

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Nein, weil mit denen kann ich nicht um die Wette laufen“

Einstellungen von vier- bis sechsjährigen Kindern einer
integrativ geführten Kindergartengruppe gegenüber Peers mit
Körperbehinderung

Verfasserin:

Nicole Filip

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Oktober 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Univ.- Prof. Dr. Gottfried Biewer

*Diese Diplomarbeit wurde mit Unterstützung der Magistratsabteilung 10,
Dezernat 2 unter der Leitung von Frau Mag^a Minich verfasst.*

Danke!

Mein Dank geht zunächst an die zahlreichen **Kinder und Mitarbeiterinnen des städtischen Kindergartens Alszeile**, ohne deren Unterstützung und Bereitschaft zur Teilnahme an den Interviews diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Auch bei der Magistratsabteilung 10 der Stadt Wien unter der Leitung von Frau **Mag.^a Minich** möchte ich mich an dieser Stelle bedanken, da sie die Durchführung der Studie in diesem Kindergarten gestattete.

Ebenfalls möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer **Univ.- Prof. Dr. Gottfried Biewer** bedanken, der es mir ermöglichte zu meinem Wunschthema zu schreiben und der mir trotz der großen Zahl an anderen Diplomandinnen immer mit freundlichem Rat und Tat zur Seite stand.

Großer Dank gilt vor allem meinen **Eltern**, die mich von Anfang an in meinem Vorhaben zu studieren sowohl emotional als auch finanziell unterstützten. Vielen Dank!

Auch bei meinen **Freundinnen und meinem Freund** möchte ich mich ganz herzlich dafür bedanken, sich mit mir über meine Hochs zu freuen und mit mir meine Tiefs zu überstehen. Vor allem bei Steffi möchte ich mich für die zahlreichen Gespräche und Verbesserungsvorschläge bedanken, die mir dabei halfen diese Arbeit so gut wie möglich zu gestalten.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	10
2. EINFÜHRUNG INS THEMA.....	13
2.1 Begriffsbestimmung Behinderung, insbesondere Körperbehinderung.....	13
2.1.1 Behinderung laut ICF.....	14
2.1.2 Körperbehinderung.....	17
2.2 Integration und ihre pädagogische Bedeutung.....	18
2.2.1 Der Begriff Integration.....	18
2.2.2 Historische Entwicklung der Integration.....	19
2.2.3 Pädagogische Relevanz von Integration.....	20
3. EINSTELLUNGEN.....	23
3.1. Definitionen von Einstellung und Theorien zur Beziehung zwischen Einstellungen und Verhalten.....	23
3.1.1 Definition von Allport.....	23
3.1.2 Einstellung als Aspekt in den Verhaltenstheorien von Ajzen und Fishbein.....	24
3.1.3 Das „Drei-Komponenten-Modell“ nach Rosenberg und Hovland.....	26
3.2 Funktionen von Einstellungen.....	28
3.3 Einstellungsstärke und Zugänglichkeit von Einstellungen.....	30
3.4 Die Entstehung von Einstellungen.....	31
3.4.1 Lerntheorien.....	31
3.4.1.1 Klassisches Konditionieren.....	31
3.4.1.2 Operantes Konditionieren.....	32
3.4.1.3 Modelllernen.....	33
3.4.2 Konsistenztheorien und Veränderung von Einstellungen.....	34
3.4.2.1 Balance – Theorie.....	34
3.4.2.2 Dissonanztheorie.....	35
3.4.3 Übernahme von Normen und Werten im Kindesalter.....	39
3.4.3.1 Sozialisationsvariablen.....	39
3.4.3.2 Lerntheorien.....	40
3.4.3.3 Stufen der Moralentwicklung nach Piaget und Kohlberg.....	41

4. EINSTELLUNGEN ZU MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN.....	44
4.1 Einflussfaktoren.....	44
4.2 Studienergebnisse.....	47
4.3 Einstellungen zu Menschen mit Körperbehinderung.....	48
4.3.1 kognitive Komponente.....	48
4.3.2 affektive Komponente.....	49
4.3.3 konative Komponente.....	49
4.4 Einstellungen von Kindern zu Menschen mit Körperbehinderung.....	52
4.4.1 kognitive Komponente – Verständnis von Behinderung.....	53
4.4.2 konative und affektive Komponente.....	55
4.4.3 Geschlechtsunterschiede.....	55
4.4.4 Altersunterschiede.....	56
4.4.5 Einfluss von Integration auf Einstellung.....	57
4.4.6 Zusammenfassung.....	58
5. DARSTELLUNG DER QUALITATIV-EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG.....	59
5.1 Erläuterung der Forschungsfrage.....	59
5.2 Die qualitative Methode.....	60
5.3 Das qualitative Interview.....	62
5.3.1 Interviews mit Kindern.....	66
5.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens.....	68
5.4 Beschreibung der Stichprobe.....	71
5.5 Ablauf der Datenerhebung.....	72
6. AUSWERTUNG DER DATEN UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	73
6.1 Transkription der Interviews.....	73
6.2 Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	74
6.3 Induktive Kategorienbildung und zusammenfassende Inhaltsanalyse.....	76
6.4 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	82
6.5 Zusammenfassende Interpretation und Rückschlüsse auf die Fragestellung.....	91
7. DISKUSSION.....	94
8. RESÜMEE UND AUSBLICK AUF WEITERE FORSCHUNGSMÖGLICHKEITEN..	98
9. LITERATURVERZEICHNIS	100

ANHANG.....	I
A1: Interviewleitfaden.....	I
A2: Bilder zum Intervieweinstieg.....	II
A3: Interview-Transkript.....	III
A4: Zusammenfassung.....	XXI
A5: Abstract.....	XXII
A6: Lebenslauf.....	XXIII

1. EINLEITUNG

Im Verlauf meines Pädagogikstudiums wurde ich immer wieder mit den Themen Integration und Inklusion von Menschen mit Behinderungen konfrontiert. Vorwiegend handelte es sich dabei um die Integration ins Arbeits- und Alltagsleben oder die Schule. Annedore Prengel beschreibt in ihrem Werk „Pädagogik der Vielfalt“ Integration als das gemeinsame Lernen von nichtbehinderten und behinderten Kindern mit dem Ziel, Menschen mit Behinderung aus dem schulischen und gesellschaftlichen Leben nicht aus zu sondern. (vgl. Prengel 1995, 139) Integration gehe damit über gelegentliches Beisammensein, wie zum Beispiel bei Festen und anderen Veranstaltungen, hinaus. In einer integrativ geführten Kindergartengruppe sind Kinder mit und ohne Behinderungen täglich miteinander konfrontiert, treten in soziale Interaktionen und lernen und spielen zusammen.

Als ich einen wissenschaftlichen Artikel zum Thema der Haltungen von Drei- bis Vierjährigen gegenüber Kindern mit Behinderung in ihrer Kindergartengruppe las, begann ich mich verstärkt für das Thema der Integration in dieser ersten Erziehungs- und Bildungsinstitution zu interessieren. Von wissenschaftlicher Relevanz ist eine Thematisierung der Integration im Kindergarten unter anderem deshalb, da die Eingliederung bzw. Nichtaussonderung von Menschen mit Behinderung schon im Vorschulalter beginnt. Beispielhaft hierfür sind in Wien etwa 127 Integrationskindergartengruppen, die von der Stadt Wien betrieben werden.¹⁾ Die Anzahl der Sonderkindergärten, in denen sich ausschließlich behinderte Kinder befinden, ist nicht nur in Österreich sondern auch in Deutschland stark rückläufig. So sind zum Beispiel in Deutschland von 55.700 Betreuungsplätzen für behinderte Kinder 97% integrativ geführt.²⁾ Darüber hinaus sind vorallem in den USA junge Kinder mit Behinderung in Kindergärten integriert. (vgl. Diamond 1993, S 215)

¹⁾ <http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/integration.html#abschnitt03>, Stand: 12.8.2009

²⁾ http://www.kita-portal-mv.de/de/tageseinrichtungen/kita_aufgaben/integration_behinderter_kinder, Stand: 3.11.2009

Tendenziell lässt sich jedoch trotz des wachsenden Bereichs der Integration und Inklusion in Kindergärten weniger Fachliteratur als zu Integration in der Schule finden. Dies zeigt sich zum Beispiel an Suchergebnissen mit 99 Treffern mit den Suchbegriffen „Integration, Schule, Behinderung“ im Bibliothekskatalog der Universität Wien und im Vergleich dazu nur 18 Treffern zu „Integration, Behinderung, Kindergarten“.

Um einen Beitrag dazu zu leisten, dass der Integration im Kindergarten und ihren Auswirkungen mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit geschenkt wird, soll sich meine Diplomarbeit mit einem ausgewählten Aspekt dieses Bereichs befassen. Wie zu Beginn bereits erwähnt, löste Diamonds Studie, die sich mit der Frage beschäftigte, über welche Einstellungen Kinder im Alter von drei bis vier Jahren zu ihren behinderten Kindergartengruppenmitgliedern verfügen, bei mir ein verstärktes Interesse an diesem Themengebiet aus. Die genannte Studie wurde Anfang der neunziger Jahre von Karen Diamond und Mitarbeitern in US-amerikanischen integrativ geführten Kindergartengruppen durchgeführt und ergab, dass Behinderung neben Geschlecht eine Rolle dabei spielt, wie Kinder kognitiv und affektiv auf ihre Gruppenmitglieder reagieren. Es konnte auch festgestellt werden, dass trotz täglichen Interaktionen und Wissensvermittlung über Behinderung kein Effekt auf die Wahl der Freundschaften der Vierjährigen zu beobachten war. (vgl. Diamond 1993, 219f.) Diese Studie war der Ausgangspunkt meines Interesses an folgenden zwei Themenbereichen:

Da zunehmend immer mehr Kinder mit Behinderung einen integrativ geführten Kindergarten besuchen und sie daher täglich mit Kindern ohne Behinderung in Kontakt treten, erscheint es mir von besonderer Relevanz sich damit auseinanderzusetzen, welche Vorstellungen bzw. welches Verständnis Kinder von Behinderung haben. Dazu zählen zum Beispiel die Fragen, wie sich Kinder Behinderungen erklären, wie sie Gleichaltrige mit einer solchen wahrnehmen, bewerten und was sie mit Behinderung assoziieren.

Der zweite Themenbereich befasst sich mit der Frage, welche Gefühle nichtbehinderte Kinder Kindern mit einer Beeinträchtigung entgegenbringen. Da einige Studien belegen, dass Kindergartenkinder vor allem über ein Verständnis von Körperbehinderungen verfügen, mit geistigen Behinderungen allerdings noch wenig assoziieren können, stehen in dieser Arbeit kindliche Vorstellungen und Einstellungen zu Peers mit Körperbehinderung im Zentrum.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, das Verständnis, die Vorstellungen, Bewertungen und Gefühle sowie Haltungen zu körperbehinderten Kindern anhand der Aussagen von vier- bis

sechsjährigen Buben und Mädchen einer integrativ geführten Kindergartengruppe exemplarisch darzustellen. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung, zu deren Beantwortung Interviews mit den genannten Kindern herangezogen werden:

Welches Verständnis, welche Bewertungen und Gefühle zeigen vier- bis sechsjährige Kinder einer integrativ geführten Kindergartengruppe gegenüber Peers mit Körperbehinderung?

Bevor auf die genaue Durchführung der Studie, die Auswertung, sowie die Beantwortung der Fragestellung eingegangen wird, wird zu Beginn dieser Arbeit der Frage nachgegangen, was unter einer Körperbehinderung zu verstehen ist und warum Integration von behinderten Kindern pädagogisch bedeutsam ist. Ein großer Teil beschäftigt sich vor allem mit der Definition und Entstehung von Einstellungen sowie Forschungsergebnissen zu Einstellungen von Erwachsenen und im Speziellen von Kindern zu Menschen mit der thematisierten Behinderungsform. Abschließend werden die Ergebnisse der Studie diskutiert und ihre Relevanz für die Pädagogik dargestellt.

2. EINFÜHRUNG INS THEMA:

Da sich diese Arbeit mit der Frage auseinandersetzt, welche Einstellungen Kindergartenkinder einer Integrationsgruppe gegenüber körperbehinderten Peers haben, ist es zunächst notwendig zu definieren, was unter einer Behinderung und im Speziellen einer Körperbehinderung verstanden wird. Nachdem Einstellungen durch Integration beeinflusst werden und auch die Kinder der durchgeführten Studie eine Integrationsgruppe besuchen, widmet sich ein Teil des folgenden Kapitels auch der Geschichte und der pädagogischen Bedeutung von Integration.

2.1. Begriffsbestimmung Behinderung, insbesondere Körperbehinderung

Zum Verständnis von Behinderung existieren zahlreiche Definitionen anhand derer deutlich wird, wie kontrovers Behinderung in unserer Gesellschaft diskutiert wird. Bevor näher auf die international anerkannte Definition der WHO eingegangen wird, soll exemplarisch für andere Behinderungsdefinitionen jene von Cloerkes kurz dargestellt werden.

Cloerkes' Definition spiegelt eine interaktionistische Sicht auf das Phänomen Behinderung wider. Grundlegend hierfür ist die Annahme, dass außergewöhnliche Merkmale bei Menschen zwangsläufig Spontanreaktionen auslösen und Aufmerksamkeit erregen. Das Merkmal stellt laut Cloerkes eine Andersartigkeit beziehungsweise eine Abweichung von sozialen Erwartungen und Normen dar und könne entweder positiv, ambivalent oder negativ bewertet werden. Wird die Andersartigkeit nun von einer Kultur negativ bewertet, spreche man von einer Behinderung. (vgl. Cloerkes 2007, 7)

Weitere zentrale Kriterien von Behinderung sind Sichtbarkeit und Dauerhaftigkeit der Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich. Zu diesen Kriterien schreibt Cloerkes Folgendes: „*„Sichtbarkeit“ ist im weitesten Sinne das „Wissen“ anderer Menschen um die Abweichung“ und „„Dauerhaftigkeit“ unterscheidet Behinderung von Krankheit“*. (Cloerkes 1988, 87) Cloerkes hebt jedoch hervor, dass eine negative Bewertung von Behinderung nicht automatisch eine negative Reaktion auf den behinderten Menschen zur Folge hat. Blindheit werde in unserer Gesellschaft zum Beispiel sehr negativ bewertet, die soziale Reaktion auf blinde Personen ist allerdings eher positiv. (vgl. Cloerkes 2007, 8)

2.1.1 Behinderung laut ICF:

Die Weltgesundheitsorganisation WHO („World Health Organization“) entwickelte 2001 mit der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* eine Klassifikation, die das Ziel verfolgt, eine allgemeine Standardsprache und einen Rahmen für die Beschreibung von Gesundheit und damit in Zusammenhang stehenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. (vgl. WHO 2007, 3) Die ICF basiert auf der bereits 1980 erschienenen *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)*, die vor allem nach den Konsequenzen von Krankheiten fragte, und der daher oftmals vorgeworfen wurde, unter anderem von Cloerkes, defektorientiert und individuumszentriert zu sein. (vgl. Cloerkes 2007, 6) Im Gegensatz zur ICIDH stellt die ICF eine Klassifikation dar, die versucht Komponenten von Gesundheit zu beschreiben. Die Autoren der ICF drücken den Wandel der WHO-Klassifikation wie folgt aus: „*ICF has moved away from being a „Consequences of disease“ classification (1980 version) to become a „Components of health“ classification.*“ (ICF-CY 2007, 4) Die ICF wird in Bereichen wie Versicherung, soziale Sicherheit, Arbeit, Erziehung, Wirtschaft, Sozialpolitik, Gesetzgebung und Umweltmodifikation angewandt und wurde als eine der Klassifikationen der Vereinten Nationen anerkannt und in *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* einbezogen. (vgl. ebd., 5)

Die ICF besteht aus zwei Teilen, die jeweils durch zwei verschiedene Komponenten gebildet werden (vgl.ebd., 9f.):

Teil 1: „Functioning and Disability“ (Funktionsfähigkeit und Behinderung)

a) „Body Functions and Structures“ (Körperfunktionen und -strukturen):

Zu den Körperfunktionen zählen physiologische Funktionen des Körpers, einschließlich psychologische Funktionen, während unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers (Organe, Gliedmaßen) verstanden werden.

b) Activities and Participation (Aktivitäten und Teilhabe)

Mit Aktivität ist die Ausführung einer Handlung eines Individuums gemeint. Von Partizipation wird gesprochen, wenn es um die Involviertheit einer Person in die tägliche Lebenssituation geht.

Teil 2: „Contextual Factors“ (Kontextfaktoren)

c) Environmental Factors (Umweltfaktoren)

bestehen aus der physischen, sozialen und einstellungsbezogenen Umwelt in der Menschen leben.

d) Personal Factors (Personenbezogene Faktoren)

Personenbezogene Faktoren werden von Schuntermann (2009) als „der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person“ beschrieben, und sind Faktoren einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind.

Jede Komponente kann positiv oder negativ ausgedrückt werden und besteht aus verschiedenen Domänen, die wiederum in Kategorien gegliedert und Teile der Klassifikation sind. (vgl. WHO 2007, 9f.)

Die folgende Tabelle (Abb.1) gibt einen Überblick über das Konzept der ICF:

Part 1: Functioning and Disability			Part 2: Contextual Factors	
Components	Body Functions and Structures	Activities and Participation	Environmental Factors	Personal Factors
Domains	Body Functions Body Structures	Life areas (tasks, actions)	External influences on functioning and disability	Internal influences on functioning and disability
Constructs	Change in body functions (physiological) Change in body structures (anatomical)	Capacity Executing tasks in a standard environment Performance Executing tasks in the current environment	Facilitating or hindering impact of features of the physical, social and attitudinal world	Impact of attributes of the person
Positive aspect	Functional and structural integrity	Activities Participation	Facilitators	Not applicable
	Functioning			
Negative aspect	Impairment	Activity limitation Participation restriction	Barriers/ Hindrances	Not applicable
	Disability			

Abb. 1 (ebd., 10)

Wichtig für das Verständnis der ICF ist, dass diese keine ausschließliche Klassifikation für behinderte Menschen ist, sondern dass sie auf alle Menschen angewandt werden kann, da sie Gesundheit und damit in Bezug stehende Zustände beschreibt. Kritiker wenden jedoch ein, dass die ICF in der Praxis nie zur Beschreibung von Gesundheit herangezogen wird, sondern der Fokus immer auf Krankheit und Behinderung liegt.

Funktionsfähigkeit und Behinderung (Functioning und Disability) können als zwei Enden einer Skala verstanden werden. An dem einen Ende werden mögliche Probleme aufgezeigt (wie z.B. Schädigung, Aktivitätslimitation, Erschwerung der Partizipation), die unter dem Begriff *Disability* zusammengefasst werden, während an dem anderen Ende der Begriff *Functioning* steht, der neutrale Aspekte von Gesundheit und gesundheitsverwandten Zuständen aufzeigt. (vgl. ICF 2001, 9f.) Die Funktionsfähigkeit und Behinderung einer Person wird von der ICF als dynamische Interaktion zwischen Gesundheitszuständen und Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personale Faktoren) verstanden. Umweltfaktoren können nun einen hinderlichen oder fördernden Einfluss auf den jeweiligen Gesundheitszustand haben. (vgl. ebd., 10)

An den Komponenten der ICF wird erkennbar, dass biologische, psychologische und soziale Aspekte zur Beschreibung von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Zuständen berücksichtigt werden. Diese Multidimensionalität wird laut Marianne Hirschberg in der Debatte über die ICF einerseits positiv, andererseits auch negativ bewertet, da sie als zu komplex und unpraktisch angesehen wird. Jedoch wird die ICF von Wissenschaftlern aufgrund ihres nicht defizitär angelegten Ansatzes gegenüber der ICIDH bevorzugt. (Hirschberg 2003, 65)

2.1.2 Körperbehinderung

Nach diesem Überblick über den allgemeinen Behinderungsbegriff, möchte ich nun näher darauf eingehen, was unter Körperbehinderung verstanden wird, da diese Behinderungsform für die Beantwortung meiner Forschungsfrage relevant ist. In meiner Arbeit beziehe ich mich auf die Definition von Hedderich, die wie folgt lautet:

„Körperbehinderung ist ein Beschreibungsmerkmal für einen Menschen, der infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Erkrankung in seiner Bewegungsfähigkeit und der Durchführung von Aktivitäten dauerhaft oder überwindbar beeinträchtigt ist, so dass die Teilhabe an Lebensbereichen bzw. –situationen als erschwert erlebt wird.“ (Hedderich 2006, 24)

Auch Hedderich betont, wie schon Cloerkes und die ICF, die große Relevanz von Dauerhaftigkeit und Langfristigkeit des Zustands, um die Körperbehinderung von Erkrankungen abzugrenzen. Trotz dieser Grenze zwischen Körperbehinderung und chronischen Erkrankungen der ist Übergang beider Phänomene fließend. (vgl. ebd.)

2.2. Integration und ihre pädagogische Bedeutung

2.2.1 Der Begriff Integration

Der Begriff Integration stammt ursprünglich vom lateinischen Wort „*integratio*“ ab, das wörtlich „Wiederherstellung eines Ganzen“ bedeutet (vgl. Das Fremdwörterbuch 2007, 464). Mit Integration ist laut Duden Fremdwörterbuch die „Einbeziehung und Eingliederung in ein größeres Ganzes“ gemeint (vgl. ebd.). Integrationspädagogik ist folglich die Bestrebung, Kinder mit Behinderung in die Gesellschaft zu integrieren, indem sie gemeinsam mit Kindern ohne Behinderung unterrichtet werden beziehungsweise bezogen auf den Kindergarten, gemeinsam eine Kindergartengruppe besuchen.

Oftmals wird in unserer Gesellschaft die Vorstellung vertreten, dass der schulischen Integration automatisch eine umfassende soziale Integration folgt, die bis ins Erwachsenenleben hinein reicht. Diese Vorstellung führte dazu, unter Integration meist nur den gemeinsamen Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder zu verstehen. Cloerkes zufolge widerspricht diese Vorstellung allerdings einem holistischen, behindertensoziologischen Verständnis von Integration, das sich allgemein auf das gemeinsame Zusammenleben in allen Lebensbereichen bezieht. Die außerschulische Integration spielt daher eine wesentliche Rolle und sollte differenziert betrachtet werden. (vgl. Cloerkes 2007, 265)

2.2.2 Historische Entwicklung der Integration

Die Ermöglichung des Zugangs zu Bildung von Menschen mit Behinderung ist vor allem in Zusammenhang mit der Epoche der Aufklärung zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts zu sehen, da diese von der Bildsamkeit und Gleichwertigkeit des Menschen ausging. (vgl. Greving/ Ondracek 2009, 45) Abgegrenzt vom übrigen Schulwesen entstanden in dieser Zeit insbesondere erste Bildungseinrichtungen für blinde und gehörlose Kinder und Jugendliche. Ziel war es, diese zur „bürgerlichen Brauchbarkeit“ zu erziehen. (vgl. Gröschke 1997, 86) Diese Entwicklung bedeutete zwar eine wesentliche Besserung ihrer Situation, da ihnen vor 1800 keine Bildung zugestanden wurde und Behinderte vom öffentlichen Leben vollkommen ausgeschlossen wurden. Allerdings trug auch die Form der Bildung in separaten Institutionen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung nicht in die Gesellschaft integriert wurden und weiterhin Erfahrungen mit Exklusion machen mussten.

Die erste Institution in Österreich, die die gemeinsame Erziehung und Bildung von behinderten und nicht behinderten Kindern vorsah, wurde 1856 von Jan Daniel Georgens und Heinrich Deinhardt gegründet und trug den Namen „Levana“. (vgl. Hänsel/Schwager 2004, 69) Diese im Süden von Wien gelegene Erziehungsanstalt bestand aus einer Abteilung für Säuglinge, in der auch die kindliche Entwicklung und Entwicklungsstörungen untersucht wurden, aus einer Kindergarten- und Schulabteilung, einer Lehrlingsschule (Gartenbau, Handwerk, Kunsthandwerk) und einer Abteilung zur Ausbildung des pädagogischen Personals. (vgl. ebd. 71) Die „Levana“ war 10 Jahre lang in Betrieb, musste dann aber aufgrund des Konkordats geschlossen werden. (vgl. ebd. 72) Diese Institution blieb lange Zeit der einzige Versuch, Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam zu erziehen und unterrichten. Zu einem überwiegenden Teil des 20. Jahrhunderts wurden beeinträchtigte Kinder in Sonderinstitutionen unterrichtet, bis sich in den 1980er Jahren Eltern der oberen Mittelschicht dafür einsetzten, einen integrativen Unterricht für ihre behinderten Kinder zu ermöglichen. Im Jahr 1993 wurde das Wahlrecht der Eltern zwischen integrativem Unterricht und Sonderbeschulung gesetzlich verankert und seit dem Schuljahr 1997/98 besteht das Recht auf integrativen Unterricht auch in der Sekundarstufe 1. (vgl. Hovorka 1998, 277)

Während das Recht auf integrative Bildung in der Volksschule und in der Sekundarstufe 1 gesetzlich verankert ist, besteht in Österreich jedoch kein Rechtsanspruch auf den Besuch eines integrativ geführten Kindergartens.

Grundsätzlich können die Eltern zwischen einem allgemeinen, einem integrativ geführten Kindergarten (bzw. integrativ geführte Gruppe) und einem heilpädagogischen Sonderkindergarten als Betreuungsform für ihr Kind wählen. ¹⁾

Die Anzahl der Sonderkindergärten, in denen sich ausschließlich behinderte Kinder befinden, ist allerdings sowohl in Österreich als auch in Deutschland stark rückläufig. Beispielfür hierfür sind in Wien etwa 127 Integrationskindergartengruppen, die von der Stadt Wien betrieben werden²⁾. In Deutschland sind von 55.700 Betreuungsplätzen für behinderte Kinder etwa 97% integrativ geführt. ³⁾ Darüber hinaus sind vor allem in den USA junge Kinder mit Behinderung in Kindergärten integriert. (vgl. Diamond 1993, S 215)

2.2.3 Pädagogische Relevanz von Integration

Neben dem Ziel der Integration, behinderten Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben Nichtbehinderter zu ermöglichen und sie nicht auszusondern, bestehen noch weitere Gründe dafür, warum Kinder mit und ohne Behinderungen im Kindergarten und in der Schule gemeinsam betreut und unterrichtet werden sollten.

Einerseits entstehen durch Integrationspädagogik verbesserte soziale Entwicklungschancen sowohl für benachteiligte als auch für nicht benachteiligte Kinder. Zum Beispiel können Kinder mit speziellem Förderbedarf durch die Vorbildwirkung von Kindern ohne speziellen Förderbedarf lernen, wie sie in sozial komplexen Situationen kompetent agieren können. Kinder ohne Beeinträchtigung erfahren wiederum, wie das Leben in einer Gemeinschaft funktioniert, die gemeinsam mit Minderheiten lebt und sich mit deren Benachteiligungen solidarisiert. (vgl. Seelig 1997, 90) Andererseits eröffnen sich durch Integrationspädagogik auch zahlreichere Lernanreize als durch Separation in homogenen Leistungsgruppen, da lerneifrige, erfolgreiche Schüler und Schülerinnen eine positive Modellfunktion übernehmen und motivierend wirken können. Leistungsmotivation erfolgt auch durch das Setzen eines persönlichen Maßstabs, den Kinder sehr stark an Gleichaltrigen orientieren. So kommt es durch Kooperation mit anderen zu mehr Motivation und Leistungssteigerung (vgl. ebd.)

¹⁾<http://www.help.gv.at/Content.Node/122/Seite.1220600.html#inte>, aufgerufen am: 24.2.2011

²⁾ <http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/integration.html#abschnitt03>, aufgerufen am: 24.2.2011

³⁾ http://www.kita-portal-mv.de/de/tageseinrichtungen/kita_aufgaben/integration_behinderter_kinder, aufgerufen am: 3.11.2009

In integrativ geführten Kindergärten zeigt sich oftmals, dass drei- bis vierjährige Kinder eine Behinderung bei einem anderen Kind noch nicht als besonders auffällig wahrnehmen. Erst wenn sich ein Kind im Laufe seiner eigenen Entwicklung bewusst wird, dass Älterwerden mit einem Zuwachs an Fertigkeiten und Fähigkeiten verbunden ist und es bei einem gleichaltrigen behinderten Kind diesen Zuwachs nicht beobachten kann, gerät diese Beobachtung in Widerspruch zu den bisherigen Erfahrungen des Kindes. Durch diese Spannung von bekannten und widersprüchlichen Erlebnissen kann sich die Vorstellungswelt des Kindes erweitern, indem beide Erfahrungen integriert werden. (vgl. Kron 1997, 158)

Integration hat jedoch auch für die Eltern von Kindern, die eine integrative Kindergartengruppe besuchen, positive Auswirkungen. So kann es für die Eltern behinderter Kinder psychisch enorm entlastend sein, wenn ihr Kind zumindest in einem gesellschaftlichen Bereich nicht ausgesondert wird. Eltern von nichtbehinderten Kindern nennen oft als Motiv für die Entscheidung für einen integrativ geführten Kindergarten die Vermittlung eines vorurteilslosen Umgangs mit Behinderten. Trotzdem geraten manche dieser Eltern in einen Konflikt, zum Beispiel wenn sie befürchten, dass sich ihr Kind in dieser Gruppe nicht normgerecht entwickeln könne. Dieser innere Konflikt verdeutlicht Eltern wiederum, wie schwierig die Verwirklichung von Akzeptanz aller auch bei ihnen ist. (vgl. ebd., 159)

Insgesamt existieren laut Cloerkes zahlreiche empirische Befunde, die eine positive Wirkung von Integration belegen. Nichtbehinderte Kinder werden durch die Anwesenheit behinderter Kinder keineswegs in ihrer Entwicklung oder ihrer Leistung beeinträchtigt. Im Gegenteil, es konnte in vergleichenden Studien sogar ein geringfügiger Leistungsvorteil für Kinder in Integrationsklassen festgestellt werden. (vgl. Cloerkes 2007, 275)

Integration kann zusammengefasst sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen wesentlich dazu beitragen, Erfahrungen mit behinderten Menschen zu sammeln, Ängste zu reduzieren und eine positive Einstellung zu Menschen mit Behinderung aufzubauen. In einigen Studien, wie zum Beispiel in jener von Lily L. Dyson (2005) konnte gezeigt werden, dass die meisten Kinder, die einen Integrationskindergarten besuchten, positiv zu anderen Kindern mit Behinderung eingestellt waren. Auch Esposito und Reed (1986) berichteten, dass Kinder die eine Integrationsgruppe besuchten, signifikant mehr positive Haltungen gegenüber Kindern mit Behinderung aufwiesen, als Kinder, die einen Regelkindergarten besuchten. (Esposito und Reed 1986, zit. nach Diamond et al. 1993, 217)

Der positive Effekt von Integration auf Akzeptanz und Einstellungen wurde also zahlreich empirisch belegt.

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie diese Einstellungen von nichtbehinderten Vorschulkindern gegenüber behinderten Gleichaltrigen konkret aussehen, das heißt, welche Vorstellung sie von Behinderung haben, wie sie sich diese erklären und bewerten und welche Gefühle sie damit in Zusammenhang bringen. Zu diesem Zweck beschäftigen sich die folgenden Kapitel umfassend damit, was unter Einstellung zu verstehen ist, wie sich diese entwickelt und inwiefern bereits Vorschulkinder negative oder positive Haltungen gegenüber Behinderung zeigen.

3. EINSTELLUNGEN

3.1 Definitionen von Einstellung und Theorien zur Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten

So wie bei zahlreichen anderen psychologischen Konstrukten auch gibt es keine einheitliche Meinung darüber, was unter Einstellung verstanden werden kann. Daher werden nun verschiedene Definitionen vorgestellt und diskutiert.

3.1.1 Definition von Allport

Zum Thema der Einstellung werden vor allem in der Psychologie im Bereich Sozialpsychologie Forschungen durchgeführt und Theorien entwickelt. Es existieren zahlreiche Definitionen von Einstellung, wobei jene von Gordon W. Allport (1935) die Forschung bis in die sechziger Jahre geprägt hat. Er versteht unter Einstellung einen mentalen und neuralen Bereitschaftszustand, der durch die Erfahrung organisiert wird und einen steuernden und dynamischen Einfluss auf die Reaktionen eines Individuums gegenüber allen Objekten und Situationen hat, mit denen das Individuum eine Beziehung eingeht. (vgl. Allport 1935, 8)

Einerseits ist aus dieser Definition zu entnehmen, dass Einstellungen laut Allport auf Erfahrungen basieren. Im Rahmen der Einstellungsforschung wurde der Frage nachgegangen, wie Einstellungen entstehen und ob dafür eher Gerüchte und von anderen Gehörtes verantwortlich ist, oder ob es für die Entwicklung einer Einstellung notwendig ist, mit dem Einstellungsobjekt in direkten Kontakt getreten zu sein. Das sogenannte „Hörensagen“ spielt dabei durchaus eine Rolle, vor allem wenn es sich bei der Informationsquelle um eine Person handelt, die besonders bewundert oder geschätzt wird. (vgl. Aiken 2002, 54) Trotzdem scheinen Einstellungen, die auf Grundlage von eigenen Erfahrungen gewonnen wurden, stärker, beständiger, sowie leichter als anders gewonnene Einstellungen zugänglich zu sein. (Crano 1995, zit. nach Aiken 2002, 54)

Andererseits wird an Allports Definition die Annahme deutlich, dass Einstellungen zu einem gewissen Verhalten führen. Eine lineare Beziehung zwischen Einstellung und gezeigtem Verhalten konnte in einigen Studien, wie zum Beispiel jener von LaPiere (1967) jedoch nicht erkannt werden. Im Rahmen dieser Studie besuchte LaPiere mit einem chinesischen Ehepaar 250 US-amerikanische Restaurants und Hotels und in 249 Fällen wurde das Ehepaar auch bedient. Sechs Monate nach diesen Besuchen verschickte er an alle 250 Restaurants einen

Brief und erfragte, ob sie chinesische Gäste bedienen würden. 92% der Befragten gaben an, chinesische Gäste nicht zu bedienen. In diesem Fall führte die negative Einstellung nicht zu einem entsprechend negativen Verhalten. (vgl. Asendorpf 2004, 245)

Auch Wickers Metaanalyse von 42 Studien zur Frage der Einstellungs-Verhaltens-Kohärenz zeigte nur einen sehr geringen Zusammenhang von Einstellung und Verhalten. (vgl. ebd.) An LaPieres Studie und den Studien, die von Wicker analysiert wurden, ist allerdings zu kritisieren, dass einstellungsrelevantes Verhalten meistens nur in einer einzigen experimentellen Laborsituation beobachtet wurde. In Studien, in denen mehrere Verhaltensweisen in verschiedenen Situationen untersucht wurden, konnte jedoch ein größerer Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten festgestellt werden. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Ursachen für ein gezeigtes Verhalten sehr vielseitig sein können.

3.1.2 Einstellung als Aspekt in den Verhaltenstheorien von Ajzen und Fishbein

Ajzen und Fishbein (1977) nennen in ihrer „Theory of reasoned action“ vier Komponenten, die wesentlich für das Ausführen eines Verhaltens sind. Dazu zählen die Handlung selbst, das Ziel auf das sie gerichtet ist, der Handlungskontext und der Zeitpunkt zu dem die Handlung ausgeführt wird. (vgl. Aiken 2002, 15)

Die „Theory of reasoned action“ wurde von Ajzen etwas später um die Annahme erweitert, dass besonders die Intention ein Verhalten auszuführen wesentlich dafür ist, ob es auch tatsächlich gezeigt wird. Laut dieser als „Theory of planned behavior“ bezeichneten Theorie sind Intentionen und Verhalten eine Folge von der *Einstellung zu einem Verhalten* (personaler Faktor), *subjektiven Normen* (persönlich wahrgenommener Druck, eine Handlung durchzuführen oder zu unterlassen) und *wahrgenommene Verhaltenskontrolle* (siehe Abbildung 2). Unter Letzterem versteht man die persönlich wahrgenommene Fähigkeit, ein gewisses Verhalten auch zeigen zu können. (vgl. Ajzen 2005, 118) Das relative Gewicht dieser drei Determinanten hängt wiederum teilweise von der Intention selbst ab. Für manche Absichten ist die Komponente „Einstellung zum Verhalten“ wichtiger als subjektive Normen, während es bei anderen Intentionen genau umgekehrt sein kann. Kurzgesagt können manchmal nur eine oder zwei Komponenten eine Intention erklären, manchmal sind aber alle drei erforderlich.

Eine besondere Bedeutung kommt im Rahmen dieses Modells der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle zu, da Ajzen annimmt, dass Personen nur dann auf Intentionen reagieren können, wenn sie davon ausgehen, über ausreichende Ressourcen und Gelegenheiten zur Ausführung des Verhaltens zu verfügen. (vgl. ebd. 119) Folglich ist es unwahrscheinlich, dass Personen, die annehmen keine Verhaltenskontrolle zu besitzen, eine stark ausgeprägte Intention entwickeln, ein gewisses Verhalten zu zeigen, obwohl sie über positive Einstellungen dazu verfügen würden, und das soziale Umfeld diese Handlung begrüßen würde. Zusammengefasst kann wahrgenommene Verhaltenskontrolle das Verhalten indirekt über Intentionen beeinflussen, es kann aber auch direkt auf das Verhalten selbst einen Einfluss nehmen. (vgl. ebd.)

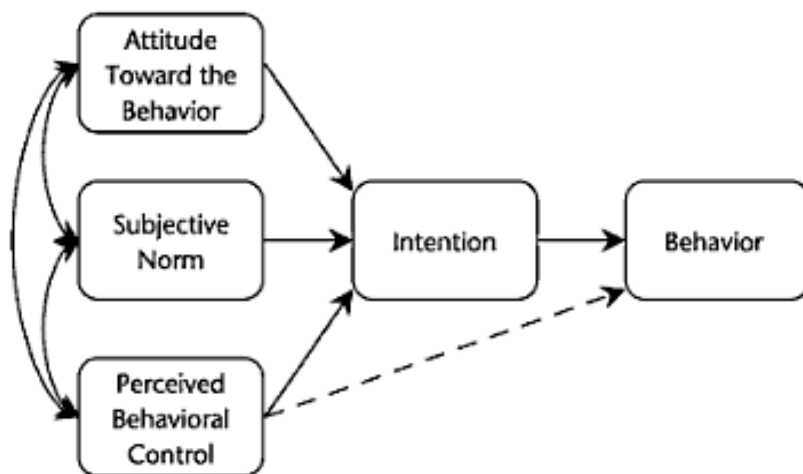


Abbildung 2 (Ajzen 2005, 118)

An Ajzens Theory of planned behavior wird ersichtlich, dass er Einstellung im Unterschied zu Allport als eine Determinante versteht, die zwar Intentionen und Verhalten beeinflussen kann, jedoch nicht muss. Ajzen definiert Einstellung folgendermaßen: „An attitude is a disposition to respond favorably or unfavorably to an object, person, institution or event.“ (Ajzen 2005, 3) Diese Definition zeigt ein weiteres zentrales Element der Einstellung auf, nämlich die Richtung auf ein Einstellungsobjekt.

3.1.3 Das „Drei-Komponenten-Modell“ nach Rosenberg und Hovland

Die Definition von Allport, die einen Fokus auf die Verhaltensauswirkung von Einstellungen legte, wurde 1960 von M.J. Rosenberg und C.I. Hovland in ihrem sogenannten „Drei-Komponenten-Modell“ um die Faktoren *Kognition* und *Affekt* erweitert. Einstellungen bestehen diesem Modell zufolge aus folgenden Komponenten (vgl. Rosenberg et al. 1969, 3):

1. **Affekt:** Dazu zählen Reaktionen des autonomen Nervensystems und verbale Äußerungen von Affekt.
2. **Kognition:** Diese beinhalten Wahrnehmungsurteile und verbal geäußerte Überzeugungen.
3. **Verhalten:** Die Verhaltenskomponente äußert sich in offenen, ersichtlichen Handlungen und in verbalen Auskünften zum eigenen Verhalten.

Dieses Modell geht von einer mehr oder weniger hohen Korrelation zwischen den drei Faktoren aus. Es konnte aber empirisch belegt werden, dass affektive und kognitive Komponenten unerwartet hoch miteinander korrelieren, während das Verhalten sehr situationsabhängig zu sein scheint. Dieser Umstand machte es notwendig, noch weitere Randbedingungen zu definieren, damit ein gewisser affektiv-kognitiver Zustand auch tatsächlich in einem Verhalten resultiert. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 209) Auch Cloerkes betont, dass von Einstellungen bestimmte Rückschlüsse auf das Verhalten möglich sind, mehr jedoch nicht. (vgl. Cloerkes 2001, 84) *„Was sich in den Köpfen abspielt, ist die Einstellungsebene (Einstellung, Vorurteil, Wert, Stigma). Streng davon zu trennen ist immer die Ebene des tatsächlichen Verhaltens. Zwischen beiden Ebenen besteht nur ein begrenzter Zusammenhang, der keine eindeutigen Vorhersagen erlaubt.“* (ebd.) An dieser Aussage von Cloerkes wird ersichtlich, dass er eine strikte Trennung zwischen Einstellungen und Verhalten vorzieht.

Aufgrund der genannten Probleme, von Einstellungen auf das Verhalten zu schließen, formulierten andere Psychologen, wie zum Beispiel Herkner, eindimensionale Definitionen von Einstellungen, indem sie nur auf Kognition oder Affekt Bezug nahmen. (vgl. ebd.) Herkner meint etwa, *„die Einstellung einer Person zu einem Objekt ist ihre (subjektive) Bewertung des Objekts“*. (vgl. Herkner 1991, 181)

Ob Bewertungen nun der kognitiven oder affektiven Komponente zuzuordnen sind, wird in der Literatur nicht eindeutig beantwortet. Bundschuh (2002) zum Beispiel zählt Bewertungen zur affektiven Komponente, allerdings werde ich in dieser Arbeit Bewertungen der kognitiven Komponente zuordnen, da eine Bewertung einem Urteil sehr ähnlich ist und auch Bundschuh Urteile den kognitiven Einstellungsaspekten zuordnet. Ebenso ordnen Rosenberg und Hovland (1969) Wahrnehmungsurteile dem kognitiven Aspekt zu.

In der heutigen Forschung wird davon ausgegangen, dass die drei beschriebenen Komponenten am besten die verschiedenen Typen von Antworten auf Einstellungen darstellen und sie erlauben der Forschung Einstellungen zu diagnostizieren. (vgl. Eagly&Chaiken 1993, zit. nach Albarracin, Johnson und Zanna 2005, 5) Eagly und Chaiken verstehen unter Einstellung eine psychologische Tendenz, die sich durch die favorisierte oder unfavorisierte Evaluation einer bestimmten Entität ausdrückt. (Eagly&Chaiken 2005, 745) In Einklang mit anderen Forschern gehen sie davon aus, dass Einstellungen sowohl über kognitive, affektive und behaviorale Prozesse geformt, als auch durch diese Prozesse ausgedrückt werden können. (vgl. ebd.)

Ob man Einstellung nun als eindimensional, wie Herkner, oder mehrdimensional, wie Rosenberg und Hovland oder Eagly und Chaiken definiert, hängt letztendlich von der Forschungsfrage ab, die man untersuchen möchte. Für meine Arbeit wähle ich den mehrdimensionalen Zugang, da sich meine Forschungsfrage darauf bezieht, wie sich Einstellungen von Kindergartenkindern gegenüber Kindern mit Körperbehinderung auf der kognitiven und affektiven Ebene darstellen.

3.2 Funktionen von Einstellungen

Die Frage, warum Menschen Einstellungen entwickeln und welche Funktion diese innehaben, ist eine weitere Frage, zu der verschiedene Theorien aufgestellt wurden. Im Allgemeinen scheint es naheliegend, dass die Funktion von Einstellung darin besteht, ein gerichtetes, gut koordiniertes und konsistentes Handeln gegenüber dem Einstellungsobjekt möglich zu machen. (Fischer/Wiswede, 1997, 244)

Katz (1967) nennt vier Hauptfunktionen, die Einstellungen für den Menschen haben:

1) Instrumental, adjustive, utilitarian function

Diese Funktion beruht auf der Tatsache, dass Menschen danach streben, Belohnungen von ihrer externen Umwelt zu maximieren und Bestrafungen zu vermeiden. Adjustiv wird diese Funktion deshalb genannt, da Einstellungen in diesem Sinne entweder erworben werden, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen (bzw. ein unerwünschtes zu vermeiden) oder sie sind affektive Assoziationen, die auf Erfahrungen bezüglich Motivbefriedigungen beruhen. Zum Beispiel entwickeln Kinder positive Einstellungen zu Objekten, die mit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse verbunden sind und negative Einstellungen zu Objekten, die sie verunsichern oder bestrafen. (Katz 1967, 461) Fischer und Wiswede gehen davon aus, dass diese adaptiv gelernten Einstellungen schnell wieder verschwinden können, wenn der Belohnungswert des Objektes nicht mehr gegeben ist. (Fischer/Wiswede 1997, 244)

2) Ego-defensive function

Viele Einstellungen haben die Funktion, das Selbstbild eines Menschen zu schützen. Verspürt jemand Gefühle der Unterlegenheit in einer gewissen Situation und kann sich diese nicht eingestehen, kommt es häufig zu einer Projektion dieser Gefühle auf eine andere Personengruppe, oftmals Minderheiten. In diesem Zusammenhang entwickelt eine Person oft (irrationale) Einstellungen der Überlegenheit gegenüber der unterprivilegierten Gruppe und stärkt damit ihr eigenes Ego. Die Erklärung dieser Funktion basiert auf psychoanalytischen Theorien und wurde von Anna Freud in „Das Ich und seine Abwehrmechanismen“ genauer beschrieben. (vgl. Freud 1977, 462)

3) *Value-expressive function*

Manche Einstellungen haben den Zweck, zentrale Werte einer Person auszudrücken. Mit Hilfe dieser Form von Einstellung können Menschen nach außen verdeutlichen, wie sie sich selbst wahrnehmen und sich so darstellen, wie sie selbst sein möchten. (vgl. ebd., 463) Laut Fischer und Wiswede kann dies theoretisch anhand des Symbolischen Interaktionismus, der besagt, dass sich das Individuum erst über die Reaktion von „signifikanten anderen“ auf das eigene Verhalten seiner selbst bewusst wird, verdeutlicht werden. Die Reaktion anderer auf zum Ausdruck gebrachte Einstellungen spielt somit eine wichtige Rolle in der Identitätsentwicklung eines Menschen. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 245)

4) *Knowledge function*

Menschen haben unter anderem das Bedürfnis Wissen zu erwerben, um Vorgängen in ihrer Umgebung eine Bedeutung zu verleihen, da diese sonst rein chaotische Zustände darstellen würden. Einstellungen stellen Standards oder Referenzrahmen bereit, die Menschen dabei unterstützen ihre Welt zu verstehen und sich darin zurecht zu finden. (vgl. Katz 1967, 464) Sie erlauben es Individuen, ein subjektiv getöntes Abbild der Wirklichkeit zu entwickeln und sich innerhalb dieser verhaltenssicher zu bewegen. Damit wird ein ökonomisch organisiertes und rasches Verhalten in der Umwelt ermöglicht. (Fischer/Wiswede 1997, 244)

Die wesentlichsten Funktionen von Einstellungen bestehen zusammengefasst darin, die Anpasstheit an die Umwelt auszudrücken um dadurch Belohnungen zu erhalten bzw. Bestrafungen zu vermeiden und das Selbstvertrauen eines Menschen zu schützen. Weiters ermöglichen es Einstellungen einer Person, ihre zentralen Werte auszudrücken und helfen dabei, die Welt zu ordnen und zu verstehen.

Ob und wie intensiv Einstellungen aktiviert werden hängt von der sogenannten Einstellungsstärke ab.

3.3 Einstellungsstärke und Zugänglichkeit von Einstellungen:

Da Einstellungen ihrer Definition nach immer einen Bewertungsprozess beinhalten und eine Theorie über ein Objekt darstellen, könnten sie auch als bewertete permanente Hypothesen bezeichnet werden. Der Begriff Einstellungsstärke kann somit gleichbedeutend mit dem Begriff Hypothesenstärke verwendet werden, der hier in Bezug auf Einstellungen, die eine Form von Hypothesen darstellen, angewandt wird. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 173) Verschiedene Faktoren können die Hypothesenstärke bzw. Einstellungsstärke determinieren.

Einstellungen werden zum Beispiel umso stärker, je

1. öfter sie bestätigt werden,
2. stärker die motivationale Unterstützung (z.B. Ich-Beteiligung) und soziale Unterstützung (Übereinstimmung mit den Einstellungen anderer) für diese Einstellung ist,
3. weniger alternative Hypothesen zur Verfügung stehen,
4. stärker sie in ein sich stützendes Einstellungssystem eingebunden sind.

Eine starke Einstellung hat zur Konsequenz, dass die Wahrscheinlichkeit ihrer Aktivierung steigt und sie auf das Verhalten einwirkt. Außerdem wird sie schwächere Einstellungen verdrängen und für ihre Änderung muss eine große Anzahl an widersprechenden Informationen vorhanden sein. Für die Bestätigung einer starken Einstellung sind allerdings nur wenige übereinstimmende Stimulusinformationen notwendig. (vgl. ebd., 173 f.)

In der heutigen Forschung wird anstelle der Einstellungsstärke eher von Zugänglichkeit oder Verfügbarkeit von Einstellungen gesprochen. Unter der Zugänglichkeit versteht man die Geschwindigkeit oder die Bereitschaft mit der eine Einstellung ins Bewusstsein gelangt, wenn eine Person mit einem bestimmten Einstellungsobjekt zusammen trifft. (vgl. Aiken 2002, 19)

Die Assoziation zwischen dem Einstellungsobjekt und der Evaluation dessen ist umso stärker, je mehr direkte Erfahrung jemand mit dem Objekt gesammelt hat. Einstellungen die aufgrund direkter Erfahrung entwickelt wurden, sind schneller verfügbar, da sie vom Gedächtnis schneller abgerufen werden können und sie sagen ein bestimmtes Verhalten gegenüber dem Objekt auch besser vorher. (vgl. ebd., 19)

3.4 Die Entstehung von Einstellungen

In dieser Arbeit ist im Zusammenhang mit Einstellungen von besonders großem Interesse, wie Einstellungen entstehen, da aufgezeigt werden soll, inwiefern Kinder zwischen vier und sechs Jahren schon über Einstellungen zu Behinderung verfügen. Welche Faktoren und Prozesse spielen dabei eine Rolle, ob ein Kind eine positive oder eine negative Haltung gegenüber Kindern mit Körperbehinderung entwickelt? Antworten auf diese Frage liefern zum Beispiel die Lerntheorien, aber auch Theorien aus der Sozialpsychologie wie die Konsistenztheorien stellen Modelle zur Einstellungsformation dar. Darüber hinaus wird in der Forschung auch ein genetischer Einfluss auf die Einstellungsbildung diskutiert, der jedoch nur indirekt Auswirkungen zu haben scheint.

3.4.1. Lerntheorien:

Der Forschungsschwerpunkt bezüglich Einstellungsformation liegt hauptsächlich auf Lernprozessen und den damit in Zusammenhang stehenden Lerntheorien, zu denen *Klassisches Konditionieren*, *Operantes Konditionieren* und *Modelllernen* zählen.

3.4.1.1. Klassisches Konditionieren:

Der Erwerb von neuen Einstellungen erfolgt basierend auf dieser Lerntheorie, die auf Entdeckungen des russischen Physiologen Iwan Pawlow zu Beginn des 20. Jahrhunderts zurück geht, durch das wiederholte Erleben eines Einstellungsobjektes, das mit einem angenehmen oder unangenehmen Reiz (unkonditionierter Stimulus) gepaart ist. Die Darbietung des unkonditionierten Stimulus geschieht unabhängig von dem Verhalten, das die Person, die die neue Einstellung erwirbt, gerade zeigt. (vgl. Aiken 2002, 57) Demzufolge entwickelt zum Beispiel ein Kind eine positive Einstellung gegenüber einem Kind mit Behinderung, wenn beide in einer freundlichen und entspannten Umgebung aufeinander treffen.

Laut Aiken kommt klassisches Konditionieren im Zusammenhang mit der Einstellungsformation aber wahrscheinlich seltener vor als operantes Konditionieren. (vgl. ebd., 58)

3.4.1.2. Operantes Konditionieren:

Die Grundannahme dieser Lerntheorie besteht darin, dass Verhaltensweisen durch *positive* oder *negative Verstärker* erlernt werden. Ein positiver Verstärker kann zum Beispiel eine Belohnung (Lob, Geld, etc.) sein, während das Ausbleiben einer unangenehmen Konsequenz (Bestrafung) als negative Verstärkung bezeichnet wird. Wird ein Bestrafungsreiz eingesetzt, führt dies zukünftig zu einer Vermeidung des gezeigten Verhaltens. Wie sich eine Person in einer bestimmten Situation verhält ist ausschlaggebend dafür, ob das Verhalten verstärkt oder vermindert wird.

Bezogen auf den Erwerb von Einstellungen bedeutet dies, dass eine Einstellung auch zukünftig beibehalten und unter ähnlichen Bedingungen gezeigt wird, wenn ihr erstmaliger Ausdruck zu positiver oder negativer Verstärkung geführt hat. Bezieht ein Kind zum Beispiel ein Kind mit Behinderung in sein Spiel ein und bekommt dafür soziale Anerkennung, ist es wahrscheinlich, dass das Kind dieses Verhalten wieder zeigt und damit seine bisherige Einstellung zu Behinderung aufrecht erhält. In diesem Fall spricht man von positiver Verstärkung.

Negative Verstärkung findet zum Beispiel dann statt, wenn eine negative Einstellung mit der Funktion eines Abwehrmechanismus, wie Projektion, gezeigt wird, indem es zu einer Reduktion von Angst kommt, die das Selbstwertgefühl einer Person zuvor bedroht hatte. (vgl. ebd., 59)

Ebenfalls wichtig dafür, ob eine Person ein bestimmtes Verhalten ausführt bzw. eine Einstellung ausdrückt, ist die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Verstärkers und die Bedeutung, die eine Person der Verstärkung beimisst. Diese Faktoren sind zwischen Personen unterschiedlich stark ausgeprägt und werden davon beeinflusst, wie psychologisch relevant eine Situation eingestuft wird. (vgl. ebd.)

3.4.1.3 Modelllernen

Diese von Albert Bandura begründete Theorie wird auch als soziale Lerntheorie bezeichnet, da sie besagt, dass Menschen nicht immer durch eigene Erfahrungen lernen, sondern auch durch Beobachten des Verhaltens anderer Personen. Kinder imitieren besonders das Verhalten und die Einstellungen von Eltern, Lehrern und Peers, aber auch berühmte Persönlichkeiten oder generell alle Personen, die als wichtig oder bewundernswert eingeschätzt werden, können als Modell herangezogen werden. (vgl. Aiken 2002, 59)

Der Vorteil dieser Theorie besteht darin, dass sie im Gegensatz zu klassischem Konditionieren und operantem Konditionieren das erstmalige Auftreten eines Verhaltens erklären kann. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 67) Lernen am Modell beinhaltet jedoch nicht nur das Erlernen von sprachlichen oder motorischen Fähigkeiten, sondern auch komplexe sozial orientierte Einstellungen, Normen und Meinungen. (vgl. Aiken 2002, 59)

Um die Verhaltensweisen oder Einstellungen von anderen zu übernehmen, bedarf es allerdings nicht immer eines direkten Kontaktes mit einer Person. Zahlreiche Einstellungen und Vorurteile werden auch durch Medien oder andere Quellen aus zweiter Hand vermittelt. Eng mit Modelllernen in Zusammenhang steht der *soziale Vergleich*. Menschen vergleichen ihre Sichtweisen mit denen anderer Leute um sich zu vergewissern, dass die eigenen korrekt sind. Ergibt sich in diesem Vergleich eine Diskrepanz zu den eigenen Einstellungen, werden die Sichtweisen anderer jedoch meist nicht auf ihre Gültigkeit hin überprüft, sondern einfach übernommen, da diese Personen sich so verhalten, als ob ihre Perspektive die richtige wäre. Auf diese Art und Weise werden viele Vorurteile erlernt bzw. gebildet. (vgl. ebd.)

Nachdem Kinder fast ununterbrochen mit Personen oder Medien konfrontiert sind, die mögliche Modelle darstellen, und klassisches und operantes Konditionieren auf wenige Situationen reduziert sind, erscheint es logisch, dass Verhalten und Einstellungen vorwiegend durch Lernen am Modell erworben werden. Außerdem entspricht Imitationslernen am ehesten der kindlichen Methode, sich Fertigkeiten und Verhaltensweisen anzueignen.

Wie bereits weiter oben erwähnt, beinhalten auch Konsistenztheorien Erklärungsversuche zur Einstellungsformation. Darüber hinaus liefern sie auch Überlegungen dazu, welche Faktoren Menschen dazu veranlassen, ihre Einstellungen zu ändern.

3.4.2. Konsistenztheorien und Veränderung von Einstellungen

Konsistenztheorien gehen von der Annahme aus, dass sich Menschen um Widerspruchsfreiheit ihrer Gedanken und ihres Verhaltens bemühen. (vgl. Herkner/Hergovich 2007, 136)

Zu den bekanntesten und für Einstellungen relevante Konsistenztheorien zählen die *Balance-Theorie* von Fritz Heider (1946) und die *Dissonanztheorie* von Leon Festinger (1957).

3.4.2.1. Balance – Theorie

Heiders Grundannahme besagt, dass Menschen ihre Beziehungen zu anderen Personen oder Objekten so gestalten, dass sie als ausgeglichen und spannungsfrei empfunden werden. Ist dies nicht der Fall, versucht die Person einen konsistenten Zustand herzustellen, indem sie ihre Einstellungen oder ihr Verhalten ändert. Falls eine Änderung nicht möglich ist, erzeugt der inkonsistente Zustand eine andauernde Spannung. (vgl. Heider 1946, 39) Heider zufolge verfügen Menschen über eine minimale kognitive Struktur (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 195), die die Person p, eine andere Person o und ein Objekt x (z.B. Situation, Ereignis, Idee, Ding, etc.) umfasst. Zwischen p, o und x existieren nun zwei verschiedene Arten von Beziehungen, nämlich Einheitsrelationen und Gefühlsbeziehungen. Einheitsrelationen definieren einen Zustand der Zusammengehörigkeit (z.B. Nähe, Besitz, Mitgliedschaft), Gefühlsbeziehungen sind positive oder negative Bewertungen von Einstellungsobjekten (z.B. lieben, wertschätzen, hassen, bewundern). (vgl. ebd.)

Das Konzept der Balance-Theorie kann auf die Beziehung zwischen zwei oder mehr Personen angewendet werden. Eine Dyade gilt als balanciert, wenn alle Relationen das gleiche Vorzeichen haben, zum Beispiel Kind A spielt gerne mit Kind B und umgekehrt. Triaden werden als konsistent empfunden, wenn entweder alle Relationen ein positives Vorzeichen aufweisen (z.B. Person A und Person B schätzen einander, weil sie beide eine positive Einstellung zu Menschen mit Behinderung haben) oder zwei negative Vorzeichen vorhanden sind (Person A und B haben eine negative Einstellung gegenüber Behinderung). Alle anderen möglichen Relationen zwischen den Strukturelementen werden als inkonsistent empfunden und es liegt nahe, dass Personen ihre Einstellungen ändern um in einen als angenehm wahrgenommenen Zustand zu gelangen.

Weitere Komponenten dafür, wann und in welcher Form es zu einer Einstellungsänderung kommt, wurden durch Erweiterungen von Heiders Theorie beschrieben. Das auf Osgood und Tannenbaum (1955) zurückgehende *Polarisierungsprinzip* besagt etwa, dass jene kognitiven Strukturen am ehesten verändert werden, die am wenigsten extrem (polarisiert) sind. Je stärker eine Bewertung ist, desto unwahrscheinlicher erfolgt eine Veränderung. Rosenberg und Abelson (1960) gehen davon aus, dass jene kognitiven Strukturen verändert werden, die die geringste kognitive Arbeit verursachen. Diese Theorie der Kognitionsveränderung wird als *Ökonomieprinzip* bezeichnet. Ein weiteres Prinzip, das *Positivitätsprinzip* von Zajonc, besagt, dass unter verschiedenen Strategien, inkonsistente in konsistente Strukturen überzuführen jene gewählt werden, bei denen die Anzahl der positiven Relationen erhöht bzw. konstant gehalten, jedoch keinesfalls vermindert wird. (vgl. Herkner/Hergovich 2007, 136f.)

3.4.2.2. Dissonanztheorie

Ähnlich wie Heider geht auch Leon Festinger (1957) von einer Verhaltens- oder Einstellungsänderung aus, wenn eine Person einen Zustand der Imbalance verspürt. Festingers Dissonanztheorie zufolge wird ein unangenehmer Spannungszustand (Dissonanz) dann erlebt, wenn kognitive Elemente, zu denen er Kognitionen, Meinungen oder Einstellungen zählt, entweder zueinander oder mit dem Verhalten in Kontrast stehen. Da Menschen laut Festinger danach streben, kognitive Spannungszustände zu vermeiden und Übereinstimmung ihrer kognitiven Elemente zu erleben, wird versucht die entstandene Dissonanz zu reduzieren. Dies kann über folgende drei Wege erreicht werden (vgl. Herkner/Hergovich 2007, 137):

Veränderung der Kognitionen bzw. Reduktion der Bedeutsamkeit der dissonanten Elemente: Zum Beispiel könnte ein Kind der Meinung sein, dass sein Schulkollege mit körperlicher Beeinträchtigung prinzipiell ein guter Freund sein könnte, trotzdem spielt es aber nie mit ihm. In diesem Fall liegt kognitive Dissonanz vor, da die Kognitionen nicht mit dem Verhalten übereinstimmen. Das Kind kann seine Kognitionen nun insofern verändern, als dass es nun beispielsweise denkt, sein Schulkollege habe ohnehin genug andere Freunde, mit denen er spielen könne. Dadurch wird auch die Relevanz des kognitiven Elements herabgesetzt.

1. *Veränderung des Verhaltens:* Das genannte Kind könnte ab sofort mehr mit seinem Schulkollegen in Kontakt treten.
2. *Hinzufügen konsonanter Elemente:* Es könnte die konsonante Kognition, dass es sowieso viel lieber mit seinem besten Freund spielt, hinzufügen.

Das genannte Beispiel bezog sich auf eine Dissonanz, die lediglich durch zwei widersprüchliche kognitive Elemente hervorgerufen wurde. Bei komplexeren, bedeutenderen Entscheidungen spielen jedoch eine größere Anzahl von kognitiven Elementen eine Rolle und müssen zueinander in Beziehung gesetzt und auf Widersprüche untersucht werden. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 228)

Die Balance-Theorie und die Dissonanztheorie sind gute Erklärungsmodelle dafür, wann bereits bewusste Einstellungen beibehalten oder geändert werden. Oft kommt es allerdings vor, dass Einstellungen gegenüber einem Objekt noch nicht stark ausgeprägt oder bewusst sind, oder dass keine bestimmten Gefühle gegenüber dem Einstellungsobjekt vorhanden sind. In diesen Fällen schließen Personen laut Deryl Bem von ihrem Verhalten auf eine zugrunde liegende Einstellung oder Emotion. (vgl. Bem 1972, 2) Diese von Bem als *Self-Perception Theory* bezeichnete Theorie basiert auf der Annahme, dass Selbst- und Fremdbeobachtung einander sehr ähnlich sind und Personen in Situationen, in denen sie sich über ihren internalen Zustand nicht bewusst sind, genauso wie externe Beobachter darauf angewiesen sind, Verhalten zu beobachten und aufgrund dessen auf vorhandene Einstellungen, Emotionen oder andere innere Zustände zu schließen. (vgl. ebd.) Wenn eine Person ein Verhalten zeigt, das im Widerspruch zu ihrer bisherigen Einstellung steht, nimmt die Person an, dass sich diese geändert hat, und vertritt ab diesem Zeitpunkt diese andere Einstellung. Auf diese Weise bildet sich laut dieser Theorie eine veränderte Haltung gegenüber einem Einstellungsobjekt. (vgl. Aiken 2002, 64)

Die Self-Perception Theory bietet einen interessanten Ansatz zur Entstehung von Einstellungen, da sie im Gegensatz zu der Idee, dass Einstellungen zu einem gewissen Verhalten führen, genau von der umgekehrten Annahme, nämlich dass Einstellungen auf Basis von Verhalten entstehen können, ausgeht.

Abgesehen von Konsistenztheorien können auch Herbert C. Kelmans Überlegungen zur Erklärung des Wandels von Einstellungen herangezogen werden. Seiner Auffassung nach erfolgen Veränderungen durch soziale Beeinflussungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen. Kelman identifiziert drei verschiedene Prozesse der Beeinflussung (vgl. Kelman 1958, 470 f.):

1. *Compliance (Einwilligung)*: tritt auf, wenn jemand eine Beeinflussung seiner Einstellungen akzeptiert, weil auf eine angenehme, positive Reaktion einer anderen Person oder Gruppe gehofft wird. Der Inhalt der Einstellung wird jedoch nicht vertreten. Kelman geht davon aus, dass die Einstellung und das darauf bezogene Verhalten nur dann auftreten, wenn ein Individuum von der beeinflussenden Person oder Gruppe überwacht wird.
2. *Identification (Identifikation)*: von diesem Beeinflussungsprozess wird gesprochen, wenn eine Person versucht, eine favorisierte Beziehung zu einer anderen Person oder Gruppe herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Das Individuum glaubt zwar an die induzierten Einstellungen, es ist allerdings von keiner Bedeutung, welchen Inhalt diese haben. Die Motivation einer Einstellungsänderung resultiert hauptsächlich aus den Assoziationen mit der gewünschten Beziehung. Die Einstellung wird demnach vor allem dann zum Ausdruck gebracht, wenn die Beziehung der Person zu dem beeinflussenden Agenten zum Ausdruck kommt.
3. *Internalization (Internalisierung)*: tritt auf, wenn eine Beeinflussung akzeptiert wird, weil der Inhalt der induzierten Einstellung als intrinsisch belohnend wahrgenommen wird. Eine Einstellung oder ein Verhalten wird also übernommen, da sie oder es als kongruent mit dem individuellen Wertesystem angesehen wird. In diesem Fall wird die Einstellung und das darauf bezogene Verhalten unabhängig von der Überwachung oder der Anwesenheit der einflussnehmenden Person bzw. Gruppe gezeigt.

Diese Hypothesen konnten empirisch gestützt werden, dennoch sind sie nicht als generell bestätigte Prinzipien zu verstehen. Kelmans Theorien bereicherten die Einstellungsforschung nicht nur durch Erklärungen zur Veränderung von Einstellungen, sondern auch durch die Möglichkeit zur Analyse von vorhandenen Einstellungen und ihrer motivationalen Basis. Um dies zu verdeutlichen wird hier kurz auf ein Beispiel im Kontext von Behinderung eingegangen:

Eine Person zeigt eine positive Einstellung zu Menschen mit Behinderung, da sie sich dadurch Lob und Anerkennung von ihren Mitmenschen erhofft. Diese Einstellung basiert primär auf Compliance. Jemand anderer könnte wiederum positiv gegenüber Behinderung eingestellt sein, weil er oder sie mit einer Person, die ebenfalls eine positive Einstellung zeigt, eine Beziehung aufrecht erhalten möchte. In diesem Fall ist die Haltung identifikationsbasiert. Der Grund dafür, warum eine weitere Person eine positive Einstellung annimmt,

könnte sein, dass die Person es selbst für wichtig hält, eine positive Einstellung zu Menschen mit Behinderung zu haben und hauptsächlich intrinsisch motiviert ist. Dieses Beispiel spricht für eine Internalisierung.

Zusammengefasst geht die Einstellungsforschung davon aus, dass Einstellungen wie viele andere Persönlichkeitsmerkmale auch, durch Lernprozesse wie klassisches und operantes Konditionieren sowie Modelllernen erworben werden. Besonders die letztgenannte Lerntheorie scheint bei Kindern eine erhebliche Rolle zu spielen. Aber auch das menschliche Streben nach innerer Konsistenz und Balance kann zur Erklärung der Entstehung und Veränderung von Haltungen gegenüber bestimmten Objekten beitragen. Ist sich eine Person ihrer Einstellungen oder Emotionen noch nicht bewusst, zieht sie oft ihr Verhalten als Hinweis dafür heran und es kommt auf diese Weise zu ihrer Ausprägung oder Änderung. Darüber hinaus wurde auch empirisch belegt, dass Einstellungen durch soziale Beeinflussung, die auf verschiedenen Ebenen (Compliance, Identification, Internalization) geschieht, zustande kommen können. Letztlich wurde wissenschaftlich auch diskutiert, dass Genetik einen Einfluss auf die Einstellungsentstehung haben könnte. Dies ist insofern der Fall, als dass Vererbung einen Einfluss auf kognitive Fähigkeiten und affektive Variablen hat. (vgl. Aiken 2002, 55) Diese Faktoren beeinflussen wiederum, wie wir unsere Umwelt wahrnehmen und darauf reagieren. Genetik scheint daher eine indirekte Wirkung auf den Erwerb von Einstellungen zu haben.

Einstellungen hängen außerdem stark von vorhandenen Norm- und Wertsystemen einer Gesellschaft ab, die durch Sozialisationsprozesse übernommen und internalisiert werden. Um vorherrschende Einstellungen zu verstehen, ist es notwendig zu erfragen, wie die Übernahme von Normen und Werten im Verlauf der Individualentwicklung stattfindet. Da das Erlernen des Wertsystems bereits in der Kindheit beginnt, ist es für die Auseinandersetzung mit der Frage, über welche Einstellungen Kinder bereits verfügen, von zentraler Bedeutung.

3.4.3 Übernahme von Normen und Werten im Kindesalter

Etymologisch betrachtet, stammen „Normalität“ und „Norm“ von dem lateinischen Wort „norma“ ab, welches „Richtschnur, Regel“ bedeutet und „Norm“ ein Gerät zum Messen rechter Winkel darstellte. (Kluge 2002, 656) Die ursprüngliche Bedeutung dieses Begriffs verweist bereits auf jene, die ihm später zukommen sollte. So wie „Norm“ die Funktion hatte, Winkel zu messen, stellt der davon abgeleitete Begriff „Normalität“ auch einen Maßstab dar, denn Menschen werden vor dem Hintergrund des Maßstabs, welches Verhalten oder welches äußere Erscheinungsbild als üblich erlebt wird, miteinander verglichen und in weiterer Folge als normal oder abnormal bezeichnet.

Durch Sozialisation werden die für eine Gesellschaft typischen Normen erworben und verinnerlicht. Innerhalb der Sozialisationsforschung wird Sozialisation als lebenslanger Prozess betrachtet, der in verschiedene Phasen gegliedert werden kann. Für die Kindheit relevant sind die Phasen der *primären Sozialisation*, in der die Eltern Normen und Werte vermitteln, und die der *sekundären Sozialisation*, die durch Peers, Institutionen (Schule, Kindergarten, etc.), andere Eltern und Medien erfolgt. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 78f.) Werte, die derzeit in unserer Gesellschaft relevant für die Ausbildung von Einstellungen zu Menschen mit Behinderung sind, sind zum Beispiel Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Intelligenz, körperliche Integrität und ein ästhetisches, jugendliches Aussehen. (vgl. Cloerkes 2001, 84)

Cloerkes (2001, 85) arbeitete einige Sozialisationsvariablen heraus, die für die Entstehung von sozialen Reaktionen auf Menschen mit Beeinträchtigung zentral sind. Auch zur Erklärung der Entwicklung von Einstellungen scheinen diese Überlegungen relevant zu sein.

3.4.3.1 Sozialisationsvariablen

1. Erstens stellen *Sozialisationsinhalte* einen wesentlichen Faktor dar, da durch sie die kulturelle und soziale Realität vermittelt wird. Dies geschieht zum Beispiel durch Märchen, Geschichten und Massenmedien, aber auch durch Alltagskommunikation, indem körperliche oder geistige Abweichungen mit den Attributen „böse“ oder „schlecht“ verbunden werden. Vor allem junge Kinder, bei denen ganzheitliches Denken noch im Vordergrund steht, internalisieren Gleichsetzungen dieser Art rasch.
2. Ebenfalls von Bedeutung sind *Sozialisationspraktiken*, bei denen die hohe Bewertung von Gesundheit und Normalität zum Ausdruck kommt. Eltern verwenden in der

Erziehung oft Krankheit oder Behinderung als Druckmittel um normkonformes Verhalten bei ihren Kindern zu erreichen. So bewirken Drohungen wie etwa „Wenn du deine Zähne nicht putzt, werden sie dir alle ausfallen!“ eine Verknüpfung von Krankheit oder Behinderung mit Schuld und Strafe.

3. Eine dritte wesentliche Variable stellt die *spätere kontinuierliche Verstärkung der Vorstellung von Behinderten als abweichend von der Norm* dar. Auch hier spielen Medien wieder eine zentrale Rolle, da in Filmen von der Norm abweichende Menschen oft die „Bösewichte“ darstellen. Außerdem werden in Werbungen nur Menschen präsentiert, die dem gängigen Schönheitsideal entsprechen, Personen die davon abweichen, werden ausgeklammert.

Neben den von Cloerkes dargestellten Faktoren der Sozialisation bieten psychologische Ansätze ebenfalls Erklärungsmöglichkeiten zur Internalisierung von Werten und Normen bei Kindern. Dazu zählen einerseits Lerntheorien, andererseits aber auch Modelle von Piaget und Kohlberg zur Moralentwicklung. Moralentwicklung steht in engem Zusammenhang mit der Übernahme von Normen und Werten, da moralisches Handeln Wissen über, und die Internalisierung von diesen voraussetzt.

3.4.3.2 Lerntheorien

Zur Erklärung der Übernahme von Normen bei Kindern können einerseits die schon weiter oben erwähnten Lerntheorien herangezogen werden. Zum Beispiel fördert seltenes, unregelmäßiges Verstärken von erwünschten Verhaltensweisen und das Beobachten der Verhaltensweisen von Modellen die Internalisierung von Normen, da dadurch Selbstverstärkung ermöglicht wird. Das Kind entwickelt somit eine interne soziale Kontrolle, die es in die Lage versetzt, sich zum Beispiel für das Einhalten von Regeln selbst zu belohnen bzw. für die Nichtbefolgung zu bestrafen. Normen und Werte können dadurch zu einem Teil der Persönlichkeit werden. Sind Werte und Normen noch nicht internalisiert, wird ein ihnen entsprechendes Verhalten nur gezeigt, wenn es externe soziale Instanzen (z.B. Freunde, Lehrer, etc.) belohnen oder bestrafen könnten. (vgl. Fischer/Wiswede 1997, 77)

3.4.3.3 Stufen der Moralentwicklung nach Piaget und Kohlberg

Diese zwei verschiedenen Prozesse der externen und internen sozialen Kontrolle beschrieb auch Jean Piaget in seiner Theorie der Moralentwicklung beim Kind. Er unterscheidet bei dieser Entwicklung zwischen zwei aufeinanderfolgenden Stufen, nämlich jener der *heteronomen Moral* und der *autonomen Moral*. Auf der erstgenannten Stufe befinden sich laut Piaget Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren, wobei der Begriff „heteronom“, der „unter der Autorität eines anderen“ bedeutet, schon auf das wesentliche Merkmal dieser Phase der Moralentwicklung hinweist. Regeln, Normen und Werte werden als etwas von Autoritäten (z.B. Eltern, Lehrer) Vorgegebenes, Unveränderliches betrachtet, das befolgt werden muss. (vgl. Berk 2005, 535) Ein normkonformes Verhalten wird gezeigt, um eventuellen Sanktionen durch andere Personen vorzubeugen, die Kontrolle findet daher extern statt. Ab zehn Jahren sind Kinder Piagets Theorie zufolge dazu in der Lage, Regeln und Normen als Prinzipien zu verstehen, die unterschiedlich festgelegt und verändert werden können. Beim Aufstellen verschiedener Regeln verfahren Personen, die dieses Stadium der Moralentwicklung erreicht haben, nach dem Prinzip der *idealen Reziprozität*, das bedeutet mit anderen genauso umzugehen, wie man selbst gerne von diesen behandelt werden möchte. (vgl. ebd.) Kinder die das Stadium der autonomen Moral erreicht haben, könnten zum Beispiel ein Kind mit Behinderung in ihr Spiel integrieren, da sie selbst auch ins Spiel integriert werden wollen würden, wenn sie eine Behinderung hätten. In dieser Phase nimmt das Kind vorhandene Normen selbst als gültig an (eine Internalisierung ist erfolgt) und verhält sich dementsprechend.

An Piagets Theorie ist zu kritisieren, dass er Kinder unter zehn Jahren als rigide und external orientiert bezeichnet und ihre moralischen Fähigkeiten unterschätzt. Ein weiterer Kritikpunkt sind die von ihm angegebenen Altersintervalle, da diese in der Realität große Schwankungen aufweisen.

Lawrence Kohlberg entwickelte basierend auf Piagets Ideen eine weitere Stufentheorie zur moralischen Entwicklung. Im Unterschied zu Piaget betrachtet Kohlberg die Übernahme von Normen als einen lebenslangen Prozess (vgl. ebd. 536), der aus drei verschiedenen Hauptstufen besteht, die jeweils zwei Substufen umfassen. Da hier nur ein Überblick über Kohlbergs Theorie gegeben werden kann, wird nur auf die drei Hauptstufen näher eingegangen:

1. *Präkonventionelles Niveau:* Auf dieser Stufe erwartet sich das Individuum durch die Anpassung an Normen einen Gewinn, es ordnet sich den Erwartungen einer Autorität unter. (vgl. Münch 2002, 97). Dieses Niveau entspricht Piagets Stufe der heteronomen Moral.
2. *Konventionelles Niveau:* Die Konformität mit sozialen Regeln wird weiterhin als wichtig erachtet, jedoch nicht aus der Perspektive des eigenen Nutzens heraus, sondern da das Aufrechterhalten des vorhandenen sozialen Systems für positive Beziehungen zu anderen und gesellschaftlicher Ordnung beiträgt. (vgl. Berk 2005, 538)
3. *Postkonventionelles Niveau:* Individuen die auf dem postkonventionellen Niveau über Regeln und Normen in der Gesellschaft nachdenken können, befolgen diese dann, wenn sie durch abstrakte moralische Prinzipien gerechtfertigt werden können. (vgl. Münch 2002, 97) Gesetze und Regeln der Gesellschaft werden hinterfragt, bevor nach ihnen gehandelt wird.

Der Erwerb des Normen- und Wertsystems einer Gesellschaft geschieht folglich einerseits durch den Einfluss der Familie (primäre Sozialisation), andererseits durch den Freundeskreis, Medien und Institutionen wie Kindergarten und Schule (sekundäre Sozialisation). Durch die Vermittlung von Sozialisationsinhalten, Sozialisationspraktiken und die kontinuierliche Verstärkung von bereits vorhandenen Vorstellungen manifestieren sich gesellschaftliche Normen in der Persönlichkeit eines Menschen. Auch durch Lernen anhand Vorbildern und der Verstärkung von erwünschten Verhaltensweisen werden Werte internalisiert. Piagets Überlegungen zufolge verläuft die Normübernahme in zwei aufeinanderfolgenden Stufen, nämlich von heteronomer Moral im Alter von fünf bis zehn Jahren, zu autonomer Moral ab dem zehnten Lebensjahr. Im Gegensatz dazu betrachtet Kohlberg die Internalisierung als lebenslangen Prozess.

Da nun Theorien zur Einstellungsentstehung aufgezeigt wurden, stellt sich die Frage, über welche Einstellungen Erwachsene und insbesondere Kinder zu Menschen mit Körperbehinderungen verfügen und durch welche Faktoren diese beeinflusst werden. Zu diesem Thema existieren Studien, bei denen ausschließlich Nichtbehinderte befragt wurden, allerdings lieferte Fries (2005) mit seiner Studie über Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen aus Sicht der Betroffenen einen bedeutsamen Beitrag, der sich diesbezüglich mit den konkreten Alltagserfahrungen Körperbehinderter befasst.

4. EINSTELLUNGEN ZU MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Allgemein wird Behinderung als Abweichung von tradierten Normen und Werten angesehen. Vor allem in den westlichen Kulturen, die sehr stark an Leistung orientiert sind, wird Menschen mit Behinderung die Rolle des Außenseiters zugeteilt, da sie die geforderten Leistungen oft nicht erbringen können bzw. ihnen gar keine Möglichkeit dazu geboten wird. (vgl. Cloerkes 2001, 74).

4.1 Einflussfaktoren

Cloerkes (2001, 76f.) fasste Ergebnisse aus verschiedenen Studien zusammen, die sich mit der Frage beschäftigten, welche Faktoren Einstellungen gegenüber behinderten Menschen beeinflussen. Folgende Aspekte scheinen dafür wesentlich zu sein:

1. Art der Behinderung:

Die Sichtbarkeit und das Ausmaß der Beeinträchtigung von gesellschaftlich stark positiv bewerteten Funktionen (z.B. Mobilität, Flexibilität, Intelligenz, Kommunikation, etc.) spielen eine zentrale Rolle für Einstellungen. Die Einstellung zu einer Behinderung wird umso negativer, je stärker diese gesellschaftlich hochbewertete Funktionen stört und je bedrohlicher sie eingeschätzt wird. (vgl. Markowetz 2007, 291) Psychische bzw. geistige Beeinträchtigungen werden negativer bewertet als physische Beeinträchtigungen. Dies zeigte sich zum Beispiel in den Ergebnissen der Studie von ten Klooster et al. (2009). Sowohl KrankenpflegestudentInnen als auch Nicht-KrankenpflegestudentInnen zeigten positivere Einstellungen zu körperlichen Beeinträchtigungen, wenn sich in ihrem Freundschafts- oder Verwandtenkreis jemand mit dieser Form von Behinderung befand. Im Gegensatz dazu zeigten die Versuchspersonen keine positive Einstellung zu geistiger Behinderung, auch wenn sie in ihrem nahen Umfeld Personen mit dieser Beeinträchtigung kannten.

2. Sozio-ökonomische und demografische Merkmale der Einstellungsträger:

Der Einfluss sozioökonomischer und demografischer Merkmale ist allgemein eher gering. Allerdings belegen zahlreiche Studien, dass Alter und Geschlecht insofern in Zusammenhang mit Einstellungen stehen, als dass Frauen und jüngere Personen

positiver gegenüber Menschen mit Behinderungen eingestellt sind als Männer und Ältere.

3. *Persönlichkeitsmerkmale*

Cloerkes zufolge werden Persönlichkeitsmerkmale der Einstellungsträger in Zusammenhang mit Einstellung gegenüber Behinderung in der Literatur sehr kontrovers diskutiert. Er persönlich geht jedoch angesichts der hohen Interkorrelationen zwischen den Merkmalen „Ich-Schwäche“, Ängstlichkeit, Dogmatismus und Ambiguitätsintoleranz von einem Zusammenhang dieser Eigenschaften mit einer Ablehnung von Behinderung aus. Bächtold (1981) untersuchte die Persönlichkeitssyndrome „Utilitarismus-Syndrom“, „Autoritarismus-Syndrom“, und „Hilfsbereitschaftssyndrom“ in Zusammenhang mit Einstellungen zu Körperbehinderten. Unter dem erstgenannten Syndrom versteht man das Zusammenwirken von Persönlichkeitsmerkmalen wie die Ausrichtung auf den reinen Nutzen in zwischenmenschlichen Beziehungen, Gefühlsmangel und eine instrumentalistische Betrachtungsweise der Mitmenschen. (vgl. Bächtold 1981, 112) Menschen, deren Persönlichkeit durch das Autoritarismus-Syndrom gekennzeichnet ist, befinden sich in sozialen Organisationen typischerweise in einer abhängigen Position mit wenig Macht. Ihre Aufgabe besteht darin, Macht im Auftrag anderer auszuüben. (vgl. ebd., 114) Das Hilfsbereitschaftssyndrom wird von Bächtold nicht besonders differenziert beschrieben, es ist aber davon auszugehen, dass es aus den Persönlichkeitsaspekten, anderen zu helfen, Mitgefühl zu zeigen und internal orientiert zu sein, besteht. (vgl. ebd, 117)

Er stellte fest, dass bei einer starken Ausprägung des „Utilitarismus-Syndroms“ die soziale Distanz zu Körperbehinderten und die unpersönlich-delegierende Hilfe in hohem Ausmaß vorhanden ist. Weiters stimmen Personen mit utilitaristischer Orientierung Isolationstendenzen eher zu als Integrationstendenzen und zeigen negative Handlungsabsichten gegenüber Körperbehinderten. Bei Personen mit hoher Ausprägung von Autoritarismus zeigen sich soziale Distanz, unpersönliche Hilfe und die Befürwortung von Isolation Behinderter in vergleichbarer Weise. Außerdem erzeugt Autoritarismus laut Bächtold besonders negative Einstellungen, die sich unter anderem in negativen Gefühlen, dem stärker erlebten Grad der Unähnlichkeit und Abweichung vom Ideal sowie der Anormalität der Bedürfnisseinschätzung widerspiegeln. (vgl. Bächtold 1981, 332) Personen, die sich in der Befragung als

besonders hilfsbereit darstellen, zeigen jedoch keine Hilfsbereitschaft, die auf Empathie beruht und darauf abzielt, jemandem zu helfen, sondern auch sie praktizieren unpersönlich-delegierende Hilfe und die Meisten bekunden Hilfsbereitschaft vor allem aufgrund sozialer Erwünschtheit.

4. *Kontakt mit Behinderten*

Dieser Aspekt stellte sich als besonders bedeutsam für die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung heraus. Zu beachten ist allerdings, dass Kontakt mit Behinderten nicht automatisch eine positive Haltung ihnen gegenüber bewirkt. Ausschlaggebend für einen positiven Effekt von vermehrter Interaktion mit Behinderten ist die Qualität und Intensität dieser. Während viele unpersönliche und oberflächliche Kontakte kaum eine Wirkung zeigen, bewirken enge, intime Beziehungen in einem gemeinsamen Lebensraum, das Verfolgen gemeinsamer Aufgaben und Ziele sowie Freude am Kontakt und Freiwilligkeit positive Einstellungen. (Cloerkes 2001, 115) Wie bereits weiter oben erwähnt, zeigt sich in gut geführten Integrationsklassen eine positive Wirkung auf die Einstellung der nichtbehinderten SchülerInnen.

5. *Kulturelle Bedingtheit der Einstellungen*

Aufgrund unterschiedlicher Wert- und Normsysteme in unterschiedlichen Kulturen wird davon ausgegangen, dass sich die Einstellungen zu Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Kulturen unterscheiden. Generell werden physisch oder psychisch eindeutig abweichende Personen allerdings in allen Kulturen negativer bewertet als Menschen ohne diese Normabweichungen. (vgl.ebd., 78) Zu kulturellen Unterschieden existieren viele verschiedene und zum Teil widersprüchliche Hypothesen, auf die hier aufgrund ihrer Komplexität nicht näher eingegangen werden kann. Neubert und Cloerkes (2001) bieten in Bezug auf dieses Thema aber einen genaueren Einblick.

Cloerkes zufolge lassen sich außer der Art der Behinderung kaum eindeutige Bestimmungsgründe für die Einstellungen zu Behinderung ausmachen, was darauf hinweist, dass es sich hier um eine besonders starre, grundlegende Haltung handelt. (vgl. Cloerkes 2001, 77)

4.2 Studienergebnisse

Einige Studien, wie zum Beispiel jene von Strohmer, Grand und Purcell (1984) weisen darauf hin, dass Einstellungen zu Menschen mit Behinderung sehr komplex sind und je nach Zusammenspiel zwischen Situation oder sozialem Kontext, in dem eine Bewertung erfolgt, und der Art der Behinderung variieren. Die genannten Autoren untersuchten in ihrer Studie die Akzeptanz von verschiedenen Behinderungen (Epilepsie, Sehbehinderung, Cerebralparese, fehlende Gliedmaßen) in Zusammenhang mit unterschiedlichen Situationen (am Arbeitsplatz, als Date und als EhepartnerIn) und kamen dabei zu interessanten Ergebnissen. Während Epilepsie über alle Situationsbedingungen hinweg gleich bewertet wird, zeigten sich signifikante Einflüsse des Kontexts auf die anderen drei Behinderungsformen. Zum Beispiel waren die Testpersonen gegenüber Personen mit Sehbeeinträchtigung am Arbeitsplatz und im Zusammenhang mit Heirat negativer eingestellt als in Bezug auf eine Dating-Situation. Gegenüber Menschen mit Cerebralparese waren die positivsten Haltungen im Arbeitskontext festzustellen, während die Akzeptanz im Kontext „Dating“ und „Heirat“ niedriger ausfiel. (vgl. Strohmer, Grand & Purcell 1984, 137) Bewertungen von Behinderungen unterliegen daher sehr komplexen Faktoren und sind nicht als eindimensionale Konstrukte zu verstehen.

Wocken (2000)¹ beschäftigte sich mit der Frage, ob die deutsche Gesellschaft zur Jahrtausendwende „behindertenfeindlich“ oder „behindertenfreundlich“ eingestellt ist und kam zu dem Schluss, weder das Eine noch das Andere als vorwiegend erkennen zu können. Vielmehr zeigte sich in seiner Studie eine ambivalente Haltung der Befragten. Während sie Offenheit für einen behinderten Menschen in ihrer Nachbarschaft zeigten, sich vorstellen konnten, in einem Hotel, in dem auch Behinderte anwesend sind, Urlaub zu machen und sich eine überwiegende Mehrheit für die integrative Beschulung aussprach, sprachen sich nur mehr knapp fünfzig Prozent klar für die Elternschaft von Geistigbehinderten und Körperbehinderten aus. Die Frage, ob es nicht „besser für alle wäre“ ein schwerstbehindertes Kind sterben zu lassen, beantwortete mehr als die Hälfte mit Ja. Für Wocken belegen diese Ergebnisse, dass es einen klaren inhaltlichen Punkt gibt, an dem die positive Einstellung zu Behinderten in eine negative umschlägt. Dieser Wendepunkt wird durch die Tatsache markiert, ob ein behinderter Mensch bereits lebt oder nicht. Ist jemand mit einer Behinderung

¹) <http://www.hans-wocken.de/Texte/Zeitgeist.htm>, aufgerufen am 24.10.2011

bereits am Leben, wird seine Existenz akzeptiert, und ist respektierter Nachbar, Schulkollege, etc.. Skepsis zeigt sich jedoch dann, wenn es um die Frage geht, weitere Behinderte zur Welt zu bringen, daher sprechen sich einige gegen die Elternschaft und für die Abtreibung von Behinderten aus. Wocken fasst den momentanen Zeitgeist bezüglich der Einstellung zu Behinderung mit den Worten „Behinderte akzeptieren? Ja! Behinderte produzieren? Nein!“ zusammen. Wichtig ist jedoch, zwischen der negativen Bewertung von Behinderung im Allgemeinen und der Einstellung gegenüber Menschen mit einer Behinderung zu unterscheiden, denn die Ablehnung von Behinderung als Sachverhalt bedeutet nicht automatisch eine Ablehnung von behinderten Menschen.

Fries stellt in seiner Zusammenfassung von Forschungsergebnissen fest, dass ein großer Teil der Bevölkerung unvoreilhaft bis feindliche Neigungen gegenüber Menschen mit Behinderung hat und große Unsicherheit im Verhalten ihnen gegenüber aufweist. Darüber hinaus befürworten einige Mitglieder der Gesellschaft die Segregation von Behinderten. (vgl. Fries 2005, 51) Wie bereits unter 3.1.3 erwähnt, können sich Einstellungen auf der affektiven, kognitiven und behavioralen Ebene (konative bzw. Verhaltens-Ebene) ausdrücken. Wie äußern sich die Einstellungen der Gesellschaft zu Körperbehinderung nun auf diesen Dimensionen?

4.3 Einstellungen zu Menschen mit Körperbehinderungen

4.3.1 kognitive Komponente

Jansen (1972) stellte in seiner Studie mit einer repräsentativen Stichprobe von 1567 Personen fest, dass der Begriff Körperbehinderung für viele unklar ist. Mit Körperbehinderung assoziierten die Befragten sowohl Krankheiten und Sinnesstörungen als auch geistige Behinderungen. Ebenfalls besteht eine Wissenslücke bezüglich verschiedener Behinderungsarten und der beruflichen, rechtlichen und sozialen Situation Behinderter. (vgl. Jansen 1972, 124) Weiters kam Bächtold (1981) in seiner umfangreichen Studie an 1200 Deutschschweizern zu dem Ergebnis, dass mit dem Begriff Körperbehinderung hauptsächlich Attribute wie „verschlossen“, „passiv“ und „unglücklich“ verbunden werden und Körperbehinderte als „einsam“, „unausgeglichen“ und „unglücklich“ angesehen werden. Diese Assoziationen und das fehlende Wissen zu Körperbehinderung deuten auf ein wenig ausgeprägtes Interesse an Menschen mit Körperbehinderungen und negative Einstellungen ihnen gegenüber in der Gesellschaft der siebziger bis Anfang der achtziger Jahre hin. Da die

genannten Studien bereits dreißig bis vierzig Jahre alt sind, drängt sich die Frage auf, ob auch heute noch ähnliche Vorstellungen von Menschen mit Körperbehinderung existieren. Wocken (2000) schließt aufgrund der Untersuchungsergebnisse von Brinkmann und Schreiber (1993) sowie jenen von Klauf (1996) darauf, dass sich die Einstellungen gegenüber Behinderten in der Gesellschaft um die Jahrtausendwende tendenziell zu mehr Toleranz und Akzeptanz entwickelt haben. Die Ergebnisse von Klauf zeigten zum Beispiel eine Zunahme des Wissens über Behinderungen und die Akzeptanz von Nähe zu Behinderten.

4.3.2 affektive Komponente

Jansen fand in seiner Studie, dass oft beim erstmaligen Kontakt mit einem körperbehinderten Menschen der Nichtbehinderte vordergründig Fremdheit erlebt. Daraus folgen weitere emotionale Reaktionen wie zum Beispiel Abgestoßensein, Angst, Abscheu und Ekel, aber auch Mitleid, Mitgefühl, Erschüttertheit und der Wunsch zu helfen. (Jansen 1972, zit. nach Fries 2005, 45f.) Laut Bächtold ist ehrliches Mitgefühl im empathischen Sinne allerdings selten. (vgl. Bächtold 1981, 286) Negative und ambivalente Emotionen haben meist soziale Distanzierung und die Tendenz zu unpersönlichen Hilfen, etwa Spenden, zur Folge.

4.3.3 konative Komponente

Wie bereits im Kapitel über Einstellungsdefinitionen erwähnt, können sich Einstellungen von Personen in ihrem Verhalten äußern, müssen dies jedoch nicht. So könnte sich jemand zum Beispiel für einen Menschen mit Behinderung engagieren, weil es ihm ein persönliches Anliegen ist, und er es gerne tut, oder er könnte dies tun, da es sozial erwünscht ist. Die Tendenz sich so zu verhalten, wie es die Mehrheit einer Gesellschaft erwartet, bereitet der Erforschung von sozialen Reaktionen auf Behinderte besondere Probleme, da Menschen ihr Verhalten gegenüber Behinderten in weiterer Folge positiver darstellen und beschreiben, als es der Realität entspricht. Reaktionen auf Behinderte können in drei verschiedene Formen unterteilt werden:

1. Originäre Reaktionen

Der Begriff „originär“ geht auf das lateinische Wort *origo* zurück, welches mit „Ursprung“, „Quelle“ oder „Stamm“ übersetzt werden kann. (vgl. Das Fremdwörterbuch 2007, 739) Demnach wird ein Verhalten als originär bezeichnet, das ursprünglich, spontan und affektiv ist und Neugierde oder Angst auslösen kann. (Markowetz 2007, 292) Während Angst meist zu aggressivem Verhalten führt (Verspotten, physische Vernichtung,

etc.), hat Neugierde explorative Reaktionen (Anstarren, Ansprechen) zur Folge. Sowohl aggressives Verhalten als auch Neugierde führen zu Schuldgefühlen und Schuldangst, die oft Isolation und Ablehnung des Behinderten bewirken. Vor allem Kleinkinder zeigen häufig exploratives Verhalten, doch dieses führt nicht automatisch zu einer Ablehnung des Menschen mit Behinderung. Im Gegenteil ergibt sich durch neugieriges Verhalten eine Möglichkeit zur Normalisierung und ist somit bei der Umsetzung von Integration und Einstellungsstrategien zu berücksichtigen. (vgl. Cloerkes 2001, 89) Eine befragte Person der Studie von Fries, die sich damit befasst, wie Körperbehinderte Einstellungen und Verhalten von Nichtbehinderten wahrnehmen, bezeichnete es als sehr belastend, wenn sie beobachten muss, wie Eltern ihre Kinder, die Interesse an behinderten Menschen zeigen, an neugierigen Verhaltensweisen hindern: „Was mir immer wieder auffällt, dass Ehepaare ihre Kinder wegziehen. ... Kind erkennt richtig, dass ich nix Schlimmes hab<, lächelt mich sogar an. Und Eltern ... schon so oft passiert. Wenn Mutter sagt: ‚Guck da nicht hin.‘“ (Fries 2005, 210)

Durch Erziehungs- und Sozialisationsprozesse wie die im Zitat genannten und der Vorschrift der Akzeptanz von Behinderten, weichen originäre Reaktionen den offiziell erwünschten Reaktionen.

2. Offiziell erwünschte Reaktionen

Die gesellschaftliche Norm, Behinderte zu akzeptieren und als gleichberechtigt anzuerkennen steht mit den originären Reaktionen in Widerspruch, ist aber für die Bildung von Einstellungen und Reaktionen von besonderer Bedeutung. Offiziell erwünschtes Verhalten kommt jedoch in der Realität vergleichsweise selten vor. (vgl. Cloerkes 2001, 91) Viel häufiger treten im Vergleich dazu überformte Reaktionen auf.

3. Überformte Reaktionen

Diese Verhaltensweisen bieten einen Ausweg aus dem Konflikt zwischen originärer und offiziell erwünschter Reaktion. Originäre Reaktionen werden so maskiert und kulturell überformt, sodass sie dem sozial erwünschten Verhalten entsprechen. Die Anpassung an die gesellschaftlich akzeptierte Einstellung gegenüber Behinderten ist für den Nichtbehinderten der Ausgangspunkt für einen ständigen Ambivalenzkonflikt. Dieser hat Unsicherheit im Verhalten, Interaktionsspannungen, Scheinakzeptanz und wiederum Schuldgefühle und Schuldangst zur Folge. (vgl. Markowetz 2007, 293) Beispiele für überformte Reaktionen, die sozial erwünscht sind, sind zum Beispiel Spenden, Äußern von Mitleid oder aufgedrängte Hilfe. Aber auch Witze sind überformte Reaktionen, da sie Aggression in sozial tolerierter

Weise bündeln. Letztendlich stützen auch überformte Reaktionen die Ablehnung und Isolation von Behinderten. (vgl. Cloerkes 2001, 92)

In der Studie von Fries zeigte sich, dass Reaktionen wie Anstarren von den meisten Studienteilnehmern und –teilnehmerinnen als eher wenig bis etwas belastend empfunden werden. (vgl. Fries 2005, 198 ff.) Dies könnte eine Folge dessen sein, dass viele Behinderte täglich Erfahrungen mit dieser Reaktion machen und sie für einige zu einer unveränderlichen Realität geworden ist, an die sie sich gewöhnt haben. (vgl. ebd., 172) Im Gegensatz dazu werden Situationen, in denen die Betroffenen verbal diskriminiert (in Form von Beleidigungen), missachtet und abgewertet werden oder der Kontakt mit ihnen vermieden wird, als stark belastend empfunden.

Da die Interaktion mit Körperbehinderten für die meisten Menschen ohne Behinderung eine Ausnahme darstellt, ergeben sich für sie zahlreiche Verhaltensunsicherheiten und Interaktionsprobleme. (vgl. Jansen 1972, 124) Mangelndes Wissen im Umgang mit Körperbehinderten, aber auch unzureichendes Wissen über Behinderungen generell werden auch von Personen mit Körperbehinderung als Auslöser für Schwierigkeiten in der gemeinsamen Interaktion genannt. (vgl. Fries 2005, 300) Als weitere Erklärungsansätze nehmen Betroffene Erziehung, Ängste, die eigene körperliche Unversehrtheit zu verlieren und gesellschaftliche Aspekte (großes Leistungsstreben, Überbetonung von Gesundheit, etc.) an. Zu wenig gelebte Integration, Mangel an Einfühlungsvermögen, Vorurteile, aber auch Verhaltensweisen von Behinderten selbst, wie etwa sozialer Rückzug, werden als Gründe für Interaktionsschwierigkeiten angenommen (vgl. ebd. 301 f.)

Für die Pädagogik bedeutet dies, verstärkt Integrationsprogramme zu forcieren um Nichtbehinderten Wissen über den Umgang mit Behinderten zu vermitteln und Kontakt zwischen den beiden Gruppen zu ermöglichen. Auf diese Weise könnten Vorurteile und Verhaltensunsicherheiten minimiert werden. Weiters können pädagogische Programme zur Erweiterung sozialer Kompetenzen zur Erhöhung der Empathiefähigkeit beitragen und somit zu größerer gesellschaftlicher Akzeptanz und positiven Einstellungen gegenüber Menschen mit Körperbehinderung führen.

Nachdem nun einige Forschungsergebnisse zu Einstellungen gegenüber Behinderten und Körperbehinderten im Speziellen dargestellt wurden, stellt sich die Frage, ob auch schon Kinder über negative Einstellungen verfügen. Wie sehen ihre Vorstellungen und Bewertungen von Menschen mit Behinderungen aus?

4.4 Einstellungen von Kindern zu Menschen mit Körperbehinderungen

Vorweg ist anzumerken, dass die Erforschung von kindlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen einige methodische Probleme aufwirft. Eines davon ist zum Beispiel, Kinder nicht mit gängigen Einstellungsfragebögen (wie etwa der „Attitude toward disabled persons scale - ATDP“) befragen zu können, da sie aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten noch nicht in der Lage sind, die angesprochenen Konstrukte zu verstehen. (vgl. Spillers 1982, 61) Daher versuchen Forscher die Einstellungen von Kindern zum Beispiel mit Hilfe von Fotos und anschließenden Fragen dazu (Weinberg 1978) oder „forced choice“-Formaten, bei denen die Kinder zwischen einem behinderten und einem nicht-behinderten Kind als Spielpartner wählen sollen (Spillers 1982), zu erfassen. Kritisch kann an diesen Verfahren angemerkt werden, dass die Fragen zu dem gezeigten Bild vom jeweiligen Untersucherteam abhängen und wenig Reliabilität und Validität aufweisen. (vgl. ebd. 61) Das „forced-choice“-Format beinhaltet für die Interpretation der Ergebnisse das Problem, dass eine Präferenz für eine bestimmte Person nicht automatisch die Zurückweisung der nicht ausgewählten Person bedeutet. Laut Spillers nehmen nur wenige Autoren auf diese Schwäche Bezug. (vgl. ebd, 62)

Die kompliziertere und aufwändige Erforschung von Einstellungen im frühen Kindesalter könnte ein Grund dafür sein, warum für diese Altersgruppe relativ wenige empirische Befunde vorliegen. Aufgrund dieser Forschungslücke werden für die Darstellung der bisherigen Annahmen über kindliche Einstellungen zu Behinderung auch ältere Studien herangezogen.

4.4.1. Kognitive Komponente - Verständnis von Behinderung:

Lily L. Dyson fand in ihrer Untersuchung, dass Kinder zwischen fünf und sechs Jahren unter dem Begriff Behinderung ein anderes äußeres Erscheinungsbild als das eigene und die Unfähigkeit zu spielen verstehen. (vgl. Dyson 2005, 102) Viele Kinder bezeichnen Behinderung auch als physische Einschränkung und das Benötigen von Hilfe. Außerdem bedeutet Behinderung für einige auch ein Problem, das mit höherem Lebensalter oder einer emotionalen Erfahrung, wie zum Beispiel Frustration, einhergeht. (vgl. ebd., 99)

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass das Verständnis von Behinderung bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren variiert. Laut Diamond und Tu (2008) existieren zahlreiche Belege dafür, dass sich das Bewusstsein und das Verständnis von Behinderung im Laufe der Kindheit stetig weiter entwickelt. Ab dem vierten Lebensjahr können sie bereits nachvollziehen, welche Einschränkungen Kinder mit physischen und sensorischen Beeinträchtigungen erfahren (vgl. Diamond/Tu 2008, 76).

Dies bestätigt auch die Studie von Jones und Sisk (1967), die sich mit der Wahrnehmung von Körperbehinderungen bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren befasste. Vierjährige wussten um die Einschränkungen, die mit einer Körperbehinderung einhergehen bescheid und Fünfjährige zeigten bereits ablehnende Haltungen.

In einer ebenfalls etwas älteren Studie, die von Nancy Weinberg (1978) an drei bis fünf jährigen Kindern durchgeführt wurde, konnten ähnliche Ergebnisse gefunden werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich das Verständnis für Körperbehinderung im Alter von drei bis vier Jahren entwickelt, aber negative Einstellungen nicht vor dem 5. Geburtstag auftreten. In einer zweiten Studie, bei denen die Kinder ihre Präferenz für ein behindertes oder nicht-behindertes Kind äußern mussten, waren allerdings auch schon bei Vierjährigen ablehnende Haltungen gegenüber dem körperbehinderten Kind zu erkennen.

Im Gegensatz zum Verständnis von Körperbehinderung entwickelt sich das kindliche Verstehen darum, was es bedeutet eine kognitive Beeinträchtigung (wie z.B. Down-Syndrom) zu haben, erst in der späteren Kindheit und Adoleszenz. (vgl. Diamond/Tu 2008, 76) Darüber hinaus fokussieren Vorschulkinder auf spezielle Geräte wie Rollstühle, Hörgeräte, etc. um Behinderungen zu erklären. (Favazza & Odom 1997)

Nabors und Morgan (1993), die verbale Reaktionen und Einstellungen von Vorschulkindern zu einem körperbehinderten Erwachsenen untersuchten, stellten fest, dass die meisten den

Rollstuhl als solchen identifizieren konnten und meinten, dass jemand in einem Rollstuhl nicht gehen kann. Die Identifikation eines Rollstuhls und die Begründung dafür, warum eine Person diesen brauchen könnte, spielt auch in der Studie dieser Diplomarbeit eine Rolle.

Betrachtet man Piagets Stadien der kognitiven Entwicklung, scheint das frühe Verständnis für körperliche Behinderungen und die Konzentration auf Hilfsmittel, sowie das spätere Begreifen von geistigen Behinderungen eng mit der allgemeinen kognitiven Entwicklung in Zusammenhang zu stehen. Laut Piaget befinden sich Kinder von ca. zwei bis sieben Jahren im sogenannten präoperationalen Stadium, das unter anderem dadurch gekennzeichnet ist, dass ihre Denkleistungen stark auf anschauliches Material angewiesen sind und von der konkreten Wahrnehmung abhängen. Ihr Denken ist stark auf einen Aspekt der Situation gerichtet und dadurch beeinflusst, wie die Dinge im Augenblick erscheinen. (vgl. Berk 2008, 297) Da die genannten Hilfsmittel etwas Sichtbares sind und beispielsweise auch Sinnesbeeinträchtigungen den Kindern durch eigenes Erleben leicht vermittelt werden können, erscheint das Verständnis junger Kinder von körperlichen Beeinträchtigungen als logisch. Nachdem es sich bei geistigen Behinderungen um etwas sehr Abstraktes handelt und das Verstehen von abstrakten Gegebenheiten nach Piaget erst in der späteren Entwicklung erfolgt, könnte dies der Grund dafür sein, warum die Mehrheit der Kindergartenkinder die Bedeutung einer geistigen Behinderung noch nicht versteht.

Auch der persönliche Kontakt mit einem behinderten Menschen scheint eine Rolle bei der Vorstellung und dem Verständnis von Behinderung zu haben. Diamond und Hestenes (1994) eine klare Evidenz für die positive Auswirkung von Integrationsgruppen mit einem hörbehinderten Kind auf die Vorstellung und das Verständnis von Hörbeeinträchtigung bei nichtbehinderten Kindern. Dennoch scheint sich das Wissen um Behinderung teilweise unabhängig von direktem Kontakt mit behinderten Personen zu entwickeln. Hierfür spricht die Studie von Conant und Budoff (1983), die zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der Dreijährigen und 90 Prozent der Sechsjährigen ein Verständnis von Körperbehinderung haben, obwohl sie über keine direkten Erfahrungen mit beeinträchtigten Menschen verfügen.

4.4.2 Konative und Affektive Komponente:

In Bezug auf soziale Interaktionen konnte in einigen Studien (z.B. Diamond 1993, Odom et. al. 2006) festgestellt werden, dass Kinder mit Behinderungen von Vorschulkindern weniger oft als Freunde und Spielpartner gewählt werden als ihre nicht-behinderten Peers. Diamond (2008) entdeckte zudem, dass die Spielpartnerwahl eines hypothetischen behinderten Kindes von unterschiedlichen hypothetischen Spielkontexten abhängt. So wurden Kinder mit einer Körperbehinderung eher ins Spiel eingebunden, wenn ihre körperliche Beeinträchtigung nur wenig mit der Spielaktivität interferierte. (Diamond 2008, 79) Odom et. al. konnten in einer Studie nachweisen, dass Kinder mit Behinderungen (als Gruppe gesehen) eher von sozialer Zurückweisung betroffen sind als nichtbehinderte Kinder. (Odom et. al. 2006, 820) Des weiteren zeigten sie, dass auch die Art der Behinderung einen Einfluss auf die soziale Akzeptanz und Interaktionen hat. Kinder mit Behinderungen, die weniger ihre soziale Problemlösefähigkeit und emotionale Regulation betreffen (wie z.B. Sinnesbeeinträchtigungen oder körperliche Behinderungen), werden eher sozial akzeptiert als Kinder mit Einschränkungen in diesen Bereichen (z.B. Kinder mit Autismus, Entwicklungsverzögerungen, etc.). (ebd., 821)

Dyson (2005) stellte Vorschulkindern die Frage, ob sie Freunde mit Behinderung hätten und wenn ja, welche Aktivitäten sie mit diesen durchführen. Die meisten Kinder antworteten, dass sie mit ihnen spielen und ihnen helfen würden. Als Spiele wurden sowohl physisch anstrengende wie Verstecken, Fangen, etc. als auch ruhigere wie Bingo oder Brettspiele genannt. (vgl. Dyson 2005, 101) Zudem stellte sie fest, dass nur sehr wenige (9%) Kinder ihrer Stichprobe Angst vor Kindern mit Behinderung haben und dass über 80% meinen, Menschen mit Behinderung zu mögen. Diese Aspekte sprechen für eine positive Einstellung zu Peers mit einer Beeinträchtigung.

4.4.3 Geschlechtsunterschiede:

Im Unterschied zu den Ergebnissen zu Geschlechtsunterschieden von Erwachsenen zu Behinderung, die darauf hinweisen, dass Frauen positiver eingestellt sind als Männer, sind die Ergebnisse in Bezug auf Kindergartenkinder weniger eindeutig.

Elizabeth Nowicki berichtet darüber, dass in der Forschung unterschiedliche Ergebnisse darüber vorliegen, ob Geschlechtsunterschiede bezüglich der Einstellung und dem Verhalten von Kindern gegenüber Behinderungen vorliegen. (vgl. Nowicki 2006, 336) Sie führt etwa die Autoren Townsend et al. (1993), Nabors und Keyes (1995) und Tripp et. al.

(1995) an, die empirisch belegen konnten, dass Mädchen positiver gegenüber Menschen mit Behinderung eingestellt sind als Buben. Auch Sigelman, Miller und Whitworth (1986) bestätigen, dass Mädchen eine positivere Haltung gegenüber Kindern mit Körperbehinderung aufweisen, bei kosmetischen Abweichungen von der Norm allerdings negativer als Buben reagieren.

Woodard (1995) kam jedoch genau zum gegenteiligen Ergebnis und andere Forscher wie Kratzer und Nelson-LeGall (1990) oder Cohen und Lopatto (1995) konnten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Einstellung finden. Nowicki (2006) entdeckte in ihrer Studie allerdings, dass Mädchen im Alter von vier Jahren den höchsten negativen Affekt gegenüber Kindern mit Behinderung entgegenbrachten. Andererseits konnte auch sie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Einstellung finden. (vgl. Nowicki 2006, 346)

4.4.4 Altersunterschiede:

Allerdings zeigten sich in Nowickis Untersuchung signifikante Unterschiede bei Kindern verschiedenen Alters. Kinder im Alter von vier Jahren bewerteten Kinder mit geistigen Behinderungen negativer als ältere Kinder (bis zu 11 Jahren). (vgl. ebd. 345) Wie bereits erwähnt konnte in der Studie von Jones und Sisk (1967), deren Stichprobe aus Kindern zwischen zwei und sechs Jahren bestand, festgestellt werden, dass sich vierjährige Kinder der Einschränkungen die eine Behinderung mit sich bringt bewusst waren, und dass Fünfjährige zu ablehnenden Haltungen gegenüber Menschen mit Behinderung neigten.

Cindy S. Spillers (1982) untersuchte die Präferenz für die Wahl eines körperbehinderten Kindes als Spielpartner sowie die Akzeptanz von Kindern mit einer Körperbehinderung bei einer Gruppe von Kindergartenkindern und Volksschülern der dritten Klasse. Im Gegensatz zu Studien, die positivere Einstellungen bei jüngeren als bei älteren Kindern belegten, zeigte sich in den Resultaten von Spillers' Studie bei den Schülern und Schülerinnen der dritten Klasse eine größere Akzeptanz und Präferenz von beeinträchtigten Spielpartnern. Aufgrund von Kommentaren der älteren Kinder schließt die Autorin darauf, dass diese im Gegensatz zu Kindergartenkindern zu sozial erwünschten Antworten tendierten und das Ergebnis dadurch zu erklären ist. (vgl. Spillers 1982, 65)

Dreijährige Kinder scheinen, wie bereits erwähnt, noch kein Konzept von Behinderung entwickelt zu haben und differenzieren zum Beispiel bei ihrer Spielpartnerwahl nicht zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern. Zu dieser Erkenntnis gelangten Diamond et al. (1993), die beobachteten, dass Dreijährige weder Geschlecht noch Behinderung dazu verwendeten, um Spielpartner auszuwählen. Vierjährige zeigten hingegen, wie auch Nowicki (2006) feststellen konnte, klare Präferenzen für Kinder ohne Behinderung und dem gleichen Geschlecht. (vgl. Diamond et al. 1993, 220)

Laut der Autorin lässt sich dieser Unterschied anhand einer Theorie von Sigelman, Miller und Whitworth (1986) erklären, die davon ausgeht, dass Kinder ab dem Alter von vier Jahren ein „schema of normality and similarity to self“ verwenden um andere zu evaluieren. Es wird angenommen, dass Kinder, die als unähnlich zur eigenen Person wahrgenommen werden, ihre Attraktivität als Spielpartner verlieren. (Sigelman, Miller & Whitworth 1986, zit. nach Diamond et al. 1993, 216)

4.4.5 Einfluss von Integration auf Einstellung

Hinsichtlich des Effekts von integrativ geführten Kindergärten auf das Verhalten und die Einstellung gegenüber Kindern mit Behinderung zeigen sich positive Ergebnisse. Esposito und Reed (1986) berichteten, dass Kinder die eine Integrationsgruppe besuchten signifikant mehr positive Haltungen gegenüber Kindern mit Behinderung aufwiesen, als Kinder, die einen Regelkindergarten besuchten. (Esposito und Reed 1986, zit. nach Diamond et al. 1993, 217)

Dies ist konsistent mit einigen weiteren Studien, wie zum Beispiel der von Lily L. Dyson (2005), die zu dem Ergebnis kam, dass die meisten Kinder, die einen Integrationskindergarten besuchten, positive Einstellungen hatten. Interessanterweise war in ihrer Studie aber zu sehen, dass nur die Hälfte der Kinder, die positive Einstellungen hatten, auch tatsächlich berichteten, einen Freund mit Behinderung zu haben. (vgl. Dyson 2005, 102)

4.4.6 Zusammenfassung

Kurzgefasst weisen die dargestellten Forschungsergebnisse auf ein sich zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr entwickelndes Verständnis von Behinderung hin, wobei sich jenes von Körperbehinderung zuerst entwickelt, da es für Kinder aufgrund des Standes ihrer kognitiven Entwicklung am anschaulichsten ist. Außerdem ziehen Kinder für die Erklärung von Behinderung oft Gegenstände wie Rollstühle, Hörgeräte, etc. heran. Weiters konnte belegt werden, dass Kinder aus integrativ geführten Kindergartengruppen ein besseres Verständnis und ein größeres Wissen zu Behinderung haben. Einige Studien zeigten, dass Kinder mit Behinderungen im Vorschulalter weniger oft als Spielpartner gewählt werden und von sozialer Zurückweisung betroffen sind. Dies spricht dafür, dass sich auch schon Kindergartenkinder ablehnend gegenüber Behinderten verhalten können und sie teilweise wahrscheinlich auch negative Einstellungen haben. Allerdings konnte festgestellt werden, dass die Wahl eines körperbehinderten Kindes als Spielpartner auch davon abhängt, wie stark die Behinderung mit dem Spiel interferiert. Sowohl der Einfluss des Geschlechts als auch jener des Alters auf die Einstellungen und das Verhalten von Kindern gegenüber Peers mit Behinderung wird kontrovers diskutiert. Daraus lässt sich schließen, dass Einstellungen von Kindern sehr komplex sind und sie nicht durch einen bestimmten Faktor determiniert sind.

5. DARSTELLUNG DER QUALITATIV-EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

5.1. Erläuterung der Forschungsfrage

Da der Forschungsstand bezüglich Einstellungen von Kindergartenkindern zu Menschen mit Behinderung eher klein ist, ist es das Ziel der vorliegenden Untersuchung, einen weiteren Beitrag zum Verstehen von Einstellungen in diesem jungen Lebensalter zu leisten. Dabei bilden das Verständnis von Körperbehinderung sowie Bewertungen und Gefühle gegenüber Kindern mit dieser Form von Behinderung den zentralen Untersuchungsgegenstand. Diese Einstellungskomponenten, die der kognitiven und der affektiven Ebene zugeordnet werden können, stehen deshalb im Zentrum, da zu diesen Aspekten weniger Literatur existiert als zu Verhaltenskomponenten der Einstellung. Die Erforschung von Vorstellungen und Gefühlen zu körperbehinderten Peers verdient abgesehen davon auch deshalb eine vertiefte Auseinandersetzung, da diese Einstellungskomponenten wichtige Faktoren in der erfolgreichen Integration von Kindern mit Beeinträchtigung darstellen. (vgl. Bricker 1995; Jones, Sowell & Jones 1981; Wetstein-Kroft & Vargo 1984, zit. nach Dyson 2005, 95) Einige Studien (z.B. Roberts & Smith 1999, Okagaki et al. 1998) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen den Einstellungen nichtbehinderter Kinder zu behinderten Gruppenmitgliedern und der Häufigkeit des Kontaktes mit ihnen während Spielphasen. (vgl. Dyson 2005, 95)

Diese Studienergebnisse sprechen insofern für eine starke pädagogische Relevanz dieses Themas, als pädagogische Maßnahmen zum positiven Einfluss bzw. Änderung von kognitiven und affektiven Einstellungsaspekten entwickelt und eingesetzt werden können.

Da sich in einigen Studien, wie zum Beispiel jenen von Esposito und Reed (1986), Dyson (2005) und Diamond (1994), herausstellte, dass Kinder die eine integrativ geführte Kindergartengruppe besuchen, mehr Wissen und eine positivere Einstellung zu behinderten Kindern haben, ist es für die hier dargestellte Untersuchung von besonderem Interesse, wie bei Kindern einer integrativ geführten Gruppe diese Vorstellungen, Gefühle und Bewertungen von Körperbehinderung konkret aussehen.

Körperbehinderung wurde als Einstellungsobjekt gewählt, da Studien belegen, dass Kinder zwischen vier und sechs Jahren aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung dazu in der Lage sind, sich darunter etwas vorzustellen und schon negative Haltungen zeigen können.

Die Forschungsfrage ergibt sich daher wie folgt:

Welches Verständnis, welche Bewertungen und Gefühle zeigen vier- bis sechsjährige Kinder einer integrativ geführten Kindergartengruppe gegenüber Peers mit Körperbehinderung?

Aus dem Anspruch heraus, die konkreten, qualitativen Antworten und Sichtweisen der Kinder zu erheben und darzustellen, ergibt sich eine qualitative methodische Vorgangsweise, die nun näher erläutert wird.

5.2 Die qualitative Methode

Qualitative Methoden, wie zum Beispiel das Interview oder die teilnehmende Beobachtung, wurden in Deutschland erstmals in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts diskutiert und dem quantitativen Ansatz gegenüber gestellt. Ungefähr zehn Jahre später wurden zu dieser aus den USA stammenden Forschungsmethode bereits Lehrbücher publiziert und sie entwickelte sich zu einem Paradigma bzw. bezeichnen sie manche Forscher sogar als eine eigene Disziplin. (vgl. Bortz/ Döring 2002, 306)

Im Sinne Wilhelm Diltheys Aussage „Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir.“, vertritt die qualitative Sozialforschung den Ansatz, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur zu analysieren, sondern auch, sich in diese hineinzusetzen und nachzuerleben. (vgl. Mayring 2003, 17) Mit diesem Ziel steht sie im Kontrast zu quantitativer Forschung, bei der die statistische Analyse und Interpretation von Messwerten von zentraler Bedeutung sind. (vgl. Bortz/Döring 2005, 295) Im Gegensatz dazu, allgemeine Gesetzmäßigkeiten aufzufinden (deduktiv), versucht qualitative Forschung das Besondere, Individuelle am Forschungsgegenstand zu beschreiben und verstehen (induktiv). Es gilt, die Komplexität der Gegenstände zu untersuchen, da davon ausgegangen wird, dass sich auch die menschliche Realität vielfältig und komplex darstellt. (vgl. Mayring 2003, 18) Aus dem Anspruch heraus, das Individuelle in seiner Vielfältigkeit darzustellen, ergibt sich die Orientierung der qualitativen Methoden an Einzelfällen. Diese wird von Vertretern des quantitativen Ansatzes aufgrund fehlender Verallgemeinerbarkeit kritisiert, allerdings lassen sich Mayring zufolge auch aus qualitativem Material allgemeine Theorien aufstellen. (vgl. Mayring 2003, 18)

Trotz der unterschiedlichen Zugänge von quantitativen und qualitativen Ansätzen werden in der heutigen Forschung oft beide Methoden miteinander kombiniert. Diese Verbindung bringt den Vorteil, Schwächen der jeweiligen Methode auszugleichen. (vgl. Kelle 2008, 47)

Gegenstände qualitativer Forschung sind zum Beispiel soziale Kontexte verschiedener Akteursgruppen, biografische oder episodische Verläufe, institutionelle Bedingungen, aber auch Sozialisations-, Interaktions- und Bildungsprozesse, sowie subjektive Perspektiven, Sinnstrukturen und Handlungsmuster. (vgl. Bennewitz 2010, 44) Da in dieser Arbeit auch subjektive Perspektiven, nämlich in Bezug auf Gleichaltrige mit Körperbehinderung, erfasst werden sollen, wurde für diese Arbeit der qualitative Forschungsansatz gewählt.

Um die genannten Gegenstände zu erfassen, kommen methodische Verfahren wie Befragungsverfahren (z.B. Interview), Beobachtungsverfahren (z.B. Feldforschung), Analyseverfahren von Daten (z.B. qualitative Inhaltsanalyse) und komplexe Methoden (z.B. biografische Methoden) zum Einsatz (Flick et al. 1995, zit. nach Bortz/Döring 2002, 307). Da unterschiedliche Forschungsfelder wie etwa die Kindheits- und Jugendforschung, Schul- und Bildungsforschung, Biographieforschung, etc. ihrem eigenen Gegenstand angepasste Forschungsprogrammatiken anwenden, besteht qualitative Forschung aus Ansätzen, die sich in ihrem Verständnis vom Gegenstand und methodischen Vorgehen wesentlich unterscheiden. (vgl. Bennewitz 2010, 45)

Dennoch sind all diese unterschiedlichen Forschungsansätze durch die Grundidee des *Symbolischen Interaktionismus* vereint, der davon ausgeht, dass soziale Wirklichkeit nicht einfach gegeben ist, sondern erst durch Interpretationen und bedeutungsvolle Interaktionen zwischen Menschen konstruiert wird. (vgl. ebd.; Bortz/Döring 2002, 304) Die Zuschreibung von Bedeutungen beschränkt sich nicht nur auf Dinge sondern bezieht sich auch auf die menschliche Identität. Laut der Idee des symbolischen Interaktionismus entwickelt sich auch die Identität durch Interaktionen in verschiedenen Situationen. (vgl. ebd.) Für den Forschungsprozess impliziert diese Theorie, die Deutungen, Wahrnehmungen und Sichtweisen selbst zum Gegenstand der Forschung zu machen. (vgl. Bennewitz 2010, 45) Durch Methoden wie teilnehmende Beobachtung und Feldforschung können Forscher die symbolischen Interaktionen des Forschungsfelds erfassen und daraus wissenschaftliche Schlüsse ziehen. (vgl. Bortz/Döring 2002, 304) Interpretative Methoden sind Wilson zufolge deshalb notwendig, weil soziales Handeln ebenfalls einen interpretativen Prozess darstellt. (Wilson 1973,1982; zit. nach Bortz/Döring 2002, 304)

Wie bereits erwähnt, stellen auch Interviews und die qualitative Inhaltsanalyse Methoden dar, um subjektive Sichtweisen, Bedeutungszuschreibungen und Interaktionen zu erforschen. Da diese für die Beantwortung der Fragestellung zentral sind, wurde die Methode des qualitativen Interviews zur Datenerhebung und die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode gewählt.

5.3 Das qualitative Interview

Sowohl quantitative als auch qualitative Forschung verwenden Interviews als Methode zur Erhebung von Daten. Der wesentliche Unterschied zwischen diesen besteht darin, dass bei quantitativen Interviews die Fragen und auch die Antworten standardisiert sind, und die befragten Personen oft Ratingskalen vorgelegt bekommen, auf denen sie einschätzen müssen, wie sehr eine Aussage auf sie zutrifft. (vgl. Bortz/Döring 2002, 296) Quantitative Interviews resultieren hauptsächlich in quantitativen Daten, die mit Hilfe statistischer Methoden ausgewertet werden.

Im Gegensatz dazu bestehen qualitative Interviews aus offenen Fragen und liefern qualitative Daten. (vgl. Johnson/Christensen 2012, 202) Diese Form von Interview ist besonders für die Erhebung von Meinungen, Werten, Einstellungen, Erlebnissen, subjektiven Bedeutungszuschreibungen und Wissen geeignet (vgl. Reinders 2005, 97) und wurde daher zur Erforschung der Frage, welches Verständnis von und welche Gefühle und Bewertungen Kinder gegenüber Körperbehinderung haben, als Interviewmethode gewählt. Konkret handelt es sich bei qualitativen Interviews um eine geplante Begegnung und direkte Interaktion zwischen dem Interviewer und dem bzw. der Interviewten. Durch die Rollen des Interviewers und der interviewten Person ergibt sich eine Asymmetrie der Interviewsituation, da festgelegt ist, wer primär die Fragen stellt und wer die Antworten gibt. (vgl. ebd. 98) Dadurch unterscheidet sich ein Interview auch wesentlich von einem alltäglichen Gespräch.

Qualitative Interviews unterscheiden sich in ihrem Strukturierungs- bzw. Standardisierungsgrad, wobei zwischen strukturierten, teilstrukturierten und unstrukturierten Formen unterschieden wird. Bei unstrukturierten Befragungen ist meist nur das Thema, um das es sich handelt, zum Beispiel eine Biografie oder eine Lebensphase vorgegeben. Den interviewten Personen bleibt es überlassen, welche Inhalte und in welcher Reihenfolge sie diese berichten. (vgl. Seipel/Rieker 2003, 153) Sogenannte narrative Interviews zählen zu dieser Art von Befragung.

Vollkommen konträr dazu verhält es sich mit standardisierten Interviews, bei denen alle Fragen und auch die Antworten vorgegeben sind. (vgl. Reinders 2005, 98) Die erstgenannte Interviewform erweist sich für die Forschung mit Kindern als ungeeignet, da sie laut Heinzel besonders hohe Anforderungen an Kinder stellt. Geeigneter scheinen fokussierte Interviews zu sein. (vgl. Heinzel 2000, 29) Heinzel spricht in diesem Zusammenhang vermutlich Schwierigkeiten von Kindern an, ihre subjektive Welt und ihre Erlebnisse sprachlich auszudrücken. Ein weiteres Problem ergibt sich durch die begrenzte Fülle an Erlebnissen, über die Kinder verfügen und von ihnen nur teilweise reflektiert werden. (vgl. Trautmann 2010, 75) Da diese Aspekte wesentlich für die Entwicklung von Interviews mit Kindern sind, wird darauf im folgenden Kapitel noch näher eingegangen.

Standardisierte Interviews eignen sich allerdings auch nicht für die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Studie, da die frei formulierten Antworten der Kinder interessieren. Außerdem ist in diesen Interviews die Reihenfolge der Fragen genau einzuhalten und für zusätzliche Bemerkungen der befragten Person sind keine Antwortkategorien vorhanden. Daher stellt ihre Verwendung für die Forschung mit Kindern prinzipiell ein Problem dar. (vgl. ebd., 72) Da Kinder Fragen in der Form wie sie gestellt sind eventuell nicht verstehen könnten, scheint es sinnvoll, ein Interviewformat zu wählen, bei dem die Fragen auch abgeändert bzw. anders formuliert werden können.

Für die Untersuchung dieser Arbeit wurde jedoch der „Mittelweg“ der zwei genannten Interviewvarianten, nämlich das teilstrukturierte (teilstandardisierte) Interview verwendet. Interviews dieses Standardisierungsgrades sind durch ein vorgegebenes Thema sowie vorformulierte Fragen gekennzeichnet, deren Reihenfolge in der Vorgabe aber variieren kann. Dies hat den Vorteil, dass flexibel auf die Aussagen der Kinder eingegangen werden kann. Antworten werden im Gegensatz zur strukturierten Befragung nicht vorgegeben, denn es ist beabsichtigt, die interviewte Person eigene Formulierungen finden zu lassen. Vorteile von teilstandardisierten Interviews bestehen darin, die Themen und somit auch die gewonnenen Daten einzugrenzen, aber auch eine gewisse Vergleichbarkeit der Antworten möglich zu machen. Trotzdem ist es nicht das Ziel dieser Methode, Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit einer Population zu ziehen, denn hauptsächlich steht die eingehende Analyse von Einzelfällen, die Typenbildung oder aber die Auswertung von Informationen anhand verschiedener Kategorien im Zentrum des Erkenntnisinteresses. (vgl. ebd., 99)

In dieser Arbeit wurden Informationen anhand verschiedener Kategorien ausgewertet, daher wird auf diese im Kapitel 5.6.2 noch genauer eingegangen.

Das *Leitfadeninterview* als Vertreter der teilstandardisierten Interviewgruppe stellt laut Trautmann (2010) ein ausgezeichnetes Instrument zur Befragung von Kindern dar. Einerseits ermöglicht es ihnen, uneingeschränkte Antworten zu geben, andererseits transportiert es Erkenntnisinteresse an der Sache, der Person, etc. (vgl. ebd., 74) Mit Hilfe des Leitfadeninterviews wird es möglich, „den Befragungsprozess in hohem Maße zu variieren und der jeweiligen Situation (...) anzupassen.“ (Weischer 2007, 274) Fragen eines Leitfadeninterviews sind dadurch charakterisiert, dass sie offen sind, zum Erzählen auffordern, sich allgemein auf gewisse Probleme beziehen oder auch gezielt einzelne Aspekte eines Themas genauer abfragen. (vgl. ebd., 273) Positive Aspekte dieses Interviews sind folgende:

In Abhängigkeit vom Gesprächsverlauf können:

- *„die Abfolge der Leitfragen verändert werden,*
- *Fragen und Fragebereiche weggelassen werden, wenn sie z.B. im Rahmen anderer Ausführungen bereits hinreichend behandelt wurden,*
- *Fragen situativ verändert und ergänzt werden,*
- *vertiefende Nachfragen gestellt werden,*
- *neue Aspekte, die sich im Gespräch ergeben haben, vertieft werden.“*

(Weischer 2007, 273)

Für die Entwicklung eines Interviewleitfadens ist es laut Weischer notwendig, ein strukturiertes Wissen bezüglich des Forschungsfelds zu besitzen. Dazu zähle auch, erste Vorstellungen zu Beziehungen von Zusammenhängen zu haben, sei es kausaler, funktionaler, biographischer oder anderer Art. (vgl. ebd., 275) Aus diesem Grund wurden für die Entwicklung eines Leitfadens Forschungsergebnisse zur Thematik dieser Arbeit herangezogen, die im Kapitel zum Interviewleitfaden noch konkret beschrieben werden.

Abschließend seien an dieser Stelle noch einige allgemeine Hinweise zur Haltung des Interviewers/der Interviewerin während eines qualitativen Interviews erwähnt, die auf die Interviewführung und das Gesprächsklima positiv einwirken können. Ich beziehe mich dabei auf die von Froschauer und Lueger (2003) formulierten praktischen Hinweise zur Gesprächsdurchführung.

- Die befragende Person sollte sich als lernend betrachten, da die InterviewpartnerInnen ExpertInnen ihres sozialen Systems sind und nicht umgekehrt.
- Ebenfalls wichtig ist, offen für Neues und Unbekanntes zu sein, und die Vielfalt der Phänomene, die im Gespräch zu Tage kommen genau zu klären und zu analysieren.
- Des weiteren muss sich der Forscher vor allzu raschen (Vor-)Urteilen und dem schnellen Kategorisieren von Themen, Wertungen und Personen hüten, da dies zu Vereinfachungen und einer verengten Wahrnehmung führen könnte. Vor allem in Bezug auf mein Forschungsthema ist dieser Punkt besonders wichtig.
- Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass befragte Personen immer recht haben. Selbst scheinbar widersprüchliche Aussagen können in der Lebenswelt der interviewten Person Sinn haben. Auch Informationen, die als „falsch“ eingestuft werden könnten, können sinnvoll sein und werden nicht zufällig ausgesprochen. Der verborgene Sinn dieser Informationen sollte besonders bei der Interpretation des Gesagten aufgespürt werden.
- Zentral für Interviewer ist die Fähigkeit des aufmerksamen Zuhörens, das auch Mitdenken und das Stellen von Fragen bei unklaren Aussagen umfasst. Außerdem sollte der befragten Person genügend Zeit zum Nachdenken gewährt werden.
- Auch wenn Gesagtes manchmal selbstverständlich erscheint, sollte diesem auf den Grund gegangen werden, da einige Aussagen auf „charakteristische Bedeutungen in einem sozialen Setting“ verweisen.
- Als letzter Punkt sollte ForscherInnen bewusst sein, dass die Diskriminierung der InterviewpartnerInnen, zum Beispiel aufgrund ihrer Zurückhaltung, Meinungen, etc. kein Merkmal einer guten Interviewerin/eines guten Interviewers darstellt.

(vgl. Froschauer/Lueger 2003, 59f.)

5.3.1 Interviews mit Kindern

Nachdem Kinder in Interviews aufgrund ihrer besonderen Denk- und Verarbeitungsmechanismen anders als Erwachsene reagieren (vgl. Trautmann 2010, 14), wird nun näher auf einige Besonderheiten und mögliche Probleme bei Interviews mit Kindern eingegangen, die es bei der Planung und Durchführung der Befragung zu berücksichtigen gilt.

Zunächst ist es notwendig, sich einigen Charakteristika in Bezug auf kindliche Gedächtnisleistungen bewusst zu werden. Das Arbeitsgedächtnis, das der bewussten Informationsverarbeitung und dem Sprachverstehen sowie Schlussfolgern dient, hat nur eine begrenzte Speicherdauer. (vgl. ebd., 50f.) Manche Kinder müssen daher ihnen gestellte Fragen oft laut wiederholen um sie sich zu merken und zu einer Antwort zu kommen. Ebenso beschreiben Kinder manchmal Bilder oder Orte, die auf mentalen Bildern der Erinnerung beruhen, bevor sie zur Antwort auf die Frage kommen. Sowohl bei der erstgenannten als auch bei der zweitgenannten Aktivität sollten Kinder nicht gestört oder unterbrochen werden, da sie sonst an der Beantwortung der Frage gehindert werden. (vgl. ebd.) Ein Aspekt des Arbeitsgedächtnisses, die sogenannte zentrale Exekutive, die die Aufmerksamkeit kontrolliert sowie für die Koordination von Informationen zuständig ist, ist bei manchen Kindern noch nicht ausreichend entwickelt. Daher sind lange, komplexe Fragen zu vermeiden und stattdessen Einzelfragen zu entwickeln, die von den Kindern aber trotzdem noch Analysen oder Erinnerung erfordern. (vgl. ebd.)

Weitere Herausforderungen ergeben sich durch den unterschiedlichen Stand der Sprachentwicklung der Kinder. Ein wesentlicher Unterschied zu Interviews mit Erwachsenen besteht laut Fuhs darin, dass die Sprache bei Kindern nicht vorausgesetzt werden könne. (vgl. Fuhs 2000, 89) Da sich insbesondere Kindergartenkinder sprachliche Kompetenzen erst aneignen müssen, ist davon auszugehen, dass Kinder ihre Gedanken je nach Alter unterschiedlich in Worte fassen können. Um dieser Tatsache entgegenzuwirken, entwickelte die Kindheitsforschung Interviewformen, die Sprache mit anderen Ausdrucksmethoden (z.B. spielen, zeichnen, Dinge zeigen, Traumreisen) kombiniert. (vgl. ebd., 90) Auch Heinzel spricht von der Notwendigkeit, Erzählfhilfen und –anreize einzusetzen. (vgl. Heinzel 2000, 28) Dyson (2005) verwendete in ihrer Studie zum kindlichen Verständnis von Behinderung bewusst keine Hilfsmittel wie Bilder, Puppen oder dergleichen, um den Kindern mehr Freiraum in ihren Assoziationen zu Behinderung zu ermöglichen. Rückblickend kam sie jedoch zu dem Schluss, dass ein Fragebogen ohne die Verwendung von Erzählanreizen das Denken der Kinder zu wenig anregt. (vgl. Dyson 2005, 103)

Aufgrund dieser Forschungserfahrungen und –meinungen erschien es mir sinnvoll, Bilder als Anreiz zum Erzählen bzw. als Einstieg in das Interview zu verwenden.

Als weitere Probleme während Interviews nennt Trautmann die Tendenz mancher Kinder, auf jede Frage mit „Ja“ zu antworten, ausschließlich sozial erwünschte Antworten zu geben oder gar nichts zu sagen. Keine Antworten von Kindern zu erhalten kann entweder durch ihre Unsicherheit oder Verweigerung zustande kommen. (vgl. Trautmann 2010, 98f.) Wesentlich für die Gestaltung von Interviews mit Kindern ist die Schaffung einer positiven Gesprächsatmosphäre. Wird diese nicht hergestellt, indem Unruhe beim Interviewer/der Interviewerin herrscht (z.B. durch technische Probleme), zu viele Regeln aufgestellt werden, oder eine kühle, unpersönliche Haltung des Interviewenden besteht, können Ergebnisse verfälscht werden. (vgl. ebd., 56) Auch Fuhs weist auf die Unverzichtbarkeit einer einfühlsamen Interviewführung hin (vgl. Fuhs 2000, 100) und Heinzel betont die Haltung des Interviewers und die Relevanz der Interviewdauer. (vgl. Heinzel 2003, 126) Für die Motivation der Kinder, am Interview teilzunehmen und valide Aussagen zu erhalten, sind somit letztlich auch besonders die InterviewerInnen verantwortlich. Bei der Durchführung meiner Studie wurde daher darauf geachtet, dass das Interview aufgrund der kürzeren Konzentrationsspanne der Kinder nicht zu lange dauert und dass es keine technischen Probleme mit dem Diktiergerät gibt, die Unruhe in der Befragungssituation auslösen würden. Ebenso bemühte ich mich um die Herstellung einer angstfreien, einfühlsamen Atmosphäre und eine Haltung, die den Kindern Sicherheit und mein Interesse an ihren Gedanken vermittelt.

Auch wenn die Erlebniswelten von Erwachsenen und Kindern enorm unterschiedlich sind, ist die Annahme grundlegend, dass Kinder in ihren Kontexten sinnvoll handeln. (Heinzel 2003, 130) Daher versteht es sich, den Aussagen der Kinder Respekt entgegenzubringen.

5.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Aus den im vorigen Kapitel dargestellten Gründen wurden als Erzählanreiz und zum Einstieg in die Thematik des Interviews Bilder von Kindern im Rollstuhl verwendet. Es handelte sich dabei um bunte Zeichnungen, auf denen nichts anderes zu sehen war als ein Mädchen oder ein Bub im Rollstuhl. Die Wahl fiel bewusst auf diese Bilder, da so ausgeschlossen werden sollte, dass die Aufmerksamkeit der Kinder zu stark auf andere Elemente, die auf dem Bild noch zu sehen sind, gelenkt wird und sie in ihren Antworten beeinflusst. Je nachdem, ob das interviewte Kind männlich oder weiblich war, wurde das Bild des Buben oder das des Mädchens verwendet. Diese Differenzierung wurde einerseits deshalb getroffen, da sich Mädchen besser mit Mädchen und Buben besser mit Buben identifizieren können und andererseits, um eine ablehnende Haltung aufgrund des Geschlechts zum Beispiel zur Frage, ob sie das Kind auf dem Bild als FreundIn haben wollen würden, auszuschließen. Grund zur Annahme der Ablehnung aufgrund des Geschlechts besteht, da mehrfach belegt werden konnte, dass Kinder zwischen vier und sechs Jahren das Spiel mit einem gleichgeschlechtlichen Partner bevorzugen. (vgl. Stöckli 1997, 186)

Die Interviewfragen wurden aufgrund der Fragestellung in zwei Kategorien eingeteilt. Der erste Teil der Befragung bezieht sich auf die kognitive Einstellungskomponente und beinhaltet Fragen zur Vorstellung, dem Verständnis und der Bewertung von Körperbehinderung bzw. körperbehinderten Peers. Der zweite Teil betrifft die affektive Komponente und besteht aus Fragen zu Gefühlen gegenüber Gleichaltrigen mit physischer Beeinträchtigung. Im Folgenden wird diskutiert, welche Themen in den Interviews angesprochen werden und warum diese ausgewählt wurden. Die konkreten Interviewfragen befinden sich im Anhang.

Fragen bezogen auf die kognitive Komponente (Vorstellung, Verständnis, Bewertungen):

Um ins Interview einzusteigen, wurden die Kinder nach der Darbietung der Bilder gefragt, was sie auf dem Bild erkennen können. Diese Frage diente neben dem Gesprächseinstieg auch dazu, zu erfahren, ob die Kinder den Begriff „Rollstuhl“ kennen und verwenden. Die bereits erwähnte Studie von Nabors und Morgan (1993) zeigte, dass die Mehrheit der Kinder einen Rollstuhl als solchen identifizieren konnte. Aufgrund dessen bestand auch für die Durchführung meines Interviews die Annahme, dass die meisten Kinder von einem Rollstuhl sprechen.

Die nächste Frage bezieht sich auf den Grund, den Kinder der Verwendung eines Rollstuhl zuschreiben. Diese Frage ist insofern interessant, als damit herausgefunden werden kann, ob die Kinder dieses Hilfsmittel ausschließlich mit Körperbehinderung assoziieren oder ob sie auch andere Situationen nennen, in denen der Rollstuhl gebraucht werden könnte (z.B. bei gebrochenem Bein). Außerdem kann so in Erfahrung gebracht werden, ob die Kinder rationale Erklärungen für den Gebrauch des Rollstuhls liefern (z.B. „Kind kann nicht gehen, braucht deshalb Rollstuhl zum Fortbewegen“) oder ob sie sich diese irrational erklären. Nabors und Morgan (1993) berichten von vielen Kindern, die als Ursache nicht gehen zu können angaben. In der Studie von Diamond und Hestenes (1994) stellte sich allerdings heraus, dass manche Kinder auch irrationale Ursachen für die Verwendung eines Hilfsmittels annahmen. In ihrer Untersuchung zeigte sich etwa, dass manche das Hörgerät als Ursache für die Hörschädigung hielten. Für mein Erkenntnisinteresse kann es interessant sein zu erfahren, ob die Kinder für die Ursache der Körperbehinderung etwas Ähnliches vermuten.

Weitere Fragen des Interviews zielen darauf ab zu erfahren, welche Ursachen Kinder für Körperbehinderungen verantwortlich machen (z.B. Unfall, Krankheit, etc.). Forschungen, wie zum Beispiel jene von Dyson (2005) fanden Aussagen, wonach Kinder im Kindergartenalter körperliche Beeinträchtigungen mit Alter und gebrochenen Extremitäten assoziierten. Auch Krankheiten wurden damit in Verbindung gebracht.

Ebenso interessiert die zusätzliche Frage, ob die interviewten Kinder Behinderung als etwas ansehen, das jeden betreffen könnte. Zu dieser Frage konnte zwar keine Literatur gefunden werden, sie ist jedoch relevant, da auch sie einen Teil des Verständnisses von Behinderung abbildet. Es stellt sich die Frage, ob Kinder bereits in der Lage sind zu verstehen, dass prinzipiell jeder Mensch einmal von einer physischen Beeinträchtigung betroffen sein könnte.

Mit Hilfe einer weiteren Frage des Interviews sollte erfasst werden, ob und welche Stärken Kindern mit Körperbehinderung zugeschrieben werden. Die Antworten auf diese Fragen sollen auch Klarheit darüber schaffen, ob die interviewten Kinder die Behinderung des Kindes als so vordergründig erleben, sodass sie annehmen, dass sich die Behinderung auf alle Fähigkeiten und Kompetenzen des Kindes auswirkt. In der Studie von Bienek (2010) fiel auf, dass viele Kinder die Leistungsfähigkeit von behinderten Peers hauptsächlich auf die vorhandene Behinderung bezogen und ihre Fähigkeiten somit verkürzt darstellten. Dennoch gelang es trotzdem einem Großteil der Befragten, Potentiale von Kindern mit Behinderung in einem realitätsnahen Ausmaß darzustellen. (vgl. Bienek 2010, 146) Da die Kinder, die zu diesen positiven Aussagen über Kompetenzen neigten, vorwiegend aus einer integrativ

geführten Kindergartengruppe kamen, ist es von großem Interesse, wie die Kinder meiner Studie denken.

Fragen bezogen auf die affektive Ebene:

Die erste Frage des zweiten Interviewteils bezieht sich darauf, inwiefern die Kinder Freude daran haben oder hätten, mit behinderten Kindern in einer Gemeinschaft zu leben bzw. eine Freundschaft einzugehen. Aus der Literatur (z.B. Diamond 1993, Odom et al. 2006) geht hervor, dass Kinder mit Behinderungen öfters als nichtbehinderte von sozialer Zurückweisung betroffen sind und weniger gern als Spielpartner gewählt werden. Dennoch zeigte sich auch, dass Kinder mit physischen Beeinträchtigungen gegenüber Kindern mit Einschränkungen im sozial-emotionalen Bereich bevorzugt werden. Es könnte daher möglich sein, dass einige Kinder sich vorstellen können, einen körperbehinderten Freund zu haben, andere aber auch nicht.

Zudem ist bei dieser Frage auch von Interesse, in welche Form von Spiel Kinder mit einer Beeinträchtigung integriert werden würden. Diamond (2008) fand in ihrer Studie, dass sie vor allem in Aktivitäten, die nur gering mit der Beeinträchtigung interferierten, eingebunden waren.

Eine weitere Frage hat zum Ziel zu erkunden, ob mögliche negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst im Zusammenhang mit Körperbehinderten auftreten. Bisherige Studien zeigen, dass nur wenige Kinder angeben, Angst zu haben. Dennoch scheint diese Frage berechtigt, da anderes Aussehen und Fremdheit oftmals Unsicherheit und Angst auslösen können, die ein Vermeidungsverhalten nach sich ziehen.

Abschließend wurden die Kinder gefragt, ob sie noch etwas zu dem Bild sagen möchten, um im Gespräch nicht angesprochene Themen zu erfassen.

Wie bereits im Kapitel über Interviews mit Kindern erwähnt wurde, war es bei der Erstellung des Leitfadens wichtig darauf zu achten, dass die Fragen relativ einfach und kurz gehalten wurden. Außerdem ist bei jungen Kindern aufgrund ihrer kürzeren Konzentrationsspanne darauf zu achten, dass das Interview nicht zu lange dauert. Insgesamt umfasste das Interview acht Fragen und dauerte pro Kind circa 10 Minuten.

Da laut Weischer (2003, 275) das Konzept des Leitfadeninterviews anhand von Probeinterviews überprüft werden sollte, wurden auch die soeben dargestellten Fragen mit

zwei Kindern aus meinem Bekanntenkreis auf ihre Tauglichkeit überprüft. Befragt wurde sowohl ein Bub als auch ein Mädchen, wobei der Bub fünfeinhalb und das Mädchen viereinhalb Jahre alt war. Da die Kinder Einiges zu den Fragen sagten, wurde er als geeignet betrachtet und verwendet.

5.4 Beschreibung der Stichprobe

Die Interviews wurden mit Kindern zwischen vier und sechs Jahren einer integrativ geführten Kindergartengruppe am Stadtrand von Wien (17. Bezirk) durchgeführt. Da es sich um einen Kindergarten der Stadt Wien handelt, wurde die Durchführung der Untersuchung von der MA 10 bewilligt. Auch alle Eltern waren mit der Befragung ihrer Kinder einverstanden.

Zum Zeitpunkt der Erhebung befand sich ein Kind mit einer Körperbehinderung, die sich in erschwertem Gang äußerte, in der Gruppe. Das Kind verwendete jedoch keinen Rollstuhl oder andere Hilfsmittel zur Fortbewegung. Durch Gespräche mit den gruppenleitenden Kindergartenpädagoginnen stellte sich heraus, dass sich neben dem Kindergarten eine Volksschule mit integrativem Schwerpunkt befindet, zu dem sie Kontakte haben und die Kinder der Gruppe dort schon oft Kinder im Rollstuhl gesehen haben. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass den Kindern dieses Hilfsmittel bekannt ist und sie auch täglich in ihrem Alltag mit einem gleichaltrigen Kind mit körperlicher Beeinträchtigung in Kontakt sind. Die Kinder stammen den Angaben der Pädagoginnen zufolge vorwiegend aus Familien, die ihre Kinder stark fördern und an ihrer positiven Entwicklung interessiert sind.

Prinzipiell war es allen Buben und Mädchen zwischen vier und sechs Jahren der genannten Kindergartengruppe möglich, an den Interviews teilzunehmen. Die Kinder entschieden sich freiwillig zur Teilnahme und es erfolgte weder durch die Kindergartenpädagogin noch durch mich irgendeine Form von Druck oder Zwang. Wenn während des Interviews bemerkt wurde, dass das Kind keine Freude daran hatte, wurde ihm angeboten in die Gruppe zurück zu kehren. Die meisten Kinder waren jedoch sehr interessiert, daher wurde dies nur einem Kind angeboten.

Am Tag der Befragung waren insgesamt 11 Kinder anwesend, die das Alterskriterium erfüllten. Insgesamt wurden also 11 Kinder befragt, darunter waren drei Sechsjährige, vier Fünfjährige und vier Vierjährige. Davon waren sechs Kinder männlich und fünf weiblich. Die Geschlechterverteilung in den Interviews ist somit als ausgewogen zu betrachten. Alle bis auf

ein Interview wurden transkribiert und in die Auswertung miteinbezogen. Das Interview mit einem vierjährigen Buben wurde ausgeschieden, da er kaum etwas sagte. Insgesamt wurden somit 10 Kinder in die Auswertung miteinbezogen.

5.5 Ablauf der Datenerhebung

Die Interviews wurden im Juni 2010 an einem Vormittag gegen 10 Uhr in einem ruhigen Besprechungszimmer neben dem Büro der Leiterin des Kindergartens durchgeführt. Der Vormittag wurde deshalb als Zeitpunkt gewählt, da hier die meisten Kinder anwesend sind und davon ausgegangen werden kann, dass ihre Konzentrationsleistung am stärksten ist. Das Besprechungszimmer erwies sich überwiegend als geeigneter Raum für die Erhebung, da die Interviews ungestört von anderen Kindern durchgeführt werden konnten. Außerdem stellte das Büro der Leiterin und der angrenzende Nebenraum für sie eine bekannte Umgebung dar, was für die Interviews insofern von Bedeutung war, als sie in einem vertraulichen Rahmen stattfinden konnten. Manche Interviews wurden allerdings durch Nebengeräusche wie ein läutendes Telefon, oder Gespräche im Büro gestört.

Die teilnehmenden Kinder wurden einzeln von der Kindergartenpädagogin aus dem Gruppenraum zu mir geschickt. Zur Kontaktaufnahme und der Herstellung einer vertraulichen Gesprächsatmosphäre, stellte ich mich dem jeweiligen Kind zunächst vor und fragte es nach seinem Namen und dem Alter. Anschließend wurde dem Kind in altersgemäßer Sprache erklärt, dass ich ein Interview mit ihm durchführe und dazu ein Diktiergerät verwende. Auch dieses wurde den Kindern gezeigt und erklärt wie es funktioniert, einerseits um sie darüber aufzuklären, dass die Gespräche aufgezeichnet werden, andererseits auch, um interessierte Fragen während des Interviews über das Diktiergerät zu vermeiden.

Nachdem die Kinder mit mir und dem Diktiergerät vertraut waren, und sie ihre Einwilligung gegeben hatten, dass ich das Gespräch mit ihnen aufzeichne, startete ich das Gerät und begann mit dem Interview. Nach dem Interview wurde den jeweiligen Kindern gedankt und sie kehrten in den Gruppenraum zurück.

6. AUSWERTUNG DER DATEN UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

6.1 Transkription der Interviews

Bevor näher auf die Auswertungsmethode eingegangen wird, sei hier noch kurz ein wesentlicher Zwischenschritt erwähnt, welcher der Datenauswertung vorausgeht. Um die Interviews auswerten zu können, wurden sie zunächst anhand der Aufnahmen des Diktiergeräts verschriftlicht. Bei der Transkription ist es Froschauer und Lueger zufolge wichtig, das Gesagte so genau wie möglich wiederzugeben. (vgl. Froschauer/Lueger 2003, 223) Daher sollten auch ein möglicherweise auftretender Dialekt oder Wörter, die nicht im Sinne der Schriftsprache ausgesprochen werden, genauso verschriftlicht werden, wie sie gesagt wurden.

Einen weiteren wesentlichen Punkt bei der Transkription stellt die Anonymisierung der InterviewpartnerInnen dar. Daher wurden die interviewten Kindern mit Nummern kodiert. Buben wurden mit B1, B2, etc. und Mädchen mit M1, M2, etc. bezeichnet. Die Interviewerin wurde mit „I“ abgekürzt.

Folgende weitere Transkriptionsregeln laut Froschauer und Lueger (vgl. ebd., 223f.) kamen ebenfalls zur Anwendung:

Pausen wurden mit Punkten gekennzeichnet (pro Sekunde ein Punkt) bzw. die Zeit der Pause angegeben.

Nichtverbale Äußerungen wurden in runder Klammer angegeben, z.B. (B1 hustet).

Hörersignale (=mhm, äh) wurden als normaler Text angeführt.

Auffällige Betonungen wurden unterstrichen.

Unverständliches wurde durch Punkte in Klammer dargestellt (...).

6.2 Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Auswertung des Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003; 2008) herangezogen. Die Begründung hierfür ergibt sich aus ihren Zielen und speziellen Merkmalen, die nun näher beschrieben werden. Im Anschluss daran wird erläutert, welche Technik der qualitativen Inhaltsanalyse für die Auswertung gewählt wurde und die Analyseschritte dargestellt.

Trotz der unterschiedlichsten Auffassungen darüber, was unter Inhaltsanalyse zu verstehen ist, meint Mayring, es bestehe Einigkeit darüber, dass das Ziel der Inhaltsanalyse die Analyse von Material sei, das aus einer beliebigen Form von Kommunikation entspringe. (vgl. Mayring 2003, 11) Mayring weist weiters darauf hin, dass die Inhaltsanalyse nicht nur Inhalte der Kommunikation, sondern auch deren Aspekte wie Satzkorrekturen, unvollständige Sätze, Wiederholungen, etc. näher untersuche. (vgl. ebd.) Durch diese Betrachtungen wird es möglich, die verborgenen, latenten Bedeutungen des Gesagten zu erfassen. Daher wurde bei der Auswertung der Daten und vor allem bei der Interpretation auch dieser Aspekt berücksichtigt.

Mayring beschreibt verschiedene Charakteristika, welche die Inhaltsanalyse kennzeichnen. Gegenstand der Inhaltsanalyse sei Kommunikation, die in irgendeiner Weise protokolliert vorliege (z.B. in Form von Texten oder Bildern). Im Unterschied zu hermeneutischen Verfahren gehe sie systematisch vor, indem sie nach expliziten Regeln ablaufe. Dadurch werde gewährleistet, dass auch andere Personen die Analyse verstehen und sie intersubjektiv nachprüfbar ist. Systematisch bedeute auch, dass sie theoriegeleitet vorgehe, das heißt, dass der Text durch einzelne Analyseschritte unter der Annahme einer Hypothese vor dem jeweiligen Theoriehintergrund interpretiert werde. Die Inhaltsanalyse verfolge ebenso das Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. (vgl. Mayring 2008, 12)

Inhaltsanalysen können qualitativer oder quantitativer Art sein, wobei der Unterschied zwischen beiden in unterschiedlichen Skalenniveaus⁴⁾ besteht. Qualitative Daten sind auf dem niedrigsten Niveau, nämlich der Nominalskala, angesiedelt. Die Ausprägungen der Variablen können nur nach „Gleichheit“ und „Verschiedenheit“ beurteilt werden. (vgl. Mayring 2003,

⁴⁾ Das Skalenniveau legt fest, welche Aussagen über Vergleiche und Rechenoperationen die Variablenausprägungen zulassen. (vgl. Diaz-Bone 2006, 16)

17) Beispiele hierfür wären zum Beispiel das Geschlecht, Zustimmung oder Ablehnung, Familienstand, etc. Quantitative Daten befinden sich hingegen auf den höheren Messniveaus (Ordinal-, Intervall-, Rationalskala). Da eine ausführliche Beschreibung dieser Begriffe zu weit führen würde und sie für diese Arbeit auch nicht relevant sind, kann an dieser Stelle nicht näher auf sie eingegangen werden.

Ein weiterer Unterschied besteht in dem Wissenschaftsverständnis von qualitativen und quantitativen Methoden, die bereits im Kapitel zur qualitativen Methode dargestellt wurden. Kurzgefasst hat qualitative Inhaltsanalyse neben dem Erklären von Zusammenhängen auch das Verstehen und Hineinversetzen in diese und die Beachtung der Komplexität des Forschungsgegenstandes zum Ziel. Darüber hinaus zielt sie auch auf die Analyse von Einzelfällen ab. (vgl. Mayring 2003,17f.) Abschließend sei jedoch erwähnt, dass qualitative und quantitative Methoden durchaus gemeinsam zur Analyse des Gegenstandes verwendet werden können. So können am Ende der qualitativen Untersuchung zum Beispiel auch Häufigkeitsanalysen durchgeführt werden. (vgl. ebd.)

Da nun die wesentlichsten Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse diskutiert wurden, wird im Folgenden genauer auf die Techniken, die zur Analyse meiner Interviews verwendet wurden, eingegangen.

Laut Früh bestehe der Sinn von Inhaltsanalyse darin, unter Berücksichtigung des forschungsleitenden Blickwinkels Komplexität zu reduzieren. (vgl. Früh 2007, 42) Dies gelingt mit Hilfe der Zuordnung von Textstellen zu verschiedenen Kategorien, die im Zuge der Auswertung im Sinne der Fragestellung interpretiert werden können. (vgl. Mayring 2008, 76) Die Reduktion der Komplexität bringt sowohl einen Informationsverlust, als auch einen Informationsgewinn. Der Verlust besteht darin, dass einerseits Mitteilungen der Interviewten ausgeblendet werden, da sie für die Forschungsfrage als nicht relevant eingestuft werden, andererseits bewirkt die Klassifikation von Aussagen eine Zusammenfassung bei der die ursprünglichen Wortmeldungen verloren gehen. (vgl. Früh 2007, 42) Dieser Informationsverlust ist allerdings insofern vorteilhaft, als er die Erkennung von größeren Zusammenhängen und systematische Vergleiche möglich macht. Die Kategorien, die dabei helfen den Text zu reduzieren, können entweder *deduktiv* oder *induktiv* festgelegt werden. Zum Unterschied zwischen diesen Methoden schreibt Mayring Folgendes:

„Eine deduktive Kategoriendefinition bestimmt das Auswertungsinstrument durch theoretische Überlegungen. Aus Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Forschungsstand, aus neu entwickelten Theorien oder Theoriekonzepten werden die Kategorien in einem Operationalisierungsprozeß auf das Material hin entwickelt. Eine induktive Kategorienbildung hingegen leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozeß ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen.“ (ebd. 74f.)

Aus dieser Aussage geht hervor, dass die Bildung der Merkmalsklassen nach deduktiver Art besonders dann möglich ist, wenn bereits einiges an Wissen und Theorien zum Forschungsgegenstand gesammelt wurden. Eine induktive Vorgangsweise sollte somit zum Einsatz kommen, wenn dies noch nicht der Fall ist. Mayring zufolge bevorzugt die qualitative Analyse prinzipiell die zuletzt genannte Methode, da sie es ermöglicht, den Gegenstand natürlich und ohne Einschränkungen durch Vorannahmen zu erfassen. (vgl. ebd, 75)

Zur Auswertung der Interviews dieser Studie wurden Kategorien auf induktive Weise gebildet, da zu konkreten Sichtweisen der Kinder zu Behinderung noch zu wenige Theorien vorliegen und durch induktive Kategorienbildung das Material wie gesagt ohne Verzerrung durch Vorannahmen bearbeitet werden kann.

6.3 Induktive Kategorienbildung und zusammenfassende Inhaltsanalyse

Der Prozess der induktiven Kategoriebildung erfolgt analog zu jenem, der bei der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* zum Einsatz kommt. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse stellt laut Mayring eine qualitative Technik dar, deren Ziel es ist, das Interviewmaterial so zu selektieren, dass die bedeutsamsten Inhalte trotzdem erhalten bleiben. (vgl. Mayring 2003, 58) Die wesentlichsten Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse und der induktiven Kategorieentwicklung werden nun mit Bezug auf meine Studie genauer dargestellt und anhand eines der geführten Interviews verdeutlicht.

Aus Mayrings grafischer Darstellung des Prozesses der induktiven Kategoriebildung (Mayring 2003, 75) wird ersichtlich, dass zu Beginn der Analyse klar sein sollte, was ihr **Gegenstand** bzw. **Material** und ihr **Ziel** ist. Der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Analyse lagen transkribierte Interviews von zehn Kindern zwischen vier und sechs Jahren, die eine integrativ geführte Kindergartengruppe besuchten, zugrunde. Das Ziel bestand darin, ihr Verständnis und ihre Vorstellungen von körperlicher Beeinträchtigung sowie ihre Gefühle gegenüber Gleichaltrigen mit einer solchen zu erfassen. Die zu kodierenden Einheiten wurden

im Zuge der Interviewauswertung in eine kurze **Paraphrase** umformuliert, wobei unwesentliche Ausschmückungen nicht berücksichtigt wurden. (vgl. Mayring 2010, 69)

Im nächsten Schritt sollte Mayring zufolge ein **Selektionskriterium** und ein **Abstraktionsniveau** definiert werden, um zu bestimmen, welches Material zur Festlegung der Kategorien herangezogen werden soll. Dies sei notwendig um Unwichtiges, vom Thema Abweichendes auszuschließen. (vgl. Mayring 2003, 76) Als Selektionskriterium wurden alle Aussagen der Kinder, die Hinweise zu ihrem Verständnis und ihren Einstellungen zu körperlicher Behinderung lieferten, definiert. Bei der Festlegung des Abstraktionsniveau wurde darauf geachtet, es nicht zu konkret, aber auch nicht zu abstrakt anzusetzen, um nicht zu detaillierte aber auch nicht zu allgemeine Kategorien zu erhalten. Jene Paraphrasen, die unter diesem Abstraktionsniveau eingeordnet werden konnten, wurden einer Verallgemeinerung (**Generalisation**) unterzogen. Inhaltsgleiche Paraphrasen wurden gestrichen. (vgl. Mayring 2010, 69) Die so entstandenen zahlreichen Paraphrasen wurden weiters in einem Schritt der **Reduktion** zu einer neuen Aussage zusammengefasst, die nun eine Kategorie darstellt. (vgl. ebd.)

Im Sinne Mayrings wurde jede Zeile des Interviewtranskripts daraufhin überprüft, ob sie das Selektionskriterium erfüllt und „möglichst nahe an der Textformulierung unter Beachtung des Abstraktionsniveaus die erste **Kategorie als Begriff oder Kurzsatz** formuliert.“ (Mayring 2003, 76) Wenn auch die weiteren Sätze das Selektionskriterium erfüllt haben, wurde jeweils entschieden, ob sie bereits zu einer bestehenden Kategorie zugeordnet werden konnten (**Subsumption**) oder die **Bildung einer neuen Kategorie** erforderlich war. Mayring empfiehlt nach der Bearbeitung von etwa 10-50% des Materials eine **Revision der Kategorien**, um zu erkennen, ob sie das Ziel der Analyse erfüllen und das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau sinnvoll festgelegt wurden. (vgl. ebd.)

Aufgrund dieser Vorgangsweise ergaben sich in meiner Analyse folgende Kategorien und Subkategorien:

Kategorien bezogen auf die kognitive Komponente der Einstellung:

Kategorie 1: Rollstuhl	Kategorie 1a) Kennen des Begriffs „Rollstuhl“ Beispiel: „Ein Mädchen, das auf einem Rollstuhl sitzt“ Kategorie 1b) Assoziationen zu Grund für Verwendung eines Rollstuhls Beispiel: „weil er behindert ist“
Kategorie 2: Vorstellungen zu Körperbehinderung	Kategorie 2a: Vorstellungen zu Ursachen Beispiel: „Einen Unfall gehabt...“ Kategorie 2b: Vorstellungen zu betroffenem Personenkreis – jeder könnte betroffen sein Beispiel: „Ja, wenn man krank ist.“ Kategorie 2c: Vorstellungen zu betroffenem Personenkreis – nicht jeder könnte davon betroffen sein Beispiel: „Nö...weil dann bräuchten wir viele Rollstühle!“

Kategorie 3: Antizipierte Kompetenzen

Beispiel: „Die Hände bewegen, den Kopf bewegen, was sehen, was reden,...“

Kategorien bezogen auf die affektive Komponente der Einstellung:

Kategorie 4: Annäherung

Beispiel: „Mhm...sie führen!“

Kategorie 5: Ablehnung

Beispiel: „Nein, weil (...) mit denen kann ich (...) nicht um die Wette laufen!“

Dieses Kategoriensystem mit den zugehörigen Textstellen kann laut Mayring in Bezug auf die Fragestellung interpretiert werden. (Mayring 2003, 76) Im folgenden Kapitel werden daher die einzelnen Kategorien genauer dargestellt und Interpretationen diskutiert. Zuvor wird jedoch noch anhand eines Beispiels aufgezeigt, wie die zusammenfassende Inhaltsanalyse und die Bildung der Kategorien erfolgte.

Exemplarische Darstellung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse anhand eines Interviews

Beispiel: Interview mit Bub (B4), vier Jahre alt (vollständiges Interview siehe Anhang)

Zeilennummer	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
149	Auf dem Bild ist ein Bub im Rollstuhl zu sehen.	Das Bild zeigt einen Bub im Rollstuhl	K1a) Kennen des Begriffs „Rollstuhl“
155	Kind benötigt Rollstuhl, da es sich ein Bein gebrochen hat.	Verwendung des Rollstuhls aufgrund gebrochener Extremität	K1b) Assoziationen zu Grund für Verwendung eines Rollstuhls
162	Jeder kann einen Rollstuhl brauchen, wenn er zu alt ist.	Jeder alte Mensch braucht einen Rollstuhl.	K2b: Vorstellung zu betroffenem Personenkreis - jeder Mensch kann betroffen sein Aber auch K2a: Vorstellung zu Ursachen (Alter als Ursache)
164-165	Wenn jemand alt ist, bricht er sich den Fuß und kann nicht gehen.	Alte Menschen brechen sich Beine und können daher nicht gehen.	K2b: Vorstellung zu betroffenem Personenkreis - jeder Mensch kann betroffen sein Aber auch K2a: Vorstellung zu Ursachen

171	Mit einem gebrochenem Bein kann man nur im Rollstuhl fahren.	Wenn man in der Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist, kann man nur im Rollstuhl fahren	K3: Antizipierte Kompetenzen
173	Man kann sich nur mit Hilfe der Hände anschieben, sonst nichts.	Keine Kompetenzen, außer Bewegung der Arme und Hände	K3: Antizipierte Kompetenzen
176	Die Beine kann man nicht bewegen, wenn man einen Knochen gebrochen hat.	Jemand ist in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt, wenn er sich eine Extremität gebrochen hat.	K2a: Vorstellung zu Ursachen
189	B4 kann nicht mit dem körperbehinderten Kind spielen, da es nur ein Bein hat.	Wenn ein Kind nur ein Bein hat, kann man nicht mit ihm spielen.	K5: Ablehnung
199	Das Kind im Rollstuhl kann gut sitzen.	Eine Stärke von Kindern im Rollstuhl ist es, zu sitzen.	K3: Antizipierte Kompetenzen
205	Das Kind im Rollstuhl kann nicht gut singen, wenn es sich einen Knochen gebrochen hat und sich dadurch ein Teil im Hals verschiebt	Kinder im Rollstuhl haben nicht die Fähigkeit zu singen.	K3: Antizipierte Kompetenzen

6.4 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Kategorie 1: Rollstuhl

Diese Kategorie erfasst, ob und welche Vorstellungen Kinder zu dem Hilfsmittel Rollstuhl haben. Dazu wurden hier einerseits Aussagen zusammengefasst, die darauf hinweisen, dass die interviewten Kinder den Begriff Rollstuhl kennen und verwenden. Andererseits fallen Aussagen in Bezug auf den Grund für die Verwendung eines solchen unter diese Kategorie.

Kategorie 1a: Kennen des Begriffs „Rollstuhl“

Fast alle Kinder konnten den Rollstuhl auf dem ihnen vorgelegten Bild als solchen identifizieren. Die Kinder, die den Begriff nicht nennen konnten, umschrieben diesen. Beispiele für Aussagen der Kinder sind folgende:

*„ ... so einen Wagen, wo man draufsitzen kann, wenn man irgendwas gebrochen hat.“
(Mädchen, 6 Jahre)*

„Wagerl“ (Mädchen, 4 Jahre)

„Rollstuhl“ (Bub, 5 Jahre)

„Ein Rollstuhl“ (Bub 4 Jahre und Bub 5 Jahre)

„Ein Mädchen das auf einem Rollstuhl sitzt.“ (Mädchen, 5 Jahre)

Diese Ergebnisse sprechen für ein Wissen der Kinder um die Existenz und den Begriff des Rollstuhls und lassen den Schluss zu, dass die Kinder diesem Hilfsmittel schon in irgendeiner Form (z.B. Straße, Schule, Kindergarten, Fernsehen, etc.) begegnet sind. Auch aufgrund der Aussagen der Kindergartenpädagogin, wonach sie öfters in der Nachbarschule Kinder mit einem Rollstuhl sehen, kann davon ausgegangen werden, dass sie damit schon konfrontiert waren. Interessant ist allerdings, dass nur ein vierjähriges Mädchen erzählt, dass sie Kinder in dieser Schule gesehen hat, die einen Rollstuhl haben.

Kategorie 1b: Assoziationen zu Grund für Verwendung eines Rollstuhls

Zu dieser Subkategorie wurden Antworten zugeordnet, die darauf schließen lassen, welche Gründe die Kinder der integrativ geführten Kindergartengruppe der Verwendung eines Rollstuhls zuschreiben. Aussagen der Kinder sind zum Beispiel:

„Weil er behindert ist.“ (Bub, 5 Jahre)

„Weil der nicht gehen kann.“ (Bub, 5 Jahre)

„Vielleicht kann das nicht gehen.“ (Mädchen, 6 Jahre)

*„Hm, ... weils was hat! ... Die hat den Fuß gebrochen! ... Oder die Hand gebrochen.“
(Mädchen, 5 Jahre)*

„Wenn man ein Bein gebrochen hat.“ (Mädchen, 4 Jahre)

„Weil sie sich irgendwo wehgetan und sich etwas gebrochen hat.“ (Mädchen, 6 Jahre)

„Weil er sich ein Bein, weil er sich den Fuß gebrochen hat.“ (Bub, 4 Jahre)

*„Zum Beispiel weil er sich was gebrochen hat, zum Beispiel den Arm oder den Fuß. Oder...er
is ganz schlimm hingefallen...“ (Bub, 6 Jahre)*

*„Dann sind Hände kaputt. Und dann muss man, muss man zu Doktor gehen“ (Mädchen, 4
Jahre)*

„Weil er verletzt ist“ (Bub, 5 Jahre)

*„Weil das is kaputt ... Kopf kaputt und die muss Doktor gehen und Hände auch“
(Mädchen, 4 Jahre)*

Allgemein deuten die genannten Antworten der Kinder darauf hin, dass sie über rationale Erklärungen für die Notwendigkeit des Gebrauchs eines Rollstuhls verfügen. Auffällig an diesen Antworten ist, dass die meisten interviewten Kinder der integrativ geführten Gruppe die Verwendung eines Rollstuhls mit einem gebrochenen Bein oder Arm assoziieren. Die Nennungen eines gebrochenen Beins oder die Aussage, wonach jemand im Rollstuhl nicht gehen könne, lassen darauf schließen, dass bei den Kindern eine Bewusstheit für die Tatsache besteht, dieses Hilfsmittel zu benötigen, wenn eine physische Einschränkung (im Speziellen der Fortbewegung) vorliegt. Obwohl die Annahme, einen Rollstuhl zu

benutzen, weil der Arm gebrochen ist, nicht unbedingt korrekt ist, spricht sie doch auch dafür, dass die Verwendung eines Rollstuhls mit einer körperlichen Beeinträchtigung assoziiert wird. Für die Kinder, die das gebrochene Bein als Ursache nannten, schien dies die einzige Erklärungsmöglichkeit zu sein. Auf weitere Fragen, ob sie auch noch einen anderen Grund nennen können, antworteten diese Kinder oft mit Nein oder gaben wiederum Antworten wie „Er is ganz schlimm hingefallen“ (Bub, 6 Jahre). Der Begriff der Körperbehinderung in Zusammenhang mit einem Rollstuhl ist für diese Kinder vermutlich noch nicht präsent. Offen bleibt die Frage, ob die Kinder meinen, der Rollstuhl stelle einen Gegenstand dar, der nur vorübergehend verwendet würde, oder ob sie sich auch vorstellen können, dass manche Menschen ihr ganzes Leben lang auf den Gebrauch eines Rollstuhl angewiesen sind. Aufgrund der Aussagen dieser Kinder liegt eher die Annahme nahe, dass sie die Verwendung eines Rollstuhls als vorübergehend, nämlich für die Dauer bis zur Heilung des gebrochenen Beines, ansehen.

Allerdings nannte ein Bub auch explizit eine Behinderung als mögliche Ursache. Dabei ist zu erwähnen, dass das Kind im Interview auch angab, dass der Vater eines Freundes eine Körperbehinderung habe. Dieser direkte, nahe Kontakt könnte der Grund dafür sein, warum dieser Bub als einziger den Rollstuhl mit einer Körperbehinderung in Verbindung brachte. Doch auch ein sechsjähriges Mädchen schien mit ihrer Aussage „Vielleicht kann das nicht gehen“ eine Körperbehinderung zu meinen, denn auf meine Frage hin, ob man auch einen Rollstuhl braucht, wenn man sich ein Bein gebrochen hat, antwortete sie entschieden, dass man in diesem Fall im Bett liegen muss, in Krankenstand geht und einen Gips bekommt. Diese Antwort deutet darauf hin, dass sie zwischen einem gebrochenen Bein und dem Umstand prinzipiell nicht gehen zu können, differenzierte.

Zusammengefasst zeigen die hier dargestellten Ergebnisse, dass die interviewten Kinder den Rollstuhl als solchen erkannten und überwiegend auch benennen konnten. Die Kinder schienen sich darüber bewusst zu sein, dass die Verwendung dieses Hilfsmittels mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit einhergeht. Die ausdrückliche Nennung von Behinderung als Grund für den Gebrauch eines Rollstuhls erfolgte mit Ausnahme eines Buben, in dessen Umfeld jemand mit Körperbehinderung lebt, von keinem Kind. Es ist anzunehmen, dass die Mehrheit dieser Kinder die Verwendung eines Rollstuhls als etwas Vorübergehendes betrachtet.

Kategorie 2: Vorstellungen zu Körperbehinderung

Diese Kategorie mit ihren insgesamt drei Subkategorien enthält Antworten der Kinder zu dem Thema, welche Vorstellungen sie zu den Ursachen einer Körperbehinderung und dem davon betroffenen Personenkreis haben.

Kategorie 2a: Vorstellungen zu Ursachen

Die Antworten zu den Ursachen von Körperbehinderung gehen in eine ähnliche Richtung wie jene zur Verwendung eines Rollstuhls. Auch hier zeigen die Antworten der Kinder, dass sie den Grund für eine Behinderung nicht nennen können oder sich diese als Knochenbruch vorstellen und daher Ursachen für diese nennen. Die Antworten der Kinder sahen beispielsweise wie folgt aus:

„Zum Beispiel er stolpert irgendwo oder er fällt vom Klettergerüst runter“ (Bub, 6 Jahre)

„Ja, zum Beispiel wenn ein Knochen gebrochen ist.“ (Bub, 4 Jahre)

„Einen Unfall gehabt.“ (Bub, 5 Jahre)

„(...) wenn einer alt is, dann brecht er sich auch am Fuß, dann kann er nicht, kann er nicht mit dem Bein gehen.“ (Bub, 4 Jahre)

An den Antworten der Kinder wird ersichtlich, dass sie die Ursachen von Körperbehinderung in gebrochenen Extremitäten sehen, die durch Stürze oder Unfälle zustande gekommen sind. Bemerkenswert ist, dass die Kinder hauptsächlich Unfälle als Ursache angeben. Ein Kind äußerte jedoch auch die Annahme, dass eine Behinderung auch aufgrund eines höheren Lebensalters zustande kommen kann. Ein sechsjähriges Mädchen assoziierte mit körperlicher Beeinträchtigung aber auch Krankheit.

Kategorie 2b: Vorstellungen zu betroffenem Personenkreis – jeder könnte betroffen sein

Zu den Antworten dieser Kategorie ist anzumerken, dass die Kinder oft nur sagten, sich vorstellen zu können, dass jeder Mensch in die Situation kommen könnte, einen Rollstuhl zu benötigen, Begründungen dazu lieferten aber nur drei Kinder. Die Aussagen der Kinder lauteten folgendermaßen:

„Ja, wenn man krank ist.“ (Mädchen, 6 Jahre)

„Ja...wenn er zu alt ist. ... Wenn ein Bub groß ist, braucht er schon einen Rollstuhl!“ (Bub, 4 Jahre)

„Wenn man sich verletzt hat.“ (Bub, 5 Jahre)

Wie an diesen Aussagen zu erkennen ist, wird Körperbehinderung von dem Mädchen mit Krankheit assoziiert. Da sie annimmt, dass jeder von einer Krankheit betroffen sein könnte, zieht sie daraus den Schluss, dass theoretisch jeder von einer Körperbehinderung betroffen sein könnte. Die Antwort des vierjährigen Buben deutet darauf hin, dass er Behinderung mit höherem Lebensalter verbindet und er der Ansicht ist, alle älteren Buben bräuchten einen Rollstuhl. Eine weitere Begründung, die ein fünfjähriger Bub nannte, bezieht sich darauf, dass jeder einen Rollstuhl brauchen könnte, weil man sich verletzen kann.

Aus den Antworten der Kinder geht hervor, dass sich Kinder im Alter zwischen vier und sechs Jahren durchaus schon der Tatsache bewusst sein können, dass prinzipiell jeder im Laufe seines Lebens auf den Gebrauch eines Rollstuhls angewiesen bzw. von einer physischen Beeinträchtigung betroffen sein könnte. Eine deutliche Mehrheit der Kinder, war zu diesem Schluss fähig, manche gaben jedoch auch an, sich nicht vorstellen zu können, dass jeder einmal behindert sein könnte.

Kategorie 2c: Vorstellungen zu betroffenem Personenkreis – nicht jeder könnte davon betroffen sein

In diese Kategorie wurden Antworten der Kinder aufgenommen, die darauf hinweisen, dass sie nicht der Meinung sind, jeder Mensch könnte prinzipiell von einer Körperbehinderung betroffen sein. Beispielsweise antworteten die Kinder:

„nein (...) nicht jedem Kind.“ (Bub, 5 Jahre)

„Hmm, nöö...weil dann bräuchten wir viele Rollstühle!“ (Bub, 6 Jahre)

Zusammenfassend deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass einige der interviewten Kinder Körperbehinderung mit Knochenbrüchen, aber auch Krankheiten und höherem Lebensalter assoziieren. Als weitere Ursachen werden Unfälle genannt. Weiters zeigte sich bei einigen Kindern durchaus die Fähigkeit zur Annahme, dass prinzipiell jeder im Verlauf seines Lebens von einer Behinderung betroffen sein könnte.

Kategorie 3: Antizipierte Kompetenzen

Dieser Kategorie wurden Aussagen der Kinder zugeteilt, die sich darauf beziehen, welche Vorstellungen sie zu möglichen Kompetenzen von Kindern mit Körperbehinderung haben. Folgende Antworten sind dafür beispielhaft:

„Die Hände bewegen, den Kopf bewegen, was sehen, was reden.“ (Bub, 5 Jahre)

„Mit den Händen kann's noch immer die Räder so bewegen.“ (Bub, 6 Jahre) Nach einer Frage meinerseits meinte das Kind ebenfalls, dass es möglich wäre, dass das Kind auch zeichnen könne.

„(...) fahren“ (Mädchen, 6 Jahre)

„Dann kann er sich nur mit den Händen schieben, sonst nix.“ (Bub, 4 Jahre)

„Hm...sitzen (...) er braucht nicht gehen, weil er hat ja den Rollstuhl und dann wird er gefahren.“ (Bub, 4 Jahre) Auf meine Frage hin, ob er sich vorstellen könne, dass das Kind gut singen kann, antwortete er: „Nein. Weil wenn ein Knochen...oder ein Teil im Hals sich verschiebt, dann kann er nicht singen.“

„Sitzen kanns gut, aber stehen kanns nicht gut.“ (Mädchen, 4 Jahre)

Manche Kinder meinten auch, dass ihnen nichts einfiel, was das Kind gut können könnte. Manchmal stimmten sie Vorschlägen meinerseits zu, wie zum Beispiel zeichnen, singen oder mit den Armen den Rollstuhl schieben zu können, manchmal wurde dies jedoch auch abgelehnt. Prinzipiell ist es jedoch schwierig zu sagen, ob die Kinder tatsächlich zustimmten oder nicht, da meine Vorschläge stark den Charakter einer Suggestivfrage hatten und besonders Kindergartenkinder sich von solchen Fragen stark beeinflussen lassen. (vgl. Siegler 2001, 231) Daher bezieht sich die Interpretation dieser Kategorie eher auf spontane Äußerungen der Kinder.

Die Antworten, die zuerst spontan von den Kindern gegeben wurden, beziehen sich eher auf basale Fähigkeiten eines Menschen, wie zum Beispiel die Fähigkeit zu sprechen, den Kopf zu bewegen, zu sehen etc. Diese verkürzten Darstellungen der Potentiale von Kindern mit physischer Beeinträchtigung deuten darauf hin, dass sie deren Fähigkeiten als eher gering einschätzen. Außerdem zeigen Antworten wie „fahren“ oder „Dann kann er sich nur mit den Händen schieben, sonst nix.“ einen Fokus der Kinder auf das Merkmal der

Körperbehinderung. Fähigkeiten, über die gleichaltrige Nichtbehinderte oder die interviewten Kinder persönlich verfügen könnten, werden von den Kindern selbst nicht erwähnt. Es scheint so, als würde für sie die Körperbehinderung so stark im Vordergrund stehen, dass sie annehmen, auch alle anderen Kompetenzen wären davon betroffen. Dieser Umstand zeigt sich zum Beispiel in der Aussage eines Vierjährigen, der meinte, ein Kind im Rollstuhl könne nicht singen, da sich ein Teil des Halses verschoben hätte. Aus dem Gesagten kann gefolgert werden, dass die Fähigkeiten von körperbehinderten Kindern als eher niedrig bewertet werden.

Kategorie 4: Annäherung

Antworten der Kinder, welche das Suchen nach Nähe und Freundschaft beinhalten, wurden in diese Kategorie aufgenommen. Ein fünfjähriges und ein sechsjähriges Mädchen sowie ein fünfjähriger Bub gaben an, gerne mit einem körperbehinderten Kind des eigenen Geschlechts eine Freundschaft einzugehen. Das fünfjährige Mädchen meinte, dass sie diese Freundin gerne im Rollstuhl umher führen und mit ihr Spiele wie „Memory“, „Uno“ und „Schnipp Schnapp“ spielen würde. Das sechsjährige Mädchen konnte sich ebenfalls vorstellen, mit einem körperbehinderten Mädchen befreundet zu sein und meinte, sie würde gerne mit ihr „irgendwo hinfahren“, spazieren gehen und auf dem Spielplatz Ball und Verstecken spielen. Der Bub sprach davon, dass er mit diesem Kind gerne eines seiner Lieblingsspiele (ein „Biberspiel“) spielen würde. Ein Mädchen berichtete, sogar eine körperbehinderte Freundin zu haben, mit der sie typische Rollenspiele wie „Doktor“, „Polizei“ und „Puppenwagerl“ spielt.

An der Aussage, die Freundin im Rollstuhl herum zu führen bzw. mit ihr wo hinzufahren, zeigt sich eine Tendenz zu Fürsorge und Hilfsbereitschaft. Die Spiele, die sie bevorzugt mit einem Kind im Rollstuhl spielen würden, interferieren großteils nicht mit der Tatsache der Körperbehinderung. Dies könnte einerseits so interpretiert werden, dass angesichts des Wissens um physische Einschränkungen ihres Gegenübers, bewusst Spiele gewählt wurden, die eher weniger die körperliche Aktivität voraussetzen. Andererseits könnten die Antworten auch dadurch begründet sein, dass diese Kinder eher Spielformen bevorzugen, die nicht so stark mit körperlicher Aktivität verbunden sind. Dennoch wurden auch Spiele genannt, die Bewegung erfordern. Die Körperbehinderung schien bei diesen Kindern keine ablehnenden Gefühle hervor zu rufen. An ihren Antworten wird eher sichtbar, dass diese für sie kein Hindernis am gemeinsamen Spiel und damit auch Freundschaft darstellt. Diese Tatsache kann

dahingehend interpretiert werden, dass die genannten Kinder über positive Gefühle bzw. Einstellungen zu körperbehinderten Peers verfügen.

Kategorie 5: Ablehnung

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen aus denen hervorgeht, dass die Nähe bzw. Freundschaft zu einem körperbehinderten Kind abgelehnt wird. Manche Kinder antworteten zum Beispiel:

„Mm (schüttelt Kopf). Naja, weil ich weiß auch nicht wieso.“ (Bub, 5 Jahre) Auf die Frage hin, ob er denkt, mit diesen Kindern nicht spielen zu können, antwortete er allerdings mit Ja.

„Nö, weil dann kann man nicht so gut mit dem spielen...“ (Bub, 6 Jahre)

„Nein, weil (...) mit denen kann ich...kann ich nicht um die Wette laufen.“ (Bub, 5 Jahre)

„Nein! Ich kann nicht mit dem spielen! Weil er hat ja nur ein Bein!“ (Bub, 4 Jahre)

„Hm...nein...weil ich keine Freunde finde, die einen Rollstuhl haben.“ (Bub, 4 Jahre)

„Nein, weil ich mir das nicht vorstellen kann.“ (Bub, 5 Jahre)

Auch ein sechsjähriges und ein vierjähriges Mädchen meinten, keine Freunde mit Körperbehinderung haben zu wollen, sie nannten hierfür allerdings keine Gründe.

An den Antworten dieser Kinder wird ersichtlich, dass auch schon Kinder zwischen vier und sechs Jahren ablehnende Haltungen gegenüber Gleichaltrigen mit Körperbehinderung zeigen können. Während es manchen Kindern schwer fiel zu begründen, warum sie keinen Freund mit Behinderung haben möchten, waren sich die anderen Kinder darüber bewusst, dass ihrer Ablehnung die Befürchtung zugrunde liegt, sie könnten nicht in der gleichen Form wie mit nichtbehinderten Kindern spielen. Dies deutet, wie bereits weiter oben diskutiert, darauf hin, dass das Merkmal der körperlichen Beeinträchtigung so stark in den Vordergrund tritt, dass die Kinder an mögliche Kompetenzen von Gleichaltrigen mit Behinderung nicht denken und sich daher keine weiteren Spielsituationen, mit denen die Beeinträchtigung nicht interferiert, vorstellen. Aufgrund dessen könnten sie somit zu dem Schluss gelangen, sie könnten mit diesen Kindern nicht spielen. Ebenfalls lassen sich die Antworten der Kinder dahingehend interpretieren, dass die Verwendung eines Rollstuhls von ihnen eher als Hindernis an gemeinsamen Aktivitäten anstatt einer möglichen Bereicherung für diese wahrgenommen wird. Allgemein zeigt sich auch bei diesen Kindern ein für unsere Gesellschaft typischer Fokus auf Einschränkungen, die der Gebrauch eines Rollstuhls mit sich bringt. Der Rollstuhl könnte jedoch auch als Ressource betrachtet werden, indem er das körperbehinderte Kind

zum Beispiel befähigt, sich etwa in einem Wettrennen viel schneller als nichtbehinderte Kinder fortzubewegen.

Die ablehnenden Tendenzen der Kinder und die Begründung mit einem körperbehinderten Kind „nicht so gut spielen“ zu können, verdeutlichen, dass sie dieses Kind als anders bzw. unähnlich zu sich selbst wahrnehmen. Diese wahrgenommene Differenz scheint bei ihnen allerdings keine Neugierde, sondern eher ablehnende Gefühle auszulösen.

Der Grund dafür, warum manche Kinder die Ursache für ihre ablehnende Haltung nicht nennen konnten, könnte einerseits darin bestehen, dass Kinder ihre eigenen Gefühle noch nicht in dem Ausmaß reflektieren, wie dies Erwachsene tun. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass die Differenz, die sie bei einem körperbehinderten Kind wahrnehmen bei ihnen ein Gefühl von Unbehagen und Unsicherheit auslöst. Obwohl fast alle Kinder meinten, keine Angst vor Kindern mit physischer Beeinträchtigung zu haben, schließt dies nicht aus, dass bei ihnen trotzdem ein gewisses Gefühl von Unbehagen vorhanden ist, dessen sie sich nicht bewusst sind. Diese unbewussten negativen Gefühle könnten nun zu einem ablehnenden Verhalten gegenüber Körperbehinderten führen.

Negative Emotionen, die mit bewusster Angst vor Menschen mit Behinderung verbunden sind, wurden nur von einem Kind, einem sechsjährigen Mädchen, berichtet. Dieses konnte allerdings keinen Grund für diese nennen.

6.5 Zusammenfassende Interpretation und Rückschlüsse auf die Fragestellung

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautete, welches Verständnis, welche Bewertungen und Gefühle Kinder einer integrativ geführten Kindergartengruppe im Alter von vier bis sechs Jahren gegenüber Peers mit Körperbehinderung zeigen. Auf Basis der Ergebnisse der Interviews lassen sich in Bezug auf den kognitiven Einstellungsaspekt der Fragestellung konkrete Aussagen darüber machen, welche Vorstellungen sie zu Rollstühlen und Körperbehinderung im Allgemeinen besitzen und welche Ursachen sie zur Erklärung dieser heranziehen. Abgesehen davon sind aufgrund der Interviews auch Interpretationen dahingehend möglich, welche Kompetenzen Peers mit physischer Beeinträchtigung zugeschrieben werden. Die Interpretationen zur kognitiven Einstellungskomponente werden nun näher erläutert bevor im Anschluss daran auf Interpretationen zur affektiven Komponente eingegangen wird.

Bezogen auf das Wissen der interviewten Kinder zu Rollstühlen zeigte sich, dass fast alle den Begriff Rollstuhl kannten und verwendeten. Die Bekanntheit dessen deutet darauf hin, dass sie diesem Hilfsmittel im Verlauf ihres Lebens bereits in irgendeiner Form begegnet sind, vermutlich unter anderem in der Schule mit integrativem Schwerpunkt, die neben dem Kindergarten liegt, obwohl eine Begegnung an diesem Ort nur von einem Mädchen ausdrücklich erwähnt wurde. Weiters ist an den Antworten der Kinder zu erkennen, dass sie sich der physischen Beeinträchtigung der Person im Rollstuhl bewusst waren. Dennoch verwendete nur ein Kind den Begriff Behinderung als Grund für den Gebrauch des Rollstuhls. Die meisten anderen Kinder assoziierten mit diesem Hilfsmittel Knochenbrüche bzw. Verletzungen und es ist anzunehmen, dass sie die Bewegungseinschränkung eher als etwas Temporäres anstatt etwas Dauerhaftes ansehen. Anhand der Antworten eines sechsjährigen Mädchens, wonach jemand mit einem Beinbruch keinen Rollstuhl, sondern einen Gips brauche und in den Krankenstand gehen müsse, wurde aber auch sichtbar, dass sie mit der Aussage „Vielleicht kann das nicht gehen.“ etwas anderes, nämlich eine generelle Unfähigkeit zur Fortbewegung anstatt einer zeitlich begrenzten meinte. Das Erkennen des Umstands, dass viele Leute, die einen Rollstuhl verwenden, zeitlich unbegrenzt auf diesen angewiesen sind, ist deshalb für das Verständnis von Körperbehinderung zentral, da laut der Definition von Hedderich ein Mensch als körperbehindert gilt, wenn er in der *„Durchführung von Aktivitäten dauerhaft oder überwindbar beeinträchtigt ist, so dass die Teilhabe an Lebensbereichen bzw. –situationen als erschwert erlebt wird.“* (Hedderich 2006, 24)

Als Ursache für Körperbehinderungen nahmen die meisten Kinder Unfälle an, aber auch Krankheiten und ein höheres Lebensalter wurden damit in Verbindung gebracht. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die interviewten Kinder durchaus über realistische Annahmen zur Ursache von körperlicher Behinderung verfügen.

Neben diesen Aspekten des kindlichen Verständnisses von Körperbehinderung können auch Aussagen zu ihren Vorstellungen über den betroffenen Personenkreis gemacht werden. Die Mehrheit der Kinder konnte sich vorstellen, dass prinzipiell jeder Mensch einmal von einer Behinderung betroffen sein könnte.

Eine weitere wichtige Frage zu kognitiven Komponenten der Einstellung bezieht sich darauf, welche Fähigkeiten nichtbehinderte Kinder ihren körperbehinderten Peers zuschreiben. An den Aussagen wurde erkennbar, dass die Tatsache der Körperbehinderung bei der Wahrnehmung der Kinder sehr stark im Mittelpunkt stand und Stärken von Kindern mit physischer Beeinträchtigung sehr verkürzt dargestellt wurden. Dies lässt den Schluss zu, dass behinderte Kinder in Bezug auf ihre Potentiale von den interviewten Kindern nicht angemessen bzw. realistisch bewertet werden.

Betreffend der Frage, welche Gefühle die Kinder der integrativ geführten Gruppe Gleichaltrigen mit Körperbehinderung entgegen bringen, können folgende Aussagen getroffen werden:

Die Mehrheit der Kinder drückte ablehnende Gefühle gegenüber der Freundschaft mit einem körperbehinderten Kind aus. Hauptsächlich Grund für diese Ablehnung ist laut Angaben der Kinder die Befürchtung, mit einem körperbehinderten Freund nicht wie mit anderen Kindern spielen zu können. Diese Angst verdeutlicht das Bewusstsein der Kinder um die physische Beeinträchtigung und damit in Zusammenhang stehende Konsequenzen. Es ist anzunehmen, dass die Kinder das behinderte Kind als sehr unterschiedlich im Vergleich zu sich selbst wahrnehmen und diese Unbekanntheit bzw. Fremdheit bei ihnen eher unangenehme Emotionen auslöst, das in weiterer Folge zu Ablehnung führt. Auch der stark ausgeprägte Fokus auf die körperliche Beeinträchtigung bewirkt, wie bereits bei den kognitiven Einstellungsaspekten erwähnt wurde, keine adäquate Einschätzung ihrer Kompetenzen und könnte somit zu negativen Gefühlen in Bezug auf eine Freundschaft führen.

Es stellte sich jedoch auch heraus, dass manche Kinder Körperbehinderten gegenüber aufgeschlossen sind und mit diesen gerne eine Freundschaft eingehen würden oder auch

schon über eine verfügen. Ebenfalls signalisierten diese Kinder Hilfsbereitschaft sowie ein Interesse an gemeinsamen Spielaktivitäten, die für ihr Alter der Kinder typisch sind.

Interessant ist, dass sich unter den Kindern, die positive Gefühle gegenüber körperbehinderten Gleichaltrigen zeigten, überwiegend Mädchen befanden, während unter den Kindern mit ablehnender Haltung mehrheitlich Buben waren. Da diese Stichprobe aufgrund ihrer sehr kleinen Größe keinesfalls als repräsentativ für die gesamte Population der Vier- bis Sechsjährigen gelten kann, kann dieser Geschlechtsunterschied nicht verallgemeinert werden. Dennoch scheint es, vor allem aufgrund der erwähnten Forschungsergebnisse zu Unterschieden in den Einstellungen von Buben und Mädchen interessant, dass bei den Kindern, die in dieser Studie teilnahmen, der Unterschied zwischen den Ansichten der Mädchen und Buben relativ eindeutig war.

Zusammenfassend zeigten die Interviews ein Bewusstsein der Kinder für die körperliche Beeinträchtigung eines Kindes im Rollstuhl, es bleibt jedoch offen, ob sie diese als zeitlich begrenzt oder andauernd ansehen. Weiters wurden die Kompetenzen von Kindern mit Körperbehinderung als eher gering eingeschätzt und vor allem Buben äußerten negative Einstellungen während bei Mädchen eher positive Haltungen erkennbar waren. Inwiefern diese Ergebnisse nun mit den Forschungsergebnissen, die weiter oben dargestellt wurden, übereinstimmen oder nicht übereinstimmen wird im nächsten Kapitel diskutiert. Außerdem wird aufgezeigt, welche Relevanz die Ergebnisse für die Heil- und Integrativpädagogik haben.

7. DISKUSSION

Ziel dieser Arbeit war es, das Verständnis nichtbehinderter Kinder von Körperbehinderung sowie Einstellungen und Gefühle gegenüber Peers mit einer solchen anhand einer Auswahl von vier bis sechsjährigen Buben und Mädchen, die eine integrativ geführte Kindergartengruppe besuchen, exemplarisch darzustellen.

Wie bereits zuvor bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse erwähnt, waren fast alle Kinder in der Lage, den Rollstuhl als solchen zu identifizieren und diesen Begriff zu verwenden. Dieser Umstand ist konsistent mit den Studienergebnissen von Nabors und Morgan (1993), die zeigten, dass Kinder im Vorschulalter dazu in der Lage waren, dieses Hilfsmittel als Rollstuhl zu bezeichnen. Außerdem berichteten die genannten Autoren davon, dass die Kinder korrekt schlussfolgerten, dass eine Person im Rollstuhl nicht gehen kann. Auch die von mir interviewten Kinder wussten um die körperliche Beeinträchtigung einer Person im Rollstuhl Bescheid. Dieses Ergebnis entspricht auch den Angaben von Diamond und Tu (2008) sowie Jones und Sisk (1967), wonach sich Kinder ab vier Jahren der Einschränkungen bewusst sind.

Die Ursachen dafür, warum jemand einen Rollstuhl benötigen könnte, oder wie es dazu kommt, dass jemand nicht mehr gehen könne, sahen die Kinder vor allem in gebrochenen Extremitäten und Unfällen, aber auch Krankheit und Alter wurden damit in Zusammenhang gebracht. Auch Dyson (2005) berichtete, dass die Antworten der von ihr beforschten Kinder darauf hinwiesen, dass sie Behinderung mit physischen Einschränkungen, darunter auch Krankheiten und Verletzungen, sowie einem fortgeschrittenen Lebensalter assoziierten. Den Begriff Behinderung, im Speziellen „Gehbehinderung“, als Grund für die Verwendung eines Rollstuhls nannte in meiner Studie allerdings nur ein Kind. Da dieses Kind in seinem nahen Umfeld einen Erwachsenen mit Körperbehinderung kannte, liegt es nahe, dass er bereits über eine genauere Vorstellung und mehr Erfahrungen mit Menschen, die einen Rollstuhl haben, verfügt und daher den Begriff „Gehbehinderung“ auch kannte. Die Annahme, dass der Wissensvorsprung dieses Kindes durch persönlichen Kontakt begründet werden kann, wird durch die Studie von Diamond und Hestenes (1994) gestützt, da diese einen positiven Einfluss von direkten Interaktionen zwischen Kindern mit und ohne Hörbeeinträchtigung auf das Verständnis dieser Behinderung belegen konnte. Da die befragten Kinder zwar täglich in ihrer Kindergartengruppe mit einem physisch beeinträchtigten Kind konfrontiert sind, dieses Kind jedoch keine sichtbaren Hilfsmittel verwendet, könnte es sein, dass die Behinderung von den nichtbehinderten Kindern nicht als

solche erkannt wird. Dadurch ist eventuell der Umstand zu erklären, warum nicht mehr befragte Kinder von einer Behinderung sprachen.

In Bezug auf die Vorstellungen der Kinder zu Körperbehinderung, war ebenfalls die Frage interessant, ob ihnen schon bewusst war, dass theoretisch jeder Mensch im Laufe seines Lebens von einer Behinderung betroffen sein könnte. Es zeigte sich, dass die Meinungen der Kinder zu diesem Thema unterschiedlich waren. Manche meinten, es wäre möglich, andere lehnten diese Vorstellung allerdings ab. Da mir zu diesem Aspekt keine Studienergebnisse mit Kindern im Vorschulalter bekannt sind, wäre es interessant, diesen in weiterführenden Studien näher zu untersuchen.

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit Vorstellungen zu der thematisierten Behinderungsform interessierte, bezog sich darauf, welche Stärken die nichtbehinderten Kinder in einem körperbehinderten Kind sahen. Die Ergebnisse ließen sich dahingehend interpretieren, dass die Körperbehinderung als so vordergründig wahrgenommen wurde, dass mögliche Kompetenzen auf diese reduziert wurden (an der Aussage eines Kindes, wonach es denkt, das Kind im Rollstuhl könne gut sitzen, wird dies zum Beispiel deutlich) und Potentiale eher verkürzt dargestellt wurden. Auch in der Diplomarbeit von Bienek (2010) zeigte sich, dass viele Kinder die Leistungsfähigkeit als gering einschätzten. Dennoch sprachen manche Kinder nach zusätzlichen Fragen meinerseits auch von Kompetenzen, die auch für nichtbehinderte Kinder realistisch sind. Dennoch sind diese Antworten aufgrund der bereits erwähnten Suggestibilität nur eingeschränkt interpretierbar.

Bezüglich der Gefühle gegenüber Kindern mit Körperbehinderung kamen sowohl Annäherung als auch Ablehnung zur Sprache. Als positive Einstellung zu Gleichaltrigen mit Körperbehinderung wurde es gewertet, wenn Kinder angaben, gerne einen Freund bzw. eine Freundin mit Körperbehinderung zu haben. Diejenigen, die sich eine Freundschaft vorstellen konnten, äußerten Hilfsbereitschaft sowie den Wunsch, mit ihnen Spiele zu spielen, die sie persönlich gerne spielten. Diese reichten von ruhigeren Spielen wie Kartenspiel bis hin zu solchen die auch viel Bewegung erfordern (Verstecken und Ballspiel). Diese Ergebnisse ähneln sehr stark jenen von Dyson (2005), die auch fand, dass die Kinder mit behinderten Freunden diese Spielformen wählten sowie Hilfsbereitschaft zeigten. Auch Diamond und Tu (2008) fanden ähnliche Ergebnisse, wobei die Kinder in ihrer Untersuchung eher zu Spielformen tendierten, die wenig mit der Behinderung interferierten.

Die Kinder, die negative Gefühle gegenüber der Freundschaft mit einem körperbehinderten Gleichaltrigen zeigten, meinten überwiegend, dass sie mit diesen nicht so wie mit anderen spielen konnten. Ablehnende Haltungen konnten auch in einigen anderen Studien wie zum Beispiel jenen von Odom et al. (2006), Diamond (1993) oder Diamond und Tu (2008) gefunden werden. Die Ablehnung eines behinderten Spielpartners könnte dadurch zustande kommen, dass die Kinder bei der Vorstellung des gemeinsamen Spiels nicht an Aktivitäten gedacht haben, mit denen die Behinderung nicht interferiert oder sie konnten sich nicht vorstellen, auf welche Weise sie ein behindertes Kind in ihr Spiel integrieren könnten. Die Forschungsergebnisse von Diamond und Tu (2008) belegen, dass Kinder mit Behinderungen bevorzugt als Spielpartner gewählt werden, wenn die Behinderung die Spielaktivität nicht beeinträchtigt oder den nichtbehinderten Kindern Wege aufgezeigt werden, wie sie das Kind mit Körperbehinderung am Spiel partizipieren lassen könnten. Dieses Forschungsergebnis impliziert für die integrationspädagogische Arbeit, dass die Aufmerksamkeit der nichtbehinderten Kinder verstärkt auf Potentiale von Kindern mit physischer Beeinträchtigung gelenkt und ihnen Impulse für das gemeinsame Spiel gegeben werden sollten. Auch die Ergebnisse der von mir durchgeführten Studie deuten auf einen Fokus der Kinder auf die Beeinträchtigung und nicht auf Stärken hin, dem durch die nun genannten pädagogischen Maßnahmen entgegengewirkt werden könnte.

Ein weiterer Grund für die ablehnende Haltung könnte der Umstand sein, dass die befragten Kinder einen Gleichaltrigen bzw. eine Gleichaltrige mit Körperbehinderung als zu verschieden von sich selbst wahrnehmen. Die Theorie von Sigelman, Miller und Whitworth (1986) besagt, dass Kinder ein „schema of normality and similarity to self“ anwenden, um andere zu evaluieren. Sowohl die Abweichung von der Normalität als auch die wahrgenommene Unähnlichkeit könnten somit als Ursache für die negativen Gefühle gedeutet werden. Dieser Aspekt ist für pädagogisches Arbeiten ebenfalls relevant, da er auf die Notwendigkeit hinweist, dass Pädagoginnen und Pädagogen bei Kindern ein Bewusstsein für Gemeinsamkeiten mit körperbehinderten Gruppenmitgliedern schaffen sollten.

Auffällig war, dass die interviewten Mädchen über eine positivere Einstellung verfügten als die befragten Buben. Auch Townsend et al. (1993), Nabors und Keyes (1995) sowie Tripp et al. (1995) fanden einen derartig gerichteten Geschlechtsunterschied. Woodard (1995) berichtete allerdings von einem umgekehrten Effekt und aufgrund der uneindeutigen Forschungsergebnisse zu diesem Aspekt sind wohl noch weitere und verbesserte Forschungen dazu nötig.

Die mehrheitlich doch ablehnende Haltung der Kinder dieser integrativ geführten Gruppe deutet darauf hin, dass der Kontakt zu Kindern mit einer Behinderung bei ihnen nicht automatisch zu einer positiven Einstellung führte. Dabei soll jedoch nochmals erwähnt werden, dass die Behinderung des Kindes der Kindergartengruppe keine Verwendung eines Hilfsmittels erforderte und es deshalb offen bleibt, inwiefern es von ihnen als beeinträchtigt wahrgenommen wurde. Die geringere Ausprägung der Behinderung könnte von den Kindern auch positiver wahrgenommen werden, als die in den Interviews thematisierte. Diese Annahme wird durch Studienergebnisse von Odom et al. (2006) gestützt, da sie belegten, dass die Art der Behinderung einen Einfluss auf die Einstellungen nichtbehinderter Kinder hatte.

Cloerkes (1985) betont, dass nicht so sehr die Häufigkeit, sondern die Intensität und Qualität der Kontakte mit dem Einstellungsobjekt ausschlaggebend für die Entwicklung einer positiven Grundhaltung sind. Zusätzlich zur Intensität sind aber auch die Freiwilligkeit und das Erleben von positiven Emotionen während des Kontaktes wichtige Faktoren. (vgl. Cloerkes 1985, 219) Auch Diamond und Tu (2008) sind der Meinung, dass Kontakt alleine wahrscheinlich nicht ausreicht, um bei nichtbehinderten Kindern eine Integration von behinderten Kindern in ihr Spiel zu bewirken. Für die pädagogische Arbeit lässt sich daraus ableiten, dass freiwillige Interaktionen, bei denen die Kinder auch Freude am Kontakt mit dem körperbehinderten Kind erleben können, im Kindergartenalltag gefördert werden sollten.

Zusammengefasst, zeigte sich, dass die vier bis sechsjährigen interviewten Kinder der ausgewählten, integrativ geführten Kindergartengruppe ein Verständnis dafür hatten, dass die Verwendung eines Rollstuhls mit einer körperlichen Beeinträchtigung einhergeht. Bis auf ein Kind verwendete allerdings niemand von ihnen den Begriff Behinderung in diesem Zusammenhang. Bezogen auf die Bewertung von möglichen Kompetenzen der Kinder mit Körperbehinderung konnte festgestellt werden, dass Fähigkeiten eher verkürzt dargestellt wurden. Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Arbeit zeigte, dass die ausgewählten Kinder sowohl positive als auch negative Gefühle gegenüber körperbehinderten Peers zum Ausdruck brachten.

Pädagogische Relevanz besitzen diese Ergebnisse insofern, als sie auf die Bedeutung von gezieltem, freiwilligen und freudebesetzten Kontakt zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern hinweisen, und verdeutlichen, dass der Fokus der pädagogischen Arbeit auf Gemeinsamkeiten mit und besonderen Kompetenzen von körperbehinderten Kindern liegen sollte.

8. RESÜMEE UND AUSBLICK AUF WEITERE FORSCHUNGSMÖGLICHKEITEN

Prinzipiell zeigten sich die Kinder an den Interviews sehr interessiert, bei manchen überwiegte jedoch die Schüchternheit mir als fremder Person gegenüber. Dies ist sehr wahrscheinlich der Grund dafür, warum manche Kinder in den Interviews nicht so viel erzählten wie andere Kinder. Dennoch war es aufgrund der Unvertrautheit mit mir sehr bemerkenswert, dass zehn von elf Kindern aktiv an den Interviews teilnahmen. Für zukünftige Forschungen mit so jungen Kindern könnte es daher sinnvoll sein, vor der Durchführung der Interviews einige Zeit mit den Kindern im Gruppenraum zu verbringen, um mit ihnen Kontakte zu knüpfen.

Positiv anzumerken ist, dass sich der Einsatz von Bildern sehr bewährt und den Einstieg ins Interview erleichtert hat, indem er Neugierde bei den Kindern weckte. In Bezug auf die Interviewfragen kann rückblickend gesagt werden, dass jene, bei denen die Kinder ihre Antworten begründen mussten, von manchen Kindern vermutlich als schwierig erlebt wurden. Für zukünftige Interviews wäre es daher bedeutsam, sogenannte „Warum-Fragen“ eher zu vermeiden. Dennoch lieferten diese Fragen bei den Kindern, die sie beantworten konnten, einen tieferen Einblick in ihre Denkweise. Auch eine gezieltere Vorbereitung von Fragen, die eingesetzt werden, um das Gespräch aufrecht zu erhalten, wenn Kinder keine Gründe oder dergleichen nennen können, wäre sehr sinnvoll, um Suggestivfragen zu vermeiden. Prinzipiell war zu bemerken, dass sich alle Kinder um Antworten bemühten, es ihnen jedoch aufgrund verschiedener sprachlicher Fähigkeiten unterschiedlich gut gelang, ihre Gedanken zu formulieren.

Da sich bei der hier dargestellten Gruppe von Kindern ein Geschlechtsunterschied bezüglich positiver Gefühle gegenüber Gleichaltrigen mit physischer Beeinträchtigung zeigte, wäre es interessant, diesen nochmals mit Hilfe einer großen Stichprobe zu untersuchen. Eine weitere Forschungsfrage könnte sich auf einen kognitiven Aspekt beziehen, nämlich jenen, ob Kinder annehmen, dass prinzipiell auch sie selbst von einer Behinderung betroffen sein könnten.

Zum Erkennen eines möglichen positiven Effektes der im vorigen Kapitel erwähnten pädagogischen Maßnahmen (intensiver, freiwilliger, freudebesetzter Kontakt) auf die

Einstellungen von Kindern, wäre es wünschenswert, wenn auch dazu weitere Forschungen betrieben werden würden.

Ebenfalls blieb im Rahmen dieser Arbeit offen, inwiefern die Kinder das Kind mit leichter Beeinträchtigung in ihrer Gruppe auch als körperbehindert wahrnehmen. Dies könnte eine weitere Forschungsfrage für eine qualitative Studie sein.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Aiken, L.R. (2002):** Attitudes and Related Psychosocial Constructs. Sagepub. USA
- Ajzen, I. (2005):** Attitudes, Personality and Behaviour. 2. Aufl. Open University Press. New York
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977):** Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*. 84, 888-918.
- Albarracin, D./ Johnson, B.T./ Zanna, M.P. (2005):** Attitudes: Introduction and Scope. In: Albarracin, D./ Johnson, B.T./ Zanna, M.P. The Handbook of Attitudes. Erlbaum, 3-19
- Allport, G.W. (1935):** Attitudes. In: Fishbein, M. (1967): Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons. New York, London, Sydney, 3-13
- Asendorpf, J. (2004):** Psychologie der Persönlichkeit. 3.Aufl.. Springer Verlag. Berlin
- Bächtold, A. (1981):** Behinderte Jugendliche: Soziale Isolation oder Partizipation? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. Bern
- Bem, D.J. (1972):** Self Perception Theory. *Advances in experimental social psychology*. Vol 6. Academic Press. New York/London
- Bennewitz, H. (2010):** Entwicklungslinien und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In: Friebertshäuser, B./Langer, A./Prenzel, A. (2010): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. Aufl. Juventa Verlag . Weinheim und München, 43-60
- Berk, L. (2005):** Entwicklungspsychologie. Pearson. München
- Bienek, K. (2010):** „Glücklich, na weil ich gut sehen kann!“ – Eine qualitativ-empirische Studie zu Einstellungen von nicht-behinderten Kindern im vorschulischen Alter gegenüber Behinderung bzw. Menschen mit Behinderung vor dem Hintergrund der Sozialisation in einer modernen Leistungsgesellschaft. Diplomarbeit an der Universität Wien.
- Bonfadelli, H. (2004):** Medienwirkungsforschung 1. Grundlagen. 3. Aufl. UTB. Konstanz

- Bortz, J./Döring, N. (2002):** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Aufl. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Bricker, D. (1995):** The challenge of inclusion. *Journal of Early Intervention*. 19, 179-194
- Brinkmann, F./Schreiber, M. (1993):** Die Evangelische Stiftung Alsterdorf im Spiegel der Öffentlichkeit. Agentur Herz. Hamburg
- Bundschuh, K. (2002):** Heilpädagogische Psychologie. 3.Aufl. UTB. München
- Cloerkes, G. (1985):** Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung. 3. erw. Aufl. Marhold. Berlin
- Cloerkes, G. (1988):** Behinderung in der Gesellschaft: Ökologische Aspekte und Integration. In: Koch, U./Lucius-Hoene, G./Stegie, R. (Hrsg.) Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Springer.Berlin/Heidelberg/New York, etc., 87
- Cloerkes, G. (2001):** Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Universitätsverlag Winter Heidelberg. „Edition S“
- Cloerkes, G. (2007):** Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Universitätsverlag Winter Heidelberg. „Edition S“
- Cohen T./ Lopatto D. (1995):** Preschool children's comprehension of the word 'handicapped'. *Perceptual and Motor Skills* 81, 747-750
- Conant, S./ Budoff, M. (1983):** Patterns of awareness in children's understanding of disabilities. *Mental Retardation*, 21(3), 119-125
- Crano, W. D. (1995):** Attitude strength and vested interest. In: R. E. Petty/ J. A. Krosnick (Hrsg.): Attitude strength: Antecedents and Consequences. Mahwah, NJ: Erlbaum, 131–158.
- Das Fremdwörterbuch: Duden (2007).** 9. Auflage. Mannheim
- Diamond, K. (1993):** Attitudes of preschool children toward their peers with disabilities: A year-long investigation in integrated classrooms. *Journal of Genetic Psychology*. 145:2.June, 215-221

- Diamond, K./ Hestenes, L. (1994):** Preschool children's understanding of disability: Experiences leading to the elaboration of the concept of hearing loss. *Early Education & Development*. 5: 4, 301-309
- Diamond, K./ Tu H. (2008):** Relations between classroom context, physical disability and preschool children's inclusion decisions. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 30. 2009, 75-81
- Diaz-Bone, R. (2006):** Statistik für Soziologen. UVK. Konstanz.
- Dyson, L.L. (2005):** Kindergarten children's understanding of and attitudes toward people with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*. 25, 95-105
- Eagly, A.H./ Chaiken (1993):** *The Psychology of Attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich
- Eagly, A.H./ Chaiken, S. (2005):** Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. In: Albarracín, D./ Johnson, B.T./ Zanna, M.P.: *Handbook of Attitudes*. Erlbaum. New Jersey, 743-767
- Esposito, B.G./ Reed, T.M. (1986):** The effects of contact with handicapped persons on young children's attitudes. *Exceptional Children*. 53, 224-229
- Favazza P./Odom, S.L (1997):** Promoting positive attitudes of kindergarten-age children toward people with disabilities. *Exceptional Children*. 63, 405-418
- Festinger, L. (1957):** A theory of cognitive dissonance. Evanston. Stanford
- Fischer, L./ Wiswede, G. (1997):** Grundlagen der Sozialpsychologie. Oldenbourg. München-Wien.
- Fishbein, M. (1967):** Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons. New York, London, Sydney.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1974):** Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavior criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74
- Flick, U./ v. Kardoff, E./ Keupp, H./ Rosenstiel, L. (Hrsg.) (1995):** Handbuch qualitativer Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags Union. München

- Freud, A. (1977):** Das Ich und seine Abwehrmechanismen. Kindler. 9. Auflage. München
- Fries, A. (2005):** Einstellungen und Verhalten gegenüber körperbehinderten Menschen – aus der Sicht und im Erleben der Betroffenen. 1. Auflage. Athena.
- Froschauer, U./Lueger, M. (2003):** Das qualitative Interview. WUV UTB. Wien.
- Früh, W. (2007):** Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 6.Aufl. UVK. Konstanz.
- Fuhs, B. (2000):** Qualitative Interviews mit Kindern. Überlegungen zu einer schwierigen Methode. In: Heinzel, F. (Hrsg): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa. Weinheim und München, 87-104
- Greving, H./ Ondracek, P. (2009):** Heilpädagogisches Denken und Handeln. Eine Einführung in die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik. Kohlhammer. Stuttgart
- Gröschke, D. (1997):** Praxiskonzepte der Heilpädagogik – anthropologische, ethische und pragmatische Dispositionen. 2.Aufl. UTB. München, Basel
- Hänsel, D./ Schwager, H.-J. (2004):** Die Sonderschule als Armenschule – vom gemeinsamen Unterricht zur Sondererziehung nach Braunschweiger Muster. Peter Lang. Bern 2004
- Hedderich, I. (2006):** Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. 2.Aufl. UTB. München, Basel.
- Heider, F. (1967):** Attitudes and cognitive organization. In: Fishbein, M.: Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons. New York, London, Sydney
- Heinzel, F. (2000):** Methoden und Zugänge der Kindheitsforschung im Überblick. In: Heinzel, F. (Hrsg): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa. Weinheim und München, 21-36
- Heinzel, F. (2003):** Methoden der Kindheitsforschung – Probleme und Lösungsansätze. In: Prengel, A. (Hrsg.) (2003) : Im Interesse von Kindern? Forschungs- und Handlungsperspektiven in Pädagogik und Kinderpolitik. Juventa Verlag. Weinheim und München, 123-136
- Herkner, W./Hergovich, A. (2007):** Sozialpsychologie. In: Kastner-Koller/Pia Deimann (Hrsg.): Psychologie als Wissenschaft. 2.Auflage. Facultas. Wien, 131-145

Herkner, W. (1991): Lehrbuch Sozialpsychologie. 1. Auflage. Huber. Bern

Hirschberg, M. (2003): Klassifikation und Normierung – eine Analyse der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. In: Graumann, S./ Grüber, K. (2003): Medizin, Ethik und Behinderung. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft. Mabuse-Verlag, Berlin, 65

Hovorka, H. (1998): Plädoyer für eine umfeldbezogene Integrationspädagogik. Anmerkungen zur schulischen Integrationsentwicklung in Österreich. In: Hildeschiedt, A./Schnell, I.(Hrsg.). Integrationspädagogik. Auf dem Weg zu einer Schule für alle. Juventa Verlag. Weinheim und München, 277-291

Jansen, G.W. (1972): Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Eine psychologische Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen aufgrund empirischer Untersuchungen. Neuburgweier, 1972

Johnson, B./ Christensen, L.B. (2012): Educational research. Quantitative, qualitative and mixed approaches. 4. Auflage. SAGE. Amerika.

Jones, T.W./ Sowell V.M./Jones, J.K. (1981): Changing children's perceptions of handicapped people. *Exceptional Children*. 47, 365-368

Jones, R.L. / Sisk, D.A. (1967): Early perceptions of orthopedic disability. *Except Child*. 9, 42-43.

Katz, D. (1967): The functional approach to the study of attitudes. In: Fishbein, M.: Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons. New York, London, Sydney.

Kelle, U. (2008): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Kelman, H.C. (1967): Compliance, Identification, and Internalization: Three Processes of Attitude Change. In: Fishbein, M. (1967): Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons. New York, London, Sydney, 469-476

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

Kluge (2002): Etymologisches Wörterbuch. 24. Auflage. DeGruyter. Berlin, New York

Kratzer L./ Nelson-Le Gall S. (1990): Understanding competences and limitations of wheelchair-bound helpers: Developmental changes during early childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology II*, 69-84

Kron, M. (1997): Integrative Prozesse in Kindergärten – Theorie und Erfahrungen aus der Praxis. In: Eberwein, H. (Hrsg.) (1997): Handbuch Integrationspädagogik. Kinder mit und ohne Behinderung lernen gemeinsam. 4. Aufl. Beltz Verlag .Weinheim, Basel.

LaPiere, R.T. (1967): Attitudes versus actions. In: Fishbein, M.: Readings in Attitude Theory and Measurement. John Wiley & Sons. New York, London, Sydney, 26-31

Markowetz, R. (2007): Vorurteile. In: Bundschuh, K./ Heimlich, U./ Krawitz, R. (Hrsg.): Wörterbuch der Heilpädagogik. Klinkhardt-UTB-Verlag. Bad Heilbronn, 291

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Beltz Verlag. Weinheim, Basel

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Münch, R. (2002): Soziologische Theorie. Grundlegung durch die Klassiker. Band 1. Campus Verlag. Frankfurt/Main

Nabors, L./ Keyes L. (1995): Preschoolers' reasons for accepting peers with and without disabilities. *Journal of developmental and physical disabilities*. 7, 335-355

Nabors, L.A/ Morgan, S.B. (1993): Preschool children's verbal responses and attitudes toward an adult with an orthopedic handicap. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. Vol.5(3), 217-231

Neubert, D./ Cloerkes, G. (2001): Behinderung und Behinderte in verschiedenen Kulturen. Eine vergleichende Analyse ethnologischer Studien. 3. Auflage. Universitätsverlag Winter. Heidelberg. 2001

Nowicki, E.A. (2006): A cross-sectional multivariate analysis of children's attitudes towards disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 50. Part 5, 335-348

Odom S. L. et. al. (2006): Social acceptance and rejection of preschool children with disabilities: A mixed-method analysis. *Journal of Educational Psychology*. Vol. 98. No. 4, 807-823

Okagaki, L./Diamond, K./Kontos, S.J./Hestenes, L.L. (1998): Correlates of young children's interactions with classmates with disabilities. *Early Childhood Research Quarterly*. 13, 67-86

Osgood, C.E/ Tannenbaum, P.H. (1955): The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*. 62, 42-55

Prengel, A. (1995): Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in interkultureller, feministischer und integrativer Pädagogik. Leske und Budrich. Opladen.

Reinders, H. (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Oldenbourg. München

Roberts, C.M./ Smith, P.R. (1999): Attitudes and behaviour of children toward peers with disabilities. *International Journal of Disability Development and Education*, 46, 35-50

Rosenberg, M.J. et al. (1969): Attitude organization and change. An analysis of consistency among attitude components. 4. Auflage. Yale University Press. Connecticut.

Rosenberg, M.J./ Abelson, R.P. (1960): An analysis of cognitive balancing. In: Rosenberg, M.J. et al.: Attitude organization and change. An analysis of consistency among attitude components. 4. Auflage. Yale University Press. Connecticut, 112-163

Schuntermann, M.F. (2009): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen - offene Fragen. 3. überarbeitete Auflage. Ecomed Medizin. Heidelberg

Seelig, G.F. (1997): Erziehungspsychologische Überlegungen zu Aussonderung und Integration von Schülern. In: Eberwein, H. (Hrsg.) (1997): Handbuch Integrationspädagogik. Kinder mit und ohne Behinderung lernen gemeinsam. 4. Aufl. Beltz Verlag .Weinheim, Basel.

Seipel, C./ Rieker, P. (2003): Integrative Sozialforschung: Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Juventa Verlag. Weinheim und München

Siegler, R. (2001): Das Denken von Kindern. 3.Aufl. Oldenbourg Verlag. München

Sigelman, C.K./ Miller, T.E./ Whitworth, L.A. (1986): The early development of stigmatizing reactions to physical differences. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 7, 17-32

Spillers, C.S. (1982): An investigation of children's attitudes towards physically disabled peers. *Mid American Review of Sociology*. Vol. VII No.1, 55-69

Stöckli, G. (1997): Eltern, Kinder und das andere Geschlecht. Selbstwertung in sozialen Beziehungen. Juventa Verlag. Weinheim und München

Strohmer, D.C./Grand, S.A./Purcell, M.J. (1984): Attitudes toward Persons with a Disability: An examination of demographic factors, social context, and specific disability. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 29. No. 3, 131-144

Ten Klooster et al. (2009): Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: Nursing students and non-nursing peers. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 65 (12), 2562-2573

Townsend, M. A. R et al, (1993): Children's attitudes toward peers with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 37, 405–411

Trautmann, T. (2010): Interviews mit Kindern. Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele. 1. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Tripp et al. (1995): Contact theory and attitudes of children in physical education programs toward peers with disabilities. *Applied Physical Activity Quarterly*. 12, 323-332

Weinberg, N. (1978): Preschool children's perceptions of orthopedic disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 21, 138-189

Weischer, C. (2007): Sozialforschung. Konstanz

Wetstein-Kroft, S.B./ Vargo, J.W. (1984): Children's attitudes towards disability: A review and analysis of the literature. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 7, 181-195

Wilson; T.P. (1973): Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktionen und gesellschaftliche Wirklichkeit. Reinbek: Rowohlt., 54-79

Wilson, T.P. (1982): Qualitative „oder“ quantitative Methoden in der Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34 (3), 487-508

Wocken, H. (2000): Der Zeitgeist: behindertenfeindlich? Einstellungen zu Behinderten zur Jahrtausendwende. In: Albrecht, F./Hinz, A./Moser, V. (Hrsg.): Perspektiven der Sonderpädagogik. Disziplin- und professionsbezogene Standortbestimmungen. Neuwied, 283-306

Woodard R. (1995): The effects of gender and type of disability on attitudes of children toward peers with physical disabilities. *Therapeutic Recreation Journal*. 29, 219-227

World Health Organisation (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf

World Health Organisation (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version; ICF-CY. Genf

Internetquellen:

<http://www.hans-wocken.de/Texte/Zeitgeist.htm>, aufgerufen am 24.10.2011

<http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/integration.html#abschnitt03>,
aufgerufen am: 12.8.2009

<http://www.help.gv.at/Content.Node/122/Seite.1220600.html#inte>, aufgerufen am: 24.2.2011

<http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/integration.html#abschnitt03>,
aufgerufen am 24.10.2011

http://www.kita-portal-mv.de/de/tageseinrichtungen/kita_aufgaben/integration_behinderter_kinder, aufgerufen am:
3.11.2009

<http://www.villakunterbunt.net/>, aufgerufen am 23.10.2011

Abbildungsverzeichnis:

Abb.1: Überblick über das Konzept der ICF

Quelle: **World Health Organisation (2007):** International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version; ICF-CY. Genf

Abb. 2: Die „Theory of planned behaviour“

Quelle: **Ajzen, I. (2005):** Attitudes, Personality and Behaviour. 2. Aufl. Open University Press. New York

ANHANG

A1: INTERVIEWLEITFADEN

Bevor mit dem Interview begonnen wurde, wurde versucht Vertrauen herzustellen, indem ich mich bei den Kindern vorstellte und auch die Kinder fragte, wie sie hießen und wie alt sie sind. Ihnen wurde erklärt, dass ich ein Bild für sie mitgebracht habe und ihnen dazu ein paar Fragen stellen möchte. Auch mit dem Diktiergerät wurden die Kinder vertraut gemacht.

Bezogen auf Vorstellung/Verständnis/Bewertungen:

- 1) *Ich habe dir ein Bild mitgebracht. Was siehst du denn auf diesem Bild?*
- 2) *Warum könnte dieses Kind einen Rollstuhl brauchen?*
- 3) *a) Wie könnte es dazu gekommen sein, dass es nun einen Rollstuhl hat?*
b) Glaubst du, dass jedes Kind einmal einen Rollstuhl brauchen könnte?
- 4) *Was glaubst du kann das Kind auf dem Bild denn gut?*

Bezogen auf Gefühle:

- 5) *Hast du Freunde, die sich nicht so gut bewegen können wie du oder die im Rollstuhl sitzen? Falls ja: Was macht ihr zusammen? Welche Spiele spielt ihr gemeinsam? Falls nein: Hättest du gerne einen Freund, der einen Rollstuhl braucht?*
- 6) *Hast du Angst vor Kindern, die einen Rollstuhl brauchen, oder sich nicht so gut bewegen können? Warum/Warum nicht?*
- 7) *Was fällt dir zu dem Bild sonst noch ein?*

A2: BILDER ZUM INTERVIEWEINSTIEG



Quelle: <http://www.villakunterbunt.net/>



Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

A3: INTERVIEW-TRANSKRIPT

B1, 5 Jahre:

I: Schau mal B1, was siehst du denn da auf diesem Bild?

B1: Hmm...ein Rollstuhl

I: Mhm und was siehst du noch?

B1: hmm.....

I: Ein Kind im Rollstuhl?

B1: (B1 nickt)

I: Ist das ein Bub oder ein Mädchen?

B1: Bub!

I: Genau. Und warum könnte dieser Bub einen Rollstuhl brauchen?

B1: Weil er behindert ist.

I: mhm, und wie könnte das passiert sein?

B1: Weiß ich nicht.

I: Keine Idee?

(B1 schüttelt den Kopf)

I: Nein? Hmm...Glaubst du dass jedes Kind einmal einen Rollstuhl brauchen könnte?

B1: nein...

I: Nein? Kann nicht jedem Kind passieren?

B1: mhm, nicht jedem Kind...

I: Aso okay... Ähm...Hast du Freunde die sich nicht so gut bewegen können wie du? Hast du Freunde die einen Rollstuhl haben?

B1: mm... (schüttelt den Kopf)

I: Nein? Kennst du jemanden der einen hat?

B1: Hm, ja!

I: Wen denn?

B1: Von mein Freund da Papa!

I: Aha, und weißt du warum der einen Rollstuhl hat?

B1: Weil er gehbehindert ist...

I: Mhm, das heißt er kann seine Beine nicht so gut bewegen oder?

B1: Mhm...

I: Und, ahm, hättest du gerne einen Freund, der einen Rollstuhl hat, kannst du dir das vorstellen?

B1: mm (B1 schüttelt Kopf)

I: mhm, und warum nicht?

B1: naja, weil ich weiß auch nicht wieso...

I: weißt auch nicht wieso?

B1: mhm

I: Glaubst du kannst du mit dem Kind im Rollstuhl dann nicht so gut spielen?

B1: mhm!

I: Ahm, glaubst du dass das Kind im Rollstuhl irgendwas besonders gut kann? Was könnte das zum Beispiel gut können?

B1: die Hände bewegen, den Kopf bewegen, was sehen, was reden...

I: genau...glaubst du kann der gut singen oder so?

B1: ja

I: Mhm...Hast du Angst vor Kindern die einen Rollstuhl haben?

B1: mm (schüttelt Kopf)

I: nein...warum nicht?

B1: weil ich mich schon mit denen auskenn

I: aahh! Habts ihr in der Gruppe auch Kinder die einen Rollstuhl haben?

B1: mm

I: nein, okay...Fällt dir noch etwas ein, was du mir zu dem Bild erzählen willst?

(B1 schüttelt Kopf)

I: okay.... Danke B1.

B2, 6 Jahre

I: Schau mal B2, ich hab dir da ein Bild mitgebracht, was siehst du denn da drauf?

B2: Ääh...ein Mensch der was auf einem Rollstuhl sitzt.

I: Mhm. Und is das ein Bub oder ein Mädchen?

B2: Bub.

I: Mhm... und warum könnte dieses Kind denn einen Rollstuhl brauchen?

B2: mhh... zum Beispiel weil er sich was gebrochen hat, zum Beispiel den Arm oder den Fuß...

I: mhm...und warum noch?

B2: mmh...oder er is...oder... er is ganz schlimm hingefallen...

I: mhm...ja... und glaubst du kann der der im Rollstuhl sitzt...glaubst du kann man auch einen Rollstuhl brauchen wenn man seine Füße nicht mehr bewegen kann?

B2: mh...ja!

I: ja, mhm, wie könnt denn das passiert sein?

B2: zum Beispiel er stolpert irgendwo oder er fällt vom Klettergerüst runter oder... zum Beispiel bei meiner Schwester, da war ich noch im Bauch, da hat, da is meine Schwester vom Klettergerüst runtergefallen und hat sich den Arm gebrochen,

I: mhm

B2: und jetzt hat sie da eine Narbe.

I: mhm...okay...und glaubst du, dass jedes Kind amal einen Rollstuhl brauchen könnt?

B2: hm, nö...weil dann bräuchten wir viele Rollstühle!

I: (I lacht) ja...und hast du Freunde die im Rollstuhl sitzen und sich nicht so gut bewegen können?

B2: nein...

I: Kennst du jemanden?

B2: nö...

I: auch nicht...Hättest du gern einen Freund der im Rollstuhl sitzt?

B2: nö...

I: warum nicht?

B2: weil dann kann man nicht so gut mit dem spielen....

I: mhm...okay...Hast du Angst vor Kindern die im Rollstuhl sitzen?

B2: nö

I: auch nicht... wieso nicht?

B2: Weeeeeiiil...ich einfach nicht Angst hab.

I: Was glaubst du kann das Kind auf dem Foto denn gut?

B2: mmm...es kann ... gut kann es....mir fällt nix ein!

I: Naja, hm, es kann vielleicht seine Füße nicht bewegen, aber was kanns denn?

B2: Mit den Händen kanns noch immer die Räder so bewegen...

I: das stimmt... ja, genau, und ich glaub da kriegt man auch ganz viele Muskeln

B2: genau!

I: Glaubst du kanns vielleicht zeichnen?

B2: Joo, wär möglich!

I: okay, gut...fällt dir noch irgendwas ein was du zu dem Bild erzählen willst?

E: Nö....

B3, 5 Jahre

I: Okay...schau mal B3, ich hab da ein Bild. Was siehst du denn da drauf?

B3: Rollstuhl

I: mhm und was siehst du noch?

B3: ein Kind...

I: genau, is das ein Bub oder ein Mädchen?

B3: ein Bub

I: genau. Und warum könnte das...dieser Bub einen Rollstuhl brauchen?

B3: weil der nicht gehen kann.

I: mhm...weil er nicht gehen kann, mhm, fällt dir noch was ein?

B3: ...

I: Wie könnte denn das passiert sein, dass er nicht mehr gehen kann?

B3: einen Unfall gehabt...

I: was anderes fällt dir auch noch ein?

B3: nein...

I: mhm...ähm glaubst du dass jedes Kind einmal einen Rollstuhl brauchen könnte?

B3: Ja.

I: mhm, gut, hast du Freunde die sich nicht so gut bewegen können wie du?

B3: nein.

I: oder die im Rollstuhl sitzen?

B3: nein...

I: Kannst du dir vorstellen dass du mal einen Freund hast der einen Rollstuhl hat?

B3: nein...

I: warum?

B3: weil ich mir das nicht vorstellen kann.

I: okay...glaubst du kannst du mit denen nicht so gut spielen?

B3: nein, weil....weil mit denen kann ich...kann ich nicht um die Wette laufen.

I: Aha... hm, hast du Angst vor Kindern die einen Rollstuhl haben?

B3: nein...

I: okay, und was glaubst du kann dieses Kind auf dem Bild denn gut?

B3: nein...

I: naja er kann seine Füße nicht bewegen, aber sonst?

B3: weiß ich nicht.

I: Hm, sprechen kann er oder?

B3: ja...

I: und die Arme bewegen?

B3: ja.

I: kann er auch gell, weil er muss ja den Rollstuhl irgendwie antauchen. Fallt dir jetzt was ein was er gut kann?

B3: nein.

I: naja, vielleicht kann er ja den Rollstuhl gut antauchen und hat deshalb große Muskeln?

B3: nein...

I: auch nicht? Fallt dir noch irgendwas dazu ein?

B3: nein.

B4, 4 Jahre:

I: Schau mal, ich hab da ein Bild, was siehst du denn da drauf?

B4: ein Rollstuhl!

I: mhm, und was noch?

B4: ein Menschen!

I: mhm, is das ein Bub oder ein Mädchen?

B4: ein Bub.

I: Mhm. Warum glaubst du sitzt der Bub denn im Rollstuhl?

B4: weil er sich ein Bein, weil er sich den Fuß gebrochen hat.

I: und warum noch? was könnte noch ein Grund sein?

B4: mhhmm...hmm... Das Bein braucht er zum Rollen (zeigt auf ein Bein) und das Bein kann er nicht verwenden, weil das gebrochen is.

I: mhm, und was macht er mit den Armen?

B4: der tut sich rollen, sonst kommt er ja nicht weiter!

I: Genau! Glaubst du dass jeder einmal einen Rollstuhl brauchen könnte?

B4: Ja...wenn er zu alt ist.

I: mhm, warum noch?

B4: weil wenn einer alt is, dann brecht er sich auch am Fuß, dann kann er nicht, kann er nicht mit dem Bein gehen.

I: mhm, okay. Und glaubst du kann man auch einen Rollstuhl haben, wenn man noch jünger ist?

B4: Wenn ein Bub groß is, dann braucht er schon einen Rollstuhl!

I: mh, okay. Glaubst du braucht das jeder oder nur die Buben die was mit dem Bein haben?

B4: hm.....hm..... wenn das Bein gebrochen ist, kann er nur mit dem fahren.

I: das stimmt.

B4: Dann kann er sich nur mit den Händen schieben, sonst nix.

I: Hast du auch schon mal gehört dass man auch im Rollstuhl sitzt weil man die Beine gar nicht bewegen kann?

B4: Ja, zum Beispiel wenn ein Knochen gebrochen ist.

I: okay, ahm, hast du Freunde, die einen Rollstuhl haben?

B4: nein.

I: Kannst du dir vorstellen, dass du mal einen Freund hast der einen Rollstuhl braucht?

B4: hm...nein...

I: und warum nicht?

B4: weil ich keine Freunde finde, die einen Rollstuhl haben.

I: mhm und was is wenn in deiner Kindergartengruppe ein Kind mit Rollstuhl wär?

B4: hm... dann müsste er dauernd herum gefahren werden!

I: Aber dann kann er doch eigentlich alleine fahren oder, weil er kann sich doch antauchen?

B4: (unverständlicher Satz)

I: würdest du mit dem spielen?

B4: nein! Ich kann nicht mit dem spielen! Weil er hat ja nur ein Bein!

I: okay, glaubst du kannst du mit dem zeichnen?

B4: hm...den muss ich einfach hinschieben, fertig! Der muss sich nicht hinsetzen.

I: mhm. Ja, ähm ... hast du Angst vor Kindern die einen Rollstuhl haben?

B4: nein

I: warum nicht?

B4:

I: weißt nicht?

B4: nein.

I: okay. Was glaubst du kann das Kind auf dem Bild denn besonders gut?

B4: hm...sitzen

I: Sitzen? Und was noch?

B4: hm....er braucht nicht gehen, weil er hat ja den Rollstuhl und dann wird er gefahren.

I: mhm. Glaubst du kann der vielleicht gut singen?

B4: nein.

I: warum nicht?

B4: weil wenn ein Knochen...oder ein Teil im Hals sich verschiebt, dann kann er nicht singen.

I: Wenn ein Teil im Hals sich verschiebt, kann er nicht singen?

B4: nein.

I: mhm, okay, ahm fällt dir sonst noch irgendwas ein zu dem Bild?

B4: nein

B5, 5 Jahre:

I: Schau mal was siehst du denn da?

B5: (...) ein ein Rollstuhl

I: Mhm, ein Mann?

B5: nickt.

I: warum könnte denn der Mann einen Rollstuhl brauchen

B5: Weil er verletzt is.

I: Mhm, und wie kann das passiert sein?

B5: (...) er hat auf eine (Mülltonne) getreten...

I: auf eine was?

B5: auf eine Mülltonne getreten...

I: Er hat auf eine Mülltonne getreten? ... Und dann hat er sich am Fuß verletzt. Okay ...
Fällt dir noch irgendwas ein?

B5: nein.

I: Vielleicht ein Unfall, oder so, kann das sein?

B5:

I: Hast du schon mal gehört dass es Leute gibt, die ihre Füße gar nicht bewegen können?

B5: mhm

I: Ja? Brauchen die dann auch einen Rollstuhl?

B5: ...

I: Glaubst du dass jedes Kind einmal einen Rollstuhl brauchen könnte?

B5: nickt

I: mhm, warum denn?

B5: wenn man sich verletzt hat.

I: Genau, mhm. Hast du Freunde die im Rollstuhl sitzen?

(B5 schüttelt den Kopf)

I: Nein? Hast du schon mal jemanden gesehn der einen Rollstuhl hat?

B5: mhm

I: Ja? Kannst du dir vorstellen, dass du einen Freund im Rollstuhl hast?

B5: (sehr leise) ja

I: was würdest du denn mit dem spielen?

B5: (unverständlich)

I: Hm, was spielst du denn sonst gerne?

B5: ein Biberspiel.

I: Ein Biberspiel...ist das ein Brettspiel?

B5: mhm.

I: Mhm, und glaubst du könntest du das dann auch mit dem Freund im Rollstuhl spielen?

B5: (...)

I: Ja? Glaubst du kannst du dann mit dem auch Fangen spielen?

B5: nein.

I: warum denn nicht?

B5: weil der verletzt ist.

I: okay... hast du Angst vor Kindern die einen Rollstuhl haben?

B5: nein.

I: Was glaubst du kann das Kind im Rollstuhl denn gut?

B5:

I: Das kann gar nix gut?

B5:

I: okay...fällt dir noch irgendwas zu dem Bild ein, was du gerne erzählen würdest?

B5:

I: Nein, okay...

M1, 5 Jahre:

I: Okay M1, schau mal ich hab da ein Bild, was siehst du denn da drauf?

M1: ein Mädchen das auf einem Rollstuhl sitzt.

I: Mhm und warum könnte dieses Mädchen einen Rollstuhl brauchen?

M1: mmm, hm, weils was hat!

I: was hat sie denn?

M1: hm...hm... die hat den Fuß gebrochen!

I: mhm, kann sein. Fallt dir noch was ein?

M1: Oder die Hand gebrochen?

I: mhm, okay. Glaubst du kann das jedem Kind passieren, dass es einen Rollstuhl braucht?

M1: Ja.

I: Ja? Weil sich jeder den Fuß brechen kann?

M1: mhm!

I: Hast du Freunde die schon mal einen Rollstuhl gehabt haben, oder die jetzt einen Rollstuhl haben?

M1: mm (nein)

I: nein? Ähm, hättest du vielleicht gern eine Freundin die einen Rollstuhl hat?

M1: mhm! (nickt)

I: was glaubst du würdest du denn mit der machen?

M1: sie führen!

I: sie führen? Mhm! Was würdest denn mit ihr für Spiele spielen?

M1: Memory.

I: Memory? Mhm.

M1: Uno, ... und Schnipp Schnapp!

I: Schnipp Schnapp! Is das dein Lieblingsspiel?

M1: (nickt)

I: Aahh! Ähm, hast du Angst vor Kindern die einen Rollstuhl haben?

M1: (schüttelt den Kopf)

I: Was glaubst du kann das Mädchen auf dem Bild denn besonders gut?

M1: hm....(denkt lange nach)

I: Fallt dir nix ein?

M1: mm (nein)

I: okay, fällt dir sonst noch was zu dem Bild ein?

M1: mm (schüttelt den Kopf)

M2, 6 Jahre:

I: Schau mal, M2 ... ich hab da ein Bild. Was ist denn auf dem Bild drauf?

M2: Ein Kind.

I: Mhm. Und siehst du noch irgendwas?

M2: Ein Rollstuhl.

I: Warum glaubst du denn sitzt das Kind im Rollstuhl?

M2: Ich weiß es nicht.

I: Weißt du nicht? Hm (...) Was könnte denn... was könnte denn ein Grund sein, warum es einen Rollstuhl hat?

M2: Hm. Vielleicht kann das nicht gehn.

I: Mhm! Und wie kann das passiert sein, dass es nicht mehr gehen kann?

M2: Hmm (denkt nach). Weiß ich nimma.

I: Hm, na überleg mal....

M2: Weiß...

I: Fallt dir nix ein?

M2: mm (meint nein)

I: Okay... Glaubst du dass jedes Kind einmal einen Rollstuhl brauchen könnt?

M2: Ja!

I: Ja? Wieso denn?

M2: Weiß ich nimma. Jetzt hab ich...die Mama hat mir einmal gesagt, jetzt weiß ichs nimma!

I: Die Mami hat gesagt, du weißt es nicht mehr?

M2: Ja.

I: Mhm... Hmmm. Glaubst du das Kind kann vielleicht seine Füße nicht so gut bewegen, weils einen Unfall gehabt hat oder so?

M2: Einen Unfall gehabt.

I: Kann das sein?

M2: Ja!

I: Ja? Oder...hm, zum Beispiel wenn man sich den Fuß gebrochen hat, braucht man dann auch einen Rollstuhl?

M2: Nein...

I: Nein? Was braucht man denn dann?

M2: Im Bett liegen

I: Mhmm. Und was braucht man noch wenn man sich den Fuß gebrochen hat?

M2: im Krankenstand liegen.

I: Mhm! Und was hat man dann meistens am Fuß?

M2: Ein Gips.

I: Mhm. Und dann kann man auch nicht mehr so gut gehen oder?

M2: Ja

I: Ja Ahm, hättest du vielleicht gerne Freunde die im Rollstuhl sitzen? Kannst du dir das vorstellen?

M2: Nein.

I: Und warum nicht?

M2: ich weiß nicht.

I: Okay, ahm ... Hast du Angst vor Kindern die im Rollstuhl sitzen?

M2: Ja.

I: Und warum.

M2: weiß ich nicht.

I: hmm. Fallt dir noch irgendwas zu dem Bild ein?

M2: mhh, gar nix.

I: Hm, was könnte denn das Kind gut können?

M2: Weiß ich niiicht...

I: Na überleg einmal...

M2: Ich weiß es nicht

I: Okay. Gut M, dann schalt ich jetzt ab.

M3, 6 Jahre:

I: Schau mal ich hab da ein Bild. Was siehst du denn auf dem Bild?

M3: Eine Oma...ah, Mama!

I: eine Mama, okay, und was siehst du noch?

M3: Ähm, so einen Wagen, wo man draufsitzen kann, wenn man irgendwas gebrochen hat.

I: mhm. Weißt du auch wie der heißt?

M3: Nein.

I: Das is ein Rollstuhl ... so heißt das.

(M3 nickt)

I: Warum könnte diese Mama denn einen Rollstuhl brauchen?

M3: Weil sie sich irgendwo wehgetan und sich etwas gebrochen hat.

I: mhm, gibt's da auch noch einen anderen Grund?

M3: Mhh...nein...

I: okay, hast du schon mal gehört dass manche Leute die Beine nicht mehr bewegen können?

M3: nein

I: nein, okay... Glaubst du dass jeder Mensch einmal einen Rollstuhl brauchen könnt?

M3: Ja.

I: mhm, und warum?

M3: wenn man krank is.

I: mhm, sonst noch was ?

M3: nein (schüttelt den Kopf)

I: Hast du Freunde, die einen Rollstuhl haben?

M3: Nein, überhaupt keine.

I: Kannst du dir vorstellen, dass du mal eine Freundin hättest die einen Rollstuhl hat?

M3: mhm!

I: Und was würdest du dann mit der unternehmen?

M3: Mit der irgendwo hinfahrn, spazieren gehen...

I: mhm

M3: (denkt nach) und am Spielplatz!

I: Am Spielplatz okay. Und was würdest du mit ihr für Spiele spielen?

M3: Ball!

I: Ball, mhm

M3: und...verstecken!

I: Verstecken...spielst du gern verstecken?

M3: mhm.

I: okay. Ähm hast du Angst vor Kindern oder Frauen die einen Rollstuhl haben?

M3: nein.

I : nein...warum nicht?

M3: weiß ich nicht

I: was glaubst du kann die Frau auf dem Bild ganz gut?

M3: ähm...fahren.

I: mhm

M3: und... weiß ich nicht mehr.

I: okay....fällt dir noch irgendwas ein zu dem Bild?

M3: nein.

M4, 4 Jahre (E.)

M4: Ein Rollstuhl

M4: Ein Kind.

I: Ist das ein Mädchen? Oder ein Bub?

M4: ein Mädchen.

I: Mhm, und warum könnte dieses Mädchen einen Rollstuhl brauchen?

M4:

I: was könnte denn passiert sein?

M4:

I: Wozu braucht man denn überhaupt einen Rollstuhl, was muss man denn da haben?

M4: Wenn man ein Bein gebrochen hat.

I: Mhm, fällt dir auch noch was anderes ein?

M4: nein.

I: Hast du schon mal gehört dass manche Leute die Beine gar nicht bewegen können?

(M4 schüttelt den Kopf)

I: Nein? Okay ... Glaubst du dass jedes Kind mal einen Rollstuhl brauchen könnte? Kann das jedem Kind passieren?

(M4 nickt)

I: Ja? Okay ... Warum denn? Weil sich jedes Kind das Bein brechen kann?

(M4 nickt)

I: Ja? Hast du Freunde oder hast du schon mal jemanden gesehen, der einen Rollstuhl hat

M4: Mhm. (nickt)

I: Ja? Wo hast du denn den gesehen?

M4: Bei so einer Schule.

I: Bei einer Schule? Mhmm. Hast du auch Freunde, die einen Rollstuhl haben?

(M4 schüttelt Kopf)

I: Nein? Könntest du dir vorstellen, dass du eine Freundin hättest, die einen Rollstuhl hat?

(M4 schüttelt Kopf)

I: Nein? Warum denn nicht?

M4:

I: Fällt dir nix ein? ... okay. Mhh, hast du Angst vor Kindern, die einen Rollstuhl haben

M4: mm

I: Nein? Warum nicht?

M4:

I: Weißt nicht? Okay, was glaubst du kann das Mädchen auf dem Bild denn gut?

M4:

I: Fällt dir nix ein, was das Kind gut könnte? Glaubst du kann es seine Arme bewegen?

(M4 nickt)

I: Ja? Glaubst du kann das vielleicht auch gut zeichnen? Oder Spiele spielen?

(M4 nickt)

I: Glaubst du kann das vielleicht auch gut singen?

(M4 nickt)

I: Oder auch mit einem Ball spielen, wenn es einen Rollstuhl hat?

(M4 nickt)

I: Ja, glaubst du auch? Okay... Kann es denn auch Fußball spielen?

M4:

I: weißt nicht? Nein? Okay.... fällt dir noch was ein was du zu dem Bild sagen willst?

(M4 schüttelt den Kopf)

M5, 4 Jahre:

I: Schau mal M5, ich hab da ein Bild für dich. Was siehst du denn auf dem Bild?

M5: Ein Mädchen.

I: Mhm und was noch?

M5: Uuund... Wagerl.

I: Ein Wagerl. Und weißt du auch wie das heißt? Hast du sowas schon einmal gesehen?

M5: Nein.

I: Nein? Okay... das is ein Rollstuhl. Das hat da auf der Seite Rollen und da kann man sich mit den Händen antauchen.

M5: Ja.

I: Ja...warum glaubst du, könnt denn ein Kind so einen Rollstuhl brauchen?

M5: Ja.

I: Warum denn?

M5: Weil...weil...dann sind Hände kaputt. Und dann muss man, muss man zu Doktor gehen und dann...(unverständliches Wort)

I: Okay...was is kaputt?

M5: Hände, oder Füße

I: Okay (...) die Hände oder die Füße sind gebrochen. Fällt dir noch irgendein Grund ein?

M5: nein.

I: Hast du schon einmal gehört, dass es Kinder gibt, die ihre Füße nicht bewegen können?

(M5 nickt)

I: Ja? Hast du so ein Kind schon mal gesehen, kennst du eins?

(M5 nickt)

I: Ja? Wie heißt es denn?

M5: Lisa.

I: Wie alt ist denn die Lisa?

M5: Fünf.

I: Aha. Spielst du gerne mit ihr?

M5: Ja!

I: Was spielt ihr denn zusammen?

M5: Ahm, Doktor...

I: Doktor spielt ihr? Mhm...

M5: Puppenwagerl....Polizei.... und Hexe...

I: Hexe, aah, okay ... Ahm, hast du Angst vor Kindern die einen Rollstuhl haben?

M5: nein,

I: Und warum nicht?

M5: Ich habs, aber wenn (unverständliches Wort) haben...

I: Was muss sie haben?

M5: Das da!

I: Einen Rollstuhl....aha, okay.

I: Und was glaubst du kann denn ein Kind im Rollstuhl gut?

M5: Ja.

I: Was denn?

M5: Sitzen kanns gut.

I: Sitzen? Und was noch?

M5: Sitzen kanns gut, aber stehen kanns nicht gut.

I: Hm, was könnt's mit den Armen gut?

M5: Hmm (...) Ich weiß es nicht.

I: Fallt dir noch irgendwas ein was du zu dem Bild sagen willst?

M5: Ja...

I: was denn?

M5: weißt du das da?

I: Das kenn ich ja.

M5: Weil das is kaputt...Kopf kaputt und die muss Doktor gehen.... und Hände auch

I: Mhm...okay, danke M5.

A4: ZUSAMMENFASSUNG

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der bisher von der Forschung eher wenig thematisierten Frage, welche Einstellungen Kinder einer integrativ geführten Kindergartengruppe gegenüber Gleichaltrigen mit Körperbehinderung zeigen. Im Speziellen wurden dabei die kognitiven und die affektiven Einstellungsaspekte in Bezug auf Körperbehinderung näher beleuchtet. Bisherige Ergebnisse der Einstellungsforschung wurden im ersten Teil dieser Arbeit beschrieben und diskutiert. Mit Hilfe von qualitativen Interviews wurden die Vorstellungen, Bewertungen und Gefühle gegenüber Körperbehinderten und Körperbehinderung im Allgemeinen an einer Stichprobe von elf Kindern zwischen vier und sechs Jahren, die eine integrativ geführte Kindergartengruppe besuchten, erhoben und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse sind überwiegend konsistent mit anderen Studien, indem sie zeigten, dass die interviewten Kinder das Hilfsmittel „Rollstuhl“ kannten und sie sich darüber im Klaren waren, dass eine Person, die auf die Verwendung eines solchen angewiesen ist, in irgendeiner Form physisch beeinträchtigt ist. Als Ursachen für diese Einschränkung wurden sowohl Erkrankungen, Knochenbrüche und Unfälle, aber auch Behinderung genannt. Offen blieb, inwiefern die Kinder die körperliche Beeinträchtigung als etwas Temporäres oder Dauerhaftes verstanden. Die Ergebnisse deuten ebenfalls darauf hin, dass die Kinder Gleichaltrigen mit Körperbehinderung eher wenige Kompetenzen zuschreiben und sich die Mehrheit der Kinder nicht vorstellen konnte, eine Freundschaft mit einem körperbehinderten Kind einzugehen. Manche Kinder standen einer Freundschaft mit einem behinderten Kind aber auch positiv gegenüber.

Die gewonnenen Ergebnisse wurden im Hinblick auf ihre pädagogische Relevanz diskutiert und Möglichkeiten zum Erwerb einer positiven Einstellung und einem positiven Umgang untereinander aufgezeigt.

Stichwörter: Einstellungen, Körperbehinderung, Kindergarten, Integration

A5: ABSTRACT

This theses deals with the question which attitudes children between four and six years who attend an integrated classroom show towards peers with physical disabilities. In particular this work tries to shed light on the cognitive and affective components of attitudes concerning physical disabilities. Previous results of attitude research were described and discussed in the first part of this work. The understanding of, the judgements and feelings about peers with physical disabilities were studied by interviewing a sample of eleven children from an integrated classroom by using qualitative interviews. The qualitative content analysis developed by Mayring was used to interpret the results. The results are mostly consistent with those of other studies and revealed that the interviewed children knew about the term „wheelchair“ and that they were aware of the fact, that a person who is dependent on using a wheelchair experiences some sort of physical restriction. The children named illnesses, broken legs or accidents but also disabilities as possible reasons for this physical impairment. However, the results could not answer the question, whether the children viewed this impairment and the use of the wheelchair as a temporary or a permanent matter. It was also shown that the ablebodied children underestimated the abilities of children with physical disabilities and a majority could not imagine to have a disabled friend. But some children did express a positive attitude towards having a disabled friend.

The results have been discussed in terms of their relevance for inclusive education and possibilities to acquire positive attitudes towards peers with disabilities.

Keywords: attitudes, physical disability, preschool, integrated classrooms

A6: LEBENSLAUF

Name: Nicole Filip

Geboren am: 26. Oktober 1986

Ausbildung:

1997-2001	Bundesgymnasium „Bertha von Suttner“, Donauinselplatz 1
2001-2006	Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik der Stadt Wien, Patrizigasse 2
6/2006	Matura und Diplom für Kindergartenpädagogik mit Zusatzausbildung zur Früherzieherin
seit 10/2006	Studium der Pädagogik an der Universität Wien, Schwerpunkte: Heil- und Integrativpädagogik, Psychoanalytische Pädagogik
seit 10/2008	Studium der Psychologie an der Universität Wien
2-8/2009	Auslandssemester an der Universität Zürich

Berufliche Tätigkeiten/Praktika:

7/2002	Praktikum in einem Kindergarten der Wiener Kinderfreunde
7-9/2006	Au-Pair-Aufenthalt in England
1-5/2007	Aushilfskraft in Kindergärten der Wiener Kinderfreunde
7-8/2007	Ferialpraktikum bei HABIT im basalen Tageszentrum für Erwachsene mit Schwerstbehinderung
6-12/2008	Geringfügige Beschäftigung in einer Wohngemeinschaft der Wiener Sozialdienste für Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen
10/2008-1/2009	Wissenschaftliches Praktikum am IFF, Uni Klagenfurt
seit 10/2010	Geringfügige Beschäftigung als Tutorin einer gehörlosen Studentin beim Projekt GESTU der TU Wien
seit 1/2011	Kinderbetreuerin im Kinderbereich des Manhattan Fitnessclubs