von Werkstätten und Wohnhäusern/Wohngemeinschaften in Wien und im Burgenland befragt.

Die Erhebung der Daten erfolgte an den Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe im Rahmen des regulären Unterrichts. Die Befragung der Behindertenbetreuer gestaltete sich weitaus schwieriger und zeitaufwendiger, was auch die Dauer der Untersuchung erklärt. Zwar war es in einigen Fällen möglich, die Datenerhebung im Anschluss an Teamsitzungen durchzuführen und somit mehrere Betreuer gleichzeitig zu befragen, meistens mussten jedoch Einzeltermine vereinbart werden.

Die Testbatterie umfasste insgesamt vier Fragebögen, die in folgender Reihenfolge vorgegeben wurden:

1. Assoziationsnetzwerk von DeRosa (vgl. Zebinger, 2003),
2. Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer bzw.  
Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe,
3. MRAI-d,
4. Wissenstest.

Zudem wurden die soziodemographischen Daten der Probanden erhoben. Die Versuchspersonen hatten zwei Stunden Zeit, um alle Fragebögen zu bearbeiten.



## 10.2. Untersuchungsteilnehmer

An dieser Untersuchung haben N=65 Behindertenbetreuer und N=129 Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe teilgenommen. Daraus ergibt sich eine Gesamtstichprobe von N=194 Personen. Davon sind 63 (32,5%) männlich und 131 (67,5%) weiblich.

*Tabelle 3: Verteilung der Gesamtstichprobe*

Gesamtstichprobe		
	N	Prozent
Betreuer	65	33,5
Studenten	129	66,5
Total	194	100

*Tabelle 4: Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe*

Geschlecht Gesamtstichprobe		
	N	Prozent
männlich	63	32,5
weiblich	131	67,5
Total	194	100

### 10.2.1. Behindertenbetreuer

41,5% (N=27) der befragten Behindertenbetreuer arbeiten in einem Wohnhaus oder einer Wohngemeinschaft, während 58,5% (N=38) in einer Werkstatt tätig sind (Tabelle 5). Das Durchschnittsalter der Behindertenbetreuer liegt bei 31,26 Jahren (Standardabweichung=6,95) (Tabelle 6). Die Stichprobe der Behindertenbetreuer setzt sich aus N=37 (56,9%) Frauen und N=28 (43,1%) Männern zusammen (Tabelle 7).

Tabelle 5: Verteilung der Behindertenbetreuer auf die Einrichtung, in der sie tätig sind

Arbeitsort Betreuer		
	N	Prozent
Wohnhaus/Wohngemeinschaft	27	41,5
Werkstatt	38	58,5
Total	65	100

Tabelle 6: Lebensalter der Behindertenbetreuer

Alter der Betreuer	
N	65
Mittelwert	31,26
Standardabweichung	6,95

Tabelle 7: Geschlechtsverteilung der Behindertenbetreuer

Geschlecht Betreuer		
	N	Prozent
männlich	28	43,1
weiblich	37	56,9
Total	65	100

53,8% (N=35) der befragten Behindertenbetreuer haben eine Lehre oder eine Fachausbildung zum Behindertenbetreuer absolviert. 30,8% (N=20) gaben als höchste abgeschlossene Ausbildung eine Matura an. Ein geringer Prozentteil (9,2%, N=6) hat ein Studium an einer Universität oder Fachhochschule abgeschlossen. Lediglich 6,2% (N=4) der Behindertenbetreuer haben keine Ausbildung.

Tabelle 8: Bisherige Ausbildung der Behindertenbetreuer

Ausbildung Betreuer		
	N	Prozent
Lehre oder Fachausbildung	35	53,8
Matura	20	30,8
Studium oder Fachhochschule	6	9,2
Keine Ausbildung	4	6,2
Total	65	100

### 10.2.2. Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe

Insgesamt nahmen an der Untersuchung N=129 Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe teil. Der Großteil (N=107) besuchte zum Zeitpunkt der Befragung die Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Caritas Wien. 22 Probanden waren Studenten der Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Stadt Wien am Institut für Sozialpädagogik.

*Tabelle 9: Verteilung der Studenten nach Ausbildungsstätte*

Ausbildungsstätte Studenten		
	N	Prozent
Caritas	107	82,9
Institut für Sozialpädagogik	22	17,1
Total	129	100

62,8% (N=81) der Studenten besuchten die Lehranstalten berufsbegleitend, während 37,2% (N=48) in der sogenannten Vollform – also nicht berufsbegleitend – studierten (Tabelle 10).

*Tabelle 10: Verteilung der Studenten nach Ausbildungsform*

Ausbildungsform		
	N	Prozent
nicht berufsbegleitend	48	37,2
berufsbegleitend	81	62,8
Total	129	100

Zum Zeitpunkt der Erhebung standen 45,3% (N=58) im ersten, 27,3% (N=35) im zweiten sowie 27,3% (N=35) im dritten Ausbildungsjahr (Tabelle 11).

Tabelle 11: Verteilung der Studenten nach Ausbildungsjahr

Ausbildungsjahr Studenten		
	N	Prozent
Erstes Ausbildungsjahr	58	45,3
Zweites Ausbildungsjahr	35	27,3
Drittes Ausbildungsjahr	35	27,3
Total	128 <sup>2</sup>	100

72,9% (N=94) der befragten Studenten sind weiblich, 27,1% (N=35) männlich. Das Durchschnittsalter der Studenten liegt bei 25,11 Jahren (Standardabweichung=6,30) (Tabelle 13).

Tabelle 12: Geschlechtsverteilung der Studenten

Geschlecht Studenten		
	N	Prozent
männlich	35	27,1
weiblich	94	72,9
Total	129	100

Tabelle 13: Lebensalter der Studenten

Alter der Studenten	
N	129
Mittelwert	25,11
Standardabweichung	6,30

Vor Beginn der Ausbildung zum Behindertenbetreuer haben 47,6% (N=60) der Studenten bereits eine Lehre absolviert, 46,8% (N=59) maturiert, 2,4% (N=3) das Studium an einer Universität oder Fachhochschule, 3,2% (N=4) keine Ausbildung abgeschlossen (Tabelle 14).

<sup>2</sup> Fehlende oder unvollständige Antworten von Probanden bei manchen Fragen scheinen im Datenfile als fehlende Werte auf und wirken sich daher auf die Gesamtzahl N aus.

Tabelle 14: Bisherige Ausbildung der Studenten

Bisherige Ausbildung Studenten		
	N	Prozent
Lehre	60	47,6
Matura	59	46,8
Studium oder Fachhochschule	3	2,4
Keine Ausbildung	4	3,2
Total	126	100

### 10.3. Verwendete statistische Verfahren

Zur Analyse der Daten wurden folgende statistische Verfahren herangezogen:

- Univariate Varianzanalysen,
- Regressionsanalysen,
- Clusteranalyse,
- Diskriminanzanalyse,
- Kreuztabelle.

Die Signifikanzprüfung erfolgte mit einem  $\alpha=0,05$ . Sofern notwendig wurden Normalverteilungs- und Varianzhomogenitätsprüfungen durchgeführt, die insgesamt ein sehr zufrieden stellendes Bild ergaben.

Das Programm SPSS 10.0 für Windows diente der statistischen Auswertung der Daten. Die Auswertung folgt den in gängigen Lehrbüchern vorgeschlagenen Richtlinien (Bortz, 1999; Bühl & Zöfel, 2000; Trimmel, 1997).

## 11. Darstellung der Ergebnisse

---

### 11.1. Deskriptive Statistik

#### 11.1.1. Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung

In der Forschungsliteratur wird der direkte Kontakt mit behinderten Menschen als eine der wichtigsten Determinanten für die Qualität der Einstellung Nichtbehinderter beschrieben. Bei Behindertenbetreuern kann ein täglicher und intensiver Kontakt mit geistig behinderten Menschen vorausgesetzt werden. Für diese Untersuchung schien es von Interesse, den Kontakt der Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung zu erheben.

*Tabelle 15: Kontakt von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung*

Vor Ausbildung Kontakt		
	N	Prozent
nein	14	10,9
ja	115	89,1
Total	129	100

Wie aus Tabelle 15 hervorgeht, hatte ein Großteil der Studenten – nämlich 89,1% (N=115) – vor Beginn ihrer Ausbildung zum Behindertenbetreuer Kontakt zu geistig behinderten Menschen. Lediglich 10,9% (N=14) geben keinen Kontakt an. In weiterer Folge wurde nach der Häufigkeit des Kontaktes gefragt. Die in Tabelle 16 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit dieser Probanden (60%, N=69) sehr häufig, 9 Studenten (7,8%) einmal pro Woche, 25 (21,7%) einmal pro Monat und nur 12 (10,4%) „fast nie“ Kontakt zu geistig behinderten Menschen hatten.

*Tabelle 16: Häufigkeit des Kontaktes von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung*

Kontakthäufigkeit		
	N	Prozent
fast nie	12	10,4
einmal im Monat	25	21,7
einmal pro Woche	9	7,8
häufiger	69	60,0
Total	115	100

Die Intensität des Kontaktes bewerten 44 Studenten (38,9%) als „sehr intensiv“, weitere 43 (38,1%) als „eher intensiv“. 17 Studenten (15%) sprechen von weniger intensivem Kontakt, 9 (8%) nennen ihn „überhaupt nicht intensiv“.

*Tabelle 17: Intensität des Kontaktes von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung*

Intensität des Kontakts		
	N	Prozent
überhaupt nicht intensiv	9	8,0
weniger intensiv	17	15,0
eher intensiv	43	38,1
sehr intensiv	44	38,9
Total	113	100

Bei der Frage nach der Art des Kontaktes zu geistig behinderten Menschen waren Mehrfachnennungen möglich. Deshalb werden die Antwortmöglichkeiten in Tabelle 18 auf der folgenden Seite einzeln dargestellt. Als häufigste Kontaktart vor Beginn der Ausbildung wurde von 47,4% der Studenten (N=54) jene im Zuge einer Betreuungstätigkeit genannt. 7%, das sind 8 Studenten, geben Kontakte in der engeren Familie oder weiteren Verwandtschaft an, 21,9% (N=25) im Bekanntenkreis, 9,6% (N=11) im Rahmen einer Freundschaft; 18,4% (N=21) hatten als Nachbarn und nur 5,3% (N=6) als Arbeitskollegen Kontakt zu geistig behinderten Menschen.

*Tabelle 18: Art des Kontaktes zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung zum Behindertenbetreuer*

Kontakt in der engeren Familie		
	N	Prozent
nein	109	95,6
ja	5	4,4

Kontakt in der weiteren Verwandtschaft		
	N	Prozent
nein	111	97,4
ja	3	2,6

Kontakt im Bekanntenkreis		
	N	Prozent
nein	89	78,1
ja	25	21,9

Kontakt im Rahmen einer Freundschaft		
	N	Prozent
nein	103	90,4
ja	11	9,6

Kontakt in der Nachbarschaft		
	N	Prozent
nein	93	81,6
ja	21	18,4

Kontakt als Arbeitskollegen		
	N	Prozent
nein	108	94,7
ja	6	5,3

Kontakt als Betreuer		
	N	Prozent
nein	60	52,6
ja	54	47,4
Total	114	100



### 11.1.2. Arbeitssituation der Behindertenbetreuer

Um einen Einblick in die Arbeitssituation von Betreuern zu erhalten, wurde ihnen im Rahmen der Untersuchung ein gleichnamiger Fragebogen vorgelegt. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Ein Großteil der Behindertenbetreuer (N=54, 83,1%) konnte zum Zeitpunkt der Erhebung bereits auf frühere Berufserfahrungen als Betreuer von geistig behinderten Menschen verweisen. 7 der befragten Betreuer - also 10,8% - gaben an, vor Beginn ihrer jetzigen Tätigkeit durch ein Praktikum einschlägige Erfahrungen gesammelt zu haben (Tabelle 19).

*Tabelle 19: Einschlägige Berufserfahrung von Behindertenbetreuern vor Beginn der jetzigen Tätigkeit*

Einschlägige Berufserfahrung als Betreuer		
	N	Prozent
nein	11	16,9
ja	54	83,1

Einschlägige Berufserfahrung durch Praktikum		
	N	Prozent
nein	58	89,2
ja	7	10,8
Total	65	100,0

#### 11.1.2.1. *Betreuung von geistig behinderten Menschen*

50% (N=31) der befragten Betreuer arbeiten nach einem Bezugsbetreuersystem (Tabelle 20). Dieses inkludiert, dass sie für einen oder mehrere Klienten als wichtigste Ansprechperson fungieren. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass Betreuer und Klienten aus verschiedenen Gründen nicht mehr miteinander arbeiten wollen – eine Situation, die einer überwiegenden Mehrheit der befragten Betreuer, nämlich 89,1% (N=57), bekannt ist (Tabelle 21).

Tabelle 20: Tätigkeit als Behindertenbetreuer im Bezugssystem

Bezugssystem		
	N	Prozent
nein	31	50,0
ja	31	50,0
Total	62	100,0

Tabelle 21: Probleme in der Zusammenarbeit nach Bezugssystem

Probleme in der Bezugsbetreuung		
	N	Prozent
nein	7	10,9
ja	57	89,1
Total	64	100,0

Als Gründe für Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Klient und Bezugsbetreuer werden am häufigsten Antipathie (N=33, 54,1%) und unterschiedliche Vorstellungen von der Betreuungstätigkeit (N=34, 55,7%) genannt, wie aus Tabelle 22 hervorgeht.

Tabelle 22: Gründe für Probleme in der Zusammenarbeit

Antipathie		
	N	Prozent
nein	28	45,9
ja	33	54,1
Total	61	100,0

Unterschiedliche Vorstellungen		
	N	Prozent
nein	27	44,3
ja	34	55,7
Total	61	100,0

Sehr viele Betreuer – immerhin 82,8% (N=53) der Befragten – machen während ihrer Tätigkeit die Erfahrung, dass Betreuungsaufgaben aus irgendwelchen Gründen vernachlässigt werden oder zu kurz kommen (Tabelle 23). Diese Tatsache

verursacht bei einem Großteil der Betreuer (N=43, 72,9%) ein Gefühl von Unzufriedenheit (Tabelle 24).

*Tabelle 23: Vernachlässigte Betreuungsaufgaben*

Vernachlässigte Betreuungsaufgaben		
	N	Prozent
nein	11	17,2
ja	53	82,8
Total	64	100,0

*Tabelle 24: Unzufriedenheit der Betreuer über vernachlässigte Aufgaben*

Unzufriedenheit über vernachlässigte Betreuungsaufgaben		
	N	Prozent
nein	16	27,1
ja	43	72,9
Total	59	100,0

#### 11.1.2.2. Stützende Rahmenbedingungen der Betreuungstätigkeit

Wie aus Tabelle 25 hervorgeht, ist Supervision im Behindertenbereich noch keine Selbstverständlichkeit. 38 der Probanden, das sind 59,4%, geben an, in ihrer Tätigkeit als Betreuer geistig behinderter Menschen regelmäßig Supervision zu erhalten. 40,6% (N=26) haben diese Möglichkeit nicht.

*Tabelle 25: Angebot von Supervision für Betreuer*

Supervision		
	N	Prozent
nein	26	40,6
ja	38	59,4
Total	64	100,0

An angebotenen Fortbildungsveranstaltungen nehmen 68,8% (N=44) der Behindertenbetreuer teil (Tabelle 26).

Tabelle 26: Teilnahme von Betreuern an Fortbildungsveranstaltungen

Teilnahme an Fortbildungen		
	N	Prozent
nein	20	31,3
ja	44	68,8
Total	64	100,0

### 11.1.2.3. Reaktionen der Umwelt auf die Tätigkeit als Behindertenbetreuer

Eine überwiegende Mehrheit der befragten Behindertenbetreuer (N=54, 83,1%) bespricht arbeitsbezogene Probleme auch mit anderen Gesprächspartnern als den Arbeitskollegen oder einem Supervisor (Tabelle 27).

Tabelle 27: Gesprächspartner außerhalb der Arbeitsstelle für Betreuer

Gesprächspartner außerhalb der Arbeitsstelle		
	N	Prozent
nein	11	16,9
ja	54	83,1
Total	65	100,0

Die Reaktionen der Umwelt auf die Tätigkeit der Probanden als Behindertenbetreuer wurden in fünf Kategorien zusammengefasst. Die in Tabelle 28 auf der folgenden Seite dargestellten Ergebnisse zeigen eine überwiegend positive Reaktion (N=37, 56,9%). 15 Probanden (23,1%) geben an, dass ihre Umwelt mit dem Satz „Ich könnte das nicht“ reagiert. Auf übertriebene Bewunderung stoßen 13,8% (N=9), auf Unverständnis 20% (N=13). Gar keine Reaktion erleben 15,4% (N=10) der Probanden.

Tabelle 28: Reaktionen der Umwelt auf die Tätigkeit als Betreuer

"Ich könnte das nicht"		
	N	Prozent
nein	50	76,9
ja	15	23,1

Übertriebene Bewunderung		
	N	Prozent
nein	56	86,2
ja	9	13,8

Unverständnis		
	N	Prozent
nein	52	80,0
ja	13	20,0

Positive Reaktion		
	N	Prozent
nein	28	43,1
ja	37	56,9

Keine Reaktion		
	N	Prozent
nein	55	84,6
ja	10	15,4
Total	65	100,0

### 11.1.3. Zukünftige (erwartete) Arbeitssituation von Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe

Im Vergleich zu den Behindertenbetreuern, die konkrete Angaben über ihre gegenwärtige Arbeitssituation machen konnten, wurden die Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe nach ihren Vorstellungen und Erwartungen über ihre zukünftige Tätigkeit befragt. Die wichtigsten Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Zum Zeitpunkt der Erhebung hatten 114 Studenten, das sind 91,2%, bereits ein Praktikum absolviert und somit einen Einblick in die zukünftige Tätigkeit gewonnen (Tabelle 29).

*Tabelle 29: Im Rahmen der Ausbildung zum Behindertenbetreuer bereits ein Praktikum absolviert*

Praktikum absolviert		
	N	Prozent
nein	11	8,8
ja	114	91,2
Total	125	100,0

Eine Mehrheit von 68% (N=83) glaubt, durch die Ausbildung in einer der beiden Lehreinrichtungen für Heilpädagogische Berufe optimal auf die zukünftige Tätigkeit als Behindertenbetreuer vorbereitet zu werden (Tabelle 30).

*Tabelle 30: Gute Berufsvorbereitung durch die jetzige Ausbildung*

Berufsvorbereitung optimal		
	N	Prozent
nein	39	32,0
ja	83	68,0
Total	122	100,0

*Tabelle 31: Gewünschter zukünftiger Arbeitsplatz*

Wohnhaus oder Wohngemeinschaft		
	N	Prozent
nein	55	43,7
ja	71	56,3

Werkstätte		
	N	Prozent
nein	65	51,6
ja	61	48,4
Total	126	100,0

Wie aus Tabelle 31 hervorgeht, würden 56,3% (N=71) der Studenten in Zukunft gern in einem Wohnhaus oder einer Wohngemeinschaft tätig sein; 48,4% (N=61) erwägen eine Tätigkeit in einer Werkstätte für geistig behinderte Menschen. Die Frage, ob sie später nach Bezugsbetreuersystem arbeiten möchten, beantworteten 81,4% (N=96) mit „ja“ (Tabelle 32).

*Tabelle 32: Erwünschte zukünftige Tätigkeit nach Bezugsbetreuersystem*

Bezugsbetreuersystem		
	N	Prozent
nein	22	18,6
ja	96	81,4
Total	118	100,0

Was die zukünftigen stützenden Rahmenbedingungen während der beruflichen Tätigkeit als Behindertenbetreuer betrifft, so äußert eine überwältigende Mehrheit von 91,1% (N=113) den Wunsch nach Supervision (Tabelle 33). Alle Studenten halten Fortbildungsmöglichkeiten auch in Zukunft für wichtig (Tabelle 34).

*Tabelle 33: Wunsch nach Supervision in der zukünftigen Tätigkeit als Behindertenbetreuer*

Wunsch nach Supervision		
	N	Prozent
nein	11	8,9
ja	113	91,1
Total	124	100,0

*Tabelle 34: Wichtigkeit von Fortbildungsmöglichkeiten im Rahmen der zukünftigen Tätigkeit*

Wichtigkeit der Fortbildung		
	N	Prozent
ja	127	100,0

## 11.2. Ergebnisse der Fragestellungen

11.2.1. Vergleich der Einstellungen von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe unter Berücksichtigung von Determinanten der Einstellung

### **Fragestellung 1**

Gibt es Unterschiede zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe hinsichtlich der Einstellung zu geistig behinderten Menschen und ist diese in weiterer Folge abhängig von Wissen über Behinderung und behinderte Menschen sowie von soziodemographischen Daten wie Alter und Geschlecht?

Zur Beantwortung von Fragestellung 1 wurden univariate mehrfaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Im Vorfeld erfolgte Varianzhomogenitäts- und Normalverteilungsprüfungen ergaben ein zufrieden stellendes Bild.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt getrennt für die Gesamtskala des MRAI und die einzelnen Subskalen. Signifikante Resultate sind durch Fettdruck besonders gekennzeichnet.

### MRAI-Gesamtskala

In der Gesamtskala MRAI-d erweist sich die Gruppenzugehörigkeit mit einem  $p=0,010$  als signifikant (Tabelle 35). Der Mittelwertevergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe lässt auf eine deutlich bessere Einstellung der Studenten schließen (Abbildung 1). Die Variablen Alter, Geschlecht und Wissen sowie alle möglichen Wechselwirkungen haben keine signifikanten Einflüsse auf die Einstellung.



Tabelle 35: Zwischensubjekteffekte für die Gesamtskala MRAI-d

Zwischensubjekteffekte für die Gesamtskala MRAI					
	Quadrat-summe	df1/df2	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Alter	0,110	1/145	0,110	0,002	0,968
Gruppenzugehörigkeit	472,239	1/145	472,239	6,738	<b>0,010</b>
Geschlecht	238,272	1/145	238,272	3,400	0,067
Wissen	266,002	2/145	133,001	1,898	0,154
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht	197,186	1/145	197,186	2,814	0,096
Gruppenzugehörigkeit * Wissen	65,421	2/145	32,710	0,467	0,628
Geschlecht * Wissen	281,428	2/145	140,714	2,008	0,138
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht * Wissen	80,265	2/145	40,133	0,573	0,565

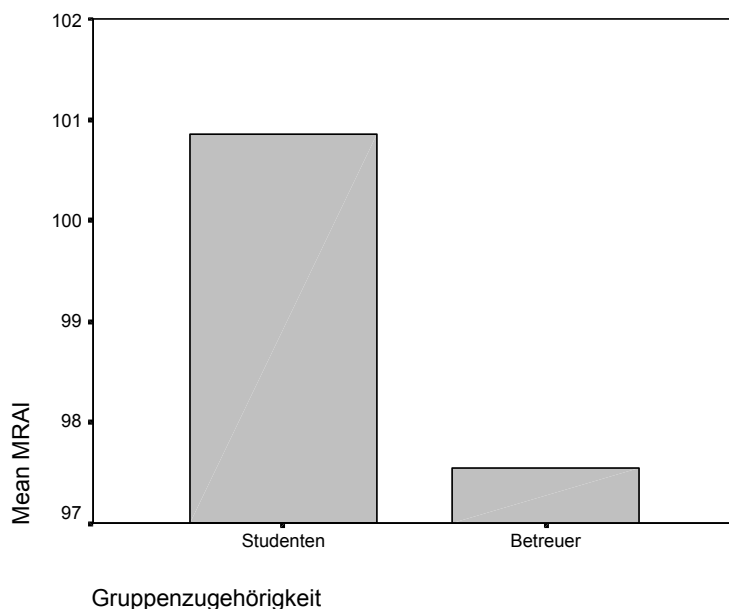


Abbildung 1: Plot der Mittelwerte der Behindertenbetreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe in der Gesamtskala MRAI-d

### Subskala INSE:

In der Subskala „Integration-Segregation“ haben die Gruppenzugehörigkeit mit  $p=0,004$  und das Geschlecht der Probanden mit  $p=0,028$  einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung (Tabelle 36). Studenten zeigen eine bessere Einstellung

als Betreuer (Abbildung 2); Männer eine positivere Einstellung als Frauen (Abbildung 3).

Tabelle 36: Zwischensubjekteffekte in der Subskala INSE des MRAI-d

Zwischensubjekteffekte für die Subskala INSE					
	Quadratsumme	df1/df2	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Alter	0,008	1/169	0,008	0,001	0,975
Gruppenzugehörigkeit	68,083	1/169	68,083	8,407	<b>0,004</b>
Geschlecht	39,826	1/169	39,826	4,918	<b>0,028</b>
Wissen	8,923	2/169	4,462	0,551	0,577
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht	10,019	1/169	10,019	1,237	0,268
Gruppenzugehörigkeit * Wissen	8,251	2/169	4,125	0,509	0,602
Geschlecht * Wissen	41,656	2/169	20,828	2,572	0,079
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht * Wissen	3,419	2/169	1,709	0,211	0,810

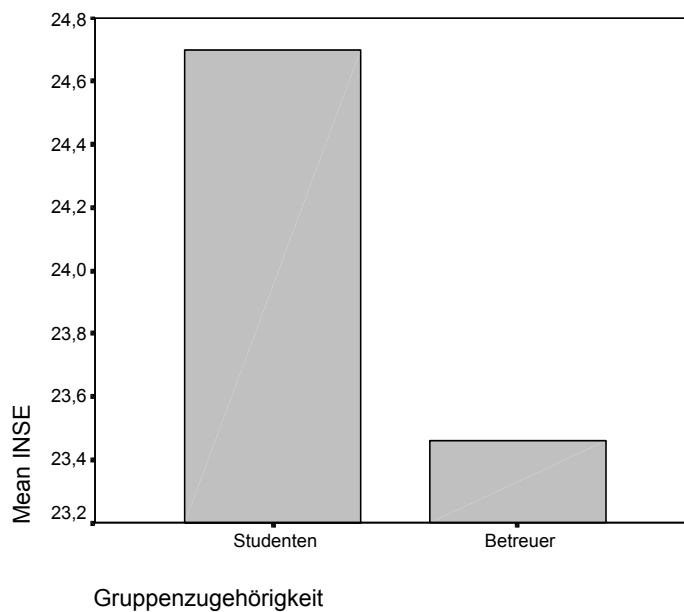
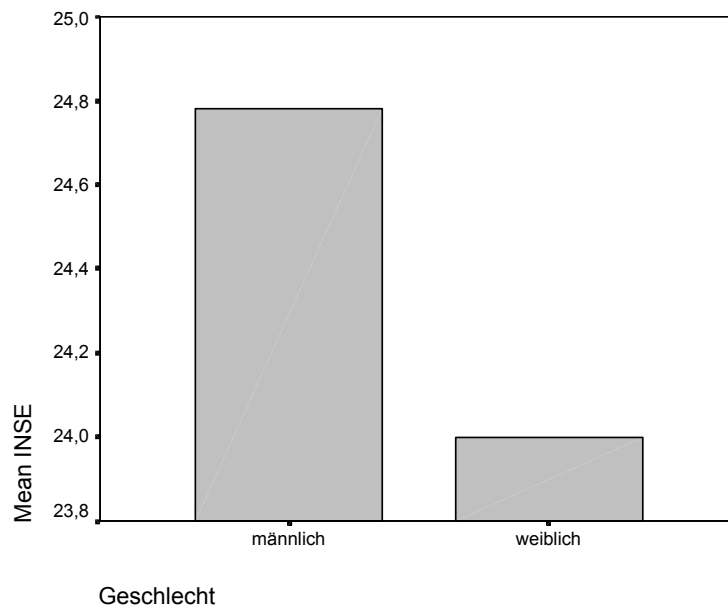


Abbildung 2: Plot der Mittelwerte von Behindertenbetreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe in der Subskala INSE



*Abbildung 3: Plot der Mittelwerte von Männern und Frauen in der Subskala INSE*

### Subskala SDIS:

Auch in der Subskala „Soziale Distanz“ wurden für die Gruppenzugehörigkeit mit  $p=0,032$  und das Geschlecht der Probanden mit  $p=0,028$  signifikante Ergebnisse gefunden (Tabelle 37). Die Mittelwertevergleiche zwischen Betreuern und Studenten (Abbildung 4) sowie zwischen Männern und Frauen (Abbildung 5) ergeben: Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe sowie Männer haben eine signifikant bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen.

Tabelle 37: Zwischensubjekteffekte in der Subskala SDIS des MRAI-d

Zwischensubjekteffekte für die Subskala SDIS					
	Quadratsumme	df1/df2	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Alter	1,061	1/172	1,061	0,209	0,648
Gruppenzugehörigkeit	23,851	1/172	23,851	4,693	<b>0,032</b>
Geschlecht	24,889	1/172	24,889	4,898	<b>0,028</b>
Wissen	0,001	2/172	0,000	0,000	1,000
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht	19,377	1/172	19,377	3,813	0,052
Gruppenzugehörigkeit * Wissen	21,523	2/172	10,762	2,118	0,123
Geschlecht * Wissen	16,645	2/172	8,323	1,638	0,197
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht * Wissen	4,602	2/172	2,301	0,453	0,637

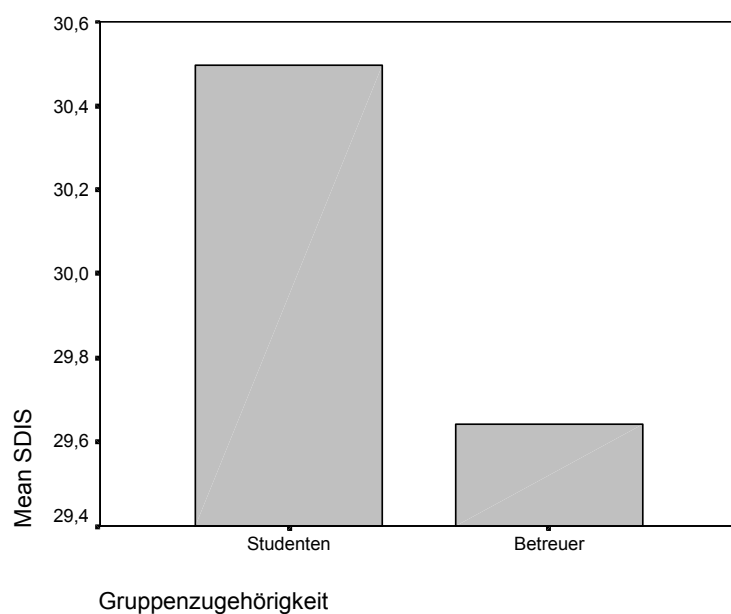


Abbildung 4: Plot der Mittelwerte von Behindertenbetreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe in der Subskala SDIS

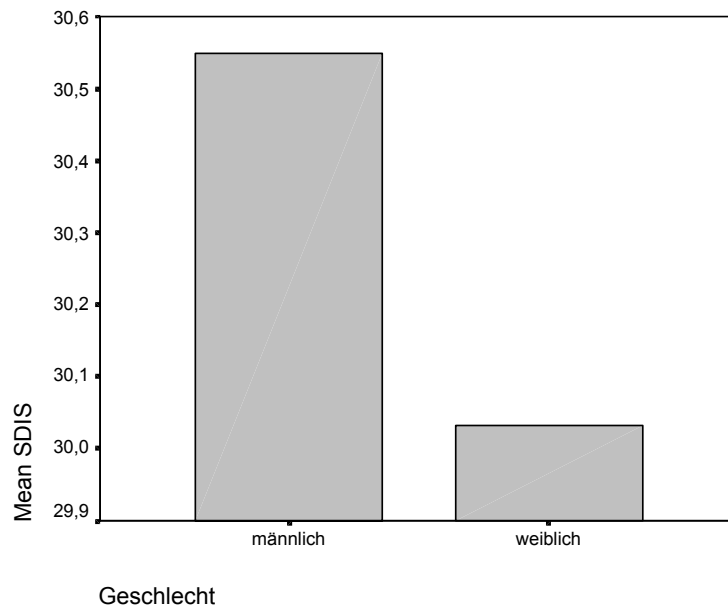


Abbildung 5: Plot der Mittelwerte von Männern und Frauen in der Subskala SDIS

### Subskala SUAB:

In der Subskala „Subtile Abwertung“ findet sich mit  $p=0,006$  der bisher einzige signifikante Zusammenhang zwischen Wissen und Einstellung. Die Gruppenzugehörigkeit erweist sich mit  $p=0,016$  auch hier als signifikant (Tabelle 38). Probanden mit einem hohen Wissensscore haben die positivste Einstellung zu geistig behinderten Menschen, wie der Mittelwertevergleich auf der folgenden Seite veranschaulicht (Abbildung 6). Studenten haben eine bessere Einstellung als Betreuer (Abbildung 7).

Tabelle 38: Zwischensubjekteffekte in der Subskala SUAB des MRAI-d

Zwischensubjekteffekte für die Subskala SUAB					
	Quadrat-summe	df1/df2	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Alter	13,680	1/151	13,680	1,551	0,215
Gruppenzugehörigkeit	52,106	1/151	52,106	5,909	<b>0,016</b>
Geschlecht	1,407	1/151	1,407	0,160	0,690
Wissen	93,745	2/151	46,873	5,315	<b>0,006</b>
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht	0,056	1/151	0,056	0,006	0,937
Gruppenzugehörigkeit * Wissen	5,613	2/151	2,807	0,318	0,728
Geschlecht * Wissen	10,015	2/151	5,008	0,568	0,568
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht * Wissen	24,603	2/151	12,302	1,395	0,251

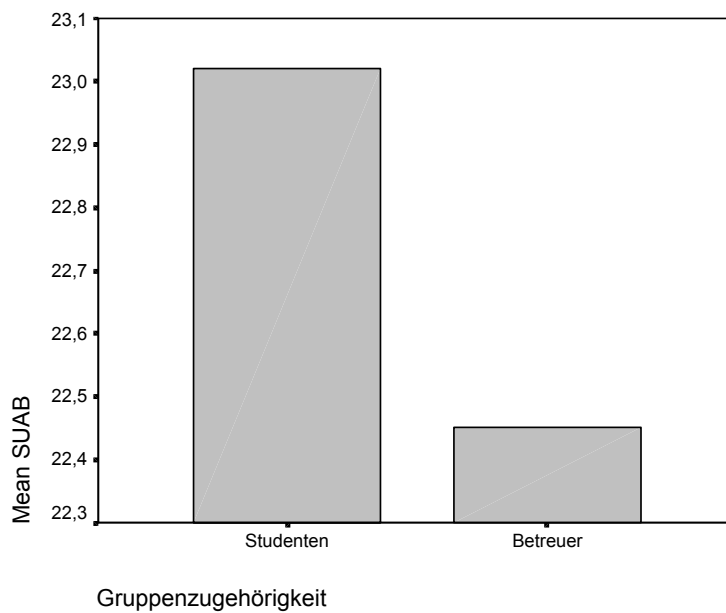


Abbildung 6: Plot der Mittelwerte von Behindertenbetreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe in der Subskala SUAB

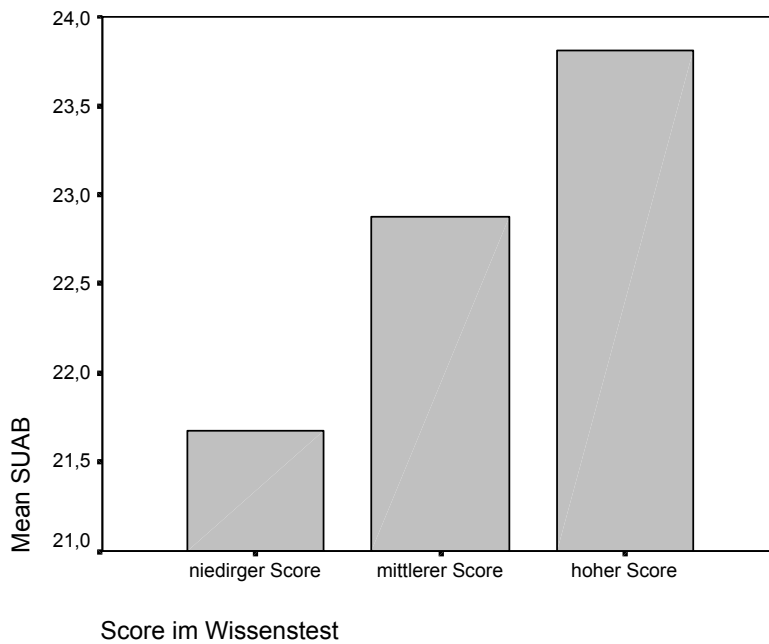


Abbildung 7: Plot der Mittelwerte des Scores im Wissenstest in der Subskala SUAB

### Subskala PRRT:

Wie aus Tabelle 39 ersichtlich wird, haben Alter, Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht und Wissen sowie alle möglichen Wechselwirkungen keine signifikanten Einflüsse in der Subskala „Private Rechte“.

Tabelle 39: Zwischensubjekteffekte in der Subskala PRRT des MRAI-d

Zwischensubjekteffekte für die Subskala PRRT					
	Quadratsumme	df1/df2	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Alter	0,303	1/164	0,303	0,028	0,868
Gruppenzugehörigkeit	5,448	1/164	5,448	0,496	0,482
Geschlecht	26,082	1/164	26,082	2,376	0,125
Wissen	26,645	2/164	13,323	1,214	0,300
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht	24,534	1/164	24,534	2,235	0,137
Gruppenzugehörigkeit * Wissen	15,770	2/164	7,885	0,718	0,489
Geschlecht * Wissen	41,085	2/164	20,543	1,871	0,157
Gruppenzugehörigkeit * Geschlecht * Wissen	22,008	2/164	11,004	1,002	0,369

**Fragestellung 1.1.**

Unterscheiden sich Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe hinsichtlich des Wissens über geistige Behinderung und geistig behinderte Menschen?

Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Überprüfungen der Varianzhomogenität und Normalverteilung haben sich als zufrieden stellend erwiesen.

Der Mittelwertevergleich zwischen Betreuern und Studenten hinsichtlich ihres Wissens über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen ist mit  $p=0,000$  höchst signifikant (Tabelle 40). Betreuer verfügen über deutlich höheres Wissen als Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe - wie Tabelle 41 veranschaulicht.

*Tabelle 40: t-Test zum Vergleich von Betreuern und Studenten in Hinblick auf ihr Wissen über geistige Behinderung*

t-Test für unabhängige Stichproben			
Wissen	t	df	Sig. (2-seitig)
	-4,172	192	<b>,000</b>

*Tabelle 41: Wissensscoremittelwerte für Betreuer und Studenten*

	Gruppenzugehörigkeit	Mittelwert	Standardfehler
Wissen	Studenten	18,171	0,468
	Betreuer	21,692	0,744



### 11.2.2. Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Behindertenbetreuer

#### **Fragestellung 2**

Welchen Einfluss haben Variablen aus dem Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen?

Für die Auswertung des Fragebogens zur Arbeitssituation der Betreuer wurden bei offenen Fragen aus allen gegebenen Antworten Kategorien gebildet und diese mit Werten von 1 bis maximal 5 versehen. Diese Variablen wurden ebenso wie jene im Multiple-Choice-Format in sogenannte Dummy-Variablen zerlegt, die jeweils mit der Codierung 0 (trifft nicht zu) bzw. 1 (trifft zu) versehen wurden. Lediglich das Rollenverständnis war auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten: 5 – keine Bedeutung, 4 – geringe Bedeutung, 3 – mittlere Bedeutung, 2 – große Bedeutung, 1 – sehr große Bedeutung.

Zur Beantwortung von Fragestellung 2 wurden zwei multiple lineare Regressionsanalysen gerechnet. Regressionsanalysen dienen dazu, den Wert einer (abhängigen) Variable aus den Werten anderer (unabhängiger) Variablen vorherzusagen.

In der ersten Regressionsanalyse wurde auf folgende Bereiche aus dem Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer eingegangen:

- Bisherige Ausbildung der Betreuer (Fachausbildung/Lehre; Matura; Studium/Fachhochschule; keine Ausbildung),
- einschlägige Berufserfahrungen vor Beginn der jetzigen Tätigkeit (Zivildienst Erfahrung; Praktikumserfahrung; Erfahrung als Behindertenbetreuer; keine Erfahrung),
- Betreuungssituation (haupt- oder nebenberufliche Tätigkeit; Arbeit im Bezugsbetreuersystem; selbst betroffen von Problemen mit Bezugsklienten; selbständiges Betreuen möglich; vernachlässigte Aufgaben bei der Betreuungstätigkeit; Unzufriedenheit über diesen Zustand; unterschiedliche Konzeptvorstellungen im Vergleich zum Arbeitgeber),

- für den Betreuer wichtige Förderungsbereiche in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen (Beschäftigung; Haushaltstechniken; Finanzen; Verkehrsmittelbenutzung; vorhandene Infrastruktur nutzen können; Kommunikationsfähigkeit),
- stützende Rahmenbedingungen (Supervision; Teilnahme an Fortbildungen; Zufriedenheit mit Fortbildungen),
- Reaktionen der Umwelt (Gesprächspartner außerhalb der Arbeitsstelle; „ich könnte das nicht“; übertriebene Bewunderung; Unverständnis; positive Reaktionen; keine Reaktionen).

Das Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse ist – wie aus Tabelle 42 hervorgeht – signifikant mit  $p=0,044$ . Zwei Variablen, nämlich „Teilnahme an Fortbildungen“ und „Kommunikationsfähigkeit“, wurden dabei ausgeschlossen, weil sie mangels Varianzen uninformativ waren. Tabelle 43 auf der folgenden Seite veranschaulicht die signifikanten Prädiktoren.

*Tabelle 42: Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Variablen der Arbeitssituation der Betreuer und Einstellung zu geistig behinderten Menschen*

Regressionsanalyse							
	Quadratsumme	df1	df2	Mittel der Quadrate	F	R-Quadrat	Signifikanz
Regression	2932,585	25	6	117,303	4,048	0,944	<b>0,044</b>
Residual	173,884			28,981			
Total	3106,469						

Table 43: First Regression Analysis - Regression Coefficients for the Attitude of Caregivers towards Mentally Disabled People

Coefficients					
	Non-standardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Significance
	B	Standard Error	Beta		
Praktikumserfahrung	-12,621	4,677	<b>-0,465</b>	-2,699	<b>0,036</b>
Bezugsbetreuersystem	-12,684	3,694	<b>-0,639</b>	-3,434	<b>0,014</b>
Unzufriedenheit mit Zustand	-17,226	5,707	<b>-0,635</b>	-3,018	<b>0,023</b>
Gesprächspartner außerhalb	-33,607	7,993	<b>-1,238</b>	-4,204	<b>0,006</b>
Unverständnis	18,731	4,914	<b>0,823</b>	3,811	<b>0,009</b>
Haushaltstechniken	15,637	5,734	<b>0,656</b>	2,727	<b>0,034</b>
Infrastruktur nutzen	63,561	12,827	<b>1,562</b>	4,955	<b>0,003</b>

The results of the above table can be summarized as follows: Disabled caregivers have a better attitude towards mentally disabled people when

- they have no relevant professional experience before starting their current job (Beta=-0,465),
- they do not work in a reference caregiver system (Beta=-0,639),
- they are not satisfied with the state, that certain care tasks are too short (Beta=-0,635),
- they have no conversation partners other than colleagues or supervisors, with whom they can talk about work-related topics (Beta=-1,238),
- their environment reacts with understanding to their job as disabled caregiver (Beta=0,823),
- they find the support area household techniques important (Beta=0,656),
- they value it that their clients learn to use the existing infrastructure (cinema, restaurant, sports facilities, etc.) (Beta=1,562).

In der zweiten Regressionsanalyse wurden folgende weitere Bereiche aus dem Fragebogen zur Arbeitssituation der Betreuer bearbeitet:

- Wichtige Themen bei Teamsitzungen (Probleme der Klienten; Probleme mit Klienten; Schwierigkeiten im Team; Angelegenheiten mit der Leitung; Organisatorisches; Sonstige),
- Rollenbild der Betreuer (Lehrer; Erzieher; Elternersatz; Freund; Anwalt; Freizeitanimatör; Sozialarbeiter; andere Rollen).

Darüber hinaus wurden soziodemographische Daten wie das Alter, das Geschlecht und der Arbeitsort der Betreuer mit einbezogen.

Das Gesamtmodell der zweiten Regression zeigt mit  $p=0,160$  keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung (Tabelle 44). Das Rollenbild „Elternersatz“ hätte isoliert betrachtet sehr wohl einen signifikanten Vorhersagewert für die Einstellung ( $\beta=0,418$ ). Das bedeutet: Je weniger sich Betreuer als Elternersatz sehen, desto besser ist ihre Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Dieser Effekt geht jedoch im nicht signifikanten Gesamtmodell verloren.

*Tabelle 44: Gesamtmodell der zweiten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Variablen der Arbeitssituation von Betreuern und Einstellung zu geistig behinderten Menschen*

Regressionsanalyse							
	Quadratsumme	df1	df2	Mittel der Quadrate	F	R-Quadrat	Signifikanz
Regression	2017,762	17	24	118,692	1,548	0,523	<b>0,160</b>
Residual	1840,714			76,696			
Total	3858,476						

11.2.3. Einstellung zu geistig behinderten Menschen im Zusammenhang mit Kontakt vor Beginn der Ausbildung und zukünftiger (erwarteter) Arbeitssituation der Studenten

**Fragestellung 3**

Welchen Einfluss haben Variablen aus dem Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe sowie der Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung auf die Einstellung?

Der Fragebogen zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe wurde analog zum Fragebogen zur Arbeitssituation für Betreuer codiert (vgl. Kapitel 11.2.2.). Für die Beantwortung von Fragestellung 3 wurden zwei multiple lineare Regressionsanalysen gerechnet.

Die erste Regressionsanalyse behandelt folgende Bereiche:

- Derzeitige Ausbildungsstätte (Lehristalt für Heilpädagogische Berufe der Caritas Wien vs. Lehristalt für Heilpädagogische Berufe der Stadt Wien),
- Ausbildungsform (berufsbegleitend vs. Vollform),
- Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung zum Behindertenbetreuer (vor Ausbildung Kontakt; Kontakthäufigkeit; Intensität des Kontaktes; Kontaktart),
- Praktika im Zuge der Ausbildung (Praktikum bereits absolviert; Praktikum vorstellungsgemäß),
- für die Studenten wichtige Förderbereiche in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen (Beschäftigung; Haushaltstechniken; Finanzen; Verkehrsmittelbenutzung; Infrastruktur nutzen; Kommunikationsfähigkeit).

Weiters wurden soziodemographische Daten wie das Alter und Geschlecht der Studenten mit einbezogen.

Das Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse ist mit  $p=0,047$  signifikant (Tabelle 45). Eine Variable – „vor Ausbildung Kontakt“ – wurde ausgeschlossen, weil sie mangels Varianz uninformativ war. Signifikante Prädiktoren für die Einstellung zu geistig behinderten Menschen sind in Tabelle 46 dargestellt.

*Tabelle 45: Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung, erwarteter Arbeitssituation und Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen*

Regressionsanalyse							
	Quadratsumme	df1	df2	Mittel der Quadrate	F	R-Quadrat	Signifikanz
Regression	2034,082	22	51	92,458	1,770	0,433	<b>0,047</b>
Residual	2664,297			52,241			
Total	4698,378						

*Tabelle 46: Erste Regressionsanalyse - Regressionskoeffizienten für die Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen*

Koeffizienten					
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Praktikum absolviert	23,794	7,517	<b>0,484</b>	3,165	<b>0,003</b>
Verkehrsmittelbenutzung	-24,008	8,436	<b>-0,489</b>	-2,846	<b>0,006</b>

Studenten, die im Rahmen ihrer Ausbildung zum Behindertenbetreuer bereits ein Praktikum absolviert haben, verfügen über eine bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen ( $Beta=0,484$ ). Ebenso diejenigen, denen der Förderbereich Verkehrsmittelbenutzung weniger wichtig ist ( $Beta=-0,489$ ). Der Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung der Studenten.

Die zweite Regressionsanalyse beschäftigt sich mit dem Einfluss des Rollenverständnisses der Studenten auf ihre Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Das Gesamtmodell ist mit  $p=0,018$  signifikant (Tabelle 47). Tabelle 48 veran-

schaulich die in die Regression eingeflossenen Variablen, wobei signifikante Prädiktoren durch Fettdruck hervorgehoben sind.

*Tabelle 47: Gesamtmodell der zweiten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Rollenverständnis und Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen*

Regressionsanalyse							
	Quadratsumme	df1	df2	Mittel der Quadrate	F	R-Quadrat	Signifikanz
Regression	848,263	8	55	106,033	2,572	0,272	<b>0,018</b>
Residual	2267,722			41,231			
Total	3115,984						

*Tabelle 48: Zweite Regressionsanalyse - Regressionskoeffizienten für die Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen*

Koeffizienten					
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Lehrer	1,773	0,930	0,287	1,907	0,062
Erzieher	0,265	0,880	0,048	0,301	0,764
Elternersatz	-0,830	0,711	-0,171	-1,167	0,248
Freund	0,721	0,830	0,115	0,869	0,389
Anwalt	-1,376	0,686	<b>-0,278</b>	-2,004	<b>0,050</b>
Freizeitanimator	0,015	0,952	0,002	0,016	0,988
Sozialarbeiter	-1,253	0,884	-0,195	-1,417	0,162
Andere Rollen	-0,053	0,818	-0,009	-0,065	0,948

Als signifikant erweist sich hier die Variable Anwalt (Beta=-0,278). Das bedeutet: Studenten, die sich eher als Anwalt ihrer Klienten sehen, haben eine bessere Einstellung.

11.2.4. Vergleich zwischen Betreuern und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich Gewichtung der Förderbereiche und Erwartungen an die Umwelt

**Fragestellung 4**

Sind für Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe unterschiedliche Förderbereiche in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen wichtig und gibt es in weiterer Folge auch unterschiedliche Ansprüche an die Unterstützung aus der Umwelt in diesen Bereichen?

Fragestellung 4 wurde mittels zweier multipler linearer Regressionsanalysen beantwortet.

Die erste Regressionsanalyse bezieht sich auf die einzelnen Förderbereiche und ihren Vorhersagewert für die Gruppenzugehörigkeit. Das Gesamtmodell ist mit  $p=0,006$  signifikant (Tabelle 49).

*Tabelle 49: Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen wichtigen Förderbereichen und der Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten)*

Regressionsanalyse							
	Quadratsumme	df1	df2	Mittel der Quadrate	F	R-Quadrat	Signifikanz
Regression	3,985	6	177	0,664	3,114	0,095	<b>0,006</b>
Residual	37,754			0,213			
Total	41,739						

Tabelle 50 auf der folgenden Seite veranschaulicht die einzelnen Förderbereiche, die in die Regressionsanalyse eingeflossen sind. Signifikante Werte sind durch Fettdruck hervorgehoben.



Tabelle 50: Erste Regressionsanalyse – Regressionskoeffizienten für die Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten)

Koeffizienten					
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Beschäftigung	-0,137	0,138	-0,074	-0,993	0,322
Haushaltstechniken	0,065	0,088	0,057	0,740	0,460
Finanzen	-0,088	0,081	-0,085	-1,095	0,275
Verkehrsmittelbenutzung	-0,346	0,109	<b>-0,249</b>	-3,182	<b>0,002</b>
Infrastruktur nutzen	-0,111	0,162	-0,050	-0,682	0,496
Kommunikationsfähigkeit	-0,193	0,338	-0,042	-0,572	0,568

Die Schwerpunkte bei der Arbeit mit behinderten Menschen scheinen für Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe ähnlich gelagert zu sein. Lediglich die Variable Verkehrsmittelbenutzung erweist sich als signifikant (Beta=-0,249): Verglichen mit den Betreuern legen Studenten mehr Wert darauf, geistig behinderte Menschen in der Verkehrsmittelbenutzung zu fördern.

Die zweite Regressionsanalyse geht der Frage nach, ob sich Betreuer und Studenten in ihrem Wunsch nach Unterstützung aus der Umwelt in den einzelnen Förderbereichen unterscheiden. Das Gesamtmodell dieser Regressionsanalyse ist mit  $p=0,000$  signifikant (Tabelle 51).

Tabelle 51: Gesamtmodell der zweiten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Wunsch nach Unterstützung durch andere und Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten)

Regressionsanalyse							
	Quadratsumme	df1	df2	Mittel der Quadrate	F	R-Quadrat	Signifikanz
Regression	14,787	4	188	3,697	24,539	0,343	<b>0,000</b>
Residual	28,322			0,151			
Total	43,109						

Signifikante Prädiktoren – wie im Vorfeld durch Fettdruck gekennzeichnet – sind die Variablen Betreuer und Eltern (Tabelle 52).

Tabelle 52: Zweite Regressionsanalyse – Regressionskoeffizienten für die Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten)

Koeffizienten					
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Betreuer	-0,604	0,061	<b>-0,618</b>	-9,896	<b>0,000</b>
Eltern	0,164	0,065	<b>0,168</b>	2,533	<b>0,012</b>
Gesellschaft	0,007	0,066	0,007	0,107	0,915
Andere	-0,050	0,069	-0,043	-0,729	0,467

Diese Ergebnisse sind wie folgt zu interpretieren: Studenten erwarten mehr Unterstützung in den einzelnen Förderbereichen von anderen Betreuern (Beta=-0,618), während Betreuer diese Unterstützung von den Eltern ihrer Klienten erhoffen (Beta=0,168).

#### 11.2.5. Vergleich zwischen Betreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich ihres Rollenverständnisses

##### **Fragestellung 5**

Unterscheiden sich Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe in ihrem Rollenverständnis?

Das Rollenverständnis von Betreuern und Studenten geistig behinderten Menschen gegenüber war auf einer fünfstufigen Likert-Skala anzugeben: 5 – keine Bedeutung, 4 – geringe Bedeutung, 3 – mittlere Bedeutung, 2 – große Bedeutung, 1 – sehr große Bedeutung. Zur Darstellung der Variablen wurden z-Transformationen durchgeführt. Negative z-Werte beschreiben eine große Bedeutung der Variable, positive z-Werte eine eher geringe Bedeutung.

Es wurde versucht, hinsichtlich des Rollenverständnisses der beiden Stichproben eine Typisierung mittels Clusteranalyse durchzuführen. Die Clusteranalyse wurde nach der Ward-Methode mit Hilfe quadrierter Euklidischer Distanzen und z-transformierter Variablen gerechnet.

Es konnten drei inhaltlich klar abgrenzbare Typen gefunden werden, wie Tabelle 53 veranschaulicht.

Tabelle 53: Clusteranalyse zum Rollenverständnis von Betreuern und Studenten (in z-Werten)

Clusteranalyse zum Rollenverständnis			
	Typ 1 "Anwalt und andere Rollen"	Typ 2 "Erzieher und Freund"	Typ 3 "Idealistischer Betreuer"
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Zscore: Lehrer	0,38571	-0,11175	<b>-0,35640</b>
Zscore: Erzieher	0,57648	<b>-0,51713</b>	<b>-0,45392</b>
Zscore: Elternersatz	0,43473	0,28716	<b>-0,56718</b>
Zscore: Freund	0,65044	<b>-0,49547</b>	<b>-0,57739</b>
Zscore: Anwalt	<b>-0,26767</b>	0,19337	0,27514
Zscore: Freizeitanimator	0,02244	1,09004	<b>-0,29805</b>
Zscore: Sozialarbeiter	-0,02076	1,47566	<b>-0,32228</b>
Zscore: Andere Rollen	<b>-0,41829</b>	1,48029	0,08504

Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) sieht sich ausschließlich in der Rolle des Anwalts seiner Klienten und in anderen Rollen als den hier angegebenen. Keine Bedeutung haben für ihn die Rollen als Lehrer, Erzieher, Elternersatz, Freund, Freizeitanimator oder Sozialarbeiter.

Typ 2 („Erzieher und Freund“) legt besonderen Wert darauf, der Freund und Erzieher seiner Klienten zu sein. Er sieht sich nicht als Lehrer, Elternersatz, Anwalt, Freizeitanimator, Sozialarbeiter oder in anderen Rollen.

Typ 3 („Idealistischer Betreuer“) ist bereit, fast alle Anforderungen, die an ihn gestellt werden, zu erfüllen und dementsprechend viele Rollen zu übernehmen. So sieht er sich als Lehrer, Erzieher, Elternersatz, Freund, Freizeitanimator und Sozialarbeiter – nicht jedoch als Anwalt und in anderen Rollen.

45,8% der Probanden (N=60) lassen sich dem Typ 1 zuordnen, 10,7% (N=14) dem Typ 2 und 43,5% (N=57) dem Typ 3 (Tabelle 54).

*Tabelle 54: Verteilung der drei Rollen-Typen in der Gesamtstichprobe*

Clusteranalyse zum Rollenverständnis		
	Häufigkeit	Prozent
Typ 1 "Anwalt und andere Rollen"	60	45,8
Typ 2 "Erzieher und Freund"	14	10,7
Typ 3 "Idealistischer Betreuer"	57	43,5
Gesamt	131	100

Um das Ergebnis dieser Clusteranalyse statistisch abzusichern, wurde in weiterer Folge eine Diskriminanzanalyse gerechnet. Die drei aufgefundenen Typen unterscheiden sich mit einem Wilks' Lambda=0,195 und  $p=0,000$  signifikant voneinander (Tabelle 55).

*Tabelle 55: Wilks' Lambda*

Wilks' Lambda			
Wilks' Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
0,195	203,320	16	0,000

Eine Neuklassifikation der Typen im Rahmen dieser Diskriminanzanalyse ergab 89,3% korrekt zugeordnete Fälle, was eindeutig für die Zuverlässigkeit der Clusteranalyse spricht (Tabelle 56 auf der folgenden Seite).

Tabelle 56: Diskriminanzanalyse zum Rollenverständnis von Betreuern und Studenten

Klassifizierungsergebnisse <sup>a</sup>					
	Clusteranalyse zum Rollenverständnis	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
		Typ 1 "Anwalt und andere Rollen"	Typ 2 "Erzieher und Freund"	Typ 3 "Idealistischer Betreuer"	
Anzahl	Typ 1 "Anwalt und sonstige Rollen"	51	0	9	60
	Typ 2 "Erzieher und Freund"	1	13	0	14
	Typ 3 "Idealistischer Betreuer"	4	0	53	57
%	Typ 1 "Anwalt und sonstige Rollen"	85,0	0,0	15,0	100
	Typ 2 "Erzieher und Freund"	7,1	92,9	0,0	100
	Typ 3 "Idealistischer Betreuer"	7,0	0,0	93,0	100

a - 89,3% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Zur Überprüfung der Fragestellung, ob Betreuer und Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe ein unterschiedliches Rollenbild haben, kam eine Kreuztabelle zum Einsatz. Diese ist mit  $p=0,005$  (Chi-Quadrat=10,689,  $df=2$ ) signifikant (Tabelle 57).

Tabelle 57: Chi-Quadrat-Tests

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	10,689 <sup>a</sup>	2	0,005
Likelihood-Quotient	10,639	2	0,005
Zusammenhang linear-mit-linear	0,358	1	0,549
Anzahl der gültigen Fälle	131		

a - 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,45.

Betreuer sind eher dem Typ 2, dem „Erzieher und Freund“, Studenten dem Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) zuzuordnen. Hinsichtlich des Typs 3 („Idealistischer Betreuer“) tritt keine unterschiedliche Verteilung auf (Tabelle 58).

Tabelle 58: Kreuztabelle Clusteranalyse zum Rollenverständnis \* Gruppenzugehörigkeit

Clusteranalyse zum Rollenverständnis * Gruppenzugehörigkeit Kreuztabelle					
			Gruppenzugehörigkeit		
			Studenten	Betreuer	Gesamt
Clusteranalyse zum Rollenverständnis	Typ 1 "Anwalt und sonstige Rollen"	Anzahl	41	19	60
		Erwartete Anzahl	36,6	23,4	60
	Typ 2 "Erzieher und Freund"	Anzahl	3	11	14
		Erwartete Anzahl	8,5	5,5	14
	Typ 3 "Idealistischer Betreuer"	Anzahl	36	21	57
		Erwartete Anzahl	34,8	22,2	57
Gesamt	Anzahl		80	51	131
	Erwartete Anzahl		80	51	131

Eine univariate Varianzanalyse sollte abschließend klären, ob sich die drei Typen in ihrer Einstellung zu geistig behinderten Menschen unterscheiden. Die Überprüfung der Varianzhomogenität erwies sich als sehr zufrieden stellend. Der Einfluss der Typzugehörigkeit ist in der Gesamtskala MRAI mit  $p=0,001$  signifikant (Tabelle 59).

Tabelle 59: Zwischensubjekteffekte für die Gesamtskala MRAI

Zwischensubjekteffekte					
	Quadratsumme	df1/df2	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Typzugehörigkeit	902,512	2/111	451,256	6,964	<b>0,001</b>

Der Mittelwertevergleich der drei Typen (Tabelle 60 auf der folgenden Seite) ergibt: Typ1 („Anwalt und andere Rollen“) zeigt die deutlich beste Einstellung zu geistig behinderten Menschen, gefolgt vom Typ 3, dem „idealistischen Betreuer“. Typ 2, der „Erzieher und Freund“, hat die schlechteste Einstellung zu geistig behinderten Menschen.

*Tabelle 60: Mittelwertevergleich der Typen 1-3*

Clusteranalyse zum Rollenverständnis	Mittelwert	Standardfehler
Typ 1 "Anwalt und sonstige Rollen"	102,633	1,150
Typ 2 "Erzieher und Freund"	94,786	2,151
Typ 3 "Idealistischer Betreuer"	98,020	1,127

## 12. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

---

Im folgenden Kapitel erfolgt neben einer Zusammenfassung der vorliegenden Ergebnisse eine Interpretation und Diskussion auf Basis der einschlägigen Forschungsliteratur.

Erklärtes Ziel der vorgestellten Untersuchung war zunächst ein Vergleich der Einstellungen von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe zu geistig behinderten Menschen. Im Rahmen dieser Aufgabenstellung wurde der Versuch unternommen, den Einfluss von in der Literatur genannten Determinanten der Einstellung wie Alter, Geschlecht und Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen nachzuweisen. Ferner schien es von Interesse, die Arbeitssituation der Betreuer beziehungsweise die zukünftige (erwartete) Arbeitssituation der Studenten zu berücksichtigen und ihren Einfluss auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen zu überprüfen. Ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit war der Vergleich von Betreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich ihrer Förderschwerpunkte, Erwartungen an die Umwelt und ihres Rollenverständnisses.

Der Einstellungsvergleich von Betreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe (Fragestellung 1) ergab in der Gesamtskala MRAI sowie in den Subskalen „Integration-Segregation“ (INSE), „Soziale Distanz“ (SDIS) und „Subtile Abwertung“ (SUAB) signifikante Ergebnisse. Studenten zeigen in diesen Skalen die deutlich bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Lediglich in der Subskala „Private Rechte“ (PRRT) unterscheiden sich Betreuer und Studenten nicht hinsichtlich ihrer Einstellung.

Es scheint, dass berufliche Erfahrungen die Einstellung zur betreuten Klientel verändern. Die Ursache liegt möglicherweise in den beschriebenen (vgl. Kap. 7.3.) Belastungsfaktoren, die eine Tätigkeit als Behindertenbetreuer mit sich bringt. Andauernde Belastungen können zum Burnoutphänomen führen und damit zu weite-



ren Auswirkungen auf die Einstellung der Betreuer (Maslach, 1985, S. 250). Von negativen Erfahrungen unbelastete Studenten nehmen ihre zukünftige Klientel daher noch positiv wahr.

Nur die Skala PRRT, die sich mit der (privat)rechtlichen beziehungsweise gesetzlichen Seite des Umgangs mit geistig behinderten Menschen beschäftigt, scheint unbeeinflusst von beruflichen Erfahrungen. Die Items wurden von Betreuern und Studenten ähnlich bewertet.

Laut Cloerkes' Analyse der Forschungsliteratur (1979, S. 194 ff.) besteht zwischen der Variable Lebensalter und der Einstellung zu behinderten Menschen eine – wenn auch schwache – Beziehung. Jüngere Personen sind etwas positiver eingestellt als ältere. Dieses Ergebnis könnte, so Cloerkes, zum Teil auch durch einen unkontrollierten Einfluss der Bildungsvariable beeinflusst sein.

In der hier vorliegenden Untersuchung hat die Variable Alter in keiner Skala des MRAI-d signifikante Einflüsse auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Somit kann diese Studie jener nicht unerheblichen Zahl von Untersuchungen zugeordnet werden, in denen kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte (Cloerkes, 1979, S. 201).

Der Einstellungsvergleich zwischen Männern und Frauen ergab in zwei Subskalen des MRAI-d signifikante Ergebnisse: Sowohl in der Subskala „Integration-Segregation“ als auch in der Subskala „Soziale Distanz“ zeigen Männer eine deutlich bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen als Frauen. Dieses Resultat widerspricht einem Trend, der sich in bisherigen Untersuchungen (Cloerkes, 1979, S. 203 ff.; Schabmann & Kreuz, 1999; Harasymiw et. al., 1978) abzeichnete: Dort wurden positivere Einstellungen von Frauen gefunden. Traditionellerweise ist der Sozialbereich frauendominiert. Das bestätigt auch die Geschlechtsverteilung der vorliegenden Gesamtstichprobe: 67,5% Frauen, 32,5 % Männer. Eine mögliche Erklärung des abweichenden Ergebnisses: Die Tatsache, eine Minderheit in

diesem Berufsfeld zu sein, bewirkt unter Umständen bei den Männern eine höhere Motivation und dementsprechend bessere Einstellung zur betreuten Klientel.

Die Determinante Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen allein hat – wie aus Analysen verschiedener Studien hervorgeht (Cloerkes, 1979, S. 191 ff.) – wenig Einfluss auf die Qualität der Einstellungen. Dieses Resultat konnte in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Lediglich in der Subskala „Subtile Abwertung“ fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wissen und Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Probanden mit einem hohen Wissensscore zeigten bei Items, die subtil abwertende Ansichten über Menschen mit geistiger Behinderung beschreiben, die positivste Einstellung.

Wie Cloerkes 2001 (S. 115) schreibt, wird mangelndes Wissen häufig durch irrationale oder magische Vorstellungen ersetzt. Probanden, die über ein hohes Wissen verfügen, müssen diese Strategie nicht anwenden. Sie haben die Möglichkeit, die Aussagen in der Subskala „Subtile Abwertung“ sachlicher und damit positiver für geistig behinderte Menschen zu bewerten.

Mit Hilfe des neu entwickelten Wissenstests war es möglich, den Wissensstand der beiden Stichproben über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen miteinander zu vergleichen (Fragestellung 1.1.). Die Vermutung, dass Betreuer aufgrund ihrer einschlägigen Berufserfahrungen über ein höheres Wissen als Studenten verfügen, hat sich bestätigt.

Es zeigt sich auch ein weiterer, und zwar negativer, Aspekt des Zusammenhanges zwischen Wissen und Einstellung: Betreuer haben im Vergleich zu Studenten ein größeres Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen, aber die schlechtere Einstellung. Tatsächlich wurden ähnliche Resultate bereits in früheren Untersuchungen gefunden: Bei Professionisten, die neben häufigem Kontakt auch über viel Fachwissen verfügen, wurden ungünstige Einstellungen zu geistig behinderten Menschen gemessen (Geskie & Salasek, 1988, S. 191). Einen

möglichen Erklärungsansatz bietet Cloerkes (1979, S. 193): „Es könne so sein, daß gerade Personen mit viel Wissen über Behinderte diese eben so einschätzten, wie sie in Wirklichkeit auch sind: anders als Nichtbehinderte“.

Der neu entwickelte Wissenstest muss in diesem Zusammenhang allerdings kritisch betrachtet werden. Erste testtheoretische Überprüfungen durch Kreuz (2000) im Hinblick auf die psychometrischen Kriterien waren insgesamt wenig zufriedenstellend. Auch das gewählte Antwortformat, welches neben offen formulierten Fragen auch solche im Multiple-Choice-Format beinhaltet, muss hinterfragt werden. Bei einer Überarbeitung des Tests sollte man sowohl auf ein einheitliches Antwortformat als auch auf die richtige Auswahl an Wissensfragen achten – ein Problem, das schon aus früheren, ähnlichen Studien bekannt ist. Auch wenn die Wissenschaft auf manche Fragen keine eindeutigen Antworten hat (vgl. Cloerkes, 1979): Die Bemühungen, ein adäquates Verfahren zur Erhebung von Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen zu entwickeln, sind noch lange nicht am Ziel. Eine weitere Überarbeitung des Tests ist daher notwendig.

Die Arbeitssituation von Betreuern wurde bei früheren Einstellungsuntersuchungen kaum berücksichtigt. In der vorliegenden Studie wurde der Versuch unternommen, auf Basis eines neu entwickelten Fragebogens jene Variablen der Arbeitssituation zu identifizieren, die einen Einfluss auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen haben (Fragestellung 2). Dabei ergaben sich folgende Resultate: Behindertenbetreuer haben dann eine bessere Einstellung zu ihrer Klientel, wenn

- sie vor Beginn der jetzigen Tätigkeit keine einschlägigen Berufserfahrungen durch ein Praktikum gesammelt haben,
- sie nicht nach Bezugsbetreuersystem arbeiten,
- sie nicht unzufrieden sind mit dem Zustand, dass gewisse Betreuungsaufgaben zu kurz kommen,
- sie den Förderbereich „Haushaltstechniken“ wichtig finden,

- sie Wert darauf legen, dass ihre Klienten lernen, die vorhandene Infrastruktur (Kino, Wirtshaus, Sportanlagen, usw.) zu nutzen,
- sie keine Gesprächspartner außer Arbeitskollegen oder Supervisor haben, mit denen sie über arbeitsbezogene Themen reden können,
- ihre Umwelt mit Unverständnis auf ihre Tätigkeit als Behindertenbetreuer reagiert.

Einschlägige Berufserfahrungen durch Praktika scheinen sich negativ auf die Einstellung auszuwirken. Die Vermutung liegt nahe, dass jene 10,8%, die ihren jetzigen Beruf auf diese Weise kennen gelernt haben, keine positiven Eindrücke mitnehmen konnten. Eine eingehendere Überprüfung wäre hier von Interesse.

Die Arbeit im Bezugsbetreuersystem wird durch die Funktion einer wichtigsten Ansprechperson für einen oder mehrere Klienten innerhalb derselben Einrichtung charakterisiert. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass Betreuer und Klienten aus verschiedenen Gründen - sehr häufig wurde Antipathie genannt - nicht mehr miteinander arbeiten wollen (vgl. Kapitel 11.1.2.1). Möglicherweise wirkt sich eine derartige Belastungssituation generell auf die Einstellung zu den betreuten Klienten aus.

Sehr viele Betreuer machen während ihrer Tätigkeit die Erfahrung, dass Betreuungsaufgaben aus irgendwelchen Gründen vernachlässigt werden oder zu kurz kommen. Diese Tatsache verursacht bei einem Großteil der Betreuer (vgl. Kapitel 11.1.2.1) ein Gefühl von Unzufriedenheit, das sich auch auf die Einstellung zu den Klienten auswirken kann.

Die Förderbereiche „Haushaltstechniken“ und „vorhandene Infrastruktur (Kino, Wirtshaus, Sportanlagen, usw.) nutzen“ dienen in erster Linie dazu, geistig behinderten Menschen zu mehr Eigenständigkeit zu verhelfen und sie in vorhandene gesellschaftliche Strukturen zu integrieren. Jene Betreuer, die Interesse an der Selbständigkeit und Integration von geistig behinderten Menschen haben, zeigen auch insgesamt eine positivere Einstellung zu ihren Klienten.

Die Umwelt der Betreuer hat – wie sich hier zeigt – einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Reagiert sie mit Unverständnis, verstärkt sich anscheinend im Sinne einer Dissonanzreduktion das Engagement der Betreuer und sie zeigen eine positivere Einstellung zu ihren Klienten. Optimalen Gewinn für die Einstellung bringen Gespräche über arbeitsbezogene Themen ausschließlich oder vorrangig mit jenen, denen die Situation ebenfalls aus erster Hand bekannt ist – Kollegen und Supervisor. Diese Abgrenzung nach außen stärkt möglicherweise das Zusammengehörigkeitsgefühl im Team und die eigene Motivation (vgl. Lempp, 1985, S. 272).

Insgesamt ergibt sich gerade im Zusammenhang mit dieser Fragestellung eine Reihe weiterer Forschungsfragen, die durch den neu entwickelten Fragebogen aus bereits bekannten Gründen nur unzureichend beantwortet wurden. Aber nicht nur wegen dieser noch offenen Problematik sollte die Arbeitssituation von Behindertenbetreuern zukünftig in der Einstellungsforschung verstärkt Beachtung finden.

Studenten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe erhalten durch Ausbildung und inkludierte Praktika ein Bild von ihrem zukünftigen Beruf. In der vorgestellten Untersuchung wurde auf Basis eines ebenfalls neu entwickelten Fragebogens zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation nach Variablen geforscht, die im Zusammenhang mit der gezeigten Einstellung stehen (Fragestellung 3). Die Resultate lassen sich wie folgt zusammenfassen: Studenten haben dann eine positivere Einstellung zu geistig behinderten Menschen, wenn

- sie im Rahmen ihrer Ausbildung zum Behindertenbetreuer bereits ein Praktikum absolviert haben,
- ihnen der Förderbereich „Verkehrsmittelbenutzung“ nicht wichtig ist,
- sie sich als Anwalt ihrer Klienten sehen.

Es scheint, dass die im Zuge einer Ausbildung absolvierten Praktika der Einstellung dienlich sind. Die Vermutung liegt nahe, dass die Praktikumserfahrungen der

Betreuer nicht unter stützenden und begleitenden Rahmenbedingungen stattgefunden haben und negative Erlebnisse daher nicht entsprechend verarbeitet werden konnten. Die Einstellungen der Studenten konnten im Gegensatz dazu verbessert werden.

Die Tatsache, dass Studenten, denen der Förderbereich „Verkehrsmittelbenutzung“ nicht wichtig ist, eine bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen haben, verwundert. Generell kann man nämlich davon ausgehen, dass sich durch ein Training der Verkehrsmittelbenutzung auch die Selbständigkeit der Klienten erhöht. Zur eindeutigen Klärung wäre eine weiterführende Überprüfung erforderlich.

Der Berufsverband der Diplomierten BehindertenpädagogInnen/Diplomierten Heilpädagogischen FachbetreuerInnen und FachbetreuerInnen in Österreich beschreibt die Handlungsprinzipien seiner Mitglieder wie folgt: „Sie sehen den Menschen mit Behinderung als gleichwertigen Partner mit Rechten, Pflichten, Bedürfnissen und Wünschen. Sollte der Mensch mit Behinderung diese nicht wahrnehmen können, dann versteht sich die Fachkraft als sein Anwalt“ (1994, S. 4). Studenten, die diese Berufsauffassung teilen, haben auch die bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen.

Wider Erwarten zeigt der Kontakt von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung keinen Einfluss auf die Einstellung. Wahrscheinlich sind diese Erfahrungen mittlerweile überlagert von jenen, die im Zuge der Ausbildung und im Rahmen von Praktika gemacht wurden.

Der Vergleich von Betreuern und Studenten bezüglich der Gewichtung verschiedener Förderbereiche (Fragestellung 4) führt zu einem überraschenden Ergebnis: Studenten – sie haben insgesamt eine bessere Einstellung als Betreuer – legen mehr Wert darauf, geistig behinderte Menschen in der Verkehrsmittelbenutzung zu fördern. Dies steht im Widerspruch zur vorher gefundenen besseren Einstellung

von Studenten, die an der Verkehrsmittelbenutzung wenig interessiert sind. Möglicherweise ist das vorliegende Ergebnis durch sozial erwünschte Antworten im MRAI-d verfälscht worden. Eine weitere Überprüfung wäre also nötig.

Ein zusätzlicher Vergleich der beiden Stichproben bezüglich ihrer Ansprüche an die Unterstützung aus der Umwelt (Fragestellung 4), ergibt Folgendes: Während Studenten insgesamt mehr Unterstützung in den einzelnen Förderbereichen von anderen Betreuern erwarten, erhoffen sich Betreuer diese Unterstützung von den Eltern ihrer Klienten. Diese Ansprüche verändern sich mit zunehmender Berufs- und Lebenserfahrung.

Behindertenbetreuer müssen – wie schon mehrfach erwähnt – viele verschiedene Rollen den von ihnen betreuten Personen gegenüber einnehmen. Hinsichtlich des Rollenverständnisses der untersuchten Stichproben (Fragestellung 5) konnten drei inhaltlich klar abgrenzbare Typen gefunden werden:

Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) sieht sich ausschließlich in der Rolle des Anwalts seiner Klienten und in anderen Rollen als den hier angegebenen. Die Häufigkeit (45,8 %), mit der dieser Typ in der Gesamtstichprobe vorkommt, folgt einem Trend, der schon in früheren Untersuchungen (vgl. Besch & Klicpera, 2003) gefunden wurde. Betreuer sehen sich zunehmend in Rollen, die die Selbständigkeit ihrer Klienten unterstreichen.

Typ 2 („Erzieher und Freund“) legt besonderen Wert darauf, der Freund und Erzieher seiner Klienten zu sein. Diese Rollenbilder findet man vor allem in Einrichtungen, wo die Klienten einen sehr hohen Unterstützungsbedarf haben (Besch & Klicpera, 2003). Insgesamt verlieren sie jedoch zunehmend an Bedeutung, was sich auch am Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ablesen lässt (10,7 %).

Typ 3 („Idealistischer Betreuer“) ist bereit, fast alle Anforderungen, die an ihn gestellt werden, zu erfüllen und dementsprechend viele Rollen zu übernehmen. So

sieht er sich als Lehrer, Erzieher, Elternersatz, Freund, Freizeitanimatör und Sozialarbeiter – nicht jedoch als Anwalt und in anderen Rollen. Man könnte daraus schließen, dass dieser Typ an einer allumfassenden Versorgung, nicht jedoch an der Selbständigkeit seiner Klienten interessiert ist. Zudem scheint der „Idealistische Betreuer“ aufgrund seiner hohen Ansprüche an sich selbst und den damit verbundenen starken Belastungen eher als die beiden anderen Typen vom Burnout bedroht. Unter diesem Aspekt verdient der hohe Prozentanteil (43,5 %) besondere und wohl auch ein wenig besorgte Beachtung.

Was die Unterscheidung von Betreuern und Studenten bezüglich ihres Rollenverständnisses betrifft, so sind Betreuer eher dem Typ 2, dem „Erzieher und Freund“, Studenten dem Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) zuzuordnen. Diese Unterschiede lassen sich wohl in Richtung "alter Betreuungsstil" versus "neuer Betreuungsstil" interpretieren. Hinsichtlich des Typs 3 („Idealistischer Betreuer“) tritt keine unterschiedliche Verteilung auf.

Ein abschließender Vergleich der Einstellungen dieser drei Typen zu geistig behinderten Menschen führt zu folgendem Resultat: Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) verfügt über die mit Abstand beste Einstellung, gefolgt von Typ 3 („Idealistischer Betreuer“); Typ 2, der „Erzieher und Freund“, zeigt die deutlich schlechteste Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Es ist also anzunehmen, dass die Unterstützung und Förderung einer größeren Selbständigkeit der betreuten Klientel mit einer positiveren Einstellung einhergeht.

Im Hinblick auf die praktische Verwertbarkeit der vorgestellten Ergebnisse lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Ausreichendes Fachwissen über geistige Behinderung und geistig behinderte Menschen führt bei Professionisten in der Behindertenarbeit nicht unbedingt zu günstigeren Einstellungen. Es scheint, dass ein derartiges Wissen den wahrgenommenen Unterschied zwischen sich und behinderten Personen eher vergrößert. Ob dies eine Folge der Wissensvermittlung (Ausbildung) oder der konkreten Wis-



sensanwendung (Arbeitspraxis) ist, blieb unklar. Das vorliegende Ergebnis sollte künftig sowohl bei Ausbildungsinhalten von Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe als auch bei Informationsstrategien für Laien verstärkt berücksichtigt werden.

Bislang wurde der Arbeitssituation von Behindertenbetreuern in der Einstellungsforschung zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Tatsächlich scheinen sich aber berufliche Belastungsfaktoren im Laufe der Tätigkeit als Behindertenbetreuer negativ auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen auszuwirken. Einrichtungen der Behindertenhilfe können dieser Entwicklung durch stützende Rahmenbedingungen wie Supervision oder attraktive Weiterbildungsangebote entgegenwirken. Allerdings ist hier auch die Hilfe der Wissenschaft erforderlich, um – nicht zuletzt durch diese Arbeit aufgeworfene – weitere Forschungsfragen zu klären.

Die gesellschaftliche Einstellung zu geistig behinderten Menschen sollte auch weiterhin nicht aus den Augen gelassen werden. Schließlich beeinflusst die Umwelt der Betreuer deren Einstellung zu geistig behinderten Menschen in nicht unerheblichem Maße – wie die vorliegenden Ergebnisse bestätigen. Erst eine gesamtgesellschaftliche Einstellungsveränderung in Verbindung mit entsprechenden sozialpolitischen Maßnahmen können sowohl die Lebensqualität geistig behinderter Menschen als auch ihrer Betreuer verbessern.

### 13. Zusammenfassung

---

Erklärtes Ziel dieser Arbeit war zunächst ein Vergleich der Einstellungen von Behindertenbetreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe zu geistig behinderten Menschen. Der Einfluss von in der Literatur genannten Determinanten der Einstellung wie Alter, Geschlecht und Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen sollte untersucht und womöglich nachgewiesen werden, wobei sowohl die deutsche Übersetzung des „Mental Retardation Attitude Inventory-R“ (MRAI-d) (Antonak & Hart, 1994; Schabmann & Ortner, 1995) als auch ein neu entwickelter Wissenstest eingesetzt wurden. Es schien auch von Interesse, die Arbeitssituation der Betreuer beziehungsweise die zukünftige (erwartete) Arbeitssituation der Studenten zu berücksichtigen und deren Einfluss auf die Einstellung zu geistig behinderten Menschen zu überprüfen. In Anlehnung an einen Interviewleitfaden für Gespräche mit Betreuern (Feichtinger, 1997) wurde dazu je ein Fragebogen entwickelt: zur Arbeitssituation der Betreuer sowie zur zukünftigen (erwarteten) Arbeitssituation der Studenten. Der Vergleich von Betreuern und Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe bezüglich ihrer Förderschwerpunkte, Erwartungen an die Umwelt und ihres Rollenverständnisses bildete ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit.

In der Gesamtskala MRAI sowie in den Subskalen INSE, SDIS und SUAB ergibt der Einstellungsvergleich (Zusammensetzung der Stichprobe: N=65 Behindertenbetreuer, N=129 Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe, N=63 männlich, N=131 weiblich) signifikante Ergebnisse. Studenten zeigen in diesen Skalen die deutlich bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen. Es scheint, dass sich berufliche Belastungsfaktoren bei den Behindertenbetreuern auf die Einstellung zur betreuten Klientel negativ auswirken.

Unabhängig vom Lebensalter der Probanden zeigen Männer in den Subskalen INSE und SDIS deutlich bessere Einstellungen zu geistig behinderten Menschen als Frauen. Dies könnte in einer verstärkten Motivation durch die Minderheitenstellung im Berufsfeld begründet sein.

Der Einfluss von Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen konnte lediglich in der Subskala SUAB nachgewiesen werden: Probanden mit einem hohen Wissensscore haben die bessere Einstellung zu geistig behinderten Menschen und bewerten vermutlich gerade deshalb subtil abwertende Aussagen über geistig behinderte Menschen sachlicher und für die Betroffenen positiver.

Behindertenbetreuer zeigen – verglichen mit Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe – insgesamt ein höheres Wissen über geistige Behinderung bzw. geistig behinderte Menschen. Sie haben dann eine bessere Einstellung zu ihrer Klientel, wenn

- sie vor Beginn der jetzigen Tätigkeit keine einschlägigen Berufserfahrungen durch ein Praktikum gesammelt haben,
- sie nicht nach Bezugsbetreuersystem arbeiten,
- sie damit nicht unzufrieden sind, dass gewisse Betreuungsaufgaben zu kurz kommen,
- sie den Förderbereich „Haushaltstechniken“ wichtig finden,
- sie Wert darauf legen, dass sich ihre Klienten die vorhandene Infrastruktur zunutze machen,
- sie über arbeitsbezogene Themen nur mit Arbeitskollegen oder Supervisor reden können,
- ihre Umwelt mit Unverständnis auf ihre Tätigkeit als Behindertenbetreuer reagiert.

Die Einstellung von Studenten an Lehranstalten für Heilpädagogische Berufe ist besser, wenn

- sie im Rahmen ihrer Ausbildung zum Behindertenbetreuer bereits ein Praktikum absolviert haben,
- ihnen der Förderbereich „Verkehrsmittelbenutzung“ nicht wichtig ist,
- sie sich als Anwalt ihrer Klienten sehen.

Außerdem legen Studenten mehr Wert auf den Förderbereich „Verkehrsmittelbenutzung“. Weil dieses Resultat im Widerspruch zu vorigen Ergebnissen steht, sollte es weiter untersucht werden.

In den einzelnen Förderbereichen erwarten Studenten mehr Unterstützung durch andere Betreuer, während sich Betreuer diese Unterstützung von den Eltern ihrer Klienten erhoffen.

Die Untersuchung des Rollenverständnisses von Betreuern und Studenten ergab drei inhaltlich klar abgrenzbare Typen:

Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) sieht sich ausschließlich in der Rolle des Anwalts seiner Klienten und in anderen – hier nicht angegebenen – Rollen.

Typ 2 („Erzieher und Freund“) legt besonderen Wert darauf, der Freund und Erzieher seiner Klienten zu sein.

Typ 3 („Idealistischer Betreuer“) ist bereit, fast alle Anforderungen, die an ihn gestellt werden, zu erfüllen und dementsprechend viele Rollen zu übernehmen. Er sieht sich als Lehrer, Erzieher, Elternersatz, Freund, Freizeitanimatör und Sozialarbeiter – nicht jedoch als Anwalt und in anderen Rollen.

Betreuer sind eher dem Typ 2 („Erzieher und Freund“), Studenten dem Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“) zuzuordnen. Die beste Einstellung zu geistig behinderten Menschen hat der Typ 1 („Anwalt und andere Rollen“), gefolgt vom Typ 3 („Idealistischer Betreuer“). Typ 2, der „Erzieher und Freund“, zeigt die schlechteste Einstellung zu geistig behinderten Menschen.

Diese Arbeit brachte nicht nur klare, hoffentlich hilfreiche Ergebnisse, sondern ließ auch einiges unbeantwortet. Solche – noch offene – Forschungsfragen betreffen ein zentrales Anliegen unserer Gesellschaft: Die Arbeitssituation der Betreuer und den Umgang mit Wissen über geistige Behinderung und über geistig behinderte Menschen. Deshalb wären weiterführende Untersuchungen im Interesse einer Verbesserung von Praxis und Ausbildung der Behindertenbetreuer mit dem Ziel einer umfassenden Integration geistig behinderter Menschen wünschenswert.

## 14. Literaturverzeichnis

---

Abroms, K. I., Kodera, T. L. (1979). *Acceptance hierarchy of handicaps: validation of Kirk's statement, 'Special education often begins where medicine stops'*. Learning Disab., 12, 15 – 20 [zitiert nach Westbrook et. al., 1993].

Adorno, T. W. et. al. (1968/69). *Der autoritäre Charakter. Studien über Autorität und Vorurteile*. Amsterdam: De Munter [zitiert nach Cloerkes, 2001].

Aigner, H. (2001). *Kompetenzpapier für Diplomierte BehindertenpädagogInnen*. BV Die Zeitung des Berufsverbandes der BehindertenbetreuerInnen 32, 7, 14 –16. Im Internet: [www.behindertenarbeit.at](http://www.behindertenarbeit.at)

Allport, G. W. (1935). Attitudes. In: Murchison C. M. (Ed.). *Handbook of social psychology*. Worcester [zitiert nach Güttler, 2003].

Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.

Antonak, R. F. & Harth, R. M. (1994). *Psychometric Analysis and Revision of the Mental Retardation Attitude Inventory*. Mental Retardation, 32, 4, 272-280.

Antonak, R. F. & Livneh, H. (1991). Survey Research on Attitudes. In: Matson, J. L. & Mulick, J. A. (Ed.). *Handbook of Mental Retardation* (552 – 568). New York: Pergamon Press.

Antonak, R. F., Mulick, J. A., Kobe, F. H. & Fiedler, C. R. (1995). *Influence of mental retardation severity and respondent characteristics on self-reported attitudes toward mental retardation and eugenics*. Journal of Intellectual Disability Research, 39, 4, 316 – 325.

Bächtold, A. (1984). *Soziale Reaktionen auf behinderte Jugendliche. Einstellungen und gesellschaftliche Hintergründe*. Geistige Behinderung, 23, 30 – 39.

Badelt/Österle (1993). *Zur Lebenssituation behinderter Menschen in Österreich*. Nr. 49 der Schriftenreihe des BMSG „Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik“. Wien [zitiert nach BMSG, 2003].

Bensch, C., Klicpera, C. (2003). *Dialogische Entwicklungsplanung. Ein Modell für die Arbeit von BehindertenpädagogInnen mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung*. 2. Auflage – Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Berufsverband der Dipl. BehindertenpädagogInnen/Dipl. Heilpäd. FachbetreuerInnen und FachbetreuerInnen in Österreich (1994). *Berufsbild*. Unveröffentlichte Broschüre.

Beschluss aller Lehranstalten für heilpädagogische Berufe in Österreich (1997). *Das Berufsbild der Diplomierten Behindertenpädagoginnen und der BehindertenbetreuerInnen*. Unveröffentlichte Broschüre.

Bizeps Info Online (2003). *Deutschland: Behinderte Urlauber im Hotel sind Abreisegrund*. Im Internet: [www.bizeps.or.at/news.php?nr=4318](http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=4318)

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage – Heidelberg: Springer.

Bracken, H. von (1976). *Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen*. Berlin: Marhold.

Bradl, Ch. (1996). *Selbstbestimmung – Strukturelle Grenzen im Heim*. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. (Hrsg.) *Selbstbestimmung – Kongressbeiträge*. [zitiert nach Hähner et. al., 1997].

Bühl, A. & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 10. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison Wesley Verlag.

Bundesforum der Berufsverbände in der Behindertenarbeit (2003). *Berufsgesetze – ja aber*. BV Die Zeitung des Berufsverbandes der BehindertenbetreuerInnen, 39, 10, 6 - 7.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) (2003). *Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich*. Wien.

Cloerkes, G. (1979). *Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Cloerkes, G. (1994). Unser Bild von Behinderung prägt unser berufliches Handeln. Wahrnehmungen, Haltungen, Theorien und professionelles Handeln. In: Evangelische Akademie Bad Boll (Hrsg.). *Psychosoziale Hilfen im Arbeitsleben. Behindertenbilder prägen berufliches Handeln*, (1 –17). Bad Boll.

Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung*. 2. Aufl. – Heidelberg: Winter.

Cloerkes, G. (Hrsg.) (2003). *Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen*. Heidelberg: Winter.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) (2002). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Stand 24. September 2002. Im Internet: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

Duvdevany, I. (2000). *Attitudes of community-living staff toward the integration of persons with mental retardation in the community*. International Journal of Rehabilitation Research, 23, 303 – 312.

European Opinion Research Group (EORG) (2001). *Europäer und das Thema Behinderung. Eurobarometer 54.2*. Brüssel: Europäische Kommission.

Fabian, A. S. (1996). *Arbeitszufriedenheit bei Betreuern geistig behinderter Menschen*. München; Wien: Profil Verlag.

Feichtinger, S. (1997). *Geschützte Wohnplätze: Analyse der derzeitigen Rahmenbedingungen der Arbeit von BetreuerInnen geistig behinderter Menschen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Row, Peterson; Evanston [zitiert nach Herkner, 1991].

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, Mass.: Addison-Wesley. [zitiert nach Güttler, 2003].

Fornefeld, B. (2000). *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. München: E. Reinhardt.

Gaedt, C. (1985). Grenzen der Normalisierung. In: Wacker, E. & Neumann, J. (Hrsg.) (1985). *Geistige Behinderung und soziales Leben* (128 – 143). Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Geskie, M. A. & Salasek, J. L. (1988). Attitudes of Health Care Personnel Toward Persons with Disabilities. In: Yuker, H. E. (Ed.). *Attitudes Toward Persons with Disabilities* (187 - 200). New York: Springer Publishing Company.

Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.



Gottlieb, J., Siperstein, G. N. (1976). *Attitudes toward Mentally Retarded Persons: Effects of Attitude Referent Specificity*. American Journal of Mental Deficiency, 80, 4, 376 –381.

Grossman, H. E. (Ed.) (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington DC.: American Association on Mental Retardation [zitiert nach Antonak et. al., 1995].

Güttler, P. O. (2003). *Sozialpsychologie. Soziale Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderung*. 4. Aufl. – München: Oldenbourg.

Hähner, U., Niehoff, U., Sack, R. & Walther, H. (1997). *Vom Betreuer zum Begleiter: Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Haeberlin, U. (1998). *Allgemeine Heilpädagogik*. 5., unveränd. Aufl. – Bern: Haupt.

Harasymiw, S. J., Horne, M. D. & Lewis, S. C. (1976). *A longitudinal study of disability group acceptance*. Rehabilitation Literature, 37, 98 – 102 [zitiert nach Hannah, 1988].

Harasymiw, S. J., Horne, M. D., Lewis, S. C. (1978). *Age, sex, and education as factors in acceptance of disability groups*. Rehabilitation Psychology, 25, 4, 201 – 208.

Harth, R. M. (1974). *Attitudes toward minority groups as a construct in assessing attitudes toward the mentally retarded*. Education and Training of the Mentally Retarded, 6, 142-147.

Häßler, F. (2000). Einleitung: Der geistig Behinderte in der Medizin/Psychiatrie – ein historischer Exkurs. In Häßler, F., Fegert J. M. (Hrsg.) *Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Schattauer.

Häßler F., Fegert J. M. (Hrsg.) (2000). *Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart. Schattauer.

Henry, D. Keys, C., Balcazar, F. & Jopp, D. (1996). *Attitudes of Community-Living Staff Members Toward Persons With Mental Retardation, Mental Illness, and Dual Diagnosis*. *Mental Retardation*, 34, 6, 367 – 379.

Herkner, W. (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.

Hummell, H. P. (1969). Psychologische Ansätze zu einer Theorie sozialen Verhaltens. In: König, R. *Handbuch der empirischen Sozialforschung*, Band II, (1157 – 1277). Stuttgart [zitiert nach Cloerkes, 1979].

Integration:Österreich (2003). *Integration seit 1984*. Im Internet: [www.ioe.at](http://www.ioe.at).

Jacobson, J. W., Mulick, J. A. (Hrsg.) (1996). *Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation*. Washington: American Psychological Association.

Jantzen, W. (1982). *Sozialgeschichte des Behindertenbetreuungswesens*. München: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut.

Jokisch, K. (1987). Erziehung nach Ausschwitz – oder nur ein Paradigmawechsel. In: Willand, H. (Hrsg.). *Sonderpädagogik im Umbruch*. Berlin [zitiert nach Mattner, 2000].

Katz, D. (1960). *The functional approach to the study of attitudes*. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-205.

Klauer, K. C. (1991). *Einstellungen. Der Einfluss der affektiven Komponente auf das kognitive Urteilen*. Göttingen: Hogrefe.

Klauß, T. (1996). *Ist Integration leichter geworden? Zur Veränderung von Einstellungen für die Realisierung von Leitideen*. Geistige Behinderung, 35, 1, 56 – 68.

Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. & Innerhofer, P. (1995). *Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung – Eine empirische Bestandsaufnahme in Südtirol*. Heidelberg: Asanger [zitiert nach Bensch & Klicpera, 2003].

König, P. (2003). *Sozialbetreuungs-Berufe-Gesetze*. BV Die Zeitung des Berufsverbandes der BehindertenbetreuerInnen 39, 10, 4. Im Internet: [www.behindertenarbeit.at](http://www.behindertenarbeit.at)

Krech, D., Crutchfield, R.S., Ballachey, E. L. (1962). *Individual in society*. New York [zitiert nach Cloerkes, 2001].

Kreuz, A. (2000). *Die Messung der Einstellung gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

Lambert, J. L. (1997). *Einstellungen gegenüber geistiger Behinderung in der Westschweiz – eine vorbereitete Untersuchung*. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 66, 3, 314 – 324.

Landesman-Dwyer, S. & Knowles, M. (1987). Ecological Analysis of Staff Training in Residential Settings. In J. Hogg & P. Mittler (Eds.). *Staff Training in Mental Handicap* (1 – 30). Cambridge: Brookline Books [zitiert nach Bensch & Klicpera, 2003].

Lehranstalt für Heilpädagogische Berufe der Caritas (2003). *Ausbildungskonzept*. Im Internet: [www.lhb.caritas-wien.at](http://www.lhb.caritas-wien.at)

Lempp, R. (1985). Zur Motivation der Mitarbeiter in heilpädagogischen Berufen. In: Wacker, E. & Neumann, J. (Hrsg.). *Geistige Behinderung und soziales Leben* (266 – 280). Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Livneh, H. (1988). A Dimensional Perspective on the Origin of Negative Attitudes Toward Persons with Disabilities. In: Yuker, H. E. *Attitudes Toward Persons with Disabilities*, (35 – 46). New York: Springer Publishing Company.

Matson, J. L. & Mulick, J. A. (Ed.) (1991). *Handbook of Mental Retardation*. New York: Pergamon Press.

Mattner, D. (2000). *Behinderte Menschen in der Gesellschaft: zwischen Ausgrenzung und Integration*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Mummendey, A. (1988). *Verhalten und Einstellung. Untersuchung der Einstellungs- und Selbstkonzeptänderung nach Änderung des alltäglichen Verhaltens*. Berlin: Springer Verlag. [zitiert nach Güttler, 2003].

Murchison C. M. (Ed.). *Handbook of social psychology*. Worcester [zitiert nach Güttler, 2003].

Neumann, J. (1985). Der geistig behinderte Mensch im sozialen Wohlfahrtsstaat. In: Wacker, E. & Neumann, J. (Hrsg.). *Geistige Behinderung und soziales Leben* (59 – 77). Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

ORF ON Science (2003). *Unsichtbare Bürger: Menschen mit Behinderung*. Im Internet: <http://science.orf.at/science/news/65986>.

Petty, R. E., Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion. Central and peripheral routes to attitude change*. New York:Springer [zitiert nach Güttler, 2003].

Pranzl, B. (2002). *Zur gesellschaftlichen Position der Behinderten*. BV Die Zeitung des Berufsverbandes der Behindertenbetreuerinnen, 35, 9, 4 – 5

Rett, A. (1990): *Kinder in unserer Hand – Ein Leben mit Behinderten*. Wien: Orac [zitiert nach Schmidt, 1993].

Riedel, S., Hinz, A. & Schwarz, R. (2000). *Einstellung von Medizinstudenten zu Behinderten*. *Gesundheitswesen*, 62, 583 – 588.

Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavior components of attitudes. In: Rosenberg, M.J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P. & Brehm, J. W. (Eds.). *Attitude organisation and change* (1-14). New Haven, Conn.: Yale University Press. [zitiert nach Tröster, 1990]

Rosenberg, M.J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P. & Brehm, J. W. (Eds.) (1960). *Attitude organisation and change*. New Haven, Conn.: Yale University Press. [zitiert nach Tröster, 1990].

Schabmann, A. & Ortner, W. P. (1995). *Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des MRAI-R*. Unveröffentlichter Forschungsbericht der Abteilung für Angewandte und Klinische Psychologie der Universität Wien.

Schabmann, A., Kreuz, A. (1999). *Die Erfassung der Einstellungen gegenüber geistig behinderten Menschen anhand der deutschsprachigen Version des Mental Retardation Attitude Inventory-R*. *Heilpädagogische Forschung*, 25, 4, 174 -183.

Schmidbauer, I. (1994). *Sozialarbeit als Frauenberuf*. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.

Schmidt, R. (1993). *Die Paläste der Irren. Kritische Betrachtungen zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in Österreich*. Wien: WUV-Universitätsverlag.

Schmitten aus der, Inghwio (1985). *Schwachsinnig in Salzburg*. Salzburg:Umbruch [zitiert nach Schmidt, 1993].

Sengelmann, H. M. (1885). *Sorgen für geistig Behinderte*. [zitiert nach Wacker, 1989].

Shotel, J. R., Iano, R. P. & McGettigan, J. F. (1972). *Teacher attitudes associated with the integration of handicapped children*. *Exceptional Children*, 38, 677 – 683 [zitiert nach Hannah, 1988].

Six, B. & Schäfer, B. (1985). *Einstellungsänderung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sollier, P. (1891). *Der Idiot und der Imbezille*. Hamburg: Voss [zitiert nach Jantzen, 1982].

Speck, O. (1999). *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch*. 9. Aufl. München: E. Reinhardt.

Spiegel, L. A. (1950). *The child's concept of beauty: a study in concept formation*. *Journal genet. Psychology*, 7, 11 – 23 [zitiert nach Cloerkes, 2001].

Steinhausen, H.-C. (2000). Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In Häßler F., Fegert J. M. (Hrsg.) *Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Schattauer.

Stroebe, W. (1980). *Grundlagen der Sozialpsychologie I*. Stuttgart: Klett-Cotta [zitiert nach Güttler, 2003].

Surweier, H. (1999). *Geistige Behinderung: Psychologie, Pädagogik, Therapie*. Neuwied; Berlin: Luchterhand.

Trimmel, M. (1994). *Wissenschaftliches Arbeiten in der Psychologie*. Wien: WUV-Universitätsverlag.

Tringo, J. L. (1970). *The hierarchy of preference toward disability groups*. J. Special Educ., 4, 295 – 305 [zitiert nach Westbrook et. al., 1993].

Tröster, H. (1990). *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten: Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wacker, E. (1989). *Professionalität und Nächstenliebe*. Zur Orientierung, 4, 14 – 18.

Wacker, E. & Neumann, J. (Hrsg.) (1985). *Geistige Behinderung und soziales Leben*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Waldschmidt, A. (2003). Ist Behindertsein normal? Behinderung als flexibelnormalistisches Dispositiv. In Cloerkes, G. (Hrsg.) *Wie man behindert wird*. Heidelberg: Winter.

Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung: Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter*. Wien: WUV.

Weller, L., Aminidav, C. (1989). *Attitudes towards mild and severe mental handicap in Israel*. British Journal of Medical Psychology, 62, 273 – 280.

Westbrook, M. T., Legge, V. & Pennay, M. (1993). *Attitudes towards disabilities in a multicultural society*. Social Science and Medicine, 36, 5, 615 – 623.

Wiswede, G. (1973). *Soziologie abweichenden Verhaltens*. Stuttgart [zitiert nach Cloerkes, 1979].

Woodmansee, J. J. & Cook, S. W. (1967). *Dimensions of verbal racial attitudes: Their identification and measurement*. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 848-860. [zitiert nach Antonak & Harth, 1994].

World Health Organization, WHO (2001). *International Classification of Function, Disability and Health*. Im Internet: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Wright, B. A. (1988). Attitudes and the Fundamental Negative Bias: Conditions and Corrections. In: Yuker, H. E. *Attitudes Toward Persons with Disabilities*, (3 - 21). New York: Springer Publishing Company.

Yuker, H. E. (1988). *Attitudes Toward Persons with Disabilities*. New York: Springer Publishing Company.

Yuker, H. E. (1988). The Effects of Contact on Attitudes Toward Disabled Persons: Some Empirical Generalizations. In: Yuker, H. E. (Ed.). *Attitudes Toward Persons with Disabilities* (262 – 274). New York: Springer Publishing Company.

Yuker, H. E. (1994). *Variables that Influence Attitudes Toward People with Disabilities: Conclusions from the Data*. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 5, 3 – 22.

Yuker, H. E. & Block, J. R. (1986). *Research With The Attitudes Towards Disabled Persons Scales (ATDP) 1960 – 1985*. Center for the study of attitudes toward persons with disabilities. Hempstead, New York: Hofstra University.

Zebinger, V. (2003). *Soziale Repräsentationen über geistige Behinderung bei Professionisten in der Behindertenarbeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.



## 15. Tabellenverzeichnis

---

<i>Tabelle 1: Überblick über die ICF (DIMDI, 2002, S. 15)</i> .....	17
<i>Tabelle 2: Schweregrade von intellektueller Behinderung (IB)</i> .....	19
<i>Tabelle 3: Verteilung der Gesamtstichprobe</i> .....	80
<i>Tabelle 4: Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe</i> .....	80
<i>Tabelle 5: Verteilung der Behindertenbetreuer auf die Einrichtung, in der sie tätig sind</i> .....	81
<i>Tabelle 6: Lebensalter der Behindertenbetreuer</i> .....	81
<i>Tabelle 7: Geschlechtsverteilung der Behindertenbetreuer</i> .....	81
<i>Tabelle 8: Bisherige Ausbildung der Behindertenbetreuer</i> .....	81
<i>Tabelle 9: Verteilung der Studenten nach Ausbildungsstätte</i> .....	82
<i>Tabelle 10: Verteilung der Studenten nach Ausbildungsform</i> .....	82
<i>Tabelle 11: Verteilung der Studenten nach Ausbildungsjahr</i> .....	83
<i>Tabelle 12: Geschlechtsverteilung der Studenten</i> .....	83
<i>Tabelle 13: Lebensalter der Studenten</i> .....	83
<i>Tabelle 14: Bisherige Ausbildung der Studenten</i> .....	84
<i>Tabelle 15: Kontakt von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung</i> .....	85
<i>Tabelle 16: Häufigkeit des Kontaktes von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung</i> .....	86
<i>Tabelle 17: Intensität des Kontaktes von Studenten zu geistig behinderten Menschen vor Beginn ihrer Ausbildung</i> .....	86
<i>Tabelle 18: Art des Kontaktes zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung zum Behindertenbetreuer</i> .....	87
<i>Tabelle 19: Einschlägige Berufserfahrung von Behindertenbetreuern vor Beginn der jetzigen Tätigkeit</i> .....	88
<i>Tabelle 20: Tätigkeit als Behindertenbetreuer im Bezugsbetreuersystem</i> .....	89
<i>Tabelle 21: Probleme in der Zusammenarbeit nach Bezugsbetreuersystem</i> .....	89
<i>Tabelle 22: Gründe für Probleme in der Zusammenarbeit</i> .....	89
<i>Tabelle 23: Vernachlässigte Betreuungsaufgaben</i> .....	90
<i>Tabelle 24: Unzufriedenheit der Betreuer über vernachlässigte Aufgaben</i> .....	90
<i>Tabelle 25: Angebot von Supervision für Betreuer</i> .....	90
<i>Tabelle 26: Teilnahme von Betreuern an Fortbildungsveranstaltungen</i> .....	91
<i>Tabelle 27: Gesprächspartner außerhalb der Arbeitsstelle für Betreuer</i> .....	91
<i>Tabelle 28: Reaktionen der Umwelt auf die Tätigkeit als Betreuer</i> .....	92
<i>Tabelle 29: Im Rahmen der Ausbildung zum Behindertenbetreuer bereits ein Praktikum absolviert</i> .....	93
<i>Tabelle 30: Gute Berufsvorbereitung durch die jetzige Ausbildung</i> .....	93

<i>Tabelle 31: Gewünschter zukünftiger Arbeitsplatz.....</i>	<i>93</i>
<i>Tabelle 32: Erwünschte zukünftige Tätigkeit nach Bezugsbetreuersystem.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 33: Wunsch nach Supervision in der zukünftigen Tätigkeit als Behindertenbetreuer.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 34: Wichtigkeit von Fortbildungsmöglichkeiten im Rahmen der zukünftigen Tätigkeit.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 35: Zwischensubjekteffekte für die Gesamtskala MRAI-d.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabelle 36: Zwischensubjekteffekte in der Subskala INSE des MRAI-d.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 37: Zwischensubjekteffekte in der Subskala SDIS des MRAI-d.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabelle 38: Zwischensubjekteffekte in der Subskala SUAB des MRAI-d.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 39: Zwischensubjekteffekte in der Subskala PRRT des MRAI-d.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabelle 40: t-Test zum Vergleich von Betreuern und Studenten in Hinblick auf ihr Wissen über geistige Behinderung.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabelle 41: Wissensscoremittelwerte für Betreuer und Studenten.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabelle 42: Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Variablen der Arbeitssituation der Betreuer und Einstellung zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabelle 43: Erste Regressionsanalyse - Regressionskoeffizienten für die Einstellung von Betreuern zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>106</i>
<i>Tabelle 44: Gesamtmodell der zweiten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Variablen der Arbeitssituation von Betreuern und Einstellung zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>107</i>
<i>Tabelle 45: Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Kontakt zu geistig behinderten Menschen vor Beginn der Ausbildung, erwarteter Arbeitssituation und Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>109</i>
<i>Tabelle 46: Erste Regressionsanalyse - Regressionskoeffizienten für die Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>109</i>
<i>Tabelle 47: Gesamtmodell der zweiten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Rollenverständnis und Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>110</i>
<i>Tabelle 48: Zweite Regressionsanalyse - Regressionskoeffizienten für die Einstellung von Studenten zu geistig behinderten Menschen.....</i>	<i>110</i>
<i>Tabelle 49: Gesamtmodell der ersten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen wichtigen Förderbereichen und der Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten).....</i>	<i>111</i>
<i>Tabelle 50: Erste Regressionsanalyse – Regressionskoeffizienten für die Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten).....</i>	<i>112</i>
<i>Tabelle 51: Gesamtmodell der zweiten Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen Wunsch nach Unterstützung durch andere und Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten).....</i>	<i>112</i>
<i>Tabelle 52: Zweite Regressionsanalyse – Regressionskoeffizienten für die Gruppenzugehörigkeit (Betreuer vs. Studenten).....</i>	<i>113</i>
<i>Tabelle 53: Clusteranalyse zum Rollenverständnis von Betreuern und Studenten (in z-Werten).....</i>	<i>114</i>

<i>Tabelle 54: Verteilung der drei Rollen-Typen in der Gesamtstichprobe .....</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 55: Wilks' Lambda.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 56: Diskriminanzanalyse zum Rollenverständnis von Betreuern und Studenten .....</i>	<i>116</i>
<i>Tabelle 57: Chi-Quadrat-Tests.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabelle 58: Kreuztabelle Clusteranalyse zum Rollenverständnis * Gruppenzugehörigkeit.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabelle 59: Zwischensubjekteffekte für die Gesamtskala MRAI.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabelle 60: Mittelwertevergleich der Typen 1-3.....</i>	<i>118</i>

## 16. Abbildungsverzeichnis

---

<i>Abbildung 1: Plot der Mittelwerte der Behindertenbetreuer und Studenten von Lehranstalten für ....</i>	
<i>    Heilpädagogische Berufe in der Gesamtskala MRAI-d.....</i>	<i>96</i>
<i>Abbildung 2: Plot der Mittelwerte von Behindertenbetreuern und Studenten von Lehranstalten für ..</i>	
<i>    Heilpädagogische Berufe in der Subskala INSE.....</i>	<i>97</i>
<i>Abbildung 3: Plot der Mittelwerte von Männern und Frauen in der Subskala INSE.....</i>	<i>98</i>
<i>Abbildung 4: Plot der Mittelwerte von Behindertenbetreuer und Studenten von Lehranstalten für ....</i>	
<i>    Heilpädagogische Berufe in der Subskala SDIS.....</i>	<i>99</i>
<i>Abbildung 5: Plot der Mittelwerte von Männern und Frauen in der Subskala SDIS.....</i>	<i>100</i>
<i>Abbildung 6: Plot der Mittelwerte von Behindertenbetreuern und Studenten von Lehranstalten für ..</i>	
<i>    Heilpädagogische Berufe in der Subskala SUAB.....</i>	<i>101</i>
<i>Abbildung 7: Plot der Mittelwerte des Scores im Wissens test in der Subskala SUAB.....</i>	<i>102</i>

## 17. Anhang

---