



universität
wien

Diplomarbeit

Beratung bei pränataler Diagnostik

Unter welchen Bedingungen ist ein Schwangerschaftsabbruch
nach Inanspruchnahme pränataler Diagnostik und einem
positiven Befund für geistige Behinderung als gerechtfertigt
anzusehen?

Lena Maria Larndorfer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Jänner 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass.-Prof. Mag.rer.nat. Dr.phil. Harald Werneck

Für meine lieben Eltern

Inge und Hans

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	8
Tabellenverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	12
1 GRUNDLAGEN.....	13
1.1 Pränataldiagnostik.....	13
1.1.1 Indikationen für Pränataldiagnostik	13
1.1.2 Methoden der Pränataldiagnostik.....	15
1.1.2.1 Nicht-invasive Untersuchungsmethoden	15
1.1.2.1.1 Ultraschalluntersuchung.	15
1.1.2.1.2 Untersuchungen des mütterlichen Blutes.....	16
1.1.2.1.3 Weitere nicht-invasive Untersuchungsmethoden.	17
1.1.2.2 Invasive Untersuchungsmethoden.....	17
1.1.2.2.1 Die Amniozentese.....	18
1.1.2.2.2 Die Chorionzottenbiopsie.	18
1.1.2.2.3 Das Fehlgeburtenrisiko nach Amniozentese und Chorionzottenbiopsie.	19
1.1.2.2.4 Weitere invasive Untersuchungsmethoden.....	20
1.2 Geistige Behinderung und Pränataldiagnostik.....	21
1.2.1 Der Begriff Behinderung	22
1.2.1.1 Definition des Begriffes Behinderung	22
1.2.1.2 Klassifikation des Begriffes Behinderung	23
1.2.1.3 Die Kontextabhängigkeit des Begriffes Behinderung	23
1.2.2 Genetik und Behinderung	24
1.2.3 Schwangerschaftsabbruch auf Grund embryopatischer Indikation...26	
2 Beratung bei Pränataldiagnostik.....	28
2.1 Genetische Beratung	29
2.1.1 Definition des Begriffs genetische Beratung	29
2.1.2 Ziele der genetischer Beratung	30
2.1.3 Inhalte und Funktion der genetischen Beratung	30
2.1.4 Genetische Beratung und Ethik.....	31

2.1.5	Direktivität versus Nicht-direktivität in der genetischen Beratung ..	32
2.2	Psychosoziale Beratung und Pränataldiagnostik	33
2.2.1	Gründe für die Notwendigkeit der psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik	33
2.2.1.1	Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung vor pränataler Diagnostik	34
2.2.1.2	Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung nach embryopatischer Indikation	35
2.2.2	Inhalte der psychosozialen Beratung	36
2.2.2.1	Beratung vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik	36
2.2.2.2	Beratung im Verlauf der Pränataldiagnostik	37
2.2.2.3	Beratung nach einem pathologischen Befund des ungeborenen Kindes	37
2.2.3	Ziele der psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik	38
3	Einstellungen im Kontext pränataler Diagnostik	40
3.1	Definition und Begriffsbestimmung von Einstellung	40
3.2	Einstellung zu geistiger Behinderung	40
3.2.1	Determinanten der Einstellung zu geistiger Behinderung	41
3.2.1.1	Soziodemografische Variablen	41
3.2.1.2	Art und Ausmaß der Behinderung	42
3.2.1.3	Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung	42
3.2.1.4	Einstellung zu geistiger Behinderung von Professionisten	42
3.3	Einstellung zu Pränataldiagnostik	42
3.3.1	Determinanten der Einstellung zu Pränataldiagnostik	43
3.3.1.1	Wissen über Pränataldiagnostik	43
3.3.1.2	Erfahrung mit Pränataldiagnostik	44
3.3.2	Einfluss der Einstellung auf das Verhalten	44
4	Entscheidung im Kontext pränataler Diagnostik	46
4.1	Theoretische Ansätze	47
4.1.1	Der Informationsverarbeitungsansatz	47
4.1.2	Theory of planned behaviour	47
4.2	Konzepte „guter Entscheidungen“ im Kontext pränataler Diagnostik	48
4.2.1	Autonomie der Entscheidung im Kontext pränataler Diagnostik	48

4.2.2	Informed consent.....	49
4.2.3	Informed decision making	50
4.3	Entscheidung vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik	51
4.3.1	Entscheidungsdeterminierende Variablen	51
4.3.1.1	Entscheidung für Screeningmethoden	51
4.3.1.2	Entscheidung für Amniozentese.....	52
4.4	Entscheidung nach pathologischem Befund des Feten	52
4.4.1	Entscheidungsdeterminierende Variablen	53
4.4.2	Arten der Entscheidung nach einem pathologischen Befund des Feten	54
5	Zielsetzung und zentrale Fragestellungen der empirischen Untersuchung	55
6	Fragestellungen der Untersuchung	56
6.1	Soziodemografische Variablen und weitere Determinanten der Einstellung zu geistiger Behinderung	56
6.1.1	Soziodemografische Variablen	56
6.1.2	Kontaktbezogene Variablen.....	57
6.1.3	Erfahrung mit Pränataldiagnostik	57
6.1.4	Studienrichtung	58
6.2	Soziodemografische Daten und weitere Determinanten der Einstellung zu Pränataldiagnostik.....	58
6.2.1	Soziodemografische Variablen	58
6.2.2	Kontaktbezogene Variablen.....	59
6.2.3	Erfahrung mit Pränataldiagnostik	59
6.2.4	Studienrichtung	60
6.3	Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik	60
6.4	Fragestellungen zu den Vignettenbeurteilungen.....	61
6.4.1	Einfluss der Vignettenbausteine auf die Beurteilungen	61
6.4.2	Einfluss der einstellungsdeterminierenden Faktoren, der soziodemografischen Variablen und der Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik auf die Vignettenbeurteilungen	61
7	Durchführung der Untersuchung.....	63

7.1	Beschreibung der Datenerhebung.....	63
7.2	Durchführung der statistische Auswertung.....	64
7.3	Beschreibung des Erhebungsinstrumentes.....	64
7.3.1	Die Vignettenanalyse-Teil A.....	65
7.3.1.1	Inhaltliche Gestaltung der Vignette.....	65
7.3.1.2	Vignettenbausteine und deren Ausprägungen.....	66
7.3.1.2.1	Grad der geistigen Behinderung und sichtbare körperliche Behinderung.....	66
7.3.1.2.2	Unterstützung durch die Umwelt.....	67
7.3.1.2.3	Wirtschaftliche Folgen.....	68
7.3.1.2.4	Ethische Vertretbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs.....	69
7.3.1.3	Festlegung der Beurteilungsskala.....	71
7.3.1.4	Experimentelles Vignettendesign - RBCF-Design.....	72
7.3.1.4.1	Bestimmung der Anzahl der Vignettensets.....	73
7.3.1.4.2	Bildung der Vignettensets.....	74
7.3.2	Der Fragebogen -Teil B.....	75
7.3.2.1	Skala Einstellung zu geistiger Behinderung.....	75
7.3.2.1.1	Skala Integration-Segregation (INSE).....	77
7.3.2.1.2	Subskala Soziale Distanz (SDIS).....	78
7.3.2.1.3	Subskala Subtile Abwertung (SUAB).....	78
7.3.2.2	Skala Einstellung zu Pränataldiagnostik.....	79
7.3.2.2.1	Skala Akzeptanz von Pränataldiagnostik.....	79
7.3.2.2.2	Skala Einstellung zu Abtreibung in Verbindung mit Pränataldiagnostik.....	80
7.3.3	Demographische Daten und weitere Determinanten der Einstellungen.....	81
7.3.4	Abhängige und unabhängige Variablen.....	81
7.3.5	Die Stichprobe.....	82
7.3.5.1	Auswahl der Stichprobe.....	82
7.3.5.2	Beschreibung der Stichprobe.....	83
7.3.5.2.1	Geschlechtsverteilung.....	83
7.3.5.2.2	Alter.....	83
7.3.5.2.3	Studienfortschritt.....	84
7.3.5.2.4	Familienstand.....	85

7.3.5.2.5	Wohngegend	85
7.3.5.2.6	Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung	85
7.3.5.2.7	Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung	86
7.3.5.2.8	Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung	86
7.3.5.2.9	Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik und der Erfahrung mit Pränataldiagnostik	87
7.3.5.2.10	Eigene Erfahrung mit Pränataldiagnostik	88
7.3.5.2.11	Den RespondentenInnen bekannte Untersuchungsverfahren	89
7.3.5.2.12	Bewertung der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik	90
8	Ergebnisse	91
8.1	Die Einstellung zu geistiger Behinderung	91
8.1.1	Allgemeine Aspekte	91
8.1.2	Hypothesenprüfung	92
8.1.2.1	Die Einstellung zu geistiger Behinderung und soziodemographische Variablen.....	92
8.1.2.1.1	Einstellungsunterschiede auf Grund der Studienrichtung	92
8.1.2.1.2	Einstellungsunterschiede auf Grund des Geschlechts	92
8.1.2.1.3	Einstellungsunterschied auf Grund des Wohnortes.....	93
8.1.2.2	Die Einstellung zu geistiger Behinderung und einstellungs- determinierende Variablen.....	94
8.1.2.2.1	Einstellungsunterschiede auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung	94
8.1.2.2.2	Einstellungsunterschiede auf Grund der Art des Kontaktes	94
8.1.2.2.3	Einstellungsunterschiede auf Grund der Häufigkeit des Kontaktes	95
8.1.2.2.4	Einstellungsunterschiede auf Grund des Wissens zu Pränataldiagnostik	96
8.1.2.2.5	Einstellungsunterschiede auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik	97
8.1.2.2.6	Einstellungsunterschiede auf Grund der Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik	97
8.1.2.2.7	Einstellungsunterschiede auf Grund der Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik.....	99

8.2	Einstellung zu Pränataldiagnostik.....	100
8.2.1	Allgemeine Aspekte.....	100
8.2.2	Hypothesenprüfung.....	100
8.2.2.1	Einstellung zu Pränataldiagnostik und soziodemografische Variablen.....	100
8.2.2.1.1	Einstellungsunterschiede auf Grund des Geschlechts.....	101
8.2.2.1.2	Einstellungsunterschiede auf Grund der Studienrichtung	101
8.2.2.1.3	Einstellungsunterschiede auf Grund der Wohngegend	102
8.2.2.2	Die Einstellung zu Pränataldiagnostik und einstellungs- determinierende Variablen.....	102
8.2.2.2.1	Einstellungsunterschiede auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik	102
8.2.2.2.2	Einstellungsunterschiede auf Grund der Art der Erfahrung	103
8.2.2.2.3	Einstellungsunterschiede auf Grund der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik.....	103
8.2.2.2.4	Einstellungsunterschiede auf Grund der Qualität der Erfahrung	104
8.2.2.2.5	Einstellungsunterschiede auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung.....	105
8.2.2.2.6	Einstellungsunterschiede auf Grund der Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung	106
8.2.2.2.7	Einstellungsunterschiede auf Grund der Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung.....	106
8.3	Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik	107
8.3.1	Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt....	107
8.3.2	Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik	108
8.3.3	Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und zu Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik	109
8.4	Vignettenanalyse.....	110
8.4.1	Allgemeine Aspekte.....	110

8.4.2	Erhebung der Haupt- und Wechselwirkungen des Vignettendesigns	112
8.4.3	Vignettenanalyse mit Erweiterung durch soziodemografische und einstellungsdeterminierende Variablen	120
8.4.4	Vignettenanalyse mit Erweiterung durch Einstellungen	123
9	Diskussion der Ergebnisse	126
9.1	Einstellung zu geistiger Behinderung	126
9.2	Einstellung zu Pränataldiagnostik	128
9.3	Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik	129
9.4	Unter welchen Umständen wird ein Schwangerschaftsabbruch bei geistiger Behinderung als gerechtfertigt angesehen.....	130
9.4.1	Haupteffekte der Bedingungskonstellationen	130
9.4.2	Wechselwirkungen der Bedingungskonstellationen	131
9.4.3	Modell mit dem größten Erklärungswert.....	132
	Literaturverzeichnis	134
	Anhang A.....	142
	Anhang B.....	149
	Zusammenfassung.....	177
	Eidesstattliche Erklärung.....	179
	Lebenslauf.....	181

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Beispielvignette.....	72
Abbildung 2 Normalverteilung geistige Behinderung	91
Abbildung 3 Normalverteilung Pränataldiagnostik.....	100
Abbildung 4 Beurteilung der Vignetten Häufigkeitshistogramm	112
Abbildung 5 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen Grad der geistigen Behinderung.....	114
Abbildung 6 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen körperliche Beeinträchtigung	115
Abbildung 7 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen wirtschaftliche Folgen	116
Abbildung 8 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen Familienstand	116
Abbildung 9 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen Schwangerschaftsfortschritt	117
Abbildung 10 Variation der Vignettenbeurteilungen Grad der geistigen Behinderung und körperliche Beeinträchtigung.....	119
Abbildung 11 Variation der Vignettenbeurteilungen geistige Behinderung und körperliche Beeinträchtigung	120

Tabellenverzeichnis

Tabelle 7-1 Kombination der Vignettenbausteine.....	75
Tabelle 7-2 Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala MRAI-d.....	77
Tabelle 7-3 Reliabilitätsanalyse der Skala Integration und Segregation (INSE)	77
Tabelle 7-4 Reliabilitätsanalyse der Skala Soziale Distanz (SDIS)	78
Tabelle 7-5 Reliabilitätsanalyse der Skala Subtile Abwertung (SUAB)	79
Tabelle 7-6 Reliabilitätsanalyse Skala Einstellung zu Pränataldiagnostik	79
Tabelle 7-7 Reliabilitätsanalyse Skala Akzeptanz von Pränataldiagnostik	80
Tabelle 7-8 Skala Einstellung zu Abtreibung in Verbindung mit Pränataldiagnostik.....	80
Tabelle 7-9 Häufigkeitstabelle Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe.....	83
Tabelle 7-10 Häufigkeitstabelle Alter der Gesamtstichprobe	84
Tabelle 7-11 Studienfortschritt der Gesamtstichprobe	85
Tabelle 7-12 Häufigkeitstabelle Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung	86
Tabelle 7-13 Häufigkeitstabelle Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung	87
Tabelle 7-14 Häufigkeitstabelle Selbsteinschätzung Wissen zu Pränataldiagnostik.....	88
Tabelle 7-15 Häufigkeitstabelle Art der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik.....	89
Tabelle 7-16 Häufigkeitstabelle den RespondentInnen bekannte Untersuchungsmethoden	90
Tabelle 8-1 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Studienrichtung (n = 120) per Mann-Whitney U- Test.....	92
Tabelle 8-2 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Geschlecht (n = 120) per T-Test	93
Tabelle 8-3 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Wohnort (n = 120) per Mann-Whitney U-Test.....	93

Tabelle 8-4 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Kontakt zu geistiger Behinderung (n = 120) per T-Test.....	94
Tabelle 8-5 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n = 47) per Mann-Whitney U-Test.....	95
Tabelle 8-6 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n=51) per Einfaktorieller Anova	96
Tabelle 8-7 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik (n=120) per Einfaktorieller Anova.....	97
Tabelle 8-8 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per T-Test...	97
Tabelle 8-9 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per H-Test nach Kruskal und Wallis.....	98
Tabelle 8-10 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=26) per H-Test nach Kruskal und Wallis	99
Tabelle 8-11 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Geschlecht (n=120) per T-Test	101
Tabelle 8-12 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Studienrichtung (n=120) per T-Test.....	101
Tabelle 8-13 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Wohngegend (n=120) per T-Test.....	102
Tabelle 8-14 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per T-Test.....	103
Tabelle 8-15 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per H-Test nach Kruskal und Wallis	103

Tabelle 8-16 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung Pränataldiagnostik und der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik (n=120) per Einfaktorieller Anova.....	104
Tabelle 8-17 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=28) per H-Test nach Kruskal und Wallis	105
Tabelle 8-18 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung Pränataldiagnostik und Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung (n=51) per Einfaktorieller Anova.....	105
Tabelle 8-19 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n = 47) per T-Test	106
Tabelle 8-20 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung Pränataldiagnostik und Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung per Einfaktorieller Anova.....	107
Tabelle 8-21 Überprüfung der Zusammenhangshypothese: Einstellung zu geistiger Behinderung und Einstellung zu Pränataldiagnostik (n=120) per Korrelation nach Pearson	108
Tabelle 8-22 Überprüfung der Zusammenhangshypothese: Einstellung zu geistiger Behinderung und Einstellung zu Pränataldiagnostik allgemein (n=120) per Korrelation nach Pearson	109
Tabelle 8-23 Überprüfung der Zusammenhangshypothese: Einstellung zu geistiger Behinderung und Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch bei Pränataldiagnostik (n=120) per Korrelation nach Pearson.....	109
Tabelle 8-24 durchschnittliche Bewertung der Vignetten	110
Tabelle 8-25 Häufigkeitstabelle Vignettenbeurteilungen	111
Tabelle 8-26 Varianzanalyse Haupteffekte des Vignettendesigns (n=960) per Variananalyse.....	113
Tabelle 8-27 Wechselwirkungen des Vignettendesigns (n=960) per Variananalyse.....	118
Tabelle 8-28 Modell mit demografischen Daten der Vignettenanalyse (n=960) per Variananalyse	122
Tabelle 8-29 Modell mit dem meisten Erklärungswert der Vignettenanalyse per Variananalyse.....	124

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
χ^2	Chi Quadrat Wert
Asymp. Sig.	Asymptotische Signifikanz
df	Freiheitsgrade
F	F-Wert
gb	geistige Behinderung
KI	Konfidenzintervall
r	Korrelation
M	Mittelwert
Max	Maximum
Medstud	Medizinstudierende
Min	Minimum
MS	Mittel der Quadrate
N	Stichprobengröße
o	obere Grenze
PD	Pränataldiagnostik
Psystud	Psychologiestudierende
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
p	Signifikanz
SS	Quadratsumme
U	U-Wert
u	untere Grenze
W	Wilcoxon W
Z	Z-Wert

1 GRUNDLAGEN

1.1 Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostische Methoden sind ein Teilbereich der pränatalen Medizin und werden angewendet, um vorgeburtliche Fehlbildungen des ungeborenen Kindes zu diagnostizieren. Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in Deutschland definiert in seinen Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen Pränataldiagnostik als „alle die diagnostischen Maßnahmen, durch die morphologische, strukturelle, funktionelle, chromosomale und molekulare Störungen vor der Geburt erkannt und ausgeschlossen werden können“ (S. 1). Dafür werden verschiedene Methoden angewendet. Die Ultraschalluntersuchung als pränataldiagnostische Maßnahme ist in Österreich im Mutter-Kind-Pass (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005) eingetragen und wird daher routinemäßig in nahezu allen Schwangerschaften durchgeführt. Somit kann man bei einem Ultraschall von keiner direkten Indikation sprechen. Sie ist jedoch nicht verpflichtend und somit ist es jeder Frau freigestellt pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen oder nicht.

1.1.1 Indikationen für Pränataldiagnostik

Eine Indikation für Pränataldiagnostik ist dann gegeben, wenn ein gesundheitliches Risiko für die Schwangere und das ungeborene Kind besteht. Petra Fosen-Schlichtinger (2002) beschreibt, dass der Begriff des Risikos nicht klar umrissen ist und mit der Einstellung zu Schwangerschaft, Geburt und geistiger Behinderung in einer Gesellschaft zusammenhängt. So beschreibt die Autorin:

In einer Gesellschaft, in der Schwangerschaft und Gebären offensichtlich nicht mehr natürliche Teile des Lebenszyklus der Frau sind, und von ethischen Handlungen unter Frauen zu Vorgängen, die

rational überprüfbar medizinischen Institutionen unterliegen, geworden sind, kommt Risikokalkulationen ein höherer Stellenwert zu. (S.95)

Folgende Bedingungen sind als Indikationen zu betrachten:

1. Das Alter der Eltern: Ab dem 35. Lebensjahr der Mutter und dem 40. Lebensjahr des Vaters können vermehrt Chromosomenaberrationen des ungeborenen Kindes auftreten. Vor allem die Trisomie 21 nimmt ab diesem Zeitpunkt deutlich zu.
2. Das Wiederholungsrisiko: Wenn bereits eine Schwangerschaft mit einem Kind mit einer Chromosomenaberration stattgefunden hat, ist die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Aberration erhöht.
3. Auffällige Vorbefunde: Wenn bei bereits vorangegangenen Untersuchungen wie dem Ultraschall auffällige Vorbefunde vorhanden sind, ist dies ein Indikator für weitere pränataldiagnostische Verfahren.
4. Die psychische Indikation: Bei großer Angst der Mutter vor der Geburt eines Kindes mit Behinderung können ebenso pränataldiagnostische Untersuchungen durchgeführt werden (Fosen-Schlichtinger, 2002).

Bisher stellte sich heraus, dass Pränataldiagnostik auf Grund einer psychischen Indikation besonders häufig stattfindet. In einer Studie von Nippert (1998) mit 1200 Frauen zeigte sich, dass Frauen ohne medizinische Indikation mit einem prozentuellen Anteil von 12,5 häufiger Untersuchungen in Anspruch nahmen als Frauen mit medizinischer Indikation (7.3%). Zudem wurden die individuellen Begründungen für die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik erhoben. Die Frauen argumentierten für die Pränataldiagnostik auf Grund ihrer individuellen Lebenssituation, die mit einem Kind mit Behinderung nicht vereinbar wäre. Des Weiteren sind die voraussichtliche Diskriminierung auf Grund eines behinderten Kindes und das antizipierte Mitleid für ein Kind mit Behinderung psychische Indikationen für die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik.

1.1.2 Methoden der Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostische Untersuchungen haben in den letzten drei Jahrzehnten verstärkt zugenommen. Die Fortschritte in Technik und Humangenetik ermöglichen auch in der Geburtsvorsorge immer präzisere Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik. Die Möglichkeiten der intrauterinen Behandlungen sind jedoch begrenzt. Daher kann in den meisten Fällen, nach einem positiven pathologischen Befund, nur ein Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme angeboten werden. Auf Grund dieser Tatsache ist eine Auseinandersetzung mit den möglichen Konsequenzen der Pränataldiagnostik bereits vor der Inanspruchnahme der Untersuchungen notwendig. Dies und die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind durch die Methoden der Pränataldiagnostik sind Themen der Beratung vor einer Untersuchung. Man kann die Methoden der Pränataldiagnostik grob in zwei Kategorien einteilen, die nicht-invasiven und invasiven Untersuchungsmethoden (Fosen-Schlichtinger, 2002).

1.1.2.1 Nicht-invasive Untersuchungsmethoden

Die nicht-invasiven Untersuchungsmethoden wie die Ultraschalluntersuchung oder die Untersuchung des mütterlichen Blutes, werden auch als Softtechnologien bezeichnet, da zumindest auf körperlicher Ebene keine negativen Folgen zu erwarten sind (Langer & Reinold, 1993, zitiert nach Wiedebusch, 1997, S. 128). Ein auffälliger oder uneindeutiger Befund zieht jedoch zumeist weitere invasive Untersuchungen nach sich.

1.1.2.1.1 Ultraschalluntersuchung.

Im Mutter-Kind-Pass sind in Österreich drei Ultraschalluntersuchungen in jedem Schwangerschaftsdrittel (Trimenon) empfohlen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005). Die Untersuchungen sind nicht verpflichtend. Der Ultraschall dient im ersten Trimenon der Überprüfung der Vitalität der Schwangerschaft, der Größe des Dottersackes, der Bestimmung der Anzahl der Embryonen und der Lage des Embryos. Im zweiten und dritten Trimenon werden die Anatomie und das Wachstum des Embryos überprüft. Im dritten

Trimenon werden zusätzlich die biophysikalischen Parameter des Fetus kontrolliert, sowie späte Missbildungen diagnostiziert. Der Ultraschall birgt keine bekannten Nebenwirkungen und kann daher bedenkenlos angewendet werden. Kritische Stimmen weisen jedoch auf die, wenn auch geringen ionisierenden Strahlen und deren gesundheitsschädliche Wirkung hin und auf das Risiko eines falsch positiven Befundes. Aus diesen Gründen ist von unzähligen Ultraschalluntersuchungen ohne Indikation abzuraten und auf Seiten der Professionisten auf Qualitätsstandards zu achten (Wüstner, 2000).

In Österreich und Deutschland wird der Ultraschall in jedem Trimenon routinemäßig als Screeningverfahren angeboten. Ergebnisse früher Studien weisen jedoch eine stark unterschiedliche Sensitivität dieser Methoden auf (Campbell & Pearce, 1983; Sabbogha et al., 1985; Hill et al. 1985; zitiert nach Levi, 2002). Die Autoren der groß angelegten Studien empfehlen auf Grund der hohen Kosten der routinemäßigen Ultraschalluntersuchungen und der vielen falsch positiven Ergebnisse das Screening nur in high-risk Schwangerschaften im dritten Trimenon anzubieten. Levi (2002) bestätigen, dass der Ultraschall die am kritischsten zu betrachtenden Ergebnisse der pränatalen Untersuchungen liefern. Sie sprechen sich jedoch für das Routinescreening aus. Sie argumentieren mit dem Recht auf Wissen der Eltern. Des Weiteren ermöglichen früh erkannte Fehlbildungen eine bessere postnatale Behandlung. Auffälligkeiten im Ultraschall ermöglichen zudem die Aufdeckung weiterer Anomalien. So werden beispielsweise bei einem Klumpfuß in 80 % der Fälle weitere Defekte diagnostiziert.

1.1.2.1.2 Untersuchungen des mütterlichen Blutes.

Bei der Untersuchung des mütterlichen Blutes wird der Frau venöses Blut abgenommen und auf bestimmte Marker untersucht. Man unterscheidet die Alphafetoprotein-Bestimmung (AFP-Bestimmung), die in der 15. bis 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird und den Triple-Test, der zwischen 16. und 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird. Die Wartezeit bis zu dem Ergebnis dauert in beiden Fällen eine Woche.

Bei der AFP-Bestimmung wird die Konzentration des Alphafetoproteins bestimmt und bei Abweichungen mit

Chromosomenaberrationen in Verbindung gebracht. Das Alphafetoprotein ist eine Eiweißsubstanz, die vom Fetus über den Urin ausgeschieden wird. Die Substanz gelangt somit in die Plazenta und von dort in das mütterliche Blut, wo seine Konzentration festgestellt werden kann.

Bei dem Triple-Test wird neben der Konzentration des Alphafetoproteins die Konzentration zweier Hormone, dem unkonjugierten Östriol und dem Choriongonadotropin (HCG) überprüft. Das erhöhte Alter der Mutter und ein erhöhter HCG-Spiegel, sowie ein niedriger Spiegel an unkonjugiertem Östriol und AFP stellen ein erhöhtes Risiko für Down-Syndrom dar (Fosen-Schlichtinger, 2002).

1.1.2.1.3 Weitere nicht-invasive Untersuchungsmethoden.

Zu den nicht invasiven Untersuchungen zählen außerdem das Organscreening und die Nackentransparenzmessung. Beide Untersuchungen stellen eine Erweiterung der Ultraschalluntersuchung da. Das Organscreening wird zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Durch spezielle bildgebende Verfahren können Abbildungen der Organsysteme gemacht werden. Durch die Nackentransparenzmessung, die in der Regel ab der 10. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, können frühe Hinweise auf Chromosomenaberrationen erkannt werden. Beide Verfahren ziehen bei einem auffälligen Befund invasive Untersuchungen nach sich (Wessner, 2000).

1.1.2.2 Invasive Untersuchungsmethoden

Zu den invasiven Untersuchungsmethoden gehören jene Methoden, bei denen fetales Material wie Hautzellen oder Blut entnommen wird, welches in Folge auf sein genetisches Material untersucht wird. Da die Entnahme des Zellmaterials durch die Bauchdecke (transabdominal) oder über die Gebärmutter (transcervikal) innerhalb des Dottersackes erfolgt, kann es durch Verletzungen des Fötus oder Infektionen zu Schädigungen der Schwangeren und des Fetus kommen (Fosen-Schlichtinger, 2002).

1.1.2.2.1 Die Amniozentese.

Die Amniozentese etablierte sich in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Durch die zusätzliche Anwendung des Ultraschalls während der Punktion konnte die Verletzungsgefahr während der Fruchtwasserentnahme reduziert werden. Bei der Amniozentese werden in etwa 20ml Fruchtwasser mittels Hohlneedle transabdominal entnommen. Die im Fruchtwasser befindlichen von dem Fetus abgeschliffenen Hautzellen werden kultiviert. Nach etwa 8 bis 14 Tagen sind genug Hautzellen vorhanden, um eine Karyotypisierung vorzunehmen. Die somit diagnostizierbaren Fehlbildungen entsprechen somit sämtlichen Chromosomenaberrationen. Des Weiteren kann durch das im Fruchtwasser befindliche Alphafetoprotein ein erhöhtes Risiko für Spina bifida festgestellt werden.

Durch die Untersuchung kann es zu Komplikationen auf Seiten der Mutter und des Kindes kommen. Kindliche Komplikationen, wie eine Verletzung durch die Nadel, Abort und Plazentalösung sind weit häufiger als mütterliche Komplikationen, wie vorzeitige Wehen, abdominale Schmerzen und Blutungen. Die Untersuchung wird in der Regel in der 16. bis 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Zu einem früheren Zeitpunkt sind zu geringe plazentafreie Stellen in der Eihöhle vorhanden, wodurch die Verletzungsgefahr und somit das Fehlgeburtenrisiko steigt. Die Wartezeit auf einen Befund dauert bis zu vier Wochen. Somit ist ein Befund erst zu einem späten Zeitpunkt in der Schwangerschaft möglich. Eine dadurch späte Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch stellt eine große Belastung für die Frau dar und das Risiko einer Lebendgeburt trotz Abtreibungsmaßnahmen steigt (Wüstner, 2000).

1.1.2.2.2 Die Chorionzottenbiopsie.

Bei der Chorionzottenbiopsie wird transzervical oder transvaginal eine Gewebeprobe der Chorionzotten entnommen. Das Chorion ist ein Teil des Mutterkuchens und verfügt über das gleiche genetische Material wie der Embryo. Die Entnahme wird gleichzeitig mittels Ultraschall kontrolliert. Die Untersuchung kann im Gegensatz zur Amniozentese bereits in der 10. bis 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Die Ergebnisse der

Untersuchung liegen innerhalb von ein bis drei Wochen vor (Fossen-Schlichtinger, 2002).

Durch die Möglichkeit eines frühen Befundes, kann im Falle eines gewünschten Schwangerschaftsabbruches noch eine Ausschabung durchgeführt werden. Diese ist im Gegensatz zu einer eingeleiteten Geburt, die zu einem späteren Zeitpunkt notwendig wäre, weit weniger belastend für die betroffene Frau. Die Ergebnisse der Untersuchungen entsprechen der der Amniozentese. Es kann jedoch keine Bestimmung des Alphafetoproteins im Fruchtwasser erfolgen, die einen Hinweis für Spina bifida darstellen würde. Ein weiterer Nachteil der Chorionzottenbiopsie stellt das Risiko von Mosaikbefunden dar. In einem solchen Fall können positive Befunde für eine Chromosomenaberration vorliegen, das Kind ist jedoch nicht betroffen. Umgekehrt kann der Befund auch unauffällig sein und das Kind ist betroffen. Diese Artefakte sind auf die schnelle Teilungsfähigkeit der Plazentazellen zurückzuführen. Wie die Amniozentese birgt auch die Chorionzottenbiopsie ein Risiko für Mutter und Kind. Komplikationen sind in den häufigsten Fällen vaginale Blutungen, vorzeitige Wehen und Fruchtwasserabgang. Das Risiko eines Aborts ist jedoch mit dem der Amniozentese nicht ohne Weiteres vergleichbar, da zu einem früheren Schwangerschaftszeitpunkt die Rate der Spontanaborte höher ist (Wüstner, 2000).

1.1.2.2.3 Das Fehlgeburtenrisiko nach Amniozentese und Chorionzottenbiopsie.

In einer groß angelegten Studie in Dänemark (Lidegaard, Tabor & Vestergaard, 2009) wurde das Fehlgeburtenrisiko nach Amniozentese und Chorionzottenbiopsie untersucht. Es wurden innerhalb von 11 Jahren alle Geburten und Fehlgeburten nach den Untersuchungen analysiert. Es fanden 32 852 Amniozentesen und 31 355 Chorionzottenbiopsien statt. Ein Abort wurde dann als Fehlgeburt definiert, wenn er zwischen der 12. und der 24. Schwangerschaftswoche und nach der jeweiligen Untersuchung stattgefunden hat. Es gab eine Fehlgeburtenrate von 1.4% bei der Amniozentese und 1.9% bei der Chorionzottenbiopsie. Die unterschiedliche Fehlgeburtenrate kann auf die unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkte zurückgeführt werden und

können daher nicht direkt verglichen werden. In der 10. bis 12. Schwangerschaftswoche, in der die Chorionzottenbiopsie durchgeführt wird, gibt es allgemein eine höhere Abortenrate. Der prozentuelle Anteil an Fehlgeburten blieb über die 11 Jahre des Untersuchungszeitpunktes annähernd gleich. Es zeigte sich, dass die Fehlgeburtenrate nicht direkt mit dem Alter der Mutter zusammenhängt. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich jedoch abhängig von den Einrichtungen, in denen die Untersuchungen durchgeführt wurden. Einrichtungen, die weniger als 500 oder weniger als 1500 Chorionzottenbiopsien innerhalb der 11 Jahre durchgeführt haben, hatten eine bis zu 40 % höhere Fehlgeburtenrate als Einrichtungen, die mehr als 1500 Untersuchungen durchgeführt haben. Bei der Amniozentese hatten Einrichtungen mit weniger als 500 Untersuchungen mit 2.2 % Fehlgeburten eine signifikant höhere Fehlgeburtenrate als der Durchschnitt. In einer weiteren Untersuchung von Alfirevic und Mujezinovic (2007), die die bisher größte Metaanalyse darstellt, wurden 29 Studien zur Amniozentese und 16 Studien zur Chorionzottenbiopsie verglichen. Insgesamt zeigte sich eine Fehlgeburtenrate von 1.9% bei Amniozentese und 2.0% bei Chorionzottenbiopsie. Diese Ergebnisse sind mit jenen von Lidegaard, Tabor und Vestergaard (2009) vergleichbar. Obwohl das Risiko einer Fehlgeburt relativ gering ist und die Untersuchungsmethoden immer genauere Ergebnisse liefern, sollte das Risiko einer Fehlgeburt nicht unterschätzt werden.

1.1.2.2.4 Weitere invasive Untersuchungsmethoden.

Wenn die Entnahme des kindlichen Blutes notwendig ist, wird ab der 18. Schwangerschaftswoche die Nabelschnurpunktion durchgeführt. Dabei wird mittels Nadel direkt aus der Nabelschnur innerhalb oder außerhalb der Fruchtblase kindliches Blut entnommen. Das Fehlgeburtenrisiko entspricht weitgehend dem der Amniozentese und die Ergebnisse liegen zwischen drei und sieben Tagen vor. Neben der Chromosomenanalyse können somit beispielsweise die fetale Blutgruppe, Virusinfektionen, Toxoplasmose, Hämophilie und angeborene Stoffwechselerkrankungen bestimmt werden (Wüstner, 2000).

Zusätzlich zur Amniozentese und Chorionzottenbiopsie werden Schnelltests zur Analyse des Erbmaterials durchgeführt. Der Vorteil einer Amniozentese und Chorionzottenbiopsie liegt in der Genauigkeit, die bei der Amniozentese zwischen 99.4% und 99.8% und der Chorionzottenbiopsie bei 97.5% und 99.6 % liegt. Ein großes Problem stellt jedoch die lange Wartezeit auf die Ergebnisse dar. Mittels Schnelltests können frühzeitig numerische Aberrationen diagnostiziert werden. Diese treten in 1:200 Fällen auf. Die am häufigsten so diagnostizierbaren Aberrationen sind die Trisomie 13, 18, 21 sowie Triploidien und Aberrationen der Sexchromosomen. Diese stellen 80 % aller klinisch relevanten Aberrationen, die pränatal diagnostizierbar sind dar. Die drei wichtigsten Methoden sind die Fluorescence in situ hybridisation (iFISH), die Quantitative fluorescent PCR (QF-PCR) und die Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification (MLPA). Die Wartezeit auf ein Ergebnis beträgt zwischen ein bis zwei Tagen und wenigen Stunden. Da diese Methoden jedoch nicht das gesamte Spektrum der diagnostizierbaren Abweichungen abdecken, werden sie nur zusätzlich zur Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie angeboten. Wird jedoch etwa eine schwerwiegende Chromosomenaberration entdeckt, wird nicht mehr das Ergebnis der Amniozentese abgewartet und ein Schwangerschaftsabbruch angeboten (Bui, Cirigliano & Faas, 2011).

1.2 Geistige Behinderung und Pränataldiagnostik

Die meisten Behinderungen sind nicht angeboren, sondern werden im Laufe des Lebens oder auch während des Geburtsvorganges erworben. Die Untersuchungsergebnisse der Pränataldiagnostik verfügen nie über eine 100% Sicherheit. Dadurch kann trotz eines negativen Befundes ein Kind mit einer Behinderung zur Welt kommen. Ebenso kann eine Behinderung diagnostiziert werden, obwohl das Kind gesund ist. Die meisten Kinder kommen jedoch gesund zur Welt. Der Anteil der Kinder, die ohne angeborene Krankheit zur Welt kommen beträgt über 95% (Fosen-Schlichtinger, 2002).

1.2.1 Der Begriff Behinderung

Der Begriff Behinderung wird kulturell unterschiedlich verstanden. Aber auch innerhalb einer Gesellschaft ist es schwer eine einheitliche Definition zu finden. In Österreich hat man sich darauf geeinigt auf eine einheitliche gesetzliche Definition zu verzichten, um den Ländern die Möglichkeit zu geben auf individueller Ebene angemessen reagieren zu können. Um auf internationaler Ebene eine Basis für Vergleiche und einen Diskurs zu finden, dienen Klassifikationssysteme wie die der WHO.

1.2.1.1 Definition des Begriffes Behinderung

Das Behindertenkonzept aus dem Jahr 1992 der Bundesregierung stellt eine Leitlinie für die Behindertenpolitik in Österreich dar. Sie enthält Empfehlungen für den rechtlichen Umgang mit Behinderung in allen Lebensbereichen. Um eine Definition des Begriffes Behinderung als Basis für rechtliche Konsequenzen zu finden, beauftragte die österreichische Regierung das österreichische Komitee für Soziale Arbeit. Da jedoch die Belange von Menschen mit Behinderung in Österreich vom Bund und den jeweiligen Ländern uneinheitlich geregelt werden, wurde auf eine Definition, an die rechtliche Konsequenzen gebunden sind verzichtet. Es wurden jedoch zwei Definitionen gefunden, die als Empfehlung verstanden werden können und im österreichischen Behindertenkonzept (1993) festgehalten wurden.

Behinderte Menschen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jene Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht.

Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung.

Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist, geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und

angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen. (Österreichisches Behindertenkonzept, 1993, S. 8-9)

1.2.1.2 Klassifikation des Begriffes Behinderung

Die wohl einflussreichste Klassifikation für Behinderung stellt die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO aus dem Jahr 2001 dar. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Modell wird Behinderung unter Bezugnahme von Kontextfaktoren betrachtet. Dabei sind die drei Hauptaspekte des zugrundeliegenden Modells die Funktion des Körpers, die Fähigkeit zu Aktivität und die Teilhabe am sozialen Leben. Zusätzlich werden Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren berücksichtigt. Somit werden die Personen innerhalb ihres gesamten gesundheitsrelevanten Gefüges erfasst (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005).

1.2.1.3 Die Kontextabhängigkeit des Begriffes Behinderung

In einem westlichen Verständnis wird Behinderung als eine dem Menschen innewohnende Qualität, unabhängig von dem sozialen Umfeld beschrieben. Die soziologische Behindertenforschung setzt hier mit ihrer Kritik an. Ihre VertreterInnen beschreiben, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen der körperlich-geistigen Beeinträchtigung und einer tatsächlichen Behinderung gibt, da der Begriff ein soziales Phänomen der Diskriminierung darstellt. Der Begriff der „Behinderung als Schaden“ ist somit lediglich als Produkt eines Attributionsprozesses zu verstehen (Sagner, 2001).

Die Kontextabhängigkeit des Begriffes zeigt sich speziell in ethnologischen Studien. So wurde auf Grund der ungewöhnlich häufigen Verbreitung der Taubheit auf der Insel Martha's Vineyard bei Massachussets nahezu von der gesamten Bevölkerung die Zeichensprache angewendet. Somit gab es keine Ausgrenzung im sozialen Leben auf Grund von Taubheit (Groce, 1985; zitiert nach Sagner, 2001, S. 185). Ein weiteres Beispiel für die Kontextabhängigkeit des Begriffes stellt dessen Definition bei manchen amerikanischen Indianergemeinschaften dar. Unter Behinderung versteht man

dort eine Unfähigkeit soziale Beziehungen zu haben. Somit ist beispielsweise das Down Syndrom in diesem gesellschaftlichen Kontext nicht per se als Behinderung zu betrachten (Joe & Miller, 1987, zitiert nach Sagner, 2001, S. 192).

Im Umgang mit Behinderung steht meist deren Ursache im Mittelpunkt. Im westlichen Denken kann ein kurativer Ansatz nur dann gefunden werden, wenn die Ätiologie einer Behinderung festgestellt werden kann. Dabei steht nicht immer die Beseitigung des Problems und somit die Verbesserung der Situation des Betroffenen im Mittelpunkt, sondern die Erforschung der Ursachen. Wenn diese gefunden und behandelt werden, ist dies als Erfolg zu betrachten, auch wenn therapeutisch ein Erfolg ausbleibt. Diese Form des „Heilungsrituals“ findet man auch bei den Navajos wieder (Connors & Donnellan, 1993, zitiert nach Sagner, 2001, S.197). Dort wird bei Blindheit ein Heilungsritual durchgeführt, das den Auslöser der Blindheit heilen soll. Obwohl danach die Blindheit noch besteht, wird der Patient nach der Zeremonie wieder als ganz betrachtet und somit ist die Harmonie wieder hergestellt. Ausgehend von dieser Idee der Heilung beschreibt Sagner (2001), dass Behinderung als „keine ausschließliche Angelegenheit der betroffenen Personen sein kann, sondern a priori eine Sache der ganzen Familie bzw. der weiteren sozialen Gruppe ist“ (S.198).

1.2.2 Genetik und Behinderung

Veränderungen der Erbanlagen können zu schwerwiegenden Krankheiten führen. So kommen drei Prozent aller Neugeborenen mit mutationsbedingten Erkrankung zur Welt. Die meisten Mutationen entstehen ohne bekannten Grund und werden als spontane Mutationen bezeichnet. Ihr Entstehen kann jedoch durch ungünstige Umweltfaktoren wie Radioaktivität oder Schadstoffe begünstigt werden. Man unterscheidet zwischen Genmutationen und chromosomalen Mutationen. Durch pränataldiagnostische Maßnahmen können bislang nur numerische Chromosomenaberrationen und zum Teil strukturelle Chromosomenaberrationen erkannt werden. Veränderungen auf Ebene der Gene können nur in speziellen Fällen entdeckt werden. So kann auf Wunsch der Eltern nach einem bestimmten, eine Krankheit auslösenden, veränderten

Gen gesucht werden. Numerische Chromosomenaberrationen zeichnen sich durch einen veränderten Chromosomensatz aus. Der normale Chromosomensatz besteht aus 22 autosomalen und einem gonosomalen Chromosomenpaar und somit insgesamt aus 46 einzelnen Chromosomen. Die wichtigsten numerischen Aberrationen sind die Monosomien, Trisomien und Triploidien. Bei der Monosomie fehlt eines der 46 Chromosomen. Bei der Trisomie kommt ein Chromosom anstatt doppelt dreifach vor. Bei Triploidien kommen alle Chromosomen drei Mal anstatt doppelt vor. Die Ursachen für numerische Chromosomenaberrationen liegen meist an zufälligen Non-disjunktionen in der Keimzellreifung. Das bedeutet, dass es bei der Reifung der Eizelle oder des Spermiums zu einer Fehlverteilung des Erbmateri­als kommt. In den meisten Fällen kommt es auf Grund einer numerischen Chromosomenaberration zu einer Fehlgeburt noch im ersten Schwangerschaftsdrittel, da eine normale Entwicklung des Embryos nicht möglich ist. Ausnahmen sind jedoch die Trisomie 13, 18 und 21, sowie Abweichungen der Geschlechtschromosomen wie das Turnersyndrom (45, X) und dem Klinefelter Syndrom (47,XXY). Das Turnersyndrom und das Klinefeltersyndrom gehen mit nur milden Beeinträchtigungen einher, vor allem in den Bereichen Fortpflanzung und Lernen. Die Trisomie 13 und 18 gehen jedoch mit schweren Schädigungen einher und das Kind stirbt zumeist spätestens ein paar Monate nach der Geburt. Die Trisomie 21, auch Down-Syndrom genannt, geht mit typischen Fehlbildungen in Organsystemen, sowie mit einem typischen Erscheinungsbild einher. Die Schwere der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung kann jedoch von einer sehr milden bis zu einer sehr schweren Form reichen. Strukturelle Chromosomenaberrationen zeichnen sich durch eine Veränderung der Struktur innerhalb eines Chromosoms aus. Diese können spontan auftreten oder sind geerbt. Die Auswirkungen einer solchen Aberration sind vielfältig und reichen von unauffällig bis hin zu schweren körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen. Beispielsweise sind Träger einer balancierten reziproken Translokation unauffällig, jedoch kann bei den Nachkommen eine Translokationstrisomie 21 auftreten, welche sich wie bei der Trisomie 21 als Down Syndrom äußert (Zirn, 2009).

Ein wesentlicher Grund für den Anstieg der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik liegt neben den Fortschritten im Bereich der

Medizintechnik, an dem zunehmenden Alter der werdenden Mütter. In den 1980er-Jahren waren die Mütter in Österreich durchschnittlich 26,4 Jahre alt und im Jahr 2010 stieg das durchschnittliche Alter auf 30,1 Jahre (Statistik Austria, 2011). Diese Situation und das steigende Risiko für Down-Syndrom mit dem zunehmenden Alter der Mutter macht Pränataldiagnostik zu einem immer häufigeren Bestandteil in der Geburtsvorsorge.

1.2.3 Schwangerschaftsabbruch auf Grund embryopatischer Indikation

Durch pränataldiagnostische Maßnahmen können immer mehr Krankheiten vorgeburtlich diagnostiziert werden. Häufig führt ein positiver Befund für eine Behinderung zu einem Schwangerschaftsabbruch. Die rechtliche Grundlage für einen Schwangerschaftsabbruch argumentiert inhaltlich mit dem antizipierten Leid der werdenden Mutter.

In der Praxis werden Behinderungen oft erst zu einem späten Schwangerschaftszeitpunkt diagnostiziert. Der Grund dafür ist, dass die Befunde der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie, die die endgültigen Hinweise auf schwerwiegende Chromosomenaberrationen liefern, erst zu einem späten Zeitpunkt vorliegen. Kommt es zu einem auffälligen Befund und die Frau entscheidet sich ab der 22. Schwangerschaftswoche für einen Schwangerschaftsabbruch, wird der viel umstrittene Fetozyd durchgeführt. Hier wird der Fetus mittels Injektion ins Herz oder andere letale Maßnahmen im Mutterleib getötet und anschließend eine Geburt eingeleitet. Die Prozedur dauert bis zu 24 Stunden. Nach der 22. Schwangerschaftswoche kommt in manchen Fällen das Kind trotz letaler Maßnahmen noch lebend zur Welt (Wüstner, 2000). Rechtlich ist der Fetozyd in Österreich durch den Paragraphen 97 geregelt, der die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs wie folgt darlegt (RIS-Bundesrecht).

1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder

2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder
3. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

Somit gilt für geistige und körperliche Behinderung die „eugenische Indikation“, bei der die Fristenregelung der ersten drei Schwangerschaftsmonate aufgehoben ist. Da der Fötus ab der 22. Schwangerschaftswoche extrauterin lebensfähig ist und trotz letaler Maßnahmen möglicherweise lebendig zur Welt kommt, wurde in der Ärzteschaft ein informeller Konsens von Abbrüchen bis spätestens zur 21. Schwangerschaftswoche eingeführt (Mock, 2007).

In Deutschland wurde nach vielen Diskussionen eine Gesetzesänderung eingeführt. Hier wurde die eugenische Indikation abgeschafft und die medizinische Indikation eingeführt. Dies wurde durch die Veränderung des Wortlautes im Gesetzestext bewerkstelligt. Es wurde die Straffreiheit auf Grund geistiger Behinderung weggelassen und durch den Wortlaut des partizipierten Leids der Schwangeren bei Austragung des Kindes ersetzt. Dadurch werden Menschen mit Behinderung nicht mehr dadurch gegenüber dem Gesetz benachteiligt, dass sie sich in der Straffreiheit der Schwangerschaftsabbrüche wiederfinden können (Mock, 2007).

2 Beratung bei Pränataldiagnostik

Die Beziehung zum ungeborenen Kind ist abhängig von der Wahrnehmung der Schwangeren bezüglich ihres eigenen Körpers. Diese Körperwahrnehmung steht in Zusammenhang mit den Hoffnungen und Ängsten in Bezug auf das ungeborene Kind (Ringler, 1992). Condon (1985, zitiert nach Ringler, 1992, S. 69) beschreibt, dass diese Bindung ihren Höhepunkt in der 16. bis 18. Schwangerschaftswoche findet, da durch die Kindsbewegungen erstmals ein konkretes inneres Bild von ihm entsteht. Auch für die spätere gesunde Entwicklung des Kindes ist es entsprechend der Bindungstheorie von Bowlby wichtig, dass die Eltern eine Bindung zu ihrem Kind aufbauen. Diese entsteht bereits in der Schwangerschaft. Durch die Pränataldiagnostik und die damit verbundenen Entscheidungskonflikte und die Wartezeit auf einen Befund wird diese zeitlich verschoben oder sogar gefährdet (Baumann-Hölzle & Kind, 1998). Der Entscheidungskonflikt innerhalb der Beratung wird als Appetenz-Aversionskonflikt (Wiedebusch, 1997) beschrieben. Einerseits gibt es eine Annäherungstendenz auf Grund der erhofften Entlastung durch einen Befund, andererseits eine Vermeidungstendenz, da man dem Kind nicht Schaden zufügen möchte. Die getroffene Entscheidung beruht auf zwei gegensätzlichen Modellen (Lesser & Rabinowitz, 2002). Einerseits auf der *Bounded rationality*, die auf rationalen Überlegungen und Faktenwissen beruht und andererseits der *Purposive action*, die eine Entscheidung auf Basis von Gefühlen und Wertvorstellungen ermöglicht. Um diese gegensätzlichen Motive und Drücke in der Beratung berücksichtigen zu können, empfehlen Baitsch und Reif (1986) das Interaktionskonzept der Beratung. Es besagt, dass einerseits Informationen geliefert werden sollen, diese aber an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst werden sollen. Aufgabe der Beratung ist es, Entscheidungen zu unterstützen, die die eigenen Wertvorstellungen widerspiegeln. Dies ist sowohl Ziel der genetischen als auch der psychosozialen Beratung im Kontext pränataler Diagnostik.

2.1 Genetische Beratung

Die Gründe für das Aufsuchen einer genetischen Beratung sind das Vorliegen einer eigenen Erkrankung, häufiges Abortgeschehen, Verwandtenehen, häufige geistige oder körperliche Fehlentwicklungen bei Verwandten und ein erhöhtes Alter (Schroeder-Kurth, 1989). Während der Schwangerschaft liegt zumeist ein Zeitdruck vor. Der ideale Zeitpunkt für eine Beratung wäre vor einer Schwangerschaft. In der Praxis findet diese jedoch erst in der Schwangerschaft statt (Schäfer, 1998). Genetische Beratungsstellen gibt es in Pränatalambulanzen in Krankenhäusern. Sie kann jedoch auch bei einem/einer niedergelassenen Humangenetiker/Humangenetikerin stattfinden. In den meisten Fällen beginnt die Beratung bereits bei dem/der Gynäkologen/Gynäkologin. Bei der Altersindikation suchen die meisten Frauen nach dem/der niedergelassenen Arzt/Ärztin keine Spezialeinrichtung für genetische Beratung mehr auf. Eine ausführliche Beratung ist bei dem/der Gynäkologen/Gynäkologin jedoch meist nicht umsetzbar. Zusätzlich wird Kritik an der oft direktiven Beratung bei dem/der Gynäkologen/Gynäkologin für invasive Untersuchungsmethoden laut. Als Grund dafür wird die Angst des/der Arztes/Ärztin vor Klagen nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung angenommen (Baumann, Bech, Staudach & Steiner, 2003).

2.1.1 Definition des Begriffs genetische Beratung

Der Begriff der genetischen Beratung wurde erst mal 1947 von Sheldon Reed geprägt. Er verstand darunter die Klärung von genetischen Problemen in der Familienplanung auf einer Ebene mit dem Ratsuchenden. Ab den 1960er-Jahren wurden Ausbildungsprogramme und Zertifikate für genetische BeraterInnen etabliert (Schäfer, 1998).

Eine Definition für genetische Beratung stammt von Cloerkes (1994, zitiert nach Schäfer, 1998) und bezieht sich vor allem auf eine Vermittlung von Wissen als edukativen Prozess:

Genetische Beratung ist, wenn sich eine Einzelperson, ein Paar oder eine Familie an einen genetischen Berater wendet, um Informationen über eine physische oder psychische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung

zu erhalten, die sicher oder möglicher Weise genetischen Ursprungs ist.
(S.187)

2.1.2 Ziele der genetischer Beratung

Schäfer (1998) beschreibt als Ziele der genetischen Beratung fünf Punkte, die auch als ethische Grundprinzipien zu verstehen sind. Das erste Ziel bezeichnet der Autor als *Gutes Tun*. Dabei soll im Sinne der WHO Deklaration von 1985 *reproduktive confidence* Menschen mit einem genetischen Risiko Unterstützung für die bestmögliche Familienplanung gegeben werden. Ein weiteres Ziel ist es nicht zu schaden. Dabei sollen durch die Vermittlung des richtigen Ausmaßes an Wissen Entscheidungskonflikte verringert werden. Des Weiteren soll die Autonomie der Betroffenen gewahrt werden, indem die Beratung nicht-direktiv erfolgt. Dabei werden durch Vermittlung von Wissen Denkprozesse angeregt, um dadurch zu einer eigenständigen Entscheidung zu finden. Ein weiteres Ziel ist es Gerechtigkeit zu wahren, indem jeder Betroffene an die nötigen Informationen kommen kann. Das letzte Ziel ist es mit den Informationen vertraulich umzugehen und diese nicht an Dritte, wie Krankenkassen weiterzugeben.

2.1.3 Inhalte und Funktion der genetischen Beratung

Nach dem Berufsverband für Medizinische Genetik (1994, zitiert nach Schäfer, 1998) soll sich die genetische Beratung an den persönlichen Zielen und Vorstellungen der Ratsuchenden orientieren. Dabei wird zunächst die persönliche Familiengeschichte anamnestisch erhoben und bisherige Befunde betrachtet. Nach einer körperlichen Untersuchung und der Analyse von Blut und Gewebe wird eine medizinische Diagnose gestellt. Es folgen Informationen über mögliche Behinderungen und Erkrankungen, sowie die Abschätzung des genetischen Risikos für die betroffenen Personen und deren Nachkommen an einer solchen zu erkranken. Ebenso werden allgemeine genetische Risiken erörtert und letztendlich auf die Familienplanung und Gesundheit der Ratsuchenden eingegangen. Dadurch soll es einer Person ermöglicht werden eine Entscheidung zu treffen. Nach Schäfer (1998) ist ein

Trend in der genetischen Beratung, weg von der Familienplanung hin zur Gesundheitsvorsorge und Prävention zu beobachten. Durch die Möglichkeit der Genanalysen sollen zukünftig vor allem genetische Beratungen auf das persönliche Risiko an einer Erkrankung wie Bluthochdruck zu erleiden, zugeschnitten sein. Infolge zielen Beratungen dann auf die individuellen Lebensbedingungen ab und deren Veränderung im Sinne einer Prävention.

2.1.4 Genetische Beratung und Ethik

Das Thema Pränataldiagnostik ist nicht unumstritten. Gerade im Bereich der Ethik stellt sich die Frage nach dem Wert des Lebens eines ungeborenen Kindes. Baumann-Hölzle und Kind (1998) beschreiben in diesem Kontext den Autonomiekonflikt in der genetischen Beratung. Dieser besagt, dass es in der Beratungssituation um drei betroffene Parteien geht. Da sind zum einen die Eltern und der/die beratende Arzt/Ärztin, aber auch Menschen mit Behinderung sind von der Beratung betroffen. Mit dieser dritten Gruppe erlangt das Thema eine gesellschaftliche Ebene, in der mit der Solidarität für betroffene Menschen mit Behinderung argumentiert wird. Unschuld (1998) beschreibt, dass es bei der Entscheidung für ein Kind mit Behinderung nach einem positiven Befund durch Institutionen, wie kirchliche Einrichtungen und Beratungsstellen viel Unterstützung gibt. Danach sind die Eltern jedoch weitgehend auf sich alleine gestellt. Der Autor beschreibt daher, dass der Kern des Themas die Verbesserung der Bedingungen für Menschen, die sich für ein behindertes Kind entscheiden auf einer gesellschaftlichen Ebene ist und nicht die Kritik an genetischen Screenings und Abbrüchen von Schwangerschaften mit pathologischen Befunden.

Eine eindeutige Antwort rund um die Frage nach einer korrekten ethischen Herangehensweise gerade im Kontext der Beratung für Pränataldiagnostik kann es laut Wolf (1993) nicht geben. Der Autor beschreibt in diesem Kontext zwei einander gegenüberstehende philosophische Strömungen. Auf der einen Seite steht der ethische Absolutismus, der besagt, dass das Gute und Richtige absolut ist und somit mit der Unantastbarkeit des Lebens argumentiert. Dem gegenüber kann man den ethischen Relativismus sehen, der besagt, dass alle Normen relativ sind, da sie soziologisch und

psychologisch determiniert sind. Auf Grund dieses Standpunktes werde die Möglichkeit einer kritischen Betrachtung dieses Thema wegdiskutiert. Damit seien beide Standpunkte nicht geeignet für eine Diskussion. Wolf (1993) sieht daher den kritischen Rationalismus als idealen Rahmen rund um die Diskussion des Themas Pränataldiagnostik. Dieser geht von der Existenz moralischer Standards aus, die einander gegenüber liegen. Diese sind insofern kritisch, da jeder moralische Standpunkt durch seine historisch bedingten Prägungen relativ ist. Jede Position kann sich daher nur an das moralisch Gute annähern. Somit kann es keinen einheitlichen, absolut richtigen Standpunkt geben, sondern immer nur ein Abwägen von Ambivalenzen. Jede Schlussfolgerung aus einer Diskussion rund um das Thema genetische Beratung und Pränataldiagnostik enthält somit lediglich das Abwägen von gegenüberliegenden Positionen.

2.1.5 Direktivität versus Nicht-direktivität in der genetischen Beratung

Baitsch et al. (1986) beschreiben drei Typen der genetischen Beratung. Davon sind die ersten zwei Arten als direktiv zu betrachten und die dritte als nicht-direktiv. Zum Einen gibt es die Eugenik, die darauf abzielt Erbkrankheiten durch beispielsweise Zwangssterilisationen oder Adoptionen zu verhindern. Dieser Ansatz entspricht der so genannten eugenischen Ära von 1880 bis 1930, die ihren traurigen Höhepunkt in der Zeit des Nationalsozialismus fand (Schäfer, 1998). Eine weitere Form der direktiven Beratung stellt die direkte Prävention dar. Durch Aufklärung über Risiken für genetische Erbfolgen werden Beratungen durchgeführt. Bei den „eigentlichen Hilfestellungen“ als nicht-direktiver Ansatz sollen Hilfestellungen für Entscheidungen gegeben werden. Dabei sollen die individuellen Bedürfnisse, Gefühle und Werte einer ratsuchenden Person berücksichtigt werden (Baitsch & Reif, 1986).

In einer Studie von Baumann et al. (2003) wurde die genetische Familienplanung für Amniozentese aus Sicht der betroffenen Frauen erhoben. Es wurden neben der Zufriedenheit mit der Beratung und deren Beurteilung auch das Empfinden der Non-Direktivität der Beratung erhoben. Die Frauen kamen in die Pränatalambulanz nach Überweisung des/der

Gynäkologen/Gynäkologin auf Grund der Altersindikation. Die Hälfte der Frauen gab an, dass der/die Gynäkologe/Gynäkologin bereits vor der genetischen Beratung zu einer Amniozentese geraten hat. Es zeigte sich, dass zwei Drittel der Frauen, die von dem/der Gynäkologen/Gynäkologin direktiv beraten wurden, die Amniozentese durchführen ließen. 70% der Frauen, die angaben, nicht-direktiv von dem/der Gynäkologen/Gynäkologin beraten worden zu sein, ließen keine Amniozentese durchführen. Die Beratung in der Pränatalambulanz wurde von drei Viertel der Frauen als neutral empfunden. Die Ergebnisse zeigen, dass es wichtig ist, schon bei dem/der niedergelassenen Arzt/Ärztin anzusetzen, um informierte nicht durch Direktivität entstandene Entscheidungen zu ermöglichen. Weitere Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Zufriedenheit mit der Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik mit ausreichender Information und Zeit anstieg. Außerdem stieg die Zufriedenheit mit einem subjektiv empfundenen Wissensanstieg, dem Gefühl, dass offene Fragen beantwortet wurden und der Möglichkeit Gefühle anzusprechen.

2.2 Psychosoziale Beratung und Pränataldiagnostik

Durch das große Angebot an pränataldiagnostischen Methoden sind werdende Eltern zunehmend Entscheidungssituationen ausgesetzt. Zunächst ist zu entscheiden, ob überhaupt eine Untersuchung durchgeführt werden soll und später, falls ein auffälliger Befund vorliegt, ob ein Schwangerschaftsabbruch vorstellbar ist. Durch professionelle Hilfestellung sollen die betroffenen werdenden Eltern Entscheidungs- und Handlungskompetenz gewinnen, um eine für sie langfristig tragbare Entscheidung zu treffen (Cierpka, Dewald & Pauli-Magnus, 2001).

2.2.1 Gründe für die Notwendigkeit der psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik

Im Verlaufe einer Schwangerschaft kann es aus verschiedenen Gründen zu Schwangerschaftsängsten kommen. Gründe dafür können schwangerschaftsunabhängige gesundheitliche Probleme sein,

partnerschaftliche Probleme, intrapsychische Konflikte oder schwangerschaftsspezifische Probleme. Eine psychologische Beratung, in der alle Themen angesprochen werden, kann hilfreich sein (Ringler, 1992).

2.2.1.1 Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung vor pränataler Diagnostik

In einer Studie von Fischer-Kern, Hilger, Leithner, Löffler-Stastka, Maar und Ponocny-Selinger (2004) wurden 77 Frauen nach Überstellung in eine Spezialambulanz für Pränataldiagnostik mittels Fragebogen über ihre Befindlichkeit zum Untersuchungszeitpunkt und sechs Monate später befragt. Es zeigte sich, dass alle Frauen erhöhte Angst und Befindlichkeitswerte, im Sinne einer Major Depression aufwiesen. Besonders hohe Werte wurden zu beiden Untersuchungszeitpunkten bei Frauen mit erhöhtem Alter gefunden. Die AutorInnen beschreiben, dass vor allem negative Copingstrategien zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes zum zweiten Erhebungszeitpunkt führten. Daher sollte allen Frauen, die in eine Spezialambulanz für Pränataldiagnostik überwiesen wurden, eine Kurztherapie oder Krisenintervention angeboten werden, mit der Möglichkeit einer weiteren langfristigen Psychotherapie.

Verschiedene Studien zeigten, dass auch bereits Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft mit erhöhten Angstwerten einhergehen. Ältere Studien weisen jedoch auch auf den positiven Effekt von Ultraschalluntersuchungen hin. So zeigte Langer (1988, zitiert nach Fennesz, Ringler & Springer-Kremser, 1992, S.69), dass Frauen nach einem Ultraschall eine positivere Körperwahrnehmung haben und auch die Wahrnehmung des Kindes positiv beeinflusst wird. Fennesz, Ringler und Springer-Kremser (1992) konnten dies nicht uneingeschränkt bestätigen. Sie beschreiben, dass nur bei positiver Rückmeldung ein positives Bindungsverhältnis gefördert wird und dass bereits geringste Auffälligkeiten das Gefühl des Versagens auslösen, die in einem Identitäts- und Objektverlust resultieren. Bemmerer-Meyer, Brish, Kächele, Kreienberg, Munz und Terinde (2003) untersuchten Angstwerte und Copingstrategien vor einem Ultraschall bei erhöhtem genetischem Risiko. Es wurden vor allem zwei Copingstrategien gefunden, die mit einer Erhöhung

oder Verminderung der Angstwerte einher gingen. Bei Frauen, die die Copingstrategie positive emotionale Einstellung/Distanz anwendeten, sanken die Angstwerte schnell wieder. Die Frauen, die die Copingstrategie negative emotionale Einstellung/Missbilligung verwendeten, hatten höhere Angstwerte. Die AutorInnen empfehlen bereits vor einem Ultraschall jene Frauen mittels psychologischen Screenings ausfindig zu machen, die die negative Copingstrategie verwenden, um diesen mittels psychologischer Interventionen Hilfestellungen anzubieten.

2.2.1.2 Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung nach embryopatischer Indikation

In einer Studie in Norwegen (Bilado, van den Bout, Christiaens, Huneld, Korenromp, Mulder, Offermans & Visser, 2005) wurden in den Jahren von 1995 bis 2001 196 Frauen 2 bis 7 Jahre nach einem Schwangerschaftsabbruch auf Grund embryopatischer Indikation befragt. Es zeigte sich bei einem großen Anteil der Frauen erhöhte Werte einer posttraumatischen Belastungsreaktion. Bei 17,3% der Frauen zeigten sich sogar pathologische Werte. Als Risikofaktoren für eine posttraumatische Belastungsreaktion stellten sich mangelnde Unterstützung durch den Partner und geringe Bildung heraus. Je weiter die Schwangerschaft bei einem Abbruch fortgeschritten war, desto höhere Disstresslevel konnten gefunden werden. Die AutorInnen fanden keinen Unterschied im Ausmaß der posttraumatischen Symptomatik 2 oder 7 Jahre nach dem Ereignis. Dies lässt darauf schließen, dass es innerhalb der Jahre zu keinem signifikanten Abklingen der Symptomatik kommt. Bei etwa 10% der Frauen wurde Bedauern über den Schwangerschaftsabbruch gefunden. In dieser Gruppe waren posttraumatischen Belastungsstörungen überrepräsentiert. Dies zeigt, dass vor allem während der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch eine Hilfestellung für eine möglichst internalisierte Entscheidung notwendig ist, um langzeitliche psychologische Folgen zu vermeiden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Schwangerschaftsabbruch auf Grund embryopatischer Indikation bei vielen Frauen mit einer langzeitlichen psychologischen Morbidität einhergeht, weshalb die Möglichkeit einer Einbindung in ein psychosoziales

Betreuungssetting gegeben werden soll. Die Ergebnisse zeigen des Weiteren, dass vor allem die Unterstützung durch den Partners schwerwiegende psychologische Folgen minimieren können, daher ist der Partner in die Beratung miteinzubeziehen. Besonders Patientinnen mit einem niedrigen Bildungsstand scheinen gefährdet für langzeitliche psychologische Beeinträchtigungen, daher soll ihnen besonderes Augenmerk gelten, um ihnen ein psychosoziales Beratungssetting zu ermöglichen.

2.2.2 Inhalte der psychosozialen Beratung

Ein besonderes Charakteristikum der psychosozialen Beratung im Kontext der Pränataldiagnostik ist die Zeit. Zum einen differieren die Inhalte der Beratung je nach dem Zeitpunkt in der Schwangerschaft und zum anderen besteht ein Zeitdruck für rechtzeitige Entscheidungen. Diese besonderen Herausforderungen verlangen auf Seiten des/der Beraters/Beraterin viel Erfahrung. Die Inhalte der Beratung unterscheiden sich nach folgenden Beratungszeitpunkten: vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik, während der Pränataldiagnostik, nach Erhalt eines pathologischen Befundes, bei Erwartung eines Kindes mit Behinderung und nach einem Schwangerschaftsabbruch auf Grund einer Behinderung des Kindes (Cierpka et al., 2001).

2.2.2.1 *Beratung vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik*

Bei einem Modellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in vier psychosozialen Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland wurden Inhalte der psychosozialen Beratung erhoben. Die Autoren beschreiben, dass für die Beratung vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik die Entscheidungen rund um die medizinischen Untersuchungen und welche Bedeutung deren Inanspruchnahme haben, zentral sind (Cierpka et al., 2001). In den meisten Fällen wird von den niedergelassenen ÄrztInnen zu einer Untersuchung geraten und die meisten Frauen halten sich an den Rat des/der Arztes/Ärztin (Baumann et al., 2003). Die Ablehnung einer solchen Empfehlung verlangt ein hohes Maß an Wissen

über die Untersuchungsmethoden und vor allem deren Konsequenzen. Inhalte der Beratung in diesem Zusammenhang sind die Konsequenzen eines pathologischen Befundes und ob es vorstellbar ist, mit einem Kind mit Behinderung zu leben. Solche Entscheidungen sind nicht in 30 Minuten zu treffen und bedürfen der Hilfestellung einer hochwertigen psychosozialen Beratung (Cierpka et al., 2001).

2.2.2.2 Beratung im Verlauf der Pränataldiagnostik

Hat sich eine Frau erstmals für eine pränatale Untersuchungsmethode entschieden, zieht ein auffälliger Befund weitere Untersuchungen nach sich. Zu diesem Zeitpunkt ist eine mögliche Behinderung des Kindes in der Beratung präsenter als zuvor. Inhalte in der Beratung sind dann die möglichen Erscheinungsbilder von Behinderungen und deren Bedeutung im Alltag (Cierpka et al., 2001). Das Warten auf einen Befund wird von der werdenden Mutter als sehr belastend wahrgenommen. Das Anliegen der betroffenen Frauen liegt im Bereich der emotionalen Entlastung. Zu dem früheren Zeitpunkt wird versucht in der Beratung die Handlungsfähigkeit der Frauen zu erweitern, um eine tragbare Entscheidung treffen zu können. Während der Wartezeit auf einen Befund gibt es keinen akuten Entscheidungsdruck, daher liegt in der Beratung zu diesem Zeitpunkt ein besonderes Augenmerk auf der emotionalen Stabilisierung der Frauen (Cierpka et al., 2001).

2.2.2.3 Beratung nach einem pathologischen Befund des ungeborenen Kindes

Liegt nach einer Untersuchung ein positiver Befund für eine Behinderung des Kindes vor, ist eine Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch oder die Fortsetzung der Schwangerschaft zu treffen. Neben der emotionalen Unterstützung sind in der Beratung Informationen über mögliche Beeinträchtigungen und Fähigkeiten des Kindes Inhalt der Beratung, sowie Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten und Lebensperspektiven im Falle der Geburt des Kindes. Entscheidet sich die Frau für einen Schwangerschaftsabbruch, sind Informationen über die Formen des Abbruchs

notwendig. Es zeigte sich, dass die rechtzeitige Aufklärung über die emotional belastende Abtreibung, die zu einem späten Schwangerschaftszeitpunkt in Form einer eingeleiteten Geburt stattfindet, hilfreich ist (Cierpka et al., 2001). Die Autoren Rohde und Woopen (2007) beschreiben, dass nach einem positiven Befund eine Krisenintervention durch soziale Beratung sehr wichtig ist. Die sowohl von den Frauen beschriebenen, als auch von den BeraternInnen beobachteten psychischen Symptome enormen Ausmaßes, sollen vor dem Entschluss für einen Schwangerschaftsabbruch zuerst abklingen, um einen Reflexionsprozess zu ermöglichen.

2.2.3 Ziele der psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik

Ein Ziel der psychosozialen Beratung ist äquivalent mit dem Ziel der genetischen Beratung und stellt die Entscheidungsfindung im Laufe des pränataldiagnostischen Ablaufes dar. Abhängig von den verschiedenen Zeitpunkten sind Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Untersuchungsmethoden und bei einem pathologischen Befund über einen Schwangerschaftsabbruch zu treffen. Die gefundene Entscheidung soll auch auf lange Sicht zufriedenstellend sein. Dies soll bewerkstelligt werden, in dem sich die Frau durch Abwägen von Handlungsalternativen und deren Konsequenzen selbst für eine Möglichkeit entscheidet. Lammert und Neumann (2002) beschreiben, dass in der psychosozialen Beratung dafür eine Entscheidungskompetenz vermittelt werden soll. Ein weiteres Ziel der psychosozialen Beratung ist es, die Frau in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen. Im Verlauf der pränatalen Diagnostik ist das ungeborene Kind Zentrum der Aufmerksamkeit. Durch das Einräumen von Raum und Zeit soll die Frau wieder Subjektstatus erlangen. Ebenso können durch das psychosoziale Setting Umweltfaktoren und deren Einfluss auf die Entscheidung der Frau bewusst gemacht werden. Lammert und Neumann (2002) beschrieben des Weiteren, dass die psychosoziale Beratung möglichst allen Frauen zugute kommen soll. Da jedoch die schwangerschaftsbezogenen Themen fest in den Händen der GynäkologInnen liegen, nehmen viele Frauen keine Beratung darüber hinaus in Anspruch. Daher gilt es ein möglichst niederschwelliges Angebot für

psychosoziale Beratung anzubieten. Dafür geeignet sind beispielsweise die Verbreitung von Internet- und Telefonberatung.

3 Einstellungen im Kontext pränataler Diagnostik

3.1 Definition und Begriffsbestimmung von Einstellung

Seit Anfang des 20. Jahrhundert stellt die Einstellungsforschung die zentrale Aufgabe der Sozialpsychologie dar. Seither entstanden unzählige Definitionen von Einstellung (Albaracin, Johnson, Kumkale & Zanna, 2005). Man kann sagen, dass ihnen allen gemeinsam ist, dass eine Einstellung die summative Bewertung eines Objektes darstellt (Malhotra, 2005). Eine der ursprünglichsten Definitionen stammt von Allport und lautet wie folgt.

An attitude is a mental and neural state of readiness, organized through experience, exerting a directive or dynamic influence upon the individual's response to all objects, situations with which it is related (1935, zitiert nach Albaracin et al., 2005, S. 22).

Ein neuerer Ansatz, die *Expectancy-value* Theorie, von Fishbein und Ajzen (2000) beschreibt Einstellung wie folgt.

According to this model, a person's attitude toward an object is determined by the subjective values of the object's attributes in interaction with the strength of beliefs associating the object with the attributes (Ajzen et al., 2000, zitiert nach Malhotra, 2005, S. 477).

3.2 Einstellung zu geistiger Behinderung

Die Begriffe Normalität und Behinderung sind symbolisch stark aufgeladen und sind vor einem historischen und kulturellen Hintergrund zu betrachten. Die Negativbeurteilung des Begriffes Behinderung geht bis ins Mittelalter zurück, in dem darin Unheil und Sünde gesehen wurde. Heute ist der kulturelle und gesellschaftliche Blick auf Behinderung ein medizinisch geprägter. Der ist nicht als falsch zu betrachten, jedoch erscheint dadurch Behinderung als Krankheit und fällt damit in den Bereich des Heilbaren (Dederich, 2003). Durch das Verstehen der Einstellung zu Menschen mit geistiger Behinderung

soll es möglich werden eine Veränderung der Einstellung ins Positive zu bewerkstelligen (Tröster, 1990; zitiert nach Kreuz, 2002, S. 43).

3.2.1 Determinanten der Einstellung zu geistiger Behinderung

Die Einstellung von Nichtbehinderten zu Menschen mit Behinderung wird durch diverse Variablen, wie soziodemografische Variablen, den Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung und die Art und das Ausmaß der Behinderung bestimmt.

3.2.1.1 *Soziodemografische Variablen*

In bisherigen Untersuchungen zeigten sich kaum signifikante Unterschiede in der Einstellung zu geistiger Behinderung in Bezug auf soziodemografische Variablen (Cloerkes, 1979; Yuker, 1994). Lediglich das Alter, den Wohnort betreffende, sowie geschlechtsspezifische Unterschiede konnten diesbezüglich gefunden werden. So konnte festgestellt werden, dass Frauen eine positivere Einstellung zu geistiger Behinderung haben als Männer. Dabei ist jedoch anzumerken, dass in den bisherigen Untersuchungen vor allem SchülerInnen und Studierende befragt wurden. Somit ist auch in der vorliegenden Untersuchung davon auszugehen, dass weibliche Personen eine positivere Einstellung zu geistiger Behinderung haben als männliche.

In frühen Studien zeigten sich auch Unterschiede in der Einstellung zu geistiger Behinderung zwischen Personen, die in der Stadt beziehungsweise auf dem Land lebten. Bei Personen, die in der Stadt lebten, wurden größere Vorurteile gegenüber geistig behinderten Menschen gefunden (Christiansen-Berndts, 1979). Dies konnte in anderen Studien nicht bestätigt werden (Cloerkes, 1979).

In Bezug auf das Alter konnten signifikante Unterschiede nur zwischen Personen festgestellt werden, die älter oder jünger als 60 Jahre waren.

3.2.1.2 Art und Ausmaß der Behinderung

In Festingers Theorie der sozialen Vergleiche wird beschrieben, dass umso mehr etwas von der Norm abweicht, desto eher wird es abgelehnt (Kreuz, 1995). Dies zeigt sich auch in einer Untersuchung, in der festgestellt wurde, dass der Schweregrad einer geistigen Behinderung mit dem Grad der Anwendung eugenischer Prinzipien zusammenhängt. Nach Antonak-Mullik, Kobe und Fiedler (1995, zitiert nach Kreuz, 2002, S. 51) zeigten sich jedoch nur zwischen leichter und schwerster geistiger Behinderung signifikante Unterschiede im Ausmaß der Ablehnung. Weiters beschreibt Cloerkes (1979), dass körperbehinderte Menschen weit positiver bewertet werden als geistig behinderte Personen, dass die Sichtbarkeit jedoch ein weiterer Faktor ist, der mit Einstellung zu Behinderung negativ korreliert.

3.2.1.3 Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung

Hinsichtlich des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung konnte bisher gezeigt werden, dass nicht nur die Häufigkeit des Kontaktes mit der Einstellung zu geistiger Behinderung zusammenhängt, sondern dass vor allem auch die Qualität des Kontaktes einen Unterschied in der Einstellung bewirkt. Personen, die freiwillig Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung haben und diesen positiv empfinden, haben eine positivere Einstellung zu geistiger Behinderung, als Personen die beruflichen Kontakt haben und diesen negativ bewerten (Cloerkes, 2001).

3.2.1.4 Einstellung zu geistiger Behinderung von Professionisten

Geskie und Salasek (1988) konnten zeigen, dass unter den ProfessionistInnen, die MedizinerInnen die negativste Einstellung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung haben. Yuker (1988) fand im Vergleich dazu heraus, dass PsychologInnen über die positivste Einstellung zu Menschen mit geistiger Behinderung verfügen.

3.3 Einstellung zu Pränataldiagnostik

Die Konfrontation mit Pränataldiagnostik passiert in den meisten Fällen erst während der Schwangerschaft. Studien, wie die von Iino, Ito, Murakami,

Nakagomi und Skriton (2008) sowie Babic, Brajenovic-Milic, Brumini, Kapovic, Ristic und Vranekovic (2008) bestätigen, dass bei Personen im reproduktionsfähigen Alter kaum Wissen zu Pränataldiagnostik vorhanden ist. Erfolgt die Information zu Pränataldiagnostik erst knapp vor einer Untersuchung, ist ein Meinungsbildungsprozess schwierig. So beschreibt Schäfer (1998), dass wenn Beratung am notwendigsten ist, der günstigste Zeitraum dafür bereits verstrichen ist.

3.3.1 Determinanten der Einstellung zu Pränataldiagnostik

Es wurden bisher Variablen erhoben, die mit der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik einhergehen, jedoch keine Variablen, die die Einstellung dazu bestimmen. In einer Studie von Balck, Berth und Dinkel (2003) wurden Variablen erhoben, die mit der Einstellung zu genetischem Testen im Allgemeinen einhergehen. Es zeigte sich, dass genetisches Testen am ehesten auf Grund der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen und der Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen abgelehnt wird. Soziodemografische Variablen, die mit der Einstellung zu genetischem Testen zusammenhängen, sind das Alter, Geschlecht und der Bildungsstand (Jallinoja & Aro, 2000, zitiert nach Balck et al., 2003, S.178). Die Einstellung zu genetischem Testen ist jedoch nicht ohne weiteres auf die Einstellung zu Pränataldiagnostik übertragbar. In bisherigen Studien zeigte sich, dass das Wissen zu Pränataldiagnostik eine wichtige Determinante für die Einstellung zu Pränataldiagnostik ist.

3.3.1.1 *Wissen über Pränataldiagnostik*

Babic et al. (2008) befragten 300 schwangere europäische Frauen vor und nach der Beratung für Pränataldiagnostik. Es zeigte sich, dass nur wenige Frauen Wissen zu Pränataldiagnostik vor einer Beratung haben. Frauen, die jedoch über mehr Wissen verfügten, hatten einen höheren Bildungsstand und eine positivere Einstellung zu Pränataldiagnostik. Nach einer Beratung kam es zu einem Wissensanstieg bei allen Frauen und gleichzeitig zu einer positiveren Einstellung zu Untersuchungen. Somit ist davon auszugehen, dass bei höherem Wissen eine positivere Einstellung zu Pränataldiagnostik vorliegt, wobei in

dieser Studie nicht bekannt ist, inwieweit die Beratungen direktiv stattgefunden haben.

Lesser und Rabinowitz (2001) konnten zeigen, dass viel Wissen mit einem vermehrten Gebrauch von Amniozentese zusammenhängt. Sie konnten ebenso zeigen, dass vor allem jene Frauen Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, die über einen hohen Technologiebezug im Allgemeinen verfügen.

3.3.1.2 Erfahrung mit Pränataldiagnostik

In einem Modellprojekt von Rohde und Woopen (2007) wurde schwangeren Frauen psychosoziale Beratung angeboten. Es wurde ein und zwei Jahre nach der Beratung und der Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik gefragt, ob sich die Einstellung zu Pränataldiagnostik geändert habe. Die meisten Frauen gaben an, dass sich ihre Einstellung nicht geändert hatte. 27% der Frauen berichteten jedoch über eine deutliche Einstellungsänderung. Insgesamt gaben 15% der Frauen an, dass sie kritischer geworden sind. 89% der Frauen berichteten jedoch, dass sie wieder eine pränataldiagnostische Untersuchung machen lassen würden. Es zeigt sich somit, dass die Erfahrung mit pränataler Diagnostik zu unterschiedlichen Reflektionen führt, die Mehrheit jedoch würde sich wieder untersuchen lassen.

3.3.2 Einfluss der Einstellung auf das Verhalten

Die Vorhersage des Verhaltens auf Grund der Einstellung hat sich als schwierig erwiesen. Eine Einstellung besteht nach Ajzens und Fishbeins Theory of planned behaviour (zitiert nach Malhotra, 2005, S. 478) aus dem Handlungsziel, der Handlung, dem Kontext der Handlung und dem Zeitpunkt der Handlung. Stimmen diese überein, kommt es mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu einem einstellungskonformen Verhalten.

Nur ein geringer Anteil der Intentionen für gesundheitsrelevantes Verhalten wird tatsächlich realisiert. In einer Studie von Dormandy, Marthau und Michie (2003) nahmen nur 20% der Frauen mit einer positiven Einstellung zu pränatalem Screening diese auch in Anspruch. Es zeigte sich, dass die Kombination aus dem Denken an das zukünftige Verhalten mit Schlüsselreizen

aus der Umwelt zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Verhaltens führt. Bisher haben sich zu diesem Zweck *Action plans* als hilfreich erwiesen, bei denen Handlungsintentionen schriftlich festgehalten werden. Dormandy et al. (2003) untersuchten die Wirkung von Action plans auf das Screeningverhalten von Frauen, mit dem Zweck eine *informed decision* zu erhöhen, da diese auf relevantem Wissen und der Übereinstimmung von Einstellung und Verhalten beruht (siehe Kapitel 4.2.3) (Dormandy et al. 2003a). Ihre Studie konnte die Erhöhung des Screeningverhaltens durch die Verwendung von Action plans nicht bestätigen.

Die Einschätzung, ob Pränataldiagnostik in Anspruch genommen wird, auf Grund einer positiven Einstellung dazu, ist schwer möglich, da zwischen Einstellung und Verhalten in der Praxis oft ein großer Unterschied besteht (Nippert, 1998).

4 Entscheidung im Kontext pränataler Diagnostik

Im Kontext pränataler Diagnostik kommt es zu unterschiedlichen Entscheidungssituationen. Zunächst muss entschieden werden, ob eine Untersuchung durchgeführt werden soll oder nicht. Zu einem späteren Zeitpunkt, nach einem positiven Befund ist zu entscheiden, ob ein Schwangerschaftsabbruch in Frage kommt. Hierbei behaupten jedoch kritische Stimmen, dass es in diesen Fällen zu keinen echten autonomen Entscheidungssituationen kommen kann, da alleine durch die Verfügbarkeit der pränataldiagnostischen Methoden im Überfluss, deren Anwendung impliziert wird. Nach einem positiven Befund für eine Behinderung des Kindes gibt es in den meisten Fällen keine intrauterinen Behandlungsmöglichkeiten, wodurch wiederum der Schwangerschaftsabbruch die einzige therapeutische Maßnahme darstellt (Corson & Sandelowsky, 1996).

Ebenso behaupten Gwenan, Kirkham und Stepleton (2002), dass es im Kontext der Pränataldiagnostik nur selten zu autonomen Entscheidungen kommt, da im klinischen Alltag der Druck besteht, die *richtige* anstatt der autonomen Entscheidung zu treffen. Was als die richtige Entscheidung betrachtet wird, ist lokal unterschiedlich definiert und reicht von vermehrter Screeninganwendung aus Angst vor Klagen bis zu geringerer Anwendung aus ökonomischen Überlegungen. Der Grund für den Druck zu einer „richtigen“ Entscheidung ist, dass die ÄrztInnen sich selbst und auch die Frauen schützen möchten. Die Autoren argumentieren jedoch, dass die Unterstützung autonomer Entscheidungen, den ÄrztInnen Verantwortlichkeit und somit viel Druck nehmen würden.

Es stellt sich daher die Frage, wie Entscheidungen im Kontext pränataler Diagnostik getroffen werden und wie in einem professionellen Kontext zu einer möglichst zufriedenstellenden autonomen Entscheidung verholfen werden kann.

4.1 Theoretische Ansätze

4.1.1 Der Informationsverarbeitungsansatz

Der Informationsverarbeitungsansatz beschreibt, dass eine Entscheidung ein aktiver Prozess ist, bei dem Informationen von außen aufgenommen werden und dabei durch die eigenen Gefühle und Gedanken verzerrt werden. Von den nur selektiv aufgenommen Informationen werden innere Repräsentationen gemacht. Die selektiv aufgenommenen Informationen werden mittels zweier Strategien ausgewählt. Einerseits durch die heuristische Verarbeitung und andererseits durch die systematische Verarbeitung. Bei der heuristischen Verarbeitung wird keine bewusste Aufmerksamkeit benötigt. Es wird sich auf einen kleinen Teil der gesamten Entscheidungsinformation konzentriert und ohne viel Anstrengung eine Entscheidung getroffen. Bei der systematischen Verarbeitung werden die Details aller Informationen betrachtet und nach Abwägung eine Entscheidung getroffen. PatientInnen fällen Entscheidungen im gesundheitlichen Kontext ebenso auf diese Weise. Dabei werden Informationen mittels heuristischer und systematischer Verarbeitung aufgenommen und damit innere Repräsentationen des Problems erstellt, um auf deren Basis eine Entscheidung zu treffen. Somit sind die Art, wie Informationen kommuniziert werden, frühere Erfahrungen, Glauben und Präferenzen von größerer Bedeutung als die Fakten selbst. Im Gesundheitswesen ist man sich dieser Bedeutung der Kommunikation oft nicht bewusst und erschwert durch falsche Informationsgabe die Entscheidung und deren Ausgang. Ein Schlüsselpunkt in der Forschung ist daher, wie die Darstellung von gesundheitsbezogenen Fakten passieren soll, um eine möglichst freie und somit zufriedenstellende Entscheidung zu gewährleisten (Bekker, 2010).

4.1.2 Theory of planned behaviour

Ajzen (2003) beschreibt in seiner *Theory of planned behaviour*, dass das Verhalten einer Person dann vorhersagbar ist, wenn man die Absicht der Person kennt dieses Verhalten auszuführen. Diese Verhaltensabsicht oder Intention setzt sich zusammen aus der Einstellung zu diesem Verhalten, der

subjektiven Norm und der Verhaltenskontrolle. Die subjektive Norm entspricht dem Druck von außen, auf eine bestimmte Weise zu handeln. Die Verhaltenskontrolle entspricht der Erwartung ein bestimmtes Verhalten ausführen und aufrechterhalten zu können. In einer Untersuchung von van den Berg, van Eijk, de Smit, Timmermans, van Vugt und van der Wal (2008) wird bestätigt, dass die subjektive Norm und die Einstellung zu einem Verhalten die ausschlaggebenden Prädiktoren für das tatsächliche Verhalten sind, wenn es um die Inanspruchnahme pränataler Screeningverfahren geht. Die Verhaltenskontrolle wird jedoch nicht berücksichtigt, da bei der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik nur eine einzelne Handlung notwendig ist und daher in diesem Fall keine Rolle spielt.

4.2 Konzepte „guter Entscheidungen“ im Kontext pränataler Diagnostik

Im medizinischen Kontext gibt es meistens keine objektiv richtige Entscheidung. Jede mögliche Entscheidungsalternative hat ihre Risiken. Es ist wichtiger, dass eine Entscheidung gut verläuft und nicht, dass eine objektiv richtige Entscheidung gefunden wird. Wichtig dabei ist, dass alle Konsequenzen durchdacht und abgewogen werden und eine Entscheidung bewusst getroffen wird (Bekker, 2010).

4.2.1 Autonomie der Entscheidung im Kontext pränataler Diagnostik

Autonomie ist ein Konzept, das Aspekte wie Unabhängigkeit, Privatsphäre, Selbstverwirklichung, Freiheit und Wahlfreiheit umfasst. Autonomie impliziert die Verantwortlichkeit eigener Entscheidungen und wird mit Selbstbestimmung in Verbindung gebracht, was das Fernbleiben der Beeinflussung durch Dritte erfordert. Bei dem Begriff Autonomie muss zwischen autonomen Handlungen und Autonomie als Eigenschaft einer Person unterschieden werden. Eine Person, die über Autonomie als Eigenschaft verfügt, handelt nicht immer autonom, da es Einschränkungen wie Mangel an Informationen, Druck von Außen und Innen gibt. Die wohl wichtigste

Voraussetzung für Autonomie ist Freiheit. Die Voraussetzung für eine freie Entscheidung ist, dass alle Wahlmöglichkeiten vorhanden sind und keine Alternativen durch Dritte weniger attraktiv gemacht werden (Hildt, 2002). Beauchamp und Faden (1986) untersuchten die Autonomie der Entscheidung im medizinischen Kontext. Sie beschreiben, dass früher der Arzt alle wichtigen Entscheidungen getroffen hat. Heute versucht man Entscheidungen zu ermöglichen, die einem *Informed consent* entsprechen. Dabei wählt der/die Patientin/Patientin nach Erhalt aller wichtigen Informationen jene Alternative, die am ehesten seinen/ihren Wünschen entspricht und mit der er/sie sich am wohlsten fühlt. Wohlfühlen setzt jedoch nicht immer eine autonome Entscheidung voraus. Im westlichen Denken ist Wohlfühlen jedoch mit freien Entscheidungen und Autonomie verknüpft und ist daher Voraussetzung für Selbstverwirklichung.

4.2.2 Informed consent

Unter einem Informed consent versteht man das Recht von Personen, zu bestimmen was mit ihnen gemacht oder nicht gemacht wird. Dies wurde erstmals im Nürnberg Code im Jahr 1949 und der Deklaration von Helsinki im Jahr 1964 festgelegt. In einer Studie von Edwards, Hewison, Lilford und Thornton (1998) wurde der Effekt des Informed consent auf die Teilnahme an einer Untersuchung, das Wissen, die Einstellung und die empfundene Angst erhoben. Man beobachtete, dass viel Wissen zu einem besseren Verständnis und zu weniger Angst führte, unabhängig davon, ob die Methode angewendet wurde oder nicht. Im Idealfall sollte man den Patientinnen jene Informationen geben, die sie haben wollen. Das ist jedoch ein logisches Problem, da Patientinnen nicht wissen können, welche Information sie wollen, bevor sie informiert wurden. Somit kann das Ziel nur sein, so viel Information zu geben, dass das Verständnis maximiert wird. Im Idealfall sollte eine Person bereits vor einer Notfallsituation ein Grundwissen zu einem Thema haben, um auf Grund dessen eine bessere Entscheidung treffen zu können. Das soll gewährleistet werden, indem gesundheitsrelevante Themen wie Pränataldiagnostik in der Öffentlichkeit diskutiert werden.

4.2.3 Informed decision making

Wie bereits erwähnt stellt der Schlüsselbegriff in der ethischen Gesundheitsvorsorge die informierte Wahl dar. Besonders im Kontext der Pränataldiagnostik ist diese von Bedeutung, da jede Entscheidung moralisch unterschiedlich bewertet wird. Dormandy, Marthau und Michie (2002a) beschreiben, dass zu einer *Informed decision* nicht nur die Informationsvermittlung von Bedeutung ist, sondern auch die Einstellungen zu den Untersuchungsmethoden, sowie das tatsächliche Handeln. Daher umfasst eine Informed decision das Wissen, die Einstellung und das tatsächliche Untersuchungsverhalten. Beispielsweise stellt eine Entscheidung mit adäquatem Wissen zu Pränataldiagnostik, einer positiven Einstellung zu Pränataldiagnostik und der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik eine Informed decision dar. Diese liegt jedoch auch dann vor, wenn bei viel Wissen zu Pränataldiagnostik, eine negative Einstellung zu Pränataldiagnostik vorliegt und keine Untersuchung gemacht wird. Dormandy et al. (2002a) entwickelten auf Basis dieser Theorie ein Erhebungsinstrument, das MDMIC (*Multi Dimensional Measure of Informed Choice*). Es zeigte sich, dass die Zufriedenheit mit einer Entscheidung dann am größten war, wenn die Einstellung mit dem Verhalten übereinstimmte. Das Wissen zeigte sich als nicht signifikanter Faktor für die Zufriedenheit. In einer weiteren Studie von Dormandy, Marthau und Michie (2003b) wurde die Bedeutsamkeit der Informationen für die Entscheidung der Frauen erhoben. Die Informationen wurden zwar als hilfreich erachtet, jedoch hatte das Wissen keinen Einfluss auf das Screeningverhalten der Frauen. Ebenso wenig hatte das Wissen Einfluss darauf, ob die Einstellung zu Pränataldiagnostik und deren Anwendung übereinstimmte. Daraus kann man schließen, dass eine so genannte „informed decision“ nicht einem großen Wissen entspricht, sondern dem Reflektieren eigener Einstellungen und Werte, um darauf hinaus eine Entscheidung zu treffen.

4.3 Entscheidung vor der Inanspruchnahme pränataler Diagnostik

Ernsthafte angeborene Fehlbildungen sind in 30-50% der Fälle mittels Ultraschalluntersuchungen im zweiten Schwangerschaftsdrittel erkennbar. Die meisten Behinderungen treten bei gesunden Frauen mit geringem genetischen Risiko auf (Capuzzo, Gaglioti & Todros, 2001). In der Medizin geht man von dem Informed consent einer Entscheidung für solche Untersuchungen aus. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass diese nicht unterstützt wird. Gründe dafür sind Zeitdruck, das Anhalten an normativen Regelungen auf Seiten des Arztes/Ärztin und die Angst vor Klagen nach der Geburt eines behinderten Kindes (Gwenan et al., 2002). Diesem Trend ist vor allem auf Seiten der medizinischen Geburtshilfe entgegenzuwirken, um Frauen zu einer Entscheidung zu verhelfen, die auf lange Sicht eine Zufriedenstellende ist.

4.3.1 Entscheidungsdeterminierende Variablen

4.3.1.1 *Entscheidung für Screeningmethoden*

Um die Hauptbeweggründe für die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik herauszufinden, befragten de Smit et al. (2008) 1666 Schwangere in den Niederlanden. Dafür erstellten sie ein hypothetisches pränatales Screening Modell, welches verschiedene Variablen enthielt, die zuvor als entscheidungsrelevant erachtet wurden. Es zeigte sich, dass die subjektive Norm, dem Partner, dem/der Gynäkologen/Gynäkologin oder der Hebamme sowie anderen wichtigen Bezugspersonen zu entsprechen einen wesentlichen Einflussfaktor darstellt. Dabei beschrieben die Autoren die subjektive Norm im Sinne einer beratenden Instanz um eine autonome Entscheidung zu treffen. Ebenso zeigte sich die Einstellung zu Pränataldiagnostik als wesentlicher Faktor für das Screeningverhalten. Nach der *Expected utility* Theorie hat die erwartete Wahrscheinlichkeit eines Kindes mit Down Syndrom und wie man dann damit umgehen würde, Einfluss auf die Einstellung zu Pränataldiagnostik. Dies zeigte sich in der Studie jedoch nicht. Die Einstellung zu Pränataldiagnostik wurde jedoch von der Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch und der erwarteten Effizienz der Untersuchung beeinflusst. In dem erstellten Modell wurden auch die Emotionen

berücksichtigt. Die Autoren gingen davon aus, dass entsprechend der *Risk of feelings* Hypothese Angst, Furcht und Sorgen einen Einfluss auf das Verhalten haben. Dies zeigte sich jedoch nicht. Somit stellen die wesentlichen Faktoren für die Entscheidung der Austausch mit Bezugspersonen, ethische Überlegungen im Sinne der Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch und technische Überlegungen, die Untersuchungsmethoden betreffend dar.

4.3.1.2 Entscheidung für Amniozentese

Lesser und Rabinowitz (2002) befragten 232 Frauen bezüglich ihrer Inanspruchnahme der Amniozentese. Eine Gruppe der Frauen hatte eine medizinisch indizierte Amniozentese, eine Gruppe hatte eine Amniozentese ohne medizinische Indikation und die dritte Gruppe lehnte diese Untersuchung ab. Frauen, die keine Amniozentese machen ließen, waren jünger, hatten weniger Information zu Pränataldiagnostik, hatten weniger sozialen Druck und hörten weniger auf ihren Partner. Frauen, die auf Grund einer medizinischen Indikation die Amniozentese machen ließen, waren jünger, hatten weniger Kinder, hatten mehr Informationen zu Pränataldiagnostik und hatten eine weniger positive Einstellung zum Elternsein. Die Frauen, die eine Amniozentese ohne eine medizinische Indikation durchführen ließen, waren älter, gebildeter, hatten mehr Informationen zu Pränataldiagnostik, hatten weniger Kinder, einen größeren sozialen Druck, einen hohen Technologiebezug und den Anspruch mit der Meinung des Partners konform zu gehen. 77% der Frauen, die auf Grund der psychischen Indikation die Amniozentese wählten, gaben an, dass sie die Untersuchung machen wollten, da sie ganz und gar ausschließen möchten, dass ihr Kind Down Syndrom haben wird. Da diese Gruppe der Frauen mit der Einstellung des Partners übereinstimmte, ist anzunehmen, dass in dieser Gruppe die Entscheidung als Paar getroffen wurde und mit sozialen Statusvorstellungen, sowie mit genauen Vorstellungen der Elternschaft und Kindererziehung einherging.

4.4 Entscheidung nach pathologischem Befund des Feten

Nach einem positiven Befund für eine Behinderung des Fötus steht meist nur ein Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme zur Verfügung.

Das liegt daran, dass es für die meisten pränatal diagnostizierbaren Behinderungen keine Therapie gibt. Corson und Sandelowsky (1996) beschreiben, dass in 90% der Fälle, wenn eine ernsthafte Behinderung diagnostiziert wurde, eine Abtreibung vorgenommen wird. Des Weiteren werden 4 von 1000 Schwangerschaften in der zweiten Schwangerschaftshälfte auf Grund dessen abgetrieben.

4.4.1 Entscheidungsdeterminierende Variablen

Variablen, die Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch haben, sind die Art und das Ausmaß der Behinderung des Kindes, die verwendeten pränataldiagnostischen Maßnahmen, die Sicherheit der Diagnose und Prognose, der Schwangerschaftsfortschritt und Charakteristika der Eltern, wie die ethnische Zugehörigkeit (Corson & Sandelowsky, 1996). In Brookes (2001) qualitativer Studie wurden 20 Frauen, die sich in einer Entscheidungssituation bezüglich pränataler Diagnostik befanden, befragt. Es zeigte sich, dass nach einem Schwangerschaftsabbruch bei genetischer Disposition nicht nur die physische Beeinträchtigung des Kindes im Vordergrund steht. Es wird auch die diskriminierende Einstellung anderer, die Schwierigkeit materielle Ressourcen zu bekommen und die Situation in der Gesellschaft, in der es wenig Unterstützung für Menschen mit Behinderung gibt, angeführt. In einer weiteren qualitativen Studie (Breitenbach, Ebert, Henn, Lenhard & Schindelhauer-Deutscher, 2005) wurden Faktoren erhoben, die die Geburt eines erwarteten Kindes mit Down Syndrom begünstigen. Es zeigte sich, dass die prinzipielle Ablehnung gegen Schwangerschaftsabbruch aus einer ethischen und religiösen Überzeugung, ein Prädiktor für die Geburt des Kindes ist. Des Weiteren wurde erhoben, dass diese Entscheidung bereits vor der pränataldiagnostischen Untersuchung bei den Eltern feststand. Im Gegensatz dazu zeigte sich, dass die Kenntnis über das Down Syndrom, die Bekanntschaft mit Menschen mit Behinderung, Unterstützung durch die Umwelt und die Kenntnis von sozialen Leistungen in dieser Studie keine Kriterien für die Geburt des Kindes waren.

4.4.2 Arten der Entscheidung nach einem pathologischen Befund des Feten

Corson und Sandelowsky (1996) unterscheiden auf Grund qualitativer Interviews mit Frauen, die sich für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch nach einem pathologischen Befund entschieden, fünf Arten der Entscheidung. Eltern, die beschreiben, dass ihnen die Entscheidung abgenommen wurde, da das Kind so schwer behindert war, dass es nicht länger als ein paar Tage nach der Geburt gelebt hätte, erlebten eine *Nature's choice*. Dadurch, dass das Kind eine derartig schwere Behinderung hatte, hatten die Eltern das Gefühl, dass die Natur das Ergebnis bereits vorbestimmt hatte. Bei der *Disowned choice* lehnten die Eltern den Schwangerschaftsabbruch ab, da die Behinderung nicht letale Folgen hat. Dabei hatten die Eltern das Gefühl, dass es eigentlich nicht ihre Entscheidung gewesen ist, dass das Kind besonders sein wird. Im Falle des *Choice lost* wurde eine Behinderung erst zu einem sehr späten Zeitpunkt in der Schwangerschaft festgestellt, wodurch ein Schwangerschaftsabbruch nicht mehr möglich war. Bei der *Close choice* ist der Schwangerschaftsabbruch moralisch und technisch möglich. Dabei empfinden die Eltern die Entscheidung sehr schwer, da sie nicht wissen, ob das Kind eine leichte oder schwere Beeinträchtigung haben wird. Im Falle eines *Choice found* ergibt sich eine Entscheidung durch den Verlauf der Schwangerschaft.

5 Zielsetzung und zentrale Fragestellungen der empirischen Untersuchung

In der folgenden Untersuchung soll die Einstellung zu pränataler Diagnostik in Hinblick auf geistige Behinderung betrachtet werden. Dafür sollen jene Bedingungen betrachtet werden, unter denen ein therapeutischer Schwangerschaftsabbruch nach einem positiven Befund für geistige Behinderung als gerechtfertigt anzusehen ist. Dabei sind die Konditionalität und die Normativität einer solchen Entscheidung zu berücksichtigen. Daher wird eine Vignettenanalyse durchgeführt. Auf Grund ihrer besonderen Eigenschaften als sozialwissenschaftliches Erhebungsinstrument können situative Merkmale sowie moralische Überzeugungen betrachtet werden. Als Ergänzung zu dem Vignettendesign wird ein Fragebogen zur Erhebung der soziodemografischen Variablen, der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik vorgelegt. Die mittels Fragebogendesign erhobenen Daten sollen auf das Vignettendesign bezogen werden.

Es ergeben sich aus der inhaltlichen Thematik folgende zentrale Fragestellungen:

- Unterscheiden sich Personen in ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung und in ihrer Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund von soziodemografischen und einstellungsdeterminierenden Variablen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Pränataldiagnostik und der Einstellung zu geistiger Behinderung?
- Unter welchen Umständen wird ein Schwangerschaftsabbruch bei Diagnose einer geistigen Behinderung als gerechtfertigt angesehen?

6 Fragestellungen der Untersuchung

6.1 Soziodemografische Variablen und weitere Determinanten der Einstellung zu geistiger Behinderung

Um Determinanten der Einstellung zu geistiger Behinderung zu finden, wurde bisher eine Vielzahl an Studien durchgeführt. Auch hier sollen Unterschiede in der Einstellung in Zusammenhang mit den soziodemografischen Variablen sowie weiteren Determinanten der Einstellung untersucht werden.

6.1.1 Soziodemografische Variablen

Fragestellung 1

Unterscheiden sich Personen hinsichtlich ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung in Abhängigkeit von soziodemografischen Variablen?

Wie in Abschnitt 3.2.1.1 genauer beschrieben, wurden in bisherigen Untersuchungen Unterschiede in der Einstellung zu geistiger Behinderung auf Grund des Alter, den Wohnort betreffende sowie geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden (Christiansen & Berndts, 1979; Cloerkes, 1979; Yucker, 1994).

In Bezug auf das Alter konnten signifikante Unterschiede nur zwischen Personen festgestellt werden, die älter oder jünger als 60 Jahre waren. Da jedoch in der folgenden Untersuchung keine Personen, die älter als 60 Jahre waren, teilnahmen, ist dieser Einfluss nicht zu untersuchen.

Das Geschlecht betreffende Unterschiede wurden bisher nur bei SchülerInnen und Studierenden gefunden (Cloerkes, 1979; Yucker, 1994). Da in der vorliegenden Untersuchung Studierende befragt wurden ist auch in dieser Untersuchung davon auszugehen, dass weibliche Personen eine positivere Einstellung zu geistiger Behinderung haben werden als männliche.

Die Unterschiede in der Einstellung zu geistiger Behinderung auf Grund der Wohngegend waren in bisherigen Studien uneinheitlich (Christiansen-Berndts, 1979), daher ist in der vorliegenden Untersuchung einem Unterschied diesbezüglich nachzugehen.

6.1.2 Kontaktbezogene Variablen

Fragestellung 2

Unterscheiden sich Personen in ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung in Abhängigkeit von ihrem Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung?

Auf Grund der in Abschnitt 4.2.1.3 beschriebenen Ergebnisse von Cloerkes (2001) ist in der folgenden Untersuchung davon auszugehen, dass Personen mit häufigem Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung eine positivere Einstellung zu geistiger Behinderung haben als Personen, die keinen Kontakt haben. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass Personen, die privat zu Menschen mit geistiger Behinderung Kontakt haben, eine positivere Einstellung haben, als Personen, die beruflich Kontakt haben.

6.1.3 Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Fragestellung 3

Unterscheiden sich Personen in ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung in Abhängigkeit von ihrer Erfahrung mit Pränataldiagnostik?

Bisher zeigte sich, wie in Abschnitt 3.3.1 beschrieben, dass Personen, die eine positive Einstellung zu geistiger Behinderung haben, über eine negativere Einstellung zu Pränataldiagnostik verfügen (Balck et al., 2003). Somit ist davon auszugehen, dass einstellungsdeterminierende Variablen für Pränataldiagnostik ebenfalls einen Einfluss auf die Einstellung zu geistiger Behinderung haben. Daher wird in der folgenden Untersuchung nachgegangen, ob Personen, die angeben über viel Wissen zu Pränataldiagnostik zu verfügen,

Personen, die als ProfessionistIn Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben und Personen, die bereits positive Erfahrung mit Untersuchungen gemacht haben, eine negativere Einstellung zu geistiger Behinderung haben.

6.1.4 Studienrichtung

Fragestellung 4

Unterscheiden sich Psychologiestudierende und Medizinstudierende in Abhängigkeit von ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung?

Da sich die erhobene Stichprobe aus Psychologiestudierenden und Medizinstudierenden zusammensetzt, ist einem Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung nachzugehen. Wie in Abschnitt 3.2.1.4 beschrieben, konnte bisher gezeigt werden, dass unter den ProfessionistInnen MedizinerInnen die negativste Einstellung zu Pränataldiagnostik haben (Geskie & Salasek, 1988) und PsychologInnen mit unter die positivste (Yuker, 1988). Auch wenn sich die vorliegende Studie aus Studierenden zusammensetzt, wird in der folgenden Studie davon ausgegangen, dass der Meinungbildungsprozess bereits in der Studienzeit begonnen hat und so dieser Unterschied in der Einstellung festzustellen ist.

6.2 Soziodemografische Daten und weitere Determinanten der Einstellung zu Pränataldiagnostik

6.2.1 Soziodemografische Variablen

Fragestellung 5

Unterscheiden sich Personen in Abhängigkeit von ihrer Einstellung zu pränataler Diagnostik und in Abhängigkeit von soziodemografischen Variablen?

Des Weiteren sollen Unterschiede in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund von soziodemografischen Variablen erhoben werden. Es sollen

geschlechtsspezifische Unterschiede und Unterschiede, die den Wohnort betreffen, erhoben werden.

6.2.2 Kontaktbezogene Variablen

Fragestellung 6

Unterscheiden sich Personen in ihrer Einstellung zu Pränataldiagnostik in Abhängigkeit von ihrem Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung?

Auf Grund des bisher in der Literatur gefundenen Zusammenhangs zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik (siehe Abschnitt 4.4) ist der Fragestellung nachzugehen, ob einstellungsdeterminierende Variablen zu geistiger Behinderung ebenfalls in einen Zusammenhang mit der Einstellung zu Pränataldiagnostik zu bringen sind. Hier stellt sich die Frage, ob Personen eine negativere Einstellung zu Pränataldiagnostik haben, in Abhängigkeit von ihrem Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung.

6.2.3 Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Fragestellung 7

Unterscheiden sich Personen in ihrer Einstellung zu Pränataldiagnostik in Abhängigkeit ihrer Erfahrung mit Pränataldiagnostik?

Hinsichtlich der Einstellung zu Pränataldiagnostik ist davon auszugehen, dass vor allem Wissen über Pränataldiagnostik einen positiven Einfluss auf die Einstellung hat (siehe Abschnitt 4.3.2.1). Daher ist auch anzunehmen, dass Personen, die als ProfessionistInnen Kontakt zu Pränataldiagnostik hatten, eine positivere Einstellung haben als Personen, die ihre Erfahrung als Angehörige/r oder Betroffene gemacht haben. Auch auf Grund der bisherigen Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik ist ein Unterschied in der Einstellung anzunehmen.

6.2.4 Studienrichtung

Fragestellung 8

Unterscheiden sich Medizinstudierende und Psychologiestudierende in ihrer Einstellung zu Pränataldiagnostik?

Bisherige Studien zeigten, dass viel Wissen zu Pränataldiagnostik mit einer positiveren Einstellung zu Pränataldiagnostik einhergeht. Lesser et al. (2001) konnten sogar zeigen, dass viel Wissen mit einem vermehrten Gebrauch von Amniozentese zusammenhängt und, dass vor allem jene Frauen Pränataldiagnostik verwenden, die über mehr technologische Wissen im allgemeinen verfügen. Da Medizinstudierende bereits zu Beginn des Studiums medizinisch technologisches Wissen erlangen, ist davon auszugehen, dass diese Gruppe eine positivere Einstellung zu Pränataldiagnostik hat als die der Psychologiestudierende.

6.3 Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik

Fragestellung 9

Gibt es Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik?

In der Diplomarbeit von Wessner (1995) konnte bereits festgestellt werden, dass eine negative Einstellung zu Pränataldiagnostik mit einer positiven Einstellung zu geistiger Behinderung einhergeht (siehe Abschnitt 4.4). Daher wird in der folgenden Untersuchung auch von einem gerichteten Zusammenhang ausgegangen.

Die Erhebung der Einstellung zu Pränataldiagnostik erfolgt in zwei Teilen. Der erste Teil erfasst eine allgemeine Einstellung zu den Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik und der zweite Teil bezieht sich auf einen Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik. Beide

Teile sollen separat und auch gemeinsam in einen Zusammenhang mit der Einstellung zu geistiger Behinderung gebracht werden.

6.4 Fragestellungen zu den Vignettenbeurteilungen

6.4.1 Einfluss der Vignettenbausteine auf die Beurteilungen

Fragestellung 10

Welche Bedeutung haben der Grad der geistigen Behinderung, die körperliche Beeinträchtigung, der erzieherische Status, die Schwangerschaftswoche und die wirtschaftliche Lage bei der Beurteilung, ob ein Schwangerschaftsabbruch bei geistiger Behinderung als gerechtfertigt angesehen wird oder nicht?

Ziel der Analyse der Vignettenbeurteilungen ist es herauszufinden, welche Vignettenbausteine einen Einfluss auf die Gesamtbeurteilung haben. Somit ist zu untersuchen, welcher Faktor die Beurteilung, ob ein Schwangerschaftsabbruch als gerechtfertigt angesehen wird, diesen am meisten beeinflusst. Des Weiteren soll betrachtet werden, inwieweit sich die Beurteilungen verändern, wenn spezifische Kontextvariablen verändert werden. Somit soll festgestellt werden, unter welchen Bedingungen normative Urteile überwindbar sind.

6.4.2 Einfluss der einstellungsdeterminierenden Faktoren, der soziodemografischen Variablen und der Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik auf die Vignettenbeurteilungen

Neben der Analyse der einzelnen Vignettenbeurteilungen gilt es passende Erklärungsmodelle zu finden, die die Gesamtbeurteilungen der Vignetten beschreiben. Somit ist festzustellen, ob soziodemografische Variablen, die Einstellung zu geistiger Behinderung sowie die Einstellung zu

Pränataldiagnostik auf die Beurteilung einen Einfluss haben, unter welchen Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch als mehr oder weniger gerechtfertigt angesehen wird.

Fragestellung 11

Welchen Einfluss haben die soziodemografischen Variablen auf die Beurteilung unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch nach Diagnose einer geistigen Behinderung als gerechtfertigt angesehen wird?

Fragestellung 12

Welchen Einfluss hat die Einstellung zu geistiger Behinderung auf die Beurteilung unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch nach Diagnose einer geistigen Behinderung als gerechtfertigt angesehen wird?

Fragestellung 13

Welchen Einfluss hat die Einstellung zu Pränataldiagnostik auf die Beurteilung unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch nach Diagnose einer geistigen Behinderung als gerechtfertigt angesehen wird?

7 Durchführung der Untersuchung

7.1 Beschreibung der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand von Oktober bis Ende Dezember 2010 in Wien statt. Die Psychologiestudierenden wurden am Psychologicum und im Neuen Institutsgebäude in Wien angesprochen. Die Befragung der Medizinstudierenden fand im Hörsaalzentrum der Medizinischen Universität und im Anatomischen Institut statt. Die Erhebung erfolgte mittels Papier-Bleistift-Verfahren, wodurch zufällig angesprochene Personen zwischen den Lehrveranstaltungen den Fragebogen beurteilen konnten. Die Bearbeitung des gesamten Erhebungsinstrumentes umfasste im Schnitt etwa 15 Minuten.

Um ein balanciertes Design zu gewährleisten, wurden 120 Versuchspersonen angestrebt. Nicht retournierte, unvollständig ausgefüllte Fragebögen oder von nicht Medizin- oder Psychologiestudierenden ausgefüllte Fragebögen wurden durch das entsprechende Vignettenset mit Fragebogen ersetzt und erneut ausgeteilt.

Das Erhebungsinstrument bestand aus zwei Teilen, dem Vignettendesign und dem Fragebogen. Des Weiteren lagen eine Instruktion und ein Informationsblatt zur pränatalen Diagnostik bei. Die TeilnehmerInnen wurden zunächst gebeten das Informationsblatt zur Pränatalen Diagnostik zu lesen. Darauf wurden kurz die wichtigsten Untersuchungsmethoden und deren Risiken beschrieben, sowie die rechtlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich. Anschließend sollten die Vignetten beurteilt werden. Jede der acht Vignetten pro Set entsprach einem Kärtchen. Zwecks Randomisierung wurden die ProbandInnen gebeten die Kärtchen vor der Beurteilung zu mischen. Anschließend war der Fragebogen mit folgender Gliederung zu beurteilen:

- Demografische Daten und einstellungsdeterminierende Daten
- Skala Einstellung zu Pränataldiagnostik (Wessner, 1995)
- MRAI-d (Kreuz, 2002)

7.2 Durchführung der statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurde das SPSS Programm PASW 18 für Windows XP verwendet. Für die Darstellung der Ergebnisse wurde sich an die Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007) gehalten.

Die Subskalen des Fragebogens wurden jeweils einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Variablen, deren Trennschärfe zu gering war, wurden für weitere statistische Berechnungen ausgeschlossen.

Zur deskriptiven Beschreibung der Stichprobe wurden Mittelwertberechnung, Standardabweichung, Prozentwerte, Maximum und Minimum sowie Häufigkeiten verwendet.

Zur interferenzstatistischen Auswertung wurden, wenn die Voraussetzungen erfüllt wurden, T-Tests für Mittelwertvergleiche gerechnet, Korrelationen nach Pearson, einfaktorielle ANOVA und Varianzanalysen. Bei nicht homogenen Varianzen wurden parameterfreie Verfahren verwendet. Außer in speziellen Fällen, in denen ausdrücklich darauf hingewiesen wird, wurde von einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ ausgegangen.

7.3 Beschreibung des Erhebungsinstrumentes

Die empirische Untersuchung besteht aus zwei Teilen. Teil A beinhaltet das Vignettenszenario und Teil B den zum Vignettendesign erstellten Fragebogen. Zunächst erfolgte die inhaltliche Gestaltung der Vignettenanalyse. Dabei wurde sich an Jassos (2001) vorgeschlagene Herangehensweise gehalten. Es wurden alle relevant erscheinenden Themen zum Inhalt der Fragestellung gesammelt und die als am wichtigsten erscheinenden Punkte ausgewählt. Für das experimentelle Vignettendesign wurde in Anlehnung an Atzmüller und Steiner (2006) das Randomized Block Confounded Factorial Design (RBCF) gewählt. Der anschließende Fragebogen beinhaltet die deutsche Version des Mental Retardation Attitude Inventory (Kreuz, 2002) und einen von Wessner (1995) erstellten Fragebogen zur Pränataldiagnostik im Zuge ihrer Diplomarbeit an der Universität Wien.

7.3.1 Die Vignettenanalyse-Teil A

Die Vignettenanalyse oder auch Factory survey genannt, wurde erstmals 1951 vorgestellt. Vor allem in der sozialwissenschaftlichen Forschung ist sie von Bedeutung, da sie für die Erfassung von Normen, deren Entstehung und Wirkung geeignet ist. Mittels Vignettenanalyse können Themen erfasst werden, die auf Grund ihres moralischen und ethischen Gehalts mit Hilfe regulärer quantitativer Fragebogendesigns nur schwer zugänglich sind (Atzmüller & Steiner, 2006). Da normative Urteile meistens nur in bestimmten Situationen gelten und in anderen wiederum nicht, sind sie konditional. Durch die verschiedenen Ausprägungen der Vignettenbausteine können verschiedene Bedingungskonstellationen gebildet werden (Beck & Opp, 2001). So ist die Entscheidung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs auf Grund der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind sowie der moralischen Einwände bezüglich der Selektion behinderten Lebens abhängig von den situativen Bedingungen und erscheint abhängig davon als mehr oder weniger gerechtfertigt.

7.3.1.1 *Inhaltliche Gestaltung der Vignette*

Es wurden zunächst sämtliche Themen gesammelt, die für das Zustandekommen der entsprechenden Outcome-Variable verantwortlich gemacht werden. Die Vignettenbausteine wurden anhand von Diskussionen zu Zeitungsartikel über strittige OGH Urteile zum Thema geistige Behinderung auf Grund von Arztverschulden, aus Diskussionsforen, Fachartikeln sowie persönlichen Gesprächen mit ExpertInnen aus den Bereichen geistige Behinderung, Geburtsvorsorge und Pränataldiagnostik bezogen.

Nachdem die Inhalte der Vignettenbausteine bestimmt wurden, wurde ein geeignetes Vignettenszenario ausgewählt. Bei der Auswahl eines Vignettenszenarios ist zu beachten, ob eine spezifische Bedingung oder eine generelle Bedingung gewählt werden soll. Generelle Bedingungen sind in Vignettenszenarien angebracht, wenn es einen Konsens über Bedingungen gibt, in denen eine Norm gilt, wie beispielsweise, wenn es um das Gerechtigkeitsempfinden einer Regierungsentscheidung geht (Beck & Opp, 2001). In der folgenden Vignette wurde ein spezifisches Szenario gewählt, da

es keine bekannten generellen Bedingungen gibt, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit geistiger Behinderung gerechtfertigt erscheint.

Um die gefundenen Themen mit der Einstellung zu Pränataldiagnostik im Anbetracht geistiger Behinderung zu erfassen, fiel die Wahl auf ein Szenario, in dem eine Frau nach einer Untersuchung einen positiven Befund für eine geistige Behinderung des Fötus erhält und sie vor der Entscheidung steht, ob sie einen therapeutischen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchte. Unter Berücksichtigung der Vignettenbausteine sollen die BeurteilerInnen angeben, welche Entscheidung sie als am naheliegendsten empfinden.

7.3.1.2 Vignettenbausteine und deren Ausprägungen

Es wurden fünf Vignettenbausteine beziehungsweise Dimensionen ausgewählt, die auf Grund der Recherche am sinnvollsten erschienen. Beck und Opp (2001) empfehlen maximal 6 Vignettenbausteine, da mehr die Beurteilenden nicht ausreichend unterscheiden können. Um die Anzahl der resultierenden Vignetten möglichst gering zu halten, wurde versucht nur möglichst wenige Ausprägungen der Vignettenbausteine vorzugeben. Dabei muss berücksichtigt werden, dass für die Erfassung des normativen Urteils wenige Ausprägungen tatsächlich ausreichend sind (Beck et al., 2001). Im Folgenden werden die fünf Vignettenbausteine Grad der geistigen Behinderung, körperliche Beeinträchtigung, wirtschaftliche Folgen, Familienstand und Fortschritt der Schwangerschaft beschrieben.

7.3.1.2.1 Grad der geistigen Behinderung und sichtbare körperliche Behinderung

In Festingers Theorie der sozialen Vergleiche wird beschrieben, dass umso mehr etwas von der Norm abweicht, desto eher wird es abgelehnt (Kreuz, 1995). Dies zeigt sich auch in einer Untersuchung, in der festgestellt wurde, dass der Schweregrad einer geistigen Behinderung mit dem Grad der Anwendung eugenischer Prinzipien zusammenhängt. Nach Antonak-Mullik, Kobe und Fiedler (1995, zitiert nach Kreuz, 2002, S. 51) zeigten sich jedoch

nur zwischen leichter und schwerster geistiger Behinderung signifikante Unterschiede im Ausmaß der Ablehnung. Weiters beschreibt Cloerkes (1979), dass körperbehinderte Menschen weit positiver bewertet werden als geistig behinderte Personen. Allerdings ist die Sichtbarkeit einer Behinderung ein Faktor, der mit der positiven Einstellung zu geistiger Behinderung negativ korreliert. Zur Beschreibung des Ausmaßes der geistigen Behinderung werden die Vignettenbausteine *leichte und schwere geistige Behinderung* in Anlehnung an die ICD-10 konstruiert.

In der folgenden Vignettenanalyse werden daher die folgenden Ausprägungen des Vignettenbausteins ausgewählt:

- Das Kind hat eine **leichte geistige Behinderung**. Es wird als Erwachsene/r in etwa die geistigen Fähigkeiten einer/s 9- bis 12-Jährigen haben. Es ist keine andauernde Unterstützung nötig.
- Das Kind hat eine **schwere geistige Behinderung**. Es wird als Erwachsene/r in etwa die geistigen Fähigkeiten einer/s 3- bis 6-Jährigen haben. Andauernde Unterstützung ist nötig.

Zur zusätzlichen Unterscheidung einer körperlichen Beeinträchtigung und keiner weiteren sichtbaren Behinderung, wurden im Vignettenszenario folgende Ausprägungen des Bausteins körperliche Behinderung gewählt:

- Das Kind ist durch einen **Klumpfuss** beeinträchtigt.
- Das Kind ist **nicht körperlich beeinträchtigt**.

7.3.1.2.2 *Unterstützung durch die Umwelt*

Fosen-Schlichtinger (2002) beschreibt, dass die Entscheidung für ein Kind mit Fehlbildungen wesentlich von der Integration in eine Familie, in die soziale Umwelt aber auch von dem gesamten soziokulturellem Umfeld abhängt. Dabei kommt dem Vater des Kindes eine wesentliche Rolle zu. Dies entspricht auch Bronfenbrenners Mehr-Ebenen-Modell (Bronfenbrenner, 1979, zitiert nach Lammert & Neumann, 2002, S.50). Hier besteht die Umwelt aus verschiedenen

Systemebenen, die sich gegenseitig beeinflussen. So kann die Entscheidung der Frau von jeder System-Ebene beeinflusst werden.

Benz, Grenwelge, Mireles, Peterson, Resch und Zhang (2010) führten eine qualitative Studie zur Erhebung des Wohlbefindens von Eltern mit geistig behinderten Kindern durch. Es zeigte sich, dass die Beeinträchtigung des Kindes weniger zu Stress und Unbehagen führt als die äußeren Rahmenbedingungen. So waren zwei wesentliche Faktoren für das Wohlbefinden die familiäre Unterstützung und die Integration in die Gemeinde. Des Weiteren wurde der Zugang zu Informationen über die Behinderung des Kindes und die finanziellen Mittel als ein Kriterium für das elterliche Wohlbefinden genannt.

In einer frühen Studie von Stemp (1986; zitiert nach Demyttenaere et al., 1994, S. 99) zum Thema Coping in der Schwangerschaft zeigte sich, dass das soziale Umfeld von weitaus geringerer Bedeutung für die psychische Verfassung der Frau ist als die Unterstützung des Partners.

Aus den oben dargestellten Überlegungen ergeben sich nun folgende Ausprägungen des Vignettenbausteins Unterstützung durch das Umfeld:

- Die Frau ist **Single** und sorgt für das Kind alleine.
- Die Frau ist in einer **Partnerschaft**, für das Kind sorgen sie und der Partner.

7.3.1.2.3 *Wirtschaftliche Folgen*

In der bereits oben unter dem Vignettenbaustein *Unterstützung durch die Umwelt* erwähnten Studie von Benz et al. (2010) wurde erhoben, dass das Wohlbefinden von Eltern geistig behinderter Kinder im Wesentlichen von der Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen ist. In diesem Zusammenhang wurden vor allem die Barrieren bei der Genehmigung kostspieliger nötiger Therapien vom staatlichen Gesundheitssystem genannt und die finanziellen Engpässe durch die selbst getragenen Kosten der Therapien.

In einem Urteil (5 Ob 165/05h) des Obersten Gerichtshofes (RIS, 2006) wurde ein Salzburger Arzt zu Unterhaltszahlungen eines behindert zur Welt gekommenen Kindes verurteilt. Da er nicht ausdrücklich auf die Möglichkeit

einer Fruchtwasseruntersuchung hingewiesen hat, habe er laut Gerichtsspruch die finanziellen Belange der Mutter nicht berücksichtigt und somit den unterschriebenen Patientenvertrag nicht erfüllt.

Auch bei der Erhebung der Einstellung zu Pränataldiagnostik und ob dahinter eine Einstellung zu geistiger Behinderung steht, zeigten sich ökonomisch-wirtschaftliche Überlegungen zum Thema geistige Behinderung. Magauer (2008) befragte im Zuge ihrer Diplomarbeit 10 WirtschaftsstudentInnen und 12 BetreuerInnen von Menschen mit geistiger Behinderung. Dabei zeigte sich, dass die Einstellung zu geistiger Behinderung von zwei Wirtschaftsstudenten aus einer ökonomischen Sichtweise resultierte. So gab Herr C. an, dass Menschen mit Behinderung nicht die gleiche Leistungsfähigkeit wie nicht-behinderte Mensch haben und daher die berufliche Integration nicht sinnvoll wäre. Auch Herr K. beschreibt bezüglich seiner Einstellung zu geistiger Behinderung, dass er keinen geistig behinderten Menschen in seiner Firma einstellen wollen würde.

Aus diesen Sachverhalten ergibt sich die Überlegung, inwieweit eine wirtschaftlich-ökonomische Sichtweise zu Pränataldiagnostik mit Hinblick auf geistige Behinderung Einfluss auf die Vignettenbeurteilung hat.

Daher ergeben sich die folgenden Ausprägungen des Vignettenbausteins.

- Durch das Kind mit der geistigen Behinderung wird ein **wirtschaftlicher Nachteil** für die Frau entstehen.
- Durch das Kind mit der geistigen Behinderung wird **kein wirtschaftlicher Nachteil** für die Frau entstehen.

7.3.1.2.4 *Ethische Vertretbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs*

Die Ergebnisse der Amniozentese liegen meist erst zu einem weit fortgeschrittenen Schwangerschaftszeitpunkt vor. Kommt es zu einem auffälligen Befund und die Frau entscheidet sich für einen Schwangerschaftsabbruch, wird der viel umstrittene Fetozyd durchgeführt. Hier wird der Fetus mittels Injektion ins Herz oder durch andere letale Maßnahmen im Mutterleib abgetötet. Anschließend wird eine Geburt eingeleitet. Nach der

22. Schwangerschaftswoche kann das Kind jedoch trotz letaler Maßnahmen lebendig zur Welt kommen.

Rechtlich ist der Fetozyd in Österreich durch den Paragraphen 97 geregelt, der die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs dann vorsieht, wenn ein psychisches oder physisches Risiko für die Frau durch die Geburt des Kindes besteht oder wenn das Kind mit einer schweren körperlichen oder geistigen Behinderung zur Welt kommen würde (RIS).

Somit gilt für geistige und körperliche Behinderung die eugenische Indikation (Mock, 2007), bei der die Fristenregelung der ersten drei Schwangerschaftsmonate aufgehoben ist. Auf Grund der oben beschriebenen häufigen Lebendgeburten bei Fetozyd ab der 22. Schwangerschaftswoche, wurde in der Ärzteschaft ein informeller Konsens von Abbrüchen bis spätestens zur 21. Schwangerschaftswoche eingeführt.

Somit ergeben sich aus dem informellen Konsens der ÄrztInnen abhängig von dem Zeitpunkt der Schwangerschaft eine mehr und eine weniger ethisch vertretbare Ausprägung des Vignettenbausteins.

- Sie ist in der **20sten Schwangerschaftswoche**. Gesetzlich ist ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Zeit erlaubt. Das Kind wäre in dieser Zeit noch nicht außerhalb des Mutterleibs lebensfähig und deshalb gilt unter Ärzten ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Zeit als ethisch vertretbar.
- Sie ist in der **33sten Schwangerschaftswoche**. Gesetzlich ist ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Zeit erlaubt. Das Kind wäre in dieser Zeit jedoch schon außerhalb des Mutterleibs lebensfähig und deshalb gilt unter Ärzten ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Zeit als ethisch nicht vertretbar.

Nachdem die Vignettenbausteine und deren Ausprägungen gefunden wurden, erfolgt die Konstruktion der eigentlichen Vignetten. Es werden die Vignettenszenarien zusammengestellt, indem pro Vignettenbaustein jeweils eine Ausprägung auf einer sogenannten Profilkarte angeführt wird.

7.3.1.3 Festlegung der Beurteilungsskala

Für die Gestaltung der Vignette ist die Beurteilungsskala von großer Bedeutung. Sie bestimmt die inhaltliche Beurteilung der Vignetten und deren Messeigenschaft. Das Vignettenszenario ist so konstruiert, dass eine Beurteilung auf einer sechsstufigen metrischen Skala zu geben ist.

Es wird das Vignettenszenario vorgegeben, in dem die fünf Vignettenbausteine variieren. Anschließend folgt die Frage, welche Entscheidung auf Grund der fünf Punkte am naheliegendsten erscheint. Die Antwortmöglichkeiten bestehen aus sechs Abstufungen von Kästchen, die mittels Kreuz zu markieren sind. Auf dem einen Ende ist für den Schwangerschaftsabbruch und am anderen Ende für die Geburt des Kindes anzukreuzen.

Von den BeurteilerInnen wird eine indirekte Entscheidung abverlangt, indem gefragt wird, welche Entscheidung ihrer Meinung nach am naheliegendsten ist. Das ermöglicht die Erhebung, in wieweit ein Schwangerschaftsabbruch in Anbetracht geistiger Behinderung mehr oder weniger nachvollziehbar ist. Durch die indirekte Beurteilung kann eine bloße richtig oder falsch Antwort umgangen werden, die aus inhaltlichen Überlegungen nicht sinnvoll erscheint. Ein Grund dafür ist einerseits, dass die Entscheidung, ob ein Schwangerschaftsabbruch in Anspruch genommen wird eine individuelle ist. Des Weiteren gibt es keine einheitlichen Regeln, wann dies legitim erscheint und wann nicht. Außerdem verleiten die Themen geistige Behinderung und Schwangerschaftsabbruch zu sozial erwünschtem Antwortverhalten, was durch die indirekte Beurteilung bis zu einem gewissen Grad umgangen werden kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Anzahl der Ausprägungen der Beurteilungsskala. Auf eine neutrale Antwortmöglichkeit wird auf Grund der Schwierigkeit diese zu interpretieren verzichtet. Für die Beurteilung wird eine sechsstufige Skala gewählt. Die Anzahl der Abstufungen wurden auf Grund einer Vorerhebung ausgewählt. Mehr Einheiten erscheinen nicht sinnvoll, da mit steigender Anzahl der Stufen die BeurteilerInnen überfordert werden könnten. Vier Ebenen differenzieren die Antwort ungenügend. Eine fertige Vignette sieht beispielsweise wie in Abbildung 1 aus.

Eine Frau lässt pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen. Es stellt sich heraus, dass das Kind eine Behinderung hat, die sich wie folgt äußert

- Das Kind wird mit großer Wahrscheinlichkeit eine **leichte geistige Behinderung** haben. Es wird als Erwachsene/r in etwa die geistigen Fähigkeiten einer/s 9 bis 12-jährigen haben. Es ist keine andauernde Unterstützung nötig.
- Das Kind ist durch einen **Klumpfuß** beeinträchtigt.

Des Weiteren ist die Situation der Frau wie folgt zu beschreiben

- Sie ist in der **20sten Schwangerschaftswoche**. Das Kind ist in dieser Zeit noch nicht außerhalb des Mutterleibs lebensfähig und daher gilt ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Zeit als ethisch noch vertretbar.
- Die Frau ist **Single** und sie würde für das Kind alleine sorgen.
- Durch das Kind mit der geistigen Behinderung würde ein **wirtschaftlicher Nachteil** für die Frau entstehen.

Nun überlegt die Frau, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lässt.

Welche Entscheidung halten Sie auf Grund der 5 dargestellten Punkte am naheliegendsten?

Schwangerschaftsabbruch ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Geburt des Kindes**

Abbildung 1 Beispielvignette

7.3.1.4 Experimentelles Vignettendesign - RBCF-Design

Insgesamt ergeben sich aus den fünf Vignettenbausteinen zu je zwei Ausprägungen 32 Vignetten. Da nicht jeder Versuchsperson alle Vignetten vorgelegt werden können, soll mit Hilfe eines speziellen Designs die Anzahl der Vignetten pro Person reduziert werden. Es wurde sich für ein experimentelles Design entschieden, welches trotz der reduzierten Anzahl der Vignetten statistische Interpretationen ermöglicht.

Mit Hilfe des RBCF-Design ist es möglich Interaktionseffekte zwischen den einzelnen Vignettenbausteinen zu bestimmen. Voraussetzung für dieses Design sind folgende:

Es gibt mehr als zwei Faktoren, die jeweils zwei oder mehr Ausprägungen haben. Die Anzahl aller möglichen Vignetten ist größer als die Anzahl pro Person vorzugebende Vignetten. Innerhalb der Vignettensets kommt es zu Konfundierungen, das heißt, dass es zu Vermischungen zwischen dem

Seteffekt und den Interaktionseffekten kommt. Von jeder Person gibt es wiederholte Messungen, die der Anzahl der Vignetten entsprechen.

Das experimentelle RBCF-Design wird wie folgt realisiert:

- UV – Vignettenbausteine, deren spezifische Ausprägungen durch den Versuchsleiter systematisch variiert werden
- AV – Vignettenbeurteilungen durch die Befragten
- Zufällige Zuordnung der Sets zu den RespondentInnen
- Zufällige Reihenfolge der Vignetten in den Sets (durch Mischen)
- Alle Sets gleich oft zur Beurteilung (15x alle 4 Sets pro Gruppe = 60), damit ein balanciertes Design vorliegt.

Ziel des Vignettendesigns ist es die Haupteffekte der fünf ausgewählten Bedingungen und deren Wechselwirkungen zu erheben. Es ergeben sich Aufgrund der Anzahl der Vignettenbausteine 32 Vignetten ($2 \times 2 \times 2 \times 2$). Um effektive Schätzungen zu ermöglichen, werden die 32 Vignetten auf vier Sets zu jeweils acht Vignetten aufgeteilt. Dabei sind innerhalb jedes Sets alle Faktorstufen gleich oft vertreten. Dadurch entsteht ein konfundiertes faktorielles Design (Atzmüller, 2006; Atzmüller & Steiner, 2006; Beck & Opp, 2001; Jasso, 2006). Folgendes sind Vorteile der systematischen Konstruktion:

- Es müssen nicht alle 32 Kombinationen pro Person vorgegeben werden.
- Vermeidung der Vermischung von Interaktionseffekten mit Seteffekten - Interaktionseffekte sind dadurch zwischen den Sets erhebbar.
- Obwohl jeder Versuchsperson nur eine begrenzte Anzahl an Vignetten vorgegeben wird, sind Haupteffekte und die Zweifachwechselwirkungen schätzbar.

7.3.1.4.1 Bestimmung der Anzahl der Vignettensets

Um Konfundierungen der Zweifachwechselwirkungen auszuschließen, werden jeder Person acht Vignetten vorgegeben. Dies ist möglich, da nun alle 2×2 Faktorstufenvariationen in acht enthalten sind. Dadurch können alle Haupteffekte und alle Zweifachwechselwirkungen unkonfundiert geschätzt

werden. Es ergeben sich somit vier Sets zu je acht Vignetten, um alle Vignettenvariationen zu schätzen. Die gesamte Vignettenvariation soll 15mal pro Gruppe vorgegeben werden. Damit ergeben sich 60 BeurteilerInnen aus der Studienrichtung Psychologie und 60 BeurteilerInnen aus der Studienrichtung Medizin. Das ergibt 960 beurteilte Vignetten (Atzmüller et al., 2006). Der Stichprobenumfang wurde auf 120 festgelegt, da angenommen wird, dass die Größe für die Güte der statistischen Tests ausreichend ist.

7.3.1.4.2 Bildung der Vignettensets

Damit innerhalb jeden Sets alle Faktorstufen gleich oft vertreten sind, werden alle 32 möglichen Faktorstufen erstellt und diese durch Probieren auf vier Sets zu je acht Vignetten aufgeteilt. Ein Set beinhaltet alle fünf Faktoren mit jeweils einer Ausprägung pro Faktor. Es ergibt sich dadurch ein wie in Tabelle 7-1 beschriebenes Design.

Tabelle 7-1 Kombination der Vignettenbausteine

Vnr.	Set 1					Vnr.	Set 2				
	a	b	c	d	e		a	b	c	d	e
101	0	0	0	0	0	209	0	1	0	0	0
102	1	1	1	1	1	210	1	0	1	1	1
103	0	0	0	0	1	211	1	0	0	0	0
104	1	1	1	1	0	212	0	1	1	1	1
105	0	0	0	1	0	213	0	0	0	1	1
106	1	1	1	0	1	214	1	1	1	0	0
107	0	0	1	0	0	215	0	0	1	0	1
108	1	1	0	1	1	216	1	1	0	1	0
Vnr.	Set 3					Vnr.	Set 4				
	a	b	c	d	e		a	b	c	d	e
317	0	1	0	0	1	425	1	0	0	1	0
318	1	0	1	1	0	426	0	1	1	0	1
319	1	0	0	0	1	427	0	1	1	0	0
320	0	1	1	1	0	428	1	0	0	1	1
321	0	0	1	1	0	429	1	0	1	0	0
322	1	1	0	0	1	430	0	1	0	1	1
323	0	1	0	1	0	431	1	1	0	0	0
324	1	0	1	0	1	432	0	0	1	1	1

Vnr. Vignettennummer: Die erste Ziffer entspricht der Setnummer, die zwei folgenden Ziffern der Vignettennummer. Beispiel 104= Set 1, Vignette 4.

b...körperliche

Beeinträchtigung

0...keine Beeinträchtigung

1...Klumpfuß

c...wirtschaftliche Folgen

0...kein wirtschaftlicher

Nachteil

1...wirtschaftlicher Nachteil

d...Partnerschaft

0... in einer Partnerschaft

1... Single

a...Grad der geistigen

Behinderung

0...leichte Behinderung

1...schwere Behinderung

e...Schwangerschaftswoche

0...20ste Schwangerschaftswoche

1...28ste Schwangerschaftswoche

7.3.2 Der Fragebogen -Teil B

7.3.2.1 Skala Einstellung zu geistiger Behinderung

Die Skala Einstellung zu geistiger Behinderung soll aus der deutschen Version des Mental Retardation Attitude Inventory, dem MRAI-d erstellt werden. Das MRAI-d ist die deutsche Version des MRAI-R. Das MRAI-R wurde

ursprünglich aus fünf Subskalen des Rassismusfragebogens Woodmansee und Cook Inventory aus dem Jahre 1967 erstellt, indem das Wort „Negroes“ durch „retarded“ ersetzt wurde. Anschließend wurden sechs ExpertInnen hinzugezogen um den Wortlaut der Items sinngemäß zu optimieren.

Nach einer Revision wurden 21 der 50 Items ausgeschlossen, einschließlich der gesamten Subskala *Overfavorableness* (Antonak & Harth, 1994). Es blieben die 4 Skalen (1) *Integration-Segregation (INSE)*, *Soziale Distanz (SDIS)*, (3) *Subtile Abwertung (SUAB)* und (4) *Private Rechte (PRRT)*.

Kreuz (2002) übersetzte den Fragebogen im Zuge ihrer Dissertation ins Deutsche. Hierbei zeigte sich, dass die Itemcharakteristika der übersetzten Version zufriedenstellend sind und die Reliabilitäten der Subskalen *INSE*, *SDIS* und *SUAB* ausreichend sind. Die Subskala *PRRT* wurde überarbeitet und neue Items erstellt, wodurch es zu einer Verbesserung der Subskala *PRRT* kam.

Das MRAI-d entspricht einer direkten Einstellungsmessung. Hierbei weiß die Untersuchungsperson, dass eine Einstellung erfragt wird und somit ergeben sich Limitationen in der Interpretation der Ergebnisse durch beispielsweise die Tendenz sozial erwünscht zu antworten. Trotz konkreter Probleme der direkten Einstellungsmessung, die man bei Antonak und Livneh (1995) nachlesen kann, wird auf Grund des psychometrischen Anspruches dieser Untersuchung und der akzeptablen Erfüllung der Testgütekriterien, der Reliabilität, Spezifität, Konsistenz und der multidimensionalen Struktur das MRAI-d herangezogen.

Die Skala Einstellung zu geistiger Behinderung umfasst somit vier Subskalen mit insgesamt 28 Items und wird aus Kreuz (2002) deutschsprachiger Version des MRAI-R dem MRAI-d übernommen. Die zum Teil positiv, zum Teil negativ formulierten Aussagen sind mittels vierkategorialen Antwortformats zu beurteilen, wobei die Antwortmöglichkeiten *stimme stark zu*, *stimme eher zu*, *stimme eher nicht zu* und *stimme überhaupt nicht zu* sind.

Es wurden für alle Subskalen Reliabilitätsanalysen gerechnet. Es zeigte sich, dass vier der sieben Items der Skala *Private Rechte* einen zu geringen Trennschärfekoeffizienten für die Gesamtskala aufweisen. Daher wurde die gesamte Subskala nicht für die weitere Datenanalyse verwendet. Außerdem wurde aus demselben Grund Item 21 ausgeschlossen. Die Gesamtskala des

MRAI-d verfügt über Cronbachs Alpha von $\alpha = .869$. In Tabelle 7-2 ist die Reliabilitätsanalyse aufgeschlüsselt (eine genauere Darstellung Reliabilitätsanalyse findet sich im Anhang B in Tabelle B-1 und Tabelle B-2).

Tabelle 7-2 Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala MRAI-d

(N = 120)	Itemnummer *	Trennschärfe- koeffizienten	Cronbachs α
Vor	1-29	.146 – .594	.867
Itemreduktion			
Nach	1-5, 7, 9-11,	.271 - .609	.869
Itemreduktion	13, 15-19, 23- 27, 29		

Anmerkungen. * im dritten Teil des Fragebogens

7.3.2.1.1 Skala Integration-Segregation (INSE)

Die Skala *Integration-Segregation (INSE)* verfügt über ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .750$. Sie umfasst sieben Items, die sich auf die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung beziehen, wie beispielsweise Item (1) „Schulbehörden sollen geistig behinderte Kinder und nicht geistig behinderte Kinder nicht in die gleichen Klassen geben.“ In Tabelle 7-3 ist die Reliabilitätsanalyse der Subskala angeführt (eine genauere Darstellung der Trennschärfekoeffizienten findet sich in Anhang B in Tabelle B-3).

Tabelle 7-3 Reliabilitätsanalyse der Skala Integration und Segregation (INSE)

(N = 120)	Itemnummer *	Trennschärfekoeffizienten	Cronbachs α
	1,2,7, 13, 17, 23, 29	.377 - .613	.750

Anmerkungen. * im dritten Teil des Fragebogens

7.3.2.1.2 Subskala Soziale Distanz (SDIS)

Die Subskala *Soziale Distanz (SDIS)* beschreibt die Bereitschaft mit Menschen mit geistiger Behinderung in der Nachbarschaft zu leben, sie zu beachten oder mit ihnen in Verbindung gebracht zu werden. Die Reliabilität beträgt $\alpha = .749$ und besteht aus acht Items, wie beispielsweise Item (3) „Ich würde meinem Kind erlauben, eine Einladung zu einer Geburtstagsparty anzunehmen, die für ein Kind mit einer geistigen Behinderung gegeben wird.“ In der Tabelle 7-4 ist die Reliabilitätsanalyse der Subskala tabellarisch dargestellt (genauer in Anhang B in Tabelle B-4)

Tabelle 7-4 Reliabilitätsanalyse der Skala Soziale Distanz (SDIS)

(N	=	Itemnummer *	Trennschärfekoeffizienten	Cronbachs α
120)		3, 5, 11, 15, 18, 19, 24, 27	.340 - .573	.749

Anmerkungen. * im dritten Teil des Fragebogens

7.3.2.1.3 Subskala Subtile Abwertung (SUAB)

Die Subskala *Subtile Abwertung (SUAB)* bezieht sich auf Annahmen, die sich auf die moralische Haltung und das soziale Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung beziehen. Die Reliabilität beträgt $\alpha = .755$. Auf Grund des zu niedrigen Trennschärfekoeffizienten muss Item 25 zur weiteren Datenanalyse ausgeschlossen werden. Somit besteht die restliche Skala aus sechs Items, wie beispielsweise Item (4) „Menschen, die geistig behindert sind, können sich noch nicht im Ausmaß kontrollieren, das zu einer sozialen Gleichstellung mit geistig nicht behinderten Menschen gehört.“ In Tabelle 7-5 wird die Reliabilitätsanalyse der Subskala genau angeführt (siehe auch Tabelle B-5 in Anhang B).

Tabelle 7-5 Reliabilitätsanalyse der Skala Subtile Abwertung (SUAB)

(N = 120)	Itemnummer *	Trennschärfekoeffizienten	Cronbachs α
	4, 9, 10, 16, 25, 26	.367 - .614	.755

Anmerkungen. * im dritten Teil des Fragebogens

7.3.2.2 Skala Einstellung zu Pränataldiagnostik

Für die Skala *Einstellung zur Pränatalen Diagnostik* wurden elf Items aus den Skalen *Akzeptanz von Pränataldiagnostik* und *Einstellung zu Abtreibung in Verbindung mit pränataler Diagnostik* eines Fragebogens zur Einstellung zu Pränataldiagnostik von Wessner (1995) entnommen. Insgesamt ergibt sich für beide Subskalen der Skala *Einstellung zu Pränataldiagnostik* ein Cronbach Alpha von $\alpha = .793$ (siehe Tabelle B-6 in Anhang B). Die Items sind teils positiv, teils negativ formuliert und mittels vierkategorialem Antwortformat mit *stimme stark zu*, *stimme eher zu*, *stimme eher nicht zu* und *stimme überhaupt nicht zu*, zu beantworten.

Tabelle 7-6 Reliabilitätsanalyse Skala Einstellung zu Pränataldiagnostik

(N = 120)	Itemnummer *	Trennschärfekoeffizienten	Cronbachs α
	1-11	.303 - .681	.793

Anmerkungen. * im zweiten Teil des Fragebogens

7.3.2.2.1 Skala Akzeptanz von Pränataldiagnostik

Die Subskala *Akzeptanz von Pränataldiagnostik* beinhaltet acht Items, wie beispielsweise Item (1) „Jede Frau sollte pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen lassen.“

Die Reliabilitätsanalyse der Skala *Akzeptanz von Pränataldiagnostik* ergab ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .749$. Es konnten alle Items zur weiteren

Analyse aufgenommen werden. In Tabelle 7-7 sind alle einzelnen Itemcharakteristika angegeben.

Tabelle 7-7 Reliabilitätsanalyse Skala Akzeptanz von Pränataldiagnostik

(N = 120)	Itemnummer *	Trennschärfekoeffizienten	Cronbachs α
	1-8	.289 - .660	.729

Anmerkungen. * im zweiten Teil des Fragebogens

7.3.2.2.2 Skala Einstellung zu Abtreibung in Verbindung mit Pränataldiagnostik

Die Subskala *Einstellung zu Abtreibung in Verbindung mit pränataler Diagnostik* enthält drei Items, wie beispielsweise: „Die Feststellung einer möglichen Behinderung darf keinen Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen.“

Die Subskala wurde einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Das Cronbach Alpha beträgt $\alpha = .565$. Trotz der niedrigen Reliabilität wurde auf Grund der Ermangelung besserer Erhebungsinstrumente, die Skala für die weitere Datenanalyse herangezogen. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 7-8 angeführt.

Tabelle 7-8 Skala Einstellung zu Abtreibung in Verbindung mit Pränataldiagnostik

(N = 120)	Itemnummer*	Trennschärfekoeffizienten	Cronbachs α
	9-11	.320 - .444	.565

Anmerkungen. * im zweiten Teil des Fragebogens

7.3.3 Demographische Daten und weitere Determinanten der Einstellungen

Zusätzlich zu der Erhebung der Einstellung zu Pränataldiagnostik, der Einstellung zu geistiger Behinderung und den Vignetten wurden Daten erhoben, von denen anzunehmen sind, dass sie einen Einfluss auf die Einstellungen haben. Folgende soziodemografische Variablen wurden für die Untersuchung als relevant angesehen:

- Alter
- Geschlecht
- Höchster bisheriger Schulabschluss
- Studienfortschritt
- Familienstand
- Anzahl Kinder
- Wohngegend

Des Weiteren wurden die bisherigen Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung erhoben, sowie die Erfahrung mit Pränataldiagnostik:

- Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung
- Art des Kontaktes (beruflich oder privat)
- Häufigkeit des Kontaktes
- Selbsteinschätzung Wissen zu Pränataldiagnostik
- Eigene Erfahrung mit Pränataldiagnostik
- Art der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik
- Mit welchen Untersuchungen gibt es Erfahrungen
- Bewertung der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik

7.3.4 Abhängige und unabhängige Variablen

In der vorliegenden Untersuchung sind folgende als abhängige Variablen zu bezeichnen:

- Einstellung zu geistiger Behinderung
- Einstellung zu Pränataldiagnostik
- Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch bei geistiger Behinderung

Folgende sind unabhängige Variablen:

- Gruppenzugehörigkeit Medizin- oder Psychologiestudierende
- Alter
- Geschlecht
- Bisherige Erfahrung mit Pränataldiagnostik
- Bisherige Erfahrung mit geistiger Behinderung

7.3.5 Die Stichprobe

7.3.5.1 *Auswahl der Stichprobe*

Ziel der folgenden Arbeit ist es, die Einstellung zu Pränataldiagnostik und geistiger Behinderung genauer zu betrachten. Vor allem interessiert, unter welchen Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch angesichts geistiger Behinderung als mehr oder weniger gerechtfertigt erscheint.

Zur Beantwortung der Fragestellungen sollen Medizinstudierende und Psychologiestudierende befragt werden. Durch bisherige Erhebungen kann davon ausgegangen werden, dass die Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik zwischen den beiden Gruppen unterschiedlich ausgeprägt sind (Cloerkes, 1979; Cloerkes, 2001).

In bisherigen Studien über die Einstellung zu geistiger Behinderung von ProfessionistInnen, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, zeigte sich, dass PsychologInnen und SozialarbeiterInnen die positivste Einstellung haben. Im Gegensatz dazu wiesen ÄrztInnen die negativste Einstellung zu geistiger Behinderung auf.

Da gefunden wurde, dass das Wissen zu Pränataldiagnostik einen Einfluss auf die Einstellung über Pränataldiagnostik hat, ist auf Grund der Studienrichtung anzunehmen, dass MedizinerInnen ein größeres Wissen zum Thema Pränataldiagnostik haben als PsychologInnen. Um ausreichende

Information über Pränataldiagnostik zu gewährleisten, wird beiden Gruppen ein Informationsblatt vor der Erhebung vorgelegt.

Da von beiden Gruppen angenommen werden kann, dass ein studienrichtungsspezifisches Wissen zum Thema geistiger Behinderung vorhanden ist, wird gewährleistet, dass der Meinungsbildungsprozess nicht erst beim Ausfüllen der Vignetten und Fragebögen passiert.

Eine ausführliche Darstellung der deskriptiven Statistik ist in Anhang B in den Tabellen B-9 bis B-21 dargestellt.

7.3.5.2 Beschreibung der Stichprobe

7.3.5.2.1 Geschlechtsverteilung

An der Untersuchung nahmen insgesamt 120 Personen teil. Es wurden 60 Psychologiestudierende und 60 Medizinstudierende befragt. Davon sind 75 Personen weiblich und 45 Personen männlich. Von den 60 Psychologiestudierenden waren 47 weiblich und 13 männlich. Das Geschlechterverhältnis unter den Medizinstudierenden beläuft sich auf 28 weibliche und 32 männliche Studierende, wie in Tabelle 7-9 angeführt.

Tabelle 7-9 Häufigkeitstabelle Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe

	Psystud		Medstud		Gesamtstichprobe	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
weiblich	47	78.33	28	46.7	75	62,5
männlich	13	21.66	32	53.3	45	37,5
Gesamt	60	100	60	100	120	100

7.3.5.2.2 Alter

Das Alter der Gesamtstichprobe liegt zwischen 18 und 45 Jahren. Der Mittelwert der Altersverteilung beläuft sich auf 24.21 mit einer Standardabweichung von 4.14. Der Mittelwert des Alters der Psychologiestudierenden beträgt 23.7 Jahre, wobei die älteste Person 45 Jahre

alt ist und die jüngste 18. Die Standardabweichung beträgt 3.99. Das Alter der Medizinstudierenden beträgt im Durchschnitt 24.7 Jahre mit einer Standardabweichung von $SD = 4.02$. Die älteste Person ist 42 und die jüngste 19 Jahre alt. Die Altersverteilung ist in Tabelle 7-10 zwecks Übersichtlichkeit angeführt.

Tabelle 7-10 Häufigkeitstabelle Alter der Gesamtstichprobe

	Psystud	Medstud	Gesamtstichprobe
<i>N</i>	60	60	120
<i>Max</i>	45	42	45
<i>Min</i>	18	19	18
<i>M</i>	23.7	23.7	24.21
<i>SD</i>	4.03	3.99	4.14

7.3.5.2.3 Studienfortschritt

Insgesamt befanden sich zum Erhebungszeitpunkt 25 Personen im ersten Studienabschnitt und 71 Personen im zweiten Studienabschnitt. Das Medizinstudium verfügt gegenüber dem Psychologiestudium einen dritten Abschnitt. Von den befragten Medizinstudierende befanden sich 21 Personen im 3. Abschnitt und 3 Personen haben das Studium bereits abgeschlossen. 38 der Psychologiestudierenden befanden sich im zweiten Studienabschnitt und 22 im ersten Studienabschnitt. Vier Personen haben bereits ein Hochschulstudium abgeschlossen. Von den Medizinstudierenden befanden sich 3 Personen im ersten Abschnitt, 33 Personen im zweiten Abschnitt, 21 Personen im 3. Abschnitt und 3 Personen haben das Medizinstudium bereits abgeschlossen. Die genaue Aufschlüsselung des Studienfortschritts ist in Tabelle 7-11 angeführt.

Tabelle 7-11 Studienfortschritt der Gesamtstichprobe

	Psystud		Medstud		Gesamtstichprobe	
	N	%	N	%	N	%
1.Abschnitt	22	36.7	3	5	25	20.83
2.Abschnitt	38	63.3	33	55	71	59.17
3.Abschnitt	-	-	21	35	21	17.50
abgeschlossenes	-	-	3	5	3	2.50
Studium						
gesamt	60	100	60	100	120	100

Anmerkungen. – bezeichnet, dass kein Wert erfasst wurde.

7.3.5.2.4 Familienstand

Insgesamt befinden sich zum Erhebungszeitpunkt 48 Personen in einer Partnerschaft und 72 Personen sind alleinstehend. Von den Psychologiestudierenden waren 27 Personen in einer Partnerschaft und 33 Personen waren alleinstehend. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden sich 21 Medizinstudierende in einer Partnerschaft und 39 waren alleinstehend.

7.3.5.2.5 Wohngegend

Zum Erhebungszeitpunkt lebten 92 der befragten Personen in der Stadt und 28 auf dem Land. Davon lebten 45 Psychologiestudierende in der Stadt und 15 am Land. Von den Medizinstudierenden lebten 47 Personen in der Stadt und 13 am Land.

7.3.5.2.6 Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung

Von den befragten Psychologiestudierenden gaben 22 Personen an regelmäßig Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben und 38 Personen gaben an keinen Kontakt zu haben. Bei den Medizinstudierenden gaben 29 Personen an regelmäßigen Kontakt zu haben und 31 gaben an keinen Kontakt zu haben. Somit ergibt sich, dass in der Gesamtstichprobe 51 Personen regelmäßigen Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung haben.

7.3.5.2.7 *Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung*

Insgesamt haben 23 Personen privat, 24 Personen beruflich und vier Personen sowohl beruflich als auch privat Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung. Von den Medizinstudierenden haben neun Personen privaten Kontakt, 19 beruflichen und eine Person gab an beruflichen und privaten Kontakt zu haben. In der Gruppe der Psychologiestudierende beschreiben fünf Personen, dass der Kontakt beruflicher Natur ist, 14 geben an privat Kontakt zu haben und drei beschreiben, dass beides der Fall ist. Die Häufigkeitsverteilung ist in Tabelle 7-12 zwecks Übersichtlichkeit abgebildet.

Tabelle 7-12 Häufigkeitstabelle Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

	Psystud		Medstud		Gesamtstichprobe	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
beruflich	5	22.73	19	65.52	24	47.06
privat	14	63.67	9	31.03	23	45.10
beides	3	13.67	1	3.45	4	7.84
gesamt	22	100	29	100	51	100

7.3.5.2.8 *Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung*

Insgesamt beschreiben vier Personen, öfter als ein Mal pro Woche Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben, zehn Personen ein Mal pro Woche, 15 Personen ein Mal im Monat und 20 Personen seltener als ein Mal im Monat. Die Häufigkeit des Kontaktes beläuft sich bei den Medizinstudierenden bei vier Personen mehrmals pro Woche, bei sechs Personen ein Mal pro Woche, bei sieben Personen einmal im Monat und bei 13 Personen seltener als ein Mal im Monat. Von den 22 Psychologiestudierenden, die regelmäßigen Kontakt haben, wird folgende Regelmäßigkeit angegeben: Zwei Personen beschreiben mehrmals pro Woche Kontakt zu haben, vier Personen ein Mal pro Woche, acht Personen ein Mal im Monat und acht Personen seltener als einmal im Monat. Die Häufigkeiten sind zwecks Übersichtlichkeit in Tabelle 7-14 dargestellt.

Tabelle 7-13 Häufigkeitstabelle Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

	Psystud	Medstud	Gesamtstichprobe
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
mehrmals pro Woche	2	4	6
ein Mal pro Woche	4	6	10
ein Mal im Monat	8	7	15
seltener als ein Mal im Monat	8	12	20
gesamt	22	29	51

7.3.5.2.9 Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik und der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

In der Gesamtstichprobe gaben zehn Personen an überhaupt kein Wissen über Pränataldiagnostik zu haben, 52 ein wenig, 43 ganz gut und 15 gaben an über sehr gutes Wissen zu verfügen. Bei den Psychologiestudierenden gaben acht Personen an überhaupt kein Wissen zu Pränataldiagnostik zu haben, 36 Personen haben ein wenig, 12 ganz gut und drei Personen ein sehr gutes Wissen zu Pränataldiagnostik. Bei den Medizinstudierenden beschrieben zwei Personen überhaupt kein Wissen zu haben, 16 ein wenig, 31 ganz gut und elf beschreiben über sehr gutes Wissen zu verfügen, was in Tabelle 7-15 zwecks Übersichtlichkeit angeführt ist.

Tabelle 7-14 Häufigkeitstabelle Selbsteinschätzung Wissen zu Pränataldiagnostik

	Psystud		Medstud		Gesamtstichprobe	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
überhaupt nicht	8	13,3	2	3,3	10	8.33
ein wenig	36	60	16	26,7	52	43.33
ganz gut	12	20	31	51,7	43	35.83
sehr gut	4	6,7	11	18,3	15	12.50
gesamt	60	100	60	100	120	100

7.3.5.2.10 Eigene Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Von den befragten Studierenden gaben 53 Psychologiestudierende an selbst gar keine Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht zu haben und sieben Personen haben Erfahrungen gemacht. Davon waren zwei Personen direkt als Patientin betroffen, drei Personen waren Angehörige einer Patientin und eine Person hat als ProfessionistIn Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht. Bei den Medizinstudierenden haben 40 Personen keine Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht und 20 Personen schon. Davon hat eine Person Erfahrung als Patientin gemacht, fünf Personen als Angehörige, 12 Personen als ProfessionistInnen und zwei Person sowohl als ProfesionistIn, als auch als Angehörige/r einer Patientin.

Somit haben insgesamt 27 Personen Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht. Davon haben insgesamt drei Personen als Betroffene, acht Personen als Angehörige/r einer Patientin, 13 als ProfessionistIn und drei Personen sowohl als ProfessionistIn als auch als Angehörige/r Erfahrung mit Pränatalignostik gemacht. Die Häufigkeiten sind in Tabelle 7-15 zwecks Übersichtlichkeit abgebildet.

Tabelle 7-15 Häufigkeitstabelle Art der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik

	Psystud	Medstud	Gesamtstichprobe
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Patientin	2	1	3
Angehörige/r	3	5	8
ProfessionistIn	1	12	13
ProfessionistIn und Angehörige/r	1	2	3
gesamt	7	20	27

7.3.5.2.11 Den RespondentenInnen bekannte Untersuchungsverfahren

Die insgesamt 27 Personen, die angaben mit Pränataldiagnostik persönlich Erfahrung gemacht zu haben, wurden des weiteren befragt, welche Untersuchungstechniken sie kennen. Sowohl die Medizinstudierenden als auch die Psychologiestudierenden gaben an, dass der Ultraschall und das Organscreening jene Untersuchungsmethoden sind, mit denen sie bisher am häufigsten Kontakt hatten. Mit welchen Untersuchungsmethoden die Befragten Erfahrungen gemacht haben, soll in Tabelle 7-16 dargestellt werden.

Tabelle 7-16 Häufigkeitstabelle den RespondentInnen bekannte Untersuchungsmethoden

	Psystud	Medstud	Gesamtstichprobe
Ultraschall	5	20	25
Nackenfaltenmessung	4	16	20
Combined-testing	2	4	6
Tripple-Test	3	5	8
Dopplerultraschall	2	10	12
Organscreening	2	12	14
Amniozentese	1	7	8
Chorionzottenbiopsie	3	5	8
gesamt	22	79	101

7.3.5.2.12 Bewertung der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Von den sieben befragten Psychologiestudierenden, die angegeben haben bereits persönlich mit Pränataldiagnostik Erfahrung gemacht zu haben, gab eine Person an sehr zufrieden damit gewesen zu sein und sechs Personen gaben an eher zufrieden gewesen zu sein. Auch die 20 Medizinstudierenden, die bereits persönliche Erfahrung mit Untersuchungsmethoden gemacht haben, zeigten eine eher positive Bewertung der Erfahrung. So gaben drei Personen an, dass ihre bisherige Erfahrung sehr positiv war, 12 Personen beschrieben eher positive Erfahrung gemacht zu haben und fünf Personen gaben an eher negative Erfahrungen gemacht zu haben. Keine Person beschrieb ihre Erfahrung als sehr negativ.

8 Ergebnisse

8.1 Die Einstellung zu geistiger Behinderung

8.1.1 Allgemeine Aspekte

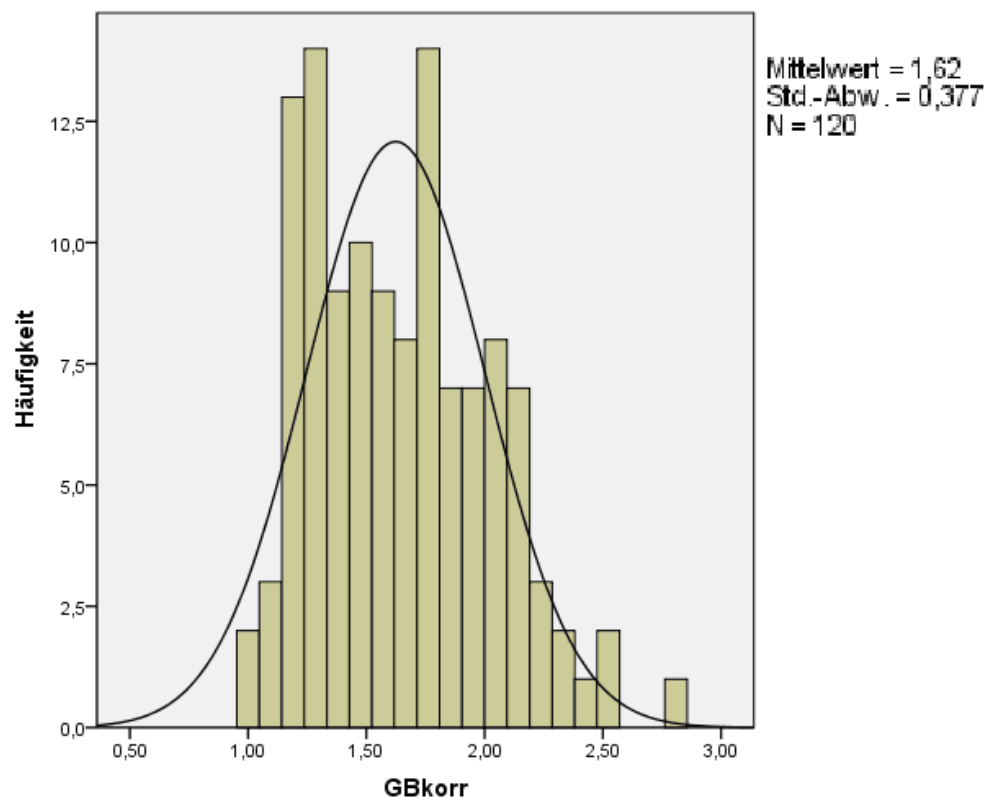


Abbildung 2 Normalverteilung geistige Behinderung

Die Annahme der Normalverteilung der Einstellung zu geistiger Behinderung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test untersucht. Die asymptotische Signifikanz beträgt $p = .316$, und somit kann die Normalverteilung angenommen werden. Eine ausführlichere Darstellung der Ergebnisse ist in Anhang B in den Tabellen B-22 bis B-33 zu finden.

8.1.2 Hypothesenprüfung

8.1.2.1 Die Einstellung zu geistiger Behinderung und soziodemographische Variablen

Im ersten Teil der Untersuchung sollen Unterschiede auf Grund der soziodemografischen Variablen in der Einstellung zu geistiger Behinderung betrachtet werden.

8.1.2.1.1 Einstellungsunterschiede auf Grund der Studienrichtung

Zunächst ist festzustellen, ob es Unterschiede in der Einstellung zwischen Psychologie- und Medizinstudierenden gibt. Es wurden insgesamt 120 Studierende befragt, wobei davon 60 Personen Psychologie und 60 Personen Medizin studierten. Die Prüfung der Homogenität der Varianzen ergab einen F-Wert von $F = .010$. Somit ist anzunehmen, dass die Varianzen nicht homogen sind. Es wurde daher ein Mann-Whitney U-Test gerechnet. Der Test erbrachte kein signifikantes Ergebnis mit $p = .431$. Der Unterschied zwischen Psychologie- und Medizinstudierenden in der Einstellung zu geistiger Behinderung ist daher nicht signifikant, wie in Tabelle 8-1 angeführt.

Tabelle 8-1 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Studienrichtung (N = 120) per Mann-Whitney U-Test

Levene-Test Varianzgleichheit		der U	W	Z	Asymp. Sig. (2-seitig)
<i>F</i>	<i>Sig.</i>				
6.877	.010	1650.0	3480	-.788	.431

8.1.2.1.2 Einstellungsunterschiede auf Grund des Geschlechts

Des Weiteren wurde nach einem geschlechtsspezifischen Unterschied auf Grund der Einstellung zu geistiger Behinderung gesucht. Das Geschlechtsverhältnis der Gesamtstichprobe beläuft sich auf 62.5 Prozent weibliche und 37.5 männliche Studierende. Der Levene –Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen ergab einen F-Wert von $F = .156$. Somit wurde

ein T-Test gerechnet. Der p-Wert beträgt $p = .125$. Es ist daher anzunehmen, dass es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung gibt. Die Ergebnisse des T-Tests sind in Tabelle 8-2 zwecks Übersichtlichkeit nochmals angeführt.

Tabelle 8-2 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Geschlecht (N = 120) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts- differenz	SE	95% KI der Differenz	
					U	o
1.544	118	.125	.10921	.07074	-.03089	.24930

8.1.2.1.3 Einstellungsunterschied auf Grund des Wohnortes

Des Weiteren wurde ein Unterschied in der Einstellung auf Grund des Wohnortes überprüft. Insgesamt lebten 76.7 Prozent der befragten Personen in der Stadt und 23.3 Prozent auf dem Land. Die Varianzen zeigten mit einem F-Wert von $F = .001$ keine Homogenität, somit wurde ein Mann-Whitney U-Test gerechnet. Mit einem p-Wert von $p = .205$ ergab sich kein signifikantes Ergebnis. Somit liegt kein signifikanter Unterschied zwischen Personen, die in der Stadt oder auf dem Land leben in ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung vor. Die Ergebnisse des Mann-Whitney U-Test sind in Tabelle 8-3 dargestellt.

Tabelle 8-3 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Wohnort (N = 120) per Mann-Whitney U-Test

Levene-Test der Varianzgleichheit		U	W	Z	Asymp. Sig (2-seitig)
F	Sig.				
11.055	.001	1684	5362	-1.267	.205

8.1.2.2 Die Einstellung zu geistiger Behinderung und einstellungs-determinierende Variablen

Des Weiteren sind Unterschiede in der Einstellung zu geistiger Behinderung und Variablen, die diese determinieren, zu untersuchen. Die Einstellung zu geistiger Behinderung determinierenden Variablen sind in der vorliegenden Untersuchung der Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung, die Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung und die Häufigkeit des Kontaktes.

8.1.2.2.1 Einstellungsunterschiede auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

Insgesamt gaben 51 (42.5%) Personen an, Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben und 69 (57.5%) Personen gaben an, keinen Kontakt zu haben. Zur Überprüfung eines Unterschiedes auf Grund des Kontaktes zu geistiger Behinderung wurde ein T-Test gerechnet. Der Levene-Test zeigte, dass die Varianzen homogen sind mit $F = .103$. Der p-Wert des T-Tests beträgt $p = .306$. Somit ist von keinem signifikanten Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung, auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung auszugehen, wie in Tabelle 8-4 genau angeführt.

Tabelle 8-4 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Kontakt zu geistiger Behinderung (N = 120) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts -differenz	SE	95% KI der Differenz	
					U	O
-.1028	118	.306	-.07161	.06967	-.20857	.06635

8.1.2.2.2 Einstellungsunterschiede auf Grund der Art des Kontaktes

Insgesamt gaben 51 Personen an, Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben. Davon hatten 14 Personen beruflich Kontakt, 33 Personen privat und 4 Personen gaben an beruflich und privat Kontakt zu

Menschen mit geistiger Behinderung zu haben. Zur Überprüfung, ob es einen Unterschied in der Einstellung auf Grund der Art des Kontaktes gibt, wurden nur die zwei Gruppen beruflich und privater Kontakt herangezogen. Die Gruppe, die angab sowohl beruflich als auch privat Kontakt zu haben wurde ausgeschlossen. Ob es einen Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung auf Grund des beruflichen oder privaten Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung gibt, wurde mittels Mann-Whitney U-Test gerechnet, da die Varianzen mit $F = .014$ nicht homogen sind. Es ergab sich ein nicht signifikantes Ergebnis mit $p = .126$, wie in Tabelle 8-5 ausführlicher dargestellt.

Tabelle 8-5 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n = 47) per Mann-Whitney U-Test

Levene-Test der <i>U</i>		<i>W</i>	<i>Z</i>	<i>Asymp. Sig.</i>
Varianzgleichheit				(2-seitig)
<i>F</i>	<i>Sig.</i>			
6.48	.014	165	726.5	.126

8.1.2.2.3 Einstellungsunterschiede auf Grund der Häufigkeit des Kontaktes

Des Weiteren wurde überprüft, ob es einen Unterschied zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung gibt. Insgesamt gaben 51 Personen an überhaupt Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben. 20 (42.5%) Personen gaben an seltener als ein Mal im Monat Kontakt zu haben, 15 (25.8%) Personen einmal im Monat Kontakt, zehn (13.3%) Personen ein Mal in der Woche und sechs (5%) Personen gaben an mehr Mals in der Woche Kontakt zu haben. Zur Überprüfung der Mittelwertunterschiede wurde eine einfaktorielle Anova gerechnet. Der Levenetest zeigte, mit einem F-Wert von $F = .525$, dass die Varianzen homogen sind. Die einfaktorielle Anova ergab eine Signifikanz von $p = .348$. Somit konnte kein signifikanter Unterschied in der

Einstellung zu geistiger Behinderung in Abhängigkeit von der Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung nachgewiesen werden.

Tabelle 8-6 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n=51) per Einfaktorieller Anova

	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
zwischen den Gruppen	.639	4	.160	1.126	.348
innerhalb der Gruppen	16.307	115	.142		
gesamt	16.945	119			

Des Weiteren wurden einstellungsdeterminierende Variablen für die Einstellung zu Pränataldiagnostik in Bezug auf die Einstellung zu geistiger Behinderung überprüft. Es wurden dafür die Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik, die Erfahrung mit Pränataldiagnostik, die Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik und die Qualität der Erfahrung überprüft.

8.1.2.2.4 Einstellungsunterschiede auf Grund des Wissens zu Pränataldiagnostik

Zunächst wird betrachtet, ob die Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik einen Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung ergibt. Elf (9.2%) Personen gaben an überhaupt kein Wissen, 52 (43.3%) ein wenig, 43 (35.8%) ganz gut und 14 (11.7%) sehr gutes Wissen über Pränataldiagnostik zu haben. Der Levene-Test ergab einen F-Wert von $F = .780$, somit sind die Varianzen als homogen anzunehmen. Das Ergebnis der einfaktoriellen Anova ergab mit $p = .135$ kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 8-7 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik (N=120) per Einfaktorieller Anova

	SS	df	MS	F	Sig.
zwischen den Gruppen	.789	3	2.63	1.889	.135
innerhalb der Gruppen	16.156	116	.139		
gesamt	16.945	119			

8.1.2.2.5 Einstellungsunterschiede auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Es wurde des Weiteren nach einem Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung gesucht, in Abhängigkeit ob bisher überhaupt Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht wurde. Die Varianzen sind homogen ($F = .031, p = .862$). Somit wurde ein T-Test gerechnet. Es ergab sich ein signifikantes Ergebnis von $p = .017$. Somit kann angenommen werden, dass es einen Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik gibt. Die Ergebnisse des T-Tests sind in Tabelle 8-8 zwecks Übersichtlichkeit dargestellt. Ergänzend können im Anhang B in Tabelle B-31 die genaueren Ergebnisse des T-Test eingesehen werden, die nun zwecks Übersichtlichkeit hier nicht angeführt werden.

Tabelle 8-8 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per T-Test

T	df	Sig.	Mittelwerts-	SE	95% KI der Differenz	
		(2-seitig)	differenz		U	O
-2.412	118	.017	-.19503	.08087	-3.5518	-.03488

8.1.2.2.6 Einstellungsunterschiede auf Grund der Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Ein Mittelwertunterschied wurde auch in der Einstellung zu geistiger Behinderung abhängig von der Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

untersucht. So soll festgestellt werden, ob die Erfahrung mit Pränataldiagnostik als Angehörige/r einer Patientin, als ProfessionistIn oder Betroffene einen Unterschied in der Einstellung ergibt. Insgesamt gaben 27 Personen an, Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht zu haben. Davon machten drei Personen Erfahrung als Patientin, acht als Angehörige einer Patientin, 13 als ProfessionistIn und drei sowohl als ProfessionistIn als auch als Angehörige/r.

Es wurde ein H-Test nach Kruskal und Wallis gerechnet. Der ergab eine Signifikanz von $p = .036$. Somit ist anzunehmen, dass es einen signifikanten Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung in Abhängigkeit der Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik gibt, was in Tabelle 8-9 nochmals dargestellt wird und in Anhang B in Tabelle B-32 ebenfalls nochmals ausführlicher dargestellt wird. Bei Betrachtung der mittleren Ränge (siehe Tabelle 8-10) kann erkannt werden, dass die Gruppe der Angehörigen und die Gruppe der ProfessionistInnen einen niedrigeren Wert aufweisen, als Patientinnen und Patientinnen, die zugleich Professionistinnen sind. Dieses Ergebnis ist so zu interpretieren, dass ProfessionistInnen und Angehörige eine vergleichsweise negativere Einstellung zu geistiger Behinderung haben.

Tabelle 8-9 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per H-Test nach Kruskal und Wallis

χ^2	df	Asymp. Sig.
8.538	3	.036

Tabelle 8-10 Prüfung der Mittelwertsunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Art der Erfahrung zu Pränataldiagnostik (n=27. Darstellung der mittleren Ränge

	Art der Erfahrung	n	mittlerer Rang
Einstellung zu geistiger Behinderung	als Patientin	3	21,33
	als Angehörige/r einer Patientin	8	10,56
	als ProfessionistIn	13	12,35
	als Patientin und Professionistin	3	23,00
	gesamt	27	

8.1.2.2.7 Einstellungsunterschiede auf Grund der Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Von den 28 Personen, die angeben Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht zu haben, beschreiben vier Personen sehr positive Erfahrung gemacht zu haben, 19 eher positive, fünf eher negative und keine Person hat bisher sehr negative Erfahrung gemacht. Zur Überprüfung der Mittelwertunterschiede wurde ein H-Test nach Kruskal und Wallis gerechnet. Die asymptotische Signifikanz beträgt $p = .054$. Somit ist ein Unterschied auf Grund der Qualität der Erfahrung in der Einstellung zu geistiger Behinderung knapp nicht signifikant. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-10 dargestellt.

Tabelle 8-11 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu geistiger Behinderung und Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=26) per H-Test nach Kruskal und Wallis

χ^2	df	Asymp. Sig.
5.827	2	.054

8.2 Einstellung zu Pränataldiagnostik

8.2.1 Allgemeine Aspekte

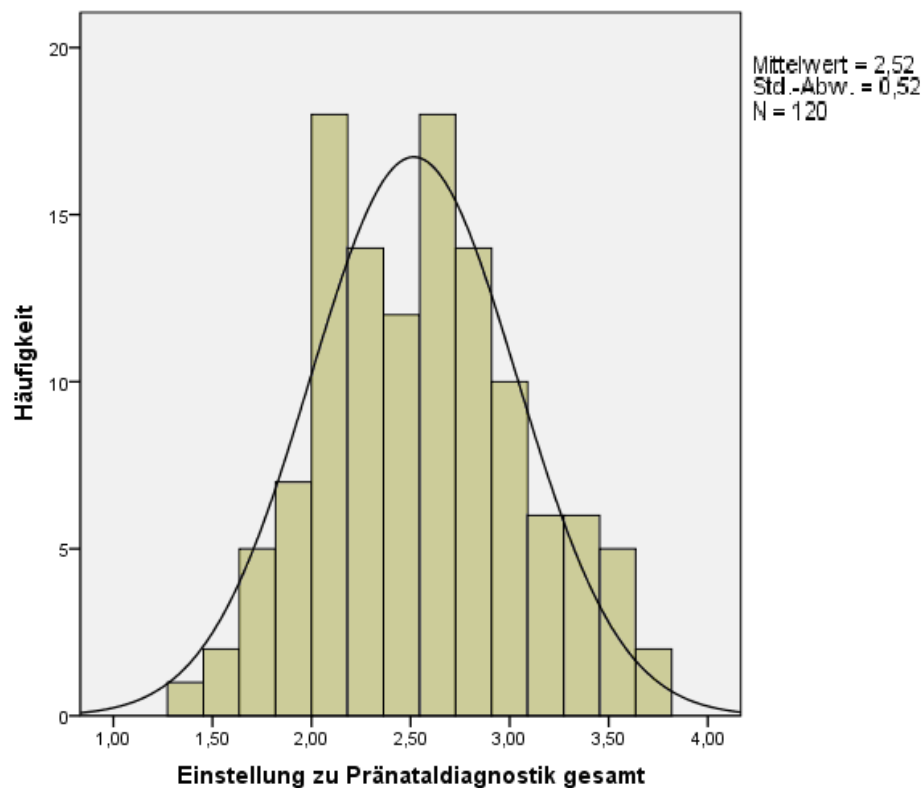


Abbildung 3 Normalverteilung Pränataldiagnostik

Zur Überprüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov Test gerechnet. Die asymptotische Signifikanz beträgt $p = .537$. Somit kann die Normalverteilung angenommen werden. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist zusätzlich in Anhang B in den Tabellen B-33 bis B-43 zu finden.

8.2.2 Hypothesenprüfung

8.2.2.1 Einstellung zu Pränataldiagnostik und soziodemografische Variablen

Es sollen im Folgenden Unterschiede in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund des Geschlechts, der Studienrichtung und der Wohngegend überprüft werden.

8.2.2.1.1 Einstellungsunterschiede auf Grund des Geschlechts

Das Geschlechtsverhältnis beläuft sich auf 62.5 % weibliche und 37.5 % männliche Personen. Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen ergab eine Signifikanz von $F = .646$. Somit ist von homogenen Varianzen auszugehen. Der T-Test ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede mit $p = .569$. Daher liegt kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Personen hinsichtlich ihrer Einstellung zu Pränataldiagnostik vor. Die Ergebnisse des T-Tests sind in Tabelle 8-11 ausführlich dargestellt.

Tabelle 8-12 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Geschlecht (N=120) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts- differenz	SE	95% KI der Differenz	
					U	o
-.571	118	.569	-.05616	.09839	-.251	.13868

8.2.2.1.2 Einstellungsunterschiede auf Grund der Studienrichtung

Es wurden in der vorliegenden Untersuchung 60 Psychologie- und 60 Medizinstudierende befragt. Der Levene –Test ergab, dass die Varianzen mit $F = .373$ homogen sind. Der T-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen Psychologie- und Medizinstudierenden in ihrer Einstellung zu Pränataldiagnostik mit $p = .739$. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-12 ausführlich dargestellt.

Tabelle 8-13 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Studienrichtung (N=120) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts- differenz	SE	95% KI der Differenz	
					U	o
.334	118	.739	.3182	.93535	-.15701	.22065

8.2.2.1.3 Einstellungsunterschiede auf Grund der Wohngegend

Zum Befragungszeitraum leben 76.7 % der Stichprobe in der Stadt und 23.3 % auf dem Land. Die Homogenität der Varianzen konnte mittels Levene-Test mit $F = .767$ bestätigt werden. Der T-Test ergab ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = .677$. Somit ist von keinem Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund der Wohngegend auszugehen. Die Ergebnisse des T-Tests sind in Tabelle 8-13 dargestellt.

Tabelle 8-14 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Wohngegend (N=120) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts -differenz	SE	95% KI der Differenz	
					U	o
-.417	118	.677	-.04701	.11269	-.27017	.17616

8.2.2.2 Die Einstellung zu Pränataldiagnostik und einstellungs-determinierende Variablen

Es sollen Unterschiede in der Einstellung zu Pränataldiagnostik in Abhängigkeit von der Erfahrung mit Pränataldiagnostik erhoben werden. Dafür wird überprüft, ob es einen Unterschied zwischen Personen gibt, die Kontakt oder keinen Kontakt zu Pränataldiagnostik haben. Des Weiteren sollen Unterschiede auf Grund der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik, der Art der Erfahrung und der Qualität der Erfahrung untersucht werden.

8.2.2.2.1 Einstellungsunterschiede auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Von den 120 befragten Personen gaben 27 (22.5 %) Personen an, bereits Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht zu haben und 93 (77.5 %) Personen gaben an noch keine Erfahrung gemacht zu haben. Der Levene-Test ergab, dass die Varianzen homogen sind ($F = 3.805$, $p = .053$). Der T-Test ergab ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = .476$. Somit ist davon auszugehen, dass es

keinen signifikanten Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik gibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-14 ausführlich dargestellt.

Tabelle 8-15 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts- differenz	SE	95% KI der Differenz	
					U	o
.716	118	.476	.08157	.11398	-1.4414	.30728

8.2.2.2.2 Einstellungsunterschiede auf Grund der Art der Erfahrung

Von den 27 Personen, die angaben Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht zu haben, hatten drei Personen Erfahrung als Patientin, acht als Angehörige/r einer Patientin, 13 als ProfessionistIn und drei als Professionistin und Angehörige/r. Zur Überprüfung eines Mittelwertunterschiedes wurde ein H-Test nach Kruskal und Wallis gerechnet. Es ergab sich eine asymptotische Signifikanz von $p = .935$. Somit ist davon auszugehen, dass es keinen Einstellungsunterschied auf Grund der Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik gibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-15 dargestellt.

Tabelle 8-16 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=27) per H-Test nach Kruskal und Wallis

χ^2	df	Asymp. Sig.
.424	3	.935

8.2.2.2.3 Einstellungsunterschiede auf Grund der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik

Von den 120 befragten Personen gaben lediglich elf (9.2%) Personen an überhaupt nichts über Pränataldiagnostik zu wissen, 52 (43.3%) ein wenig, 43

(35.8%) ganz gut und 14 (11.7%) beschrieben sehr gute Kenntnisse über Pränataldiagnostik zu haben. Der Levene-Test ergab, dass die Varianzen homogen sind ($F = 1.085$, $p = .358$). Zur Überprüfung der Mittelwertunterschiede wurde eine einfaktorielle Anova gerechnet. Es ergab sich kein signifikanter Mittelwertunterschied ($p = .829$). Somit ergibt die Selbsteinschätzung des Wissens keinen signifikanten Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-16 ausführlich dargestellt.

Tabelle 8-17 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung Pränataldiagnostik und der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik (N=120) per Einfaktorieller Anova

	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
zwischen den Gruppen	.244	3	.081	.295	.829
innerhalb der Gruppen	31.974	116	.276		
gesamt	32.218	119			

8.2.2.2.4 Einstellungsunterschiede auf Grund der Qualität der Erfahrung

Von den 28 Personen, die angaben, Erfahrung mit pränataldiagnostik gemacht zu haben, beschrieben vier Personen die Erfahrung als sehr positiv, 19 als eher positiv und fünf als eher negativ. Zur Überprüfung eines Mittelwertunterschieds wurde ein H-Test nach Kruskal und Wallis gerechnet. Die asymptotische Signifikanz ergab einen p-Wert von $p = .021$, daher kann von einem signifikanten Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund der Qualität der Erfahrung ausgegangen werden, wie in Tabelle 8-17 dargestellt.

Tabelle 8-18 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik (n=28) per H-Test nach Kruskal und Wallis

χ^2	df	Asymp. Sig.
7.706	2	.021

Da in der vorliegenden Studie nach einem Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Pränataldiagnostik und geistiger Behinderung gesucht wird, sollen auch Unterschiede in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund einstellungsdeterminierenden Variablen für geistige Behinderung überprüft werden.

8.2.2.2.5 Einstellungsunterschiede auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

Von den 120 befragten Personen gaben 51 Personen an Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben und 69 keinen Kontakt zu haben. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test überprüft und ergab, dass die Varianzen homogen sind ($F = .006$, $p = .938$). Die Mittelwertunterschiede wurden mittels einfaktorieller Anova gerechnet und ergaben ein nicht signifikantes Ergebnis mit $p = .710$. Somit ist von keinem signifikanten Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung auszugehen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-18 dargestellt.

Tabelle 8-19 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung Pränataldiagnostik und Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung (n=51) per einfaktorieller Anova

	SS	df	MS	F	Sig.
zwischen den Gruppen	.038	1	.038	.138	.710
innerhalb der Gruppen	32.180	118	.273		
gesamt	32.218	119			

8.2.2.2.6 *Einstellungsunterschiede auf Grund der Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung*

Von den 51 Personen, die angaben, Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben, hatten 14 Personen beruflich und 33 Personen privat Kontakt. Vier weitere Personen gaben an, beruflich und privat Kontakt zu haben. Um Mittelwertunterschiede zu überprüfen, wurden nur die zwei Gruppen berufliche oder privater Kontakt herangezogen. Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen mittels Levene –Test ergab, dass die Varianzen homogen sind ($F = .039$, $p = .845$). Der T-Test ergab ein nicht signifikantes Ergebnis, mit einem Wert von $p = .131$. Somit gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik, auf Grund der Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung, wie in Tabelle 8-19 dargestellt.

Tabelle 8-20 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung zu Pränataldiagnostik und Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n = 47) per T-Test

T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwerts -differenz	SE	95% KI der Differenz	
					u	o
-1.538	45	.131	-.26446	.17196	-.61081	.08189

8.2.2.2.7 *Einstellungsunterschiede auf Grund der Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung*

51 Personen gaben an regelmäßig Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung zu haben. Davon haben sechs Personen mehrmals die Woche Kontakt, zehn Personen einmal die Woche, 15 mehrmals im Monat und 20 einmal im Monat. Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen ergab einen Wert von $p = .105$ ($F = .196$). Zur Überprüfung der Mittelwertunterschiede wurde eine einfaktorielle Anova gerechnet. Es ergab sich mit $p = .932$ kein signifikanter Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund der Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit

geistiger Behinderung. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-20 ausführlicher dargestellt.

Tabelle 8-21 Prüfung der Mittelwertunterschiede: Einstellung Pränataldiagnostik und Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung (n=51) per einfaktorieller Anova

	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
zwischen den Gruppen	.234	4	.059	.211	.932
innerhalb der Gruppen	31.983	115	.278		
gesamt	32.218	119			

8.3 Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik

Die Einstellung zu Pränataldiagnostik wurde in der vorliegenden Untersuchung mittels zwei Skalen erhoben. Die erste Skala bezieht sich allgemein auf die Einstellung zu Pränataldiagnostik und die zweite auf einen Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik. Es soll nun der Zusammenhang der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik im Gesamten betrachtet werden und des Weiteren soll ein Zusammenhang der Einstellung zu geistiger Behinderung und der beiden Subskalen erhoben werden.

8.3.1 Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt

Die Überprüfung eines Zusammenhangs der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik wurde mittels Pearsonkorrelation einseitig getestet. Es ergab sich ein signifikanter negativer Zusammenhang mit einer Korrelation von $r = -.244$ und einer Signifikanz von $p = .004$. Somit ist von einem Zusammenhang zwischen der Einstellung zu

Pränataldiagnostik und geistiger Behinderung dahingehend zu interpretieren, dass eine negative Einstellung zu Pränataldiagnostik mit einer positiven Einstellung zu geistiger Behinderung einhergeht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-21 dargestellt.

Tabelle 8-22 Überprüfung der Zusammenhangshypothese: Einstellung zu geistiger Behinderung und Einstellung zu Pränataldiagnostik (N=120) per Korrelation nach Pearson

		Einstellung zu gB
Einstellung zu PD	Korr Pearson	-.244
	Signifikanz (1seitig)	.004
	N	120

8.3.2 Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik

Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothese, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik gibt, wurde eine Korrelation nach Pearson gerechnet. Es wurde einseitig getestet, und es ergab sich ein signifikantes Ergebnis von $p = .007$. Somit ist von einem signifikanten Zusammenhang auszugehen. Die Korrelation beträgt $r = -.225$. Der negative Zusammenhang zeigt, dass eine positive Einstellung zu geistiger Behinderung mit einer negativen Einstellung zu Pränataldiagnostik einhergeht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-22 dargestellt.

Tabelle 8-23 Überprüfung der Zusammenhangshypothese: Einstellung zu geistiger Behinderung und Einstellung zu Pränataldiagnostik allgemein (N=120) per Korrelation nach Pearson

		Einstellung zu gB
Einstellung	Korr Pearson	-.225
zu PD	Signifikanz (1seitig)	.007
	N	120

8.3.3 Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und zu Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik

Der Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik wurde mittels einseitiger Pearsonkorrelation gerechnet. Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang von $r = -.216$, mit einer Signifikanz von $p = .009$. Daher ist davon auszugehen, dass es einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen einer positiven Einstellung zu geistiger Behinderung und der Befürwortung eines Schwangerschaftsabbruches bei Pränataldiagnostik gibt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8-23 dargestellt.

Tabelle 8-24 Überprüfung der Zusammenhangshypothese: Einstellung zu geistiger Behinderung und Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch bei Pränataldiagnostik (n=120) per Korrelation nach Pearson

		Einstellung zu Gb
Einstellung	Korr Pearson	-.216
zu PD	Signifikanz (1seitig)	.009
	N	120

8.4 Vignettenanalyse

Es soll festgestellt werden, welche Faktoren die Vignettenbeurteilung beeinflusst haben. Des Weiteren soll festgestellt werden, ob die Wechselwirkung von den Hauptfaktoren einen besonderen Einfluss auf die Vignettenbeurteilung haben. Neben dem eigentlichen Vignettendesign wurde das Modell mittels soziodemografischer sowie kontaktbezogener Variablen ergänzt. Somit soll festgestellt werden, ob es Unterschiede in den Vignettenbeurteilungen auf Grund der soziodemografischen Variablen beziehungsweise auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung oder Pränataldiagnostik gibt. Es folgt eine weitere Modellerweiterung durch die Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik. Es soll nun festgestellt werden, welchen Einfluss die Einstellungen auf die Vignettenbeurteilung haben. Zur statistischen Auswertung sollen Varianzanalysen gerechnet werden. Zunächst sollen im Folgenden die Voraussetzungen dafür geprüft werden. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist zusätzlich in Anhang B in den Tabellen B-44 bis B-46 zu finden.

8.4.1 Allgemeine Aspekte

Es wurden insgesamt 960 Vignetten 120 Befragten vorgegeben. In dem Vignettendesign sollte angegeben werden, unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch nach Diagnose einer geistigen Behinderung als mehr oder weniger gerechtfertigt erscheint. In Tabelle 8-24 sind die durchschnittlichen Bewertungen der Vignetten dargestellt.

Tabelle 8-25 durchschnittliche Bewertung der Vignetten

	<i>N (gültig*)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Psystud	460	1	6	3.94	1.561
Medstud	460	1	6	4.16	1.632
gesamt	960	1	6	4.06	1.600

** Basis: Vignettenbeurteilungen (6 Abstufungen, 1 entspricht „ganz und gar für einen Schwangerschaftsabbruch“, 6 entspricht „ganz und gar für die Geburt des Kindes“)*

Die Häufigste Beurteilung mit 245 (25.5%) Bewertungen ist „ganz und gar für die Geburt des Kindes“. Insgesamt ist eine Tendenz für die Geburt des Kindes festzustellen. Dem gegenüber steht die Beurteilung „ganz und gar für einen Schwangerschaftsabbruch“. Hier fällt die Bewertung mit 59 (6.1%) wesentlich geringer aus. Im folgenden sollen die Häufigkeiten der Bewertungen tabellarisch und grafisch dargestellt werden. In dem Vignettendesign ist zur Beurteilung ein Kontinuum von sechs Kästchen angegeben. An dem einen Ende steht „für einen Schwangerschaftsabbruch“ und am anderen Ende „für die Geburt des Kindes“. Zur besseren Veranschaulichung werden in der Tabelle 8-25 die Abstufungen verbal angegeben

Tabelle 8-26 Häufigkeitstabelle Vignettenbeurteilungen

	N	%
ganz und gar für die Schwangerschaftsabbruch	59	6.1
eher für Schwangerschaftsabbruch	151	15.7
ein wenig für Schwangerschaftsabbruch	149	15.5
ein wenig für die Geburt des Kindes	161	16.8
eher für die Geburt des Kindes	195	20.3
ganz und gar für die Geburt des Kindes	245	25.5
gesamt	960	100

Wie schon die tabellarische Veranschaulichung erahnen lässt, sind die Vignettenbeurteilungen nicht als normalverteilt anzunehmen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt eine signifikante asymptotische zweiseitige Signifikanz von $p = .000$. Somit sind die Werte als nicht normalverteilt anzunehmen. Die Abbildung 4 veranschaulicht die Verteilung der Antworten nochmals mittels Histogramm.

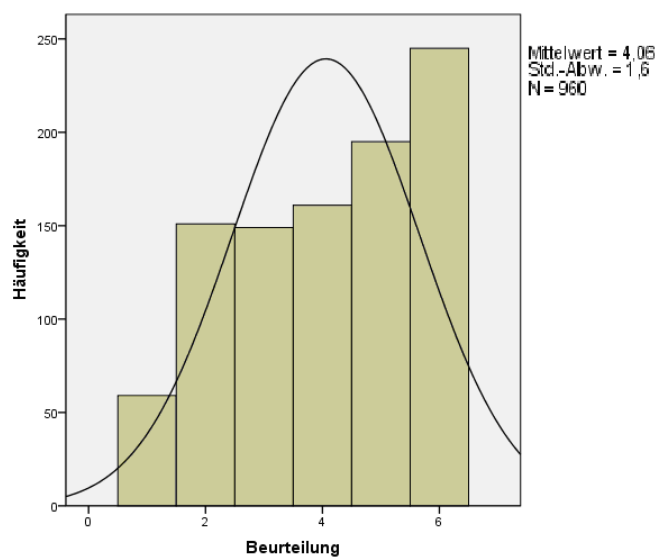


Abbildung 4 Beurteilung der Vignetten Häufigkeitshistogramm Basis: Vignettenbeurteilungen (6 Abstufungen auf einem Kontinuum. 1 entspricht „ganz und gar für einen Schwangerschaftsabbruch“, 6 entspricht “ ganz und gar für die Geburt des Kindes“)

Zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen, als Voraussetzung für weitere statistische Berechnungen, wurde der Levene-Test gerechnet. Die Ausprägungen der unabhängigen Variablen wurden experimentell realisiert und somit sind Orthogonalität und Balanciertheit des Designs gegeben.

8.4.2 Erhebung der Haupt- und Wechselwirkungen des Vignettendesigns

Im Folgenden sind die Regressionskoeffizienten der Haupteffekte der Vignettenbeurteilungen, die mittels Varianzanalyse errechnet wurden, in Tabelle 8-26 dargestellt. Zusätzlich wurden um Stärke und Richtung des Effektes der einzelnen Vignettenbausteine Regressionskoeffizienten ermittelt. Da sich die Varianzen als inhomogen herausgestellt haben, wird das Signifikanzniveau auf $\alpha = .01$ anstatt der üblichen $\alpha = .05$ herabgesetzt.

Tabelle 8-27 Varianzanalyse Haupteffekte des Vignettendesigns (n=960) per Variananalyse

	Regressions- koeffizient	SE	Sig.
Konstanter Term	3.096	.115	.000
Grad der Behinderung			
leichte geistige Behinderung	1.221	.094	.000
schwere geistige Behinderung	0	-	-
körperliche Beeinträchtigung			
keine körperliche Beeinträchtigung	0.196	.094	.037
Klumpfuß	0	-	-
Antizipierte wirtschaftliche Folgen			
keine wirtschaftlichen Folgen	.408	.094	.000
negative wirtschaftliche Folgen	0	-	-
Unterstützung durch die Umwelt			
lebt in einer Partnerschaft	.379	.094	.000
Single	0	-	-
Schwangerschaftswoche			
20ste Schwangerschaftswoche	-.279	.094	.003
33ste Schwangerschaftswoche	0	-	-

Anmerkung. – bedeutet, dass keine Werte erfasst wurden.

Die befragten Studierenden ziehen zu ihrer Beurteilung, unter welchen Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch als eher gerechtfertigt angesehen wird, den Grad der geistigen Behinderung, die antizipierten wirtschaftlichen Folgen, die Unterstützung durch die Umwelt und die Schwangerschaftswoche heran.

Die Betrachtung der Regressionskoeffizienten ermöglicht Aufschluss über Größe und Richtung des Einflusses der einzelnen Faktoren. Den größten Effekt hat der Grad der geistigen Behinderung (=1.221). Das bedeutet, dass bei leichter geistiger Behinderung die Geburt des Kindes als am ehesten gerechtfertigt angesehen wird. An zweiter Stelle steht die antizipierte wirtschaftliche Folge der Geburt eines geistig behinderten Kindes (.408). Bei

keinem wirtschaftlichen Nachteil wird die Geburt des Kindes als gerechtfertigt angesehen. An dritter Stelle steht die Unterstützung durch die Umwelt (.379). Lebt die Frau in einer Partnerschaft, wird die Geburt des Kindes als gerechtfertigt angesehen. An vierter Stelle steht die Schwangerschaftswoche (-.279). Ist die schwangere Frau in der 20sten Schwangerschaftswoche wird ein Schwangerschaftsabbruch eher als gerechtfertigt angesehen.

Zur Veranschaulichung, wann eine Beurteilung inhaltlich eher für einen Schwangerschaftsabbruch oder die Geburt des Kindes ausfällt, sollen in Abbildung 5 die geschätzten Randmittelwerte graphisch dargestellt werden. Die geschätzten Randmittelwerte geben das durchschnittliche Antwortverhalten der UntersuchungsteilnehmerInnen unabhängig von den einzelnen Faktoren wieder. Dabei soll auf der Höhe der gesamten durchschnittlichen Bewertung (Skalenwert: 4.06) zur optischen Verdeutlichung eine Linie gezogen werden. Auf Grund der schiefen Verteilung der Gesamtstichprobe wird auf eine optische Grenze in der Mitte der sechsstufigen Beurteilungsskala verzichtet (Skalenwert: 3.50). Geht es um den Schweregrad der geistigen Behinderung fällt bei einer schweren Beeinträchtigung die Entscheidung im Vergleich zur durchschnittlichen Gesamtbewertung niedriger aus (Skalenwert: 3.45). Bei einer leichten geistigen Behinderung steigt der geschätzte Randmittelwert auf 4.67.

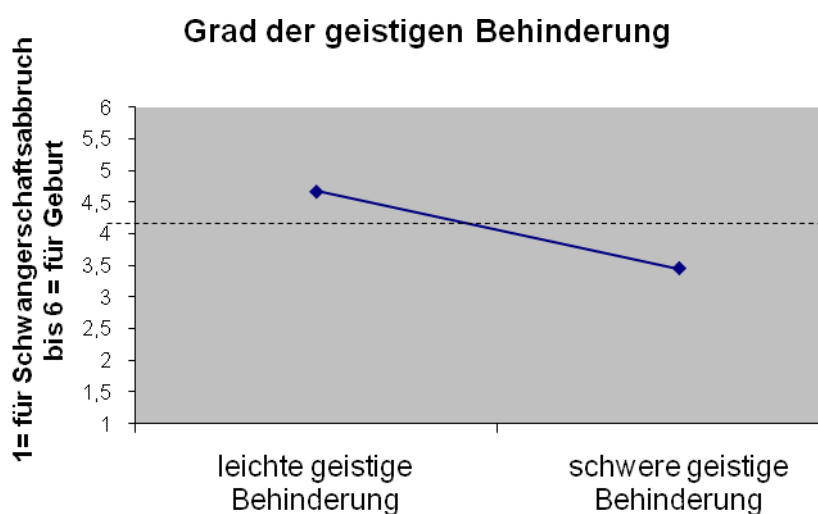


Abbildung 5 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen
Grad der geistigen Behinderung

Bei einer körperlichen Beeinträchtigung fällt die Beurteilung mit einem geschätzten Randmittelwert von 3.96 geringfügig unter die durchschnittliche Bewertung. Bei keiner körperlichen Beeinträchtigung steigt die Zustimmung zu einer Geburt geringfügig über den Mittelwert (Skalenwert: 4.156). In Abbildung 6 sind die geschätzten Randmittelwerte grafisch dargestellt.

Abbildung 6 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen körperliche Beeinträchtigung

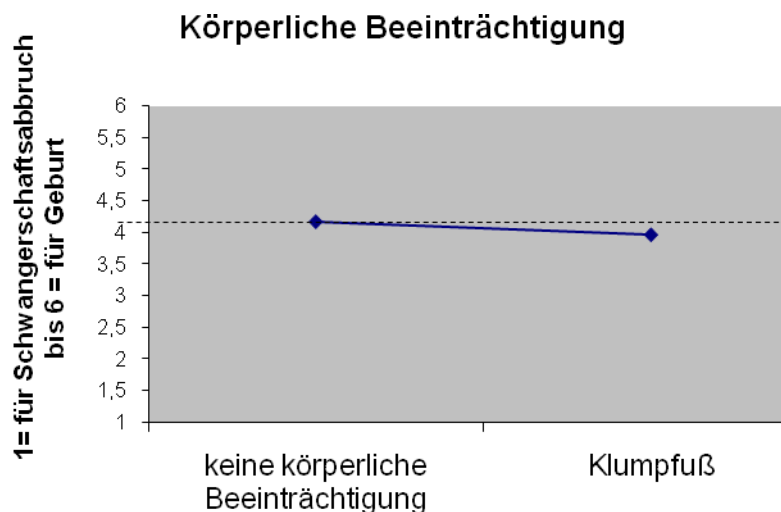


Abbildung 6 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen Grad der körperlichen Beeinträchtigung

Wird ein wirtschaftlicher Nachteil auf Grund der Geburt des Kindes mit geistiger Behinderung erwartet; fällt der geschätzte Randmittelwert auf 3.854. Ist kein Nachteil zu erwarten steigt der Randmittelwert über die durchschnittliche Beurteilung auf 4.263, was in Abbildung 7 grafisch dargestellt wird.

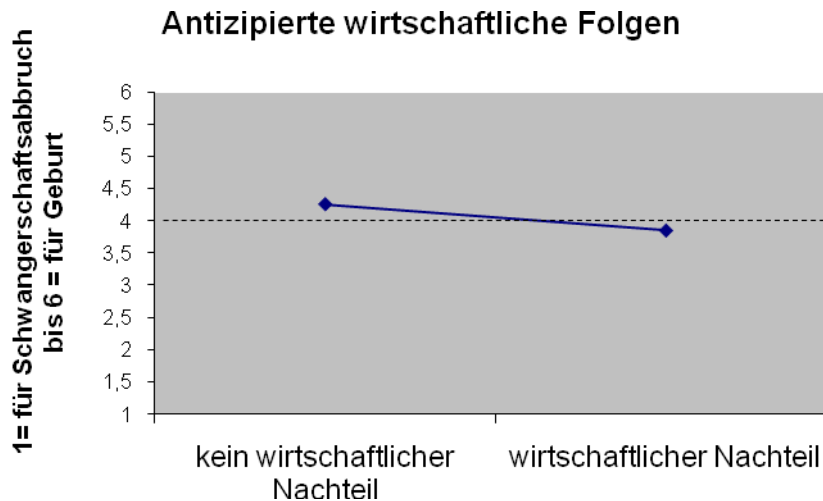


Abbildung 7 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen wirtschaftliche Folgen

In der Situation ohne Partner sinkt der Randmittelwert unter den Durchschnitt (Skalenwert: 3.869). Lebt die Frau in der beschriebenen Situation jedoch in einer Partnerschaft, steigt der Wert wieder über die durchschnittliche Gesamtbewertung (Skalenwert: 4.248). In Abbildung 9 sind die geschätzten Randmittelwerte der Beurteilungen grafisch dargestellt.

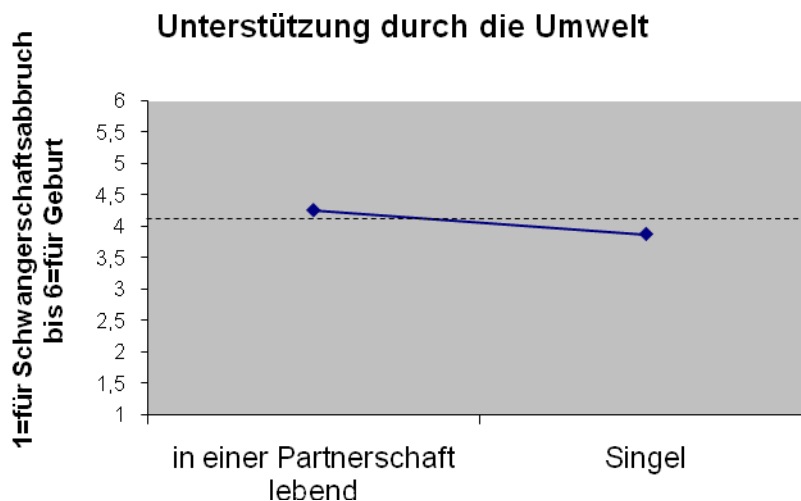
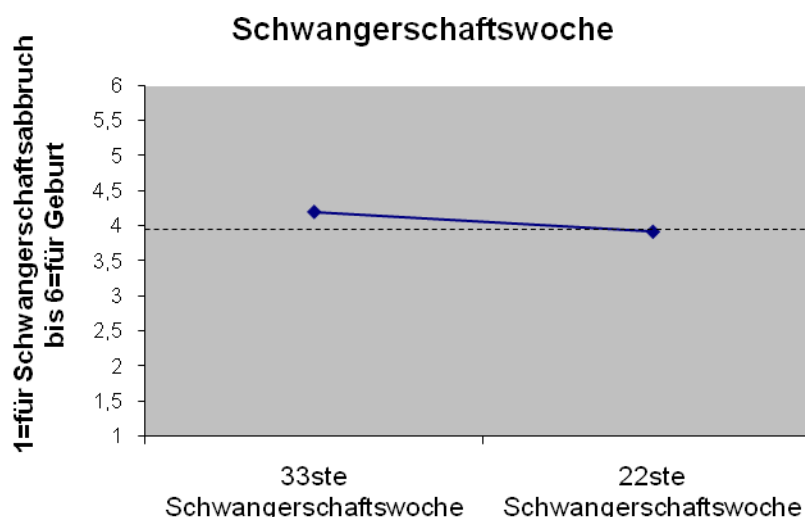


Abbildung 8 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen Familienstand

Befindet sich die in den Vignetten beschriebene Frau in der 33. Schwangerschaftswoche steigt der Randmittelwert unter die durchschnittliche Bewertung (Skalenwert: 3.919). Ist die Frau jedoch erst in der 20. Schwangerschaftswoche fällt die Beurteilung höher aus (Skalenwert: 4.198). Die Beurteilungen werden in Abbildung 10 grafisch dargestellt.



*Abbildung 9 Punktdiagramm der Randmittelwerte der Vignettenbeurteilungen
Schwangerschaftsfortschritt*

Des Weiteren soll der Einfluss von Wechselwirkungen der Vignettenbausteine genauer betrachtet werden. Auf Grund des erstellten Designs sind nur die Zweifachwechselwirkungen zu erheben. Zur Erhebung der Wechselwirkungen wurde wieder eine Varianzanalyse gerechnet.

In der folgenden tabellarischen Darstellung sollen zwecks Anschaulichkeit nur die auffälligsten Ergebnisse der Wechselwirkungen in Tabelle 8-27 dargestellt werden. Übe Richtung und Größe der Effekte geben wieder die Regressionskoeffizienten Auskunft. Signifikante beziehungsweise knapp signifikante Ergebnisse zeigten sich in der Wechselwirkung zwischen dem Grad der geistigen Behinderung und der körperlichen Beeinträchtigung, dem Grad der geistigen Behinderung und den antizipierten wirtschaftlichen Folgen.

Tabelle 8-28 Wechselwirkungen des Vignettendesigns (n=960) per Varianzanalyse

	Regressions- koeffizient	SE	Sig.
Konstanter Term	3.375	.187	.000
Grad der geistigen Behinderung und körperliche Beeinträchtigung			
Leichte geistige Behinderung und keine körperliche Beeinträchtigung	1.067	.264	.000
Leichte geistige Behinderung und Klumpfuß	.700	.209	.001
Schwere geistige Behinderung und keine körperliche Beeinträchtigung	-.067	.209	.749
Grad der geistigen Behinderung und antizipierte wirtschaftliche Folgen			
Leichte geistige Behinderung und keine wirtschaftlichen Folgen	.533	.209	.011
Schwere geistige Behinderung und keine wirtschaftlichen Folgen	-.067	.209	.749
Grad der geistigen Behinderung und Fortschritt der Schwangerschaft			
Leichte geistige Behinderung und 20ste Schwangerschaftswoche	-.083	.209	.690
Schwere geistige Behinderung und 20ste Schwangerschaftswoche	-.383	.209	.067

Zur genaueren Betrachtung der Grenzziehung der Beurteilungen, sollen die durchschnittlichen Beurteilungen bestimmter Vignettenkombinationen genauer betrachtet werden.

In der Abbildung 11 sollen dafür Grad der geistigen Behinderung und das Vorhandensein einer körperlichen Beeinträchtigung genauer betrachtet. Folgende Vignettenkombinationen wurden für die Grafik herangezogen, wobei jeweils der Grad der Behinderung und die körperliche Beeinträchtigung variiert wurden:

Variation der geistigen Behinderung: leichte geistige Behinderung, schwere geistige Behinderung, Variation der körperlichen Beeinträchtigung:

keine Beeinträchtigung, Klumpfuß, keine wirtschaftlichen Folgen, Frau lebt in einer Partnerschaft, 20. Schwangerschaftswoche.

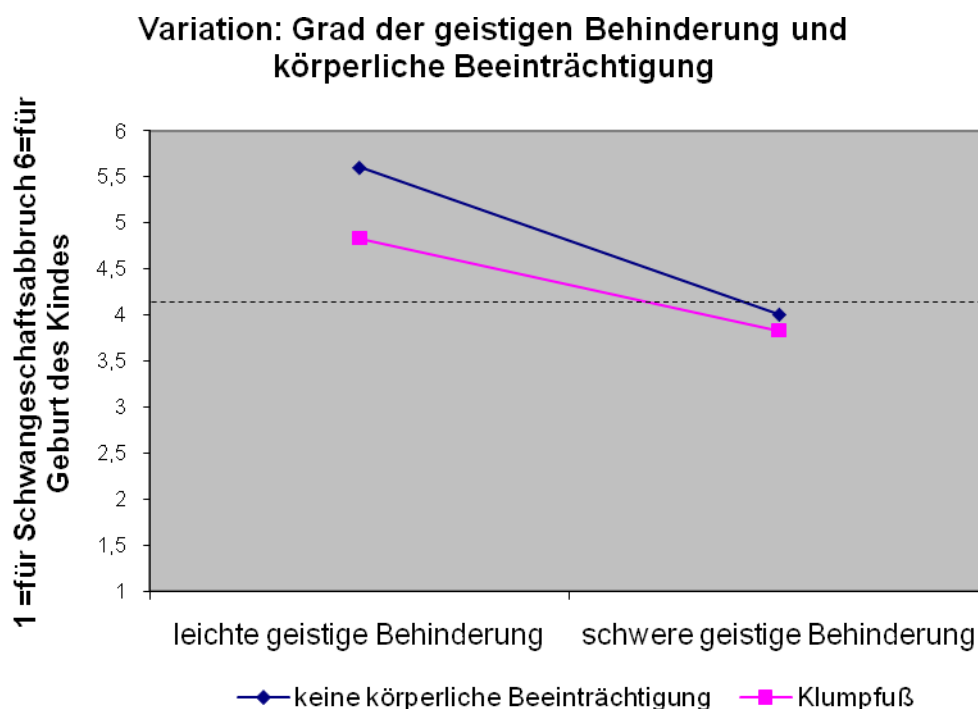


Abbildung 10 Variation der Vignettenbeurteilungen Grad der geistigen Behinderung und körperliche Beeinträchtigung

Die Grafik zeigt, dass wenn auch nur eine geringe körperliche Beeinträchtigung wie ein Klumpfuß vorliegt, die Vignettenbeurteilungen geringer, also eher in Richtung Schwangerschaftsabbruch ausfallen, bei Variation des Grades der geistigen Behinderung. Trotzdem fällt auch in dem Fall die Vignettenbeurteilung nicht unter den Skalenwert von 3.5.

Des Weiteren sollen die Variation des Grades der geistigen Behinderung und die antizipierten wirtschaftlichen Folgen in Abbildung 12 genauer dargestellt werden. Die Vignettenkombinationen gestalten sich wie folgt:

Variation: leichte geistige Behinderung, schwere geistige Behinderung, keine körperliche Beeinträchtigung, Variation: wirtschaftlicher Nachteil, kein wirtschaftlicher Nachteil, Frau lebt in einer Partnerschaft, 20ste Schwangerschaftswoche.

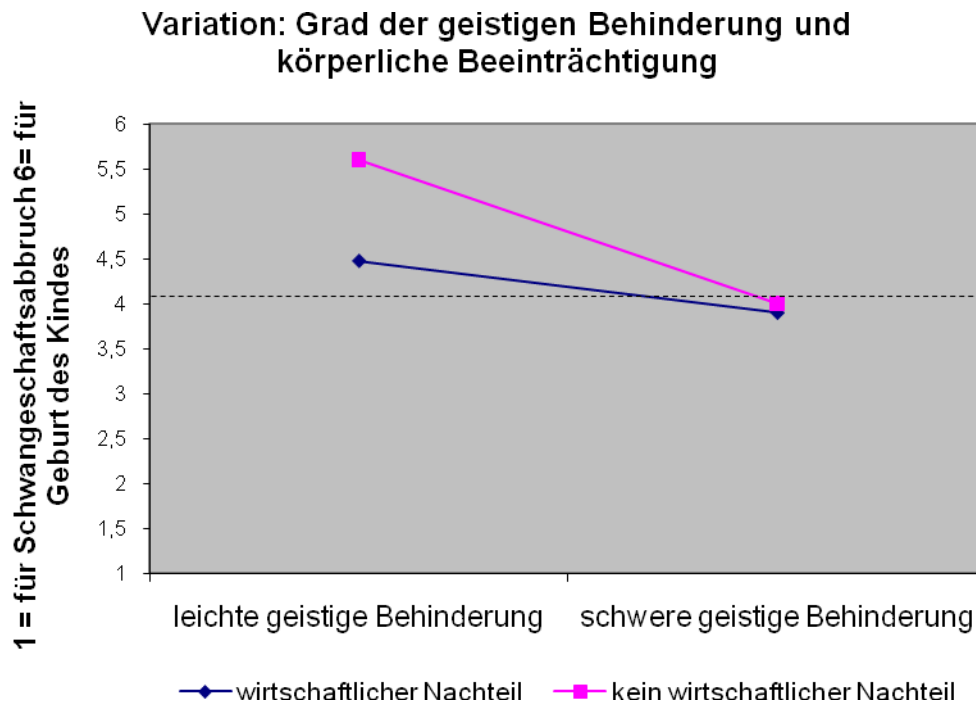


Abbildung 11 Variation der Vignettenbeurteilungen geistige Behinderung und körperliche Beeinträchtigung

Es zeigt sich, dass bei einem wirtschaftlichen Nachteil in Kombination mit sowohl leichter als auch schwerer geistiger Behinderung die Vignettenbeurteilung deutlich geringer ausfallen, als bei keinen wirtschaftlichen Folgen. Im gesamten zeigt sich jedoch trotzdem wieder, dass die Vignettenbeurteilung trotzdem wieder nicht unter den mittleren Skalenwert von 3.5 geraten.

8.4.3 Vignettenanalyse mit Erweiterung durch soziodemografische und einstellungsdeterminierende Variablen

Die Analyse des Vignettendesign wurde um weitere Faktoren erweitert, um ein Modell mit größtmöglichem Erklärungswert für die Vignettenbeurteilungen zu finden. Mittels Varianzanalyse wurde das oben beschriebene Modell um sämtliche im Fragebogen enthaltene soziodemografische und einstellungsdeterminierende Variablen erweitert. Der Levene-Test auf die Homogenität der Varianzen ergab ein signifikantes Ergebnis ($p = .000$, $F =$

2.134), daher können die Varianzen nicht als homogen betrachtet werden. Das Signifikanzniveau für die Varianzanalyse wurde daher mit $\alpha = .001$ angenommen.

Es zeigte sich, dass von sämtlichen Variablen das Geschlecht, der Familienstand und das Wissen zu Pränataldiagnostik einen signifikanten Einfluss auf die Vignettenbeurteilungen haben.

In folgender tabellarischen Darstellung (Tabelle (8-28)) sollen die Ergebnisse, die den größten Erklärungswert liefern, dargestellt werden.

*Tabelle 8-29 Modell mit demografischen Daten der Vignettenanalyse (n=960)
per Varianzanalyse*

	Regressions- koeffizient	SE	Sig.
Konstanter Term	2.809	.165	.000
Grad der Behinderung			
Leichte geistige Behinderung	1.219	.092	.000
Schwere geistige Behinderung	0	-	-
Körperliche Beeinträchtigung			
Keine körperliche Beeinträchtigung	0.198	.092	.031
Klumpfuß	0	-	-
Antizipierte wirtschaftliche Folgen			
Keine wirtschaftlichen Folgen	.410	.092	.000
Negative wirtschaftliche Folgen	0	-	-
Unterstützung durch die Umwelt			
Lebt in einer Partnerschaft	.381	.092	.000
Single	0	-	-
Schwangerschaftswoche			
20ste Schwangerschaftswoche	-.277	.092	.003
33ste Schwangerschaftswoche	0	-	-
Soziodemografische Variablen			
Geschlecht	-.295	.096	.002
Familienstand	.281	.095	.003
Wissen zu Pränataldiagnostik	.201	.056	.000

Anmerkung. - bedeutet, dass kein Wert erfasst wurde

Auf Seiten der Studierenden hängen die Vignettenbeurteilungen von dem Geschlecht, dem Familienstand und der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik ab. Die Einflüsse der Vignettenbausteine sind nach Erweiterung des Modells weiterhin signifikant.

Die Betrachtung der Regressionskoeffizienten erlaubt es weiteren Richtung und Stärke der Einflüsse der soziodemografischen Variablen genauer zu betrachten. Durch den negativen Regressionskoeffizienten zeigt sich, dass

männliche Studenten signifikant niedrigere Beurteilungen abgeben und somit eher in Richtung für einen Schwangerschaftsabbruch wählen (-.295). Den nächst große Regressionskoeffizient, stellt den Familienstand der BeurteilerInnen dar (.281). Personen, die in einer Partnerschaft leben, sind signifikant eher für die Geburt des Kindes. Der drittgrößte Regressionskoeffizient betrifft die Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik (.201). Je höher die Selbsteinschätzung des Wissens ist, desto eher wird für den Schwangerschaftsabbruch plädiert.

Insgesamt kann man durch die Erweiterung des Modells um die soziodemografischen Variablen feststellen, dass weibliche Personen, Personen die in eine Partnerschaft leben und angeben über wenig Wissen zu Pränataldiagnostik zu verfügen bei der Beurteilung der Vignetten signifikant stärker für die Geburt des Kindes wählen.

8.4.4 Vignettenanalyse mit Erweiterung durch Einstellungen

Nach der Erweiterung des bisherigen Modells sollen nun die Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik bei der Beurteilung der Vignetten berücksichtigt werden. Dabei sollen die bisherigen signifikanten soziodemografischen Variablen im Modell beibehalten werden. Der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen zeigte sich signifikant ($p = .027$, $F = 1.559$). Daher muss von nicht homogenen Varianzen ausgegangen werden. Es wird trotzdem eine Varianzanalyse gerechnet, jedoch wird auf Grund der Homogenität der Varianzen von einem Signifikanzniveau von $\alpha = .01$ ausgegangen.

In der folgenden tabellarischen Darstellung (Tabelle 8-31) sind nun die Ergebnisse einer neuerlichen Varianzanalyse inklusive jener Subskalen der Einstellungsmessung dargestellt, die sich als signifikant erwiesen haben. Die Regressionskoeffizienten wurden wieder als zusätzlicher Parameter berechnet, um Richtung und Stärke der Einflüsse der einzelnen Faktoren zu veranschaulichen.

Tabelle 8-30 Modell mit dem meisten Erklärungswert der Vignettenanalyse per Varianzanalyse

	Regressions- koeffizient	SE	Sig.
Konstanter Term	1.487	.310	.000
Grad der Behinderung			
Leichte geistige Behinderung	1.219	.082	.000
Schwere geistige Behinderung	0	-	-
Körperliche Beeinträchtigung			
Keine körperliche Beeinträchtigung	0.198	.082	.016
Klumpfuß	0	-	-
Antizipierte wirtschaftliche Folgen			
Keine wirtschaftlichen Folgen	.410	.082	.000
Negative wirtschaftliche Folgen	0	-	-
Unterstützung durch die Umwelt			
Lebt in einer Partnerschaft	.381	.082	.000
Single	0	-	-
Schwangerschaftswoche			
20ste Schwangerschaftswoche	-.277	.082	.001
33ste Schwangerschaftswoche	0	-	-
Soziodemografische Variablen			
Geschlecht	-.472	.087	.000
Wissen zu Pränataldiagnostik	.123	.051	.016
Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik			
Einstellung zu PD allgemein	.326	.096	.001
Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch im Kontext pränataler Diagnostik	.725	.080	.000
Subskala Integration Segregation (MRAI-d)	-.432	.086	.000

Das in Tabelle 8-29 dargestellte Modell stellt jenes mit dem meisten Erklärungswert für die Beurteilung der Vignetten dar. Das bisherige Modell mit den soziodemografischen Variablen wurde durch die Einstellungsmessungen ergänzt. Dadurch wurde der Familienstand als Einflussgröße insignifikant und wird in diesem Modell nicht mehr berücksichtigt. Die Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik zeigt sich nur sehr knapp insignifikant und wird daher im Modell beibehalten. Von den Einstellungsmessungen zeigten sich die Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, die allgemeine Einstellung zu Pränataldiagnostik und die Subskala Integration und Segregation des MRAI-d als signifikante Einflussgrößen für die Vignettenbeurteilungen. Wieder können die Regressionskoeffizienten Aufschluss über Größe und Richtung des Einflusses geben.

Der am größten ausgebildete Regressionskoeffizient (.725) zeigt sich bei der Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch im Kontext pränataler Diagnostik. Somit ist davon auszugehen, dass bei einer negativen Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch bei Pränataldiagnostik eher für die Geburt des Kindes gewählt wird. Der zweitgrößte Regressionskoeffizient (-.432) zeigt sich bei der Subskala Integration und Segregation des MRAI-d. Die anderen Subskalen des Fragebogens zeigten sich jedoch als insignifikante Einflussgrößen. Der negative Regressionskoeffizient ist so zu interpretieren, dass, je negativer die Einstellung zu der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung ist, desto eher in Richtung Schwangerschaftsabbruch bei der Vignettenbeurteilung gewählt wird.

Die allgemeine Einstellung zu Pränataldiagnostik (.326) zeigt sich als weiterer Einflussgröße für die Vignettenbeurteilungen. Je negativer die Einstellung zu Pränataldiagnostik, desto eher fallen die Vignettenbeurteilungen in Richtung Geburt des Kindes aus.

9 Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wurden die Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik erhoben. Zusätzlich wurden Bedingungen untersucht, unter deren Einfluss ein Schwangerschaftsabbruch im Kontext geistiger Behinderung als mehr oder weniger gerechtfertigt erscheint. Befragt wurden Psychologiestudierende und Medizinstudierende. Die gefundenen Ergebnisse lassen Rückschlüsse auf für wichtig erachteten Themengebiete in der Beratung für Pränataldiagnostik schließen. Diese sind vor einer Entscheidung im Kontext pränataler Diagnostik anzusprechen, unabhängig von medizinisch-technischen Daten, um auf lange Sicht zufriedenstellende Entscheidungen zu ermöglichen.

9.1 Einstellung zu geistiger Behinderung

In der Fachliteratur wurde bisher ein signifikanter Unterschied in der Einstellung zu geistiger Behinderung auf Grund der Profession gefunden. Im Vergleich der Berufsgruppen mit Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung, wurde bei MedizinerInnen eine negativere Einstellung zu geistiger Behinderung gefunden als bei PsychologInnen. In der vorliegenden Studie wurden Studierende befragt, mit der Annahme, dass dieser Meinungsbildungsprozess bereits während des Studiums stattgefunden hat. In der vorliegenden Untersuchung konnte jedoch kein Unterschied in der Einstellung auf Grund der Studienrichtung gefunden werden. Möglicherweise zeigt sich ein Einstellungsunterschied erst durch die berufliche Erfahrung mit Behinderung.

Unterschiede in der Einstellung zu geistiger Behinderung wurden außerdem auf Grund des Geschlechts und des Wohnortes überprüft. In beiden Fällen konnte kein Unterschied gefunden werden. Weibliche und männliche Versuchspersonen zeigten sich in ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung als homogen, was insofern überrascht, da in vorangegangenen Studien ein Geschlechtsunterschied vor allem bei SchülerInnen und Studierenden gefunden werden konnte. Das insignifikante Ergebnis kann möglicherweise daran liegen,

dass die UntersuchungsteilnehmerInnen mit einem durchschnittlichen Alter von 24,21 bereits älter waren als in den erwähnten Studien, wodurch dieser Effekt nicht mehr überprüft werden konnte.

In der vorliegenden Studie konnten keine Einstellungsunterschiede auf Grund des Wohnortes gefunden werden. Die den Wohnort betreffenden Einstellungsunterschiede konnte auch in der Literatur nicht einheitlich nachgewiesen werden. Da jedoch alle Studierenden zum Erhebungszeitpunkt in der Stadt studierten und somit der Lebensmittelpunkt zumindest teilweise bei allen Studierenden in der Stadt lag, kann davon ausgegangen werden, dass eine eindeutige Grenzziehung auf Grund des Wohnortes nicht möglich war.

Es konnten in der vorliegenden Untersuchung keine Einstellungsunterschiede zu geistiger Behinderung auf Grund des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung nachgewiesen werden. Unterschiede wurden gesucht auf Grund eines vorhandenen oder nicht-vorhandenen Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung, auf Grund des beruflichen oder privaten Kontaktes, sowie der Häufigkeit des Kontaktes. In allen drei Fällen konnten keine Unterschiede gefunden werden. In bisherigen Studien zeigte sich, dass vor allem die Qualität und Freiwilligkeit des Kontaktes einen Einfluss auf die Einstellung zu Behinderung haben. Ein häufiger, sowie privater Kontakt, wie in der vorliegenden Untersuchung erhoben, bedingt jedoch nicht unbedingt einen freiwilligen oder positiven Kontakt.

Des Weiteren wurden Einstellungsunterschiede zu geistiger Behinderung auf Grund der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik untersucht. Auf Grund der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik und der Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik ergaben sich keine Unterschiede.

Es ergaben sich jedoch Unterschiede zwischen Personen, die angaben bereits persönlich Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht zu haben und jenen, die bisher keine Erfahrung gemacht haben. In dieser Untersuchung wurde angenommen, dass die Erfahrung mit Pränataldiagnostik vor allem einen Einfluss auf die Einstellung zu Pränataldiagnostik hat und auf Grund dessen auch einen indirekten Einfluss auf die Einstellung zu geistiger Behinderung hat. Da jedoch kein signifikanter Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik vorliegt (siehe Abschnitt 9.2), dafür aber ein Unterschied in der Einstellung zu geistiger

Behinderung auf Grund der Erfahrung mit Pränataldiagnostik vorliegt, kann vermutet werden, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der persönlichen Erfahrung mit Pränataldiagnostik und der Einstellung zu geistiger Behinderung besteht. Personen, die persönlich Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben verfügen über eine negativere Einstellung zu geistiger Behinderung, als Personen, die keine Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben.

Von den Personen, die Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben, zeigen Angehörige von Patientinnen die negativste Einstellung gegenüber geistiger Behinderung, im Vergleich zu Personen die Erfahrung als Patientin, als PofessionistIn oder als PofessionistIn und Angehörige/r gemacht haben. Eine Interpretation der vorliegenden Ergebnisse könnte sein, dass Personen, die sich mit Pränataldiagnostik konfrontieren prinzipiell eine negativere Einstellung zu geistiger Behinderung haben. Weiters kann spekuliert werden, dass Personen erst durch die Konfrontation mit Pränataldiagnostik eine negativere Einstellung entwickeln. Im zweiten Fall könnten Gefühle wie Hilflosigkeit gegenüber dem vorgeburtlich Vorbestimmten und der indirekten Konfrontation mit einem Schwangerschaftsabbruch eine Rolle spielen. Da diese Fragestellung auf einer Stichprobe von nur 27 Personen beruht, ist das vorliegende Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben sind notwendig, um dieses Ergebnis zu bestätigen oder zu verwerfen.

9.2 Einstellung zu Pränataldiagnostik

Es ergaben sich in der Einstellung zu Pränataldiagnostik keine Unterschiede zwischen Psychologie- und Medizinstudierenden, sowie zwischen weiblichen und männlichen Personen und auf Grund der Wohngegend. Da die Pränataldiagnostik ein Teilbereich der Medizin darstellt, wurde angenommen, dass Medizinstudierende eine positivere Einstellung zu Pränataldiagnostik haben als Psychologiestudierende. Der nicht vorhandene Unterschied in der Einstellung kann möglicherweise an der fehlenden Berufserfahrung liegen.

In der vorliegenden Studie wurden Unterschiede in der Einstellung zu Pränataldiagnostik auf Grund der persönlichen Erfahrung mit Pränataldiagnostik gesucht. Es konnten keine Unterschiede auf Grund der

Erfahrung als ProfessionistIn, Angehörige/r oder Betroffene/r gefunden werden und ebenso wenig auf Grund der Selbsteinschätzung des Wissens. Es zeigte sich jedoch, dass die Einschätzung der Qualität der eigenen Erfahrung mit Pränataldiagnostik einen Einfluss auf die Einstellung zu Pränataldiagnostik hat. Somit können Wissen zu Pränataldiagnostik und persönlich gemachte Erfahrung mit Pränataldiagnostik noch kein Prädiktor für eine positive Einstellung zu Pränataldiagnostik sein.

Die persönliche Erfahrung mit geistiger Behinderung ergab in der vorliegenden Studie keinen Unterschied in der Einstellung zu Pränataldiagnostik. Wie in Abschnitt 9.1 bereits argumentiert, kann dies daran liegen, dass mit der persönlichen Erfahrung noch nicht die Qualität der Erfahrung mit Behinderung erhoben wurde, was möglicherweise eher einen Einfluss auf die Einstellung zu geistiger Behinderung und somit Pränataldiagnostik haben könnte.

9.3 Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik

In der vorliegenden Untersuchung konnte ein Zusammenhang zwischen der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu Pränataldiagnostik bestätigt werden. Sowohl allgemeine Aspekte der Pränataldiagnostik als auch ein Schwangerschaftsabbruch im Kontext pränataler Diagnostik hängen mit der Einstellung zu geistiger Behinderung zusammen. Eine negative Einstellung zu geistiger Behinderung geht mit einer positiven Einstellung zu Pränataldiagnostik einher und umgekehrt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass für die meisten pränataldiagnostisch diagnostizierbaren Behinderungen keine Therapiemöglichkeiten vorhanden sind und somit auf Grund eines positiven Befundes nur ein Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme angeboten werden kann. Menschen mit einer positiven Einstellung zu geistiger Behinderung lehnen daher möglicherweise Pränataldiagnostik prinzipiell eher ab. Ebenso kann angenommen werden, dass Menschen mit einer negativen Einstellung zu Menschen mit geistiger Behinderung, nach Diagnose einer geistigen Behinderung des Kindes, einen Schwangerschaftsabbruch eher für gerechtfertigt erachten als Personen mit

einer positiven Einstellung zu geistiger Behinderung. In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, vor pränataldiagnostischen Untersuchungen die Konsequenzen einer Untersuchung und die darauf folgenden Handlungsoptionen zu veranschaulichen, um einstellungskonformes Verhalten von Haus aus zu gewährleisten.

9.4 Unter welchen Umständen wird ein Schwangerschaftsabbruch bei geistiger Behinderung als gerechtfertigt angesehen

Anhand des Factory Surveys wurde erhoben, unter welchen Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch nach pathologischem Befund des Feten als mehr oder weniger gerechtfertigt angesehen wird. Zu diesem Zweck wurden 32 Bedingungskonstellationen Medizin- und Psychologiestudierenden zur Beurteilung vorgelegt. Insgesamt zeigte sich eine starke Tendenz gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Betrachtet man die Situation bezüglich Schwangerschaftsabbrüchen nach einem positiven Befund in der Praxis, zeigt sich jedoch ein anderes Bild. Mehr als die Hälfte der Frauen entscheiden sich bei Verdacht auf eine Behinderung für Pränataldiagnostik. Kommt es in Folge zu einem positiven Befund, wird ein Großteil der Schwangerschaften abgebrochen. Dies lässt im Falle des vorliegenden Vignettendesigns sozial erwünschtes Antwortverhalten vermuten. In der vorliegenden Untersuchung stehen jedoch nicht die bloße Befürwortung oder Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruches im Vordergrund, sondern die Bedingungen, die eine Entscheidungsfindung beeinflussen.

9.4.1 Haupteffekte der Bedingungskonstellationen

Die befragten Studierenden gaben an, dass am ehesten die Geburt des Kindes mit Behinderung gerechtfertigt erscheint, wenn nur eine leichte geistige Behinderung vorliegt. Eine leichte geistige Behinderung wurde mit einer Beeinträchtigung im Sinne eines Intelligenzalters von neun bis zwölf Jahren beschrieben und somit wäre keine ständige Unterstützung notwendig. Demgegenüber wurde eine schwere geistige Behinderung beschrieben, als eine Beeinträchtigung, die lebenslange Unterstützung erforderlich macht. Am

zweitstärksten wiegen die wirtschaftlichen Folgen. Ist kein wirtschaftlicher Nachteil zu erwarten, wird am ehesten für eine Geburt des Kindes plädiert. An dritter Stelle steht die Familiensituation der Frau. Bei einer in einer Partnerschaft lebenden Frau erscheint die Geburt eher gerechtfertigt. An vierter Stelle steht der Fortschritt der Schwangerschaft. Befindet sich die Frau in der 33. Schwangerschaftswoche, wird eher für die Geburt des Kindes plädiert. Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer körperlichen Beeinträchtigung wird, für sich genommen ohne Wechselwirkungen, nicht für die Entscheidungsfindung herangezogen.

Das Antwortverhalten zeigt, dass bei einer geistigen Behinderung mit gering erwarteter Belastung, eher für die Geburt des Kindes plädiert wird. Ein Kind mit einer schweren Behinderung, der antizipierte wirtschaftliche Nachteil und der Status einer Alleinerzieherin erfordert eine Betreuung, die die Lebensplanung auf Dauer verändert. Somit erscheint in diesem Fall ein Schwangerschaftsabbruch eher gerechtfertigt.

Die Bedingung einer körperlichen Beeinträchtigung für sich genommen wurde nicht für die Beurteilung herangezogen. Die Bedingung wurde mittels Klumpfuß beschrieben. Eine solche Behinderung lässt nicht auf eine Beeinträchtigung des Lebens der Eltern schließen und wurde vermutlich daher als nicht so wichtig erachtet. Es ist jedoch zu betonen, dass auch bei den ungünstigsten Bedingungskonstellationen des Vignettendesigns, die Beurteilungen im mittleren Feld angesiedelt sind. Dies lässt neben einem sozial erwünschten Antwortverhalten auf einen hohen moralischen Wert des Lebens in der Stichprobe der Medizin- und Psychologiestudierenden schließen.

9.4.2 Wechselwirkungen der Bedingungskonstellationen

Bei der Überprüfung von Wechselwirkungen zeigte sich, dass eine Kombination aus dem Schweregrad einer Behinderung und dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer körperlichen Beeinträchtigung die Beurteilungen beeinflusst werden. Bei gleichzeitigem Vorhandensein einer leichten geistigen Behinderung und keiner körperlichen Beeinträchtigung erscheint ein Schwangerschaftsabbruch weit weniger gerechtfertigt als bei einer leichten geistigen Behinderung und einem Klumpfuß. Bei einer schweren

geistigen Behinderung zeigt das Vorhandensein oder nicht Vorhandensein eines Klumpfusses kaum Einfluss auf die Beurteilung.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei der Wechselwirkung zwischen dem Schweregrad der Behinderung und den antizipierten wirtschaftlichen Folgen. Bei einer schweren geistigen Behinderung in Kombination mit einem wirtschaftlichen Nachteil oder keinem wirtschaftlichen Nachteil kommt es zu fast keiner Veränderung der Beurteilung. Bei einer leichten geistigen Behinderung hat die Variation der wirtschaftlichen Folgen einen Einfluss auf die Beurteilung. Bei einem wirtschaftlichen Nachteil und leichter geistiger Behinderung wird weniger deutlich für die Geburt des Kindes plädiert, als bei keinem wirtschaftlichen Nachteil und leichter geistiger Behinderung.

Bei einer schweren geistigen Behinderung spielen Rahmenbedingungen, wie eine körperliche Beeinträchtigung und wirtschaftliche Folgen kaum eine Rolle. Durch die schwere Behinderung, die so und so eine lebenslange Betreuung des Kindes erforderlich macht, spielen Rahmenbedingungen eine untergeordnete Rolle. Möglicherweise liegt das daran, dass der eigene Lebensplan der Eltern dadurch bereits so stark verändert wird, dass Rahmenbedingungen nur mehr eine untergeordnete Rolle spielen. Ist jedoch eine leichte geistige Behinderung vorhanden, bei der in Zukunft keine andauernde Betreuung notwendig sein wird, haben Rahmenbedingungen, wie eine zusätzliche körperliche Behinderung oder negative wirtschaftliche Folgen, sehr wohl einen Einfluss auf die Beurteilung.

9.4.3 Modell mit dem größten Erklärungswert

Um den Einfluss der Einstellungen und soziodemografischen Variablen auf die Vignettenbeurteilungen zu erheben, wurde das Modell erweitert. Das Modell mit dem höchsten Erklärungswert lieferte eine Erweiterung der Hauptfaktoren mit der Einstellung zu geistiger Behinderung und der Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch im Kontext pränataler Diagnostik, sowie dem Geschlecht und der Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik. Männliche Personen stimmten eher für den Schwangerschaftsabbruch bei geistiger Behinderung. Der geschlechtsspezifische Unterschied macht deutlich,

dass es von großer Bedeutung ist, den Partner in eine Beratungssituation mit einzubeziehen.

Personen mit einer allgemein eher negativen Einstellung zu Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüchen entscheiden sich im Vignettenszenario auch eher für die Geburt des Kindes. Bei der Einstellung zu geistiger Behinderung hat nur die Bewertung, ob Menschen mit geistiger Behinderung im Umfeld integriert werden sollen, Einfluss auf die Bewertung des Vignettenszenarios. Personen, die die Ansicht haben, dass Menschen nicht in ihr Umfeld integriert werden sollen, wählen eher für den Schwangerschaftsabbruch.

Der insgesamt insignifikante Einfluss der Einstellung zu geistiger Behinderung in Bezug auf subtile Abwertung und soziale Distanz ist so zu interpretieren, dass die beurteilenden Studierenden ihr normatives Urteil, ob ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt erscheint oder nicht, nicht von ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung abhängig machen. Was als positiv zu beurteilen ist, da anzunehmen ist, dass diese Personen, die in Zukunft beratend tätig sein werden, ihr persönliches Urteil nicht von ihrer Einstellung zu geistiger Behinderung abhängig machen und somit reflektierter mit dem Thema Behinderung im Kontext Pränataldiagnostik umgehen werden.

Die Beurteilungen der Vignetten lassen darauf schließen, dass die Studierenden insgesamt eine negative Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen im Kontext geistiger Behinderung haben. Die einzelnen Bedingungen werden jedoch als unterschiedlich wichtig erachtet, wodurch offensichtlich ein kritisches Reflektieren der Bedingungsgefüge vorhanden ist. Insgesamt ist ein kritischer Umgang mit Pränataldiagnostik wünschenswert, bei dem vor allem auch individuelle Unterschiede in den Einstellungen zu den Themen Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, zu berücksichtigen sind. Dies erfordert vor allem von den Beratern im Kontext der Pränataldiagnostik hohe Sensibilität gegenüber den Ratsuchenden. Auf Grund der Ergebnisse erscheint es auch als überaus wichtig, Frauen, die sich für ein Kind mit geistiger Behinderung entscheiden, eine finanzielle Sicherheit zu gewährleisten, damit ein Schwangerschaftsabbruch auf Grund einer pränatal diagnostizierten geistigen Behinderung nicht alleine von materiellen Überlegungen abhängig gemacht werden muss.

Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. (2003). Theory of planned behaviour. Zugriff am 6.9.2011, von <http://www-unix.oit.umass.edu/%7Eaizen/tpb.diag.html>
- Ajzen, I. & Fischbein, M. (2005). The Influence of attitudes on behaviour. In D. Albarracin, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (S. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Albaracin, D., Johnson B. T., Kumkale, G. T. & Zanna, M. P. (2005). Attitudes: Definitions, processes, and theories. In D. Albaracin, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Eds.), *Handbook of attitudes* (pp. 3-21). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Alfirevic, Z. & Mujezinovic, F. (2007). Procedure-related complications of amniocentesis and chorionic villous sampling: a systematic review. *Obstetric and gynecology*, 110(3), 687-694.
- Antonak, R. F. & Harth, R. (1994). Psychometric analysis and revision of the mental retardation attitude Inventory. *Mental retardation*, 32 (4), 272-280.
- Antonak, R. F. & Livneh, H. (1995). Direct and indirect methods to measure attitudes towards persons with disabilities, with an exegesis of the error-choice test method. *Rehabilitation psychology*, 40 (1), 3-24.
- Assche, F. A. van, Demyttenaere, K., Lenaerts, H. & Nijs, P. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 91, 95-102.
- Atzmüller, C. (2006). *Die Vignettenanalyse als empirisches Messmodell*. Dissertation, Universität, Wien.
- Atzmüller, C. & Steiner P. M. (2006). Experimentelle Vignettendesigns in faktoriellen Surveys. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 58 (1), 117-146.
- Babic, I., Brajenovic-Milic, B., Brumini, G., Kapovic, M., Ristic S. & Vranekovic, J. (2008). Prenatal women's attitudes toward amniocentesis before receiving down syndrome screening results. *Women's health issues*, 18, 79-84.

- Baitsch, H. & Reif, M. (1986). *Genetische Beratung. Hilfestellung für eine selbstverantwortliche Entscheidung?* Berlin, New York: Springer.
- Balck, F., Berth, H. & Dinkel, A. (2003). Chancen und Risiken genetischer Diagnostik. Ergebnisse einer Umfrage in der Allgemeinbevölkerung und bei Medizinstudierenden. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12, 177-185.
- Baumann, U., Bech, A., Staudach, A., Steiner, H. (2003). Evaluation von genetischer Familienberatung und pränataler Diagnostik am Beispiel der Pränatalambulanz der Landesklinik Salzburg. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63, 546-554.
- Baumann-Hölzle, R. & Kind, C. (1998). Indikationen zur pränatalen Diagnostik: Vom geburtshilflichen Notfall zum genetischen Screening. In M. Kettner (Hrsg.), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft* (S. 131-152). Frankfurt: Campus.
- Beauchamp, T. L. & Faden, R. R. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, M. & Opp, K. D. (2001). Der faktorielle Survey und die Messung von Normen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 53 (2), 283-306.
- Bekker, H. L. (2010). The loss of reason in patient decision aid research: Do checklists damage the quality of informed choice interventions? *Patient Education and Counseling*, 78 (3), 357-364.
- Bemmerer-Meyer, K., Brish, K. H., Kächele, H., Kreienberg, R., Munz, D. & Terinde, R. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 91-97.
- Benz, M. R., Grenwelge, C., Mireles, G., Peterson, R., Resch, A. & Zhang D. (2010). Giving parents a voice: a qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 55 (2), 139-150.

- Berg M. van den, Eijk J., T. M. van, Smit, D. J. de, Timmermans, D., R. M., Vugt, J., M., G. van & Wal, G. van der (2008). Understanding pregnant women's decision making concerning prenatal screening. *Health Psychology*, 27 (4), 430-437.
- Bilado, C. M. et al. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenatal diagnosis*, 25, 253-260.
- Bundesärztekammer. (1998). Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (60), 64-71. Zugriff am 5.9.2011, von <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf>
- Breitenbach, E., Ebert, H., Henn, W., Lenhard, W. & Schindelhauer-Deutscher, H. J. (2005). Der Januskopf der Diagnostik: Eltern von Kindern mit Behinderung im Spannungsfeld zwischen Unsicherheit und Ausgrenzung. *Geistige Behinderung*, 99–114.
- Brookes, A. (2001). Women's Voice: Prenatal Diagnosis and Care for the disabled. *Health Care Analysis*, 9, 133-150.
- Bui, T. H., Cirigliano, V., Faas, B. H. W. (2011). Rapid methods for targeted prenatal diagnosis of common chromosome aneuploidies. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 16, 81-87.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Sektion IV (Hrsg.). (1993). *Das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung*.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (Hrsg.). (2005). *Mutter Kind Pass*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Capuzzo, E., Gaglioti, P. & Todros, T. (2001). Prenatal screening of congenital anomalies. *Images Paediatr Cardiol*, 7, 3-18.
- Christiansen-Berndts, K. (1979). *Meinungen, Einstellungen und Verhaltensabsichten bezüglich schwer geistig behinderten Kinder und ihren Familien: Determinanten und Gruppenunterschiede*, Dissertation, Universität, Wien.
- Cierpka, M. C., Dewald, A. & Pauli-Magnus C. (2001). Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik: Eine explorative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50 (9-10), 771-785.

- Cloerkes, G. (1979). *Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Cloerkes, G. (2001). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung* (2. Aufl.). Heidelberg: Winter.
- Corson J. L. & Sandelowsky, M. (1996). Healing fictions: stories of choosing in the aftermath of the detection of fetal anomalies. *Social, Science & Medicine*, 42 (2), 353-361.
- Dederich, M. (2003). Die Ausgrenzung und Vernichtung von Behinderten in der Geschichte und die bioethischen Fragen der Gegenwart. In J. Weidenholzer, B. Kepplinger (Hrsg.), *Wert des Lebens* (S. 173-183). o. O.: Land Oberösterreich.
- Dormandy, E., Marthau, T. M. & Michie, S. (2002). The multi-dimensional measure of informed choice: A validation study. *Patient Education and Counseling*, 48 (1), 87-91.
- Dormandy, E., Marthau & T. M., Michie, S. (2003). Informed choice: Understanding knowledge in the context of screening uptake. *Patient Education and Counseling*, 50 (3), 247-253.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3. Aufl.). Göttingen Hogrefe.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikation. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Zugriff am 1.7.2011, von http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf
- Dülmer, H. (2001). Bildung und der Einfluss von Argumenten auf das moralische Urteil. Eine empirische Analyse zur moralischen Entwicklungstheorie Kohlbergs. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 53 (1), 1-27.
- Edwards, S. J. L., Hewison, J., Lilford, R. J. & Thornton, J. (1998). Informed consent for clinical trials: In search of the "best" Method. *Social, Science & Medicine*, 47 (11), 1825-1840.

- Fennesz, U., Ringler, M. & Springer-Kremser, M. (1992) *Frauen „Krankheiten“*. Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe in Österreich 1982-1992. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Fischer-Kern, M., Hilger, E., Leithner, K., Löffler-Stastka, H., Maar, A. & Ponocny-Selinger, E. (2004). Psychische Belastung von Frauen im Zusammenhang mit pränataler Diagnose. *Psychologische Medizin*, 1, 21-26.
- Fosen-Schlichtinger, P. (2002). *Über die gesellschaftspolitische Bedeutung von Pränataldiagnostik und künstlicher Befruchtung als Teile moderner Reproduktionstechnologien: Unter besonderer Berücksichtigung familiensoziologischer Aspekte, ihrer medizinischen Dimension und der Bedeutung des Themas Behinderung als soziales Phänomen*. Linz: Trauner.
- Geskie, M. A. & Salasek, J. L. (1988). Attitudes of health care personal toward persons with disabilities. In H. E. Yuker, (Ed.). *Attitudes toward persons with disabilities* (pp. 187 - 200). New York: Springer Publishing Company.
- Gwenan, T., Kirkham, M. & Stepleton, H. (2002). Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *British medical journal*, 324 (639), 1-6.
- Hildt, E. (2002). Autonomy and freedom of choice in prenatal genetic diagnosis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 65-71.
- ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
Intelligenzminderung (F70-F79), Zugriff am 5.9.2010, von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf70.htm>
- Iino, H., Ito, M., Murakami, K., Nakagomi, S. & Skriton, H. (2008). A report of two linked studies of knowledge and attitudes to prenatal screening and testing in adults of reproductive age in Japan and the UK. *Midwifery*. 24, 270-280.
- Jasso, G. (2001). Factorial Survey Methods of Studying Beliefs and Judgements. *Social Methods & Research*, 34 (3), 334-423.
- Kreuz, A. (2002). *Einstellungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung. Analyse und Weiterentwicklung von Einstellungsinstrumenten*. Dissertation, Universität, Wien.

- Lammert, C. & Neumann, A. (2002). *Beratungskriterien*. In C. Lammert (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik: ein Praxishandbuch* (S. 45-96). Göttingen: Hogrefe.
- Lesser, Y. & Rabinowitz, J. (2002). Elective amniocentesis in low-risk pregnancies: Decision making in the era of information and uncertainty. *American-Journal-of-Public-Health*, 91 (4), 639-641.
- Levi, S. (2002). Ultrasound in prenatal diagnosis: Polemics around routine ultrasound screening for second trimester fetal malformations. *Prenatal diagnosis*, 22, 285-295
- Lidegaard, O., Tabor, A. & Vestergaard, C. H. F. (2009). Fetal loss rate after chorionic villus sampling and amniocentesis: an 11-yea national egistry study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 34, 19-24.
- Magauer, D. (2008). *Steht hinter der Einstellung bezüglich der Pränataldiagnostik eine Einstellung gegen über behinderten Menschen?* Diplomarbeit, Universität, Wien.
- Malhotra, N. K. (2005). Attitude and affect: new frontiers of research in the 21st century. *Journal of Business Research*, 58 (4), 477-482.
- Mock, C. (2007). *Stellungnahme zur Pränataldiagnostik. IMEW Expertise 8*. Berlin: BWS Behinderten Werk gGmbH, Spremberg.
- Nippert, I. (1998). Wie wird im Alltag der pränatalen Diagnostik tatsächlich argumentiert? In M. Kettner (Hrsg.), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft* (S. 151-172). Frankfurt: Campus.
- Rohde, A. & Woopen, C. (2007). *Psychosoziale Beratung im Kontext von Pänataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.
- Ringler, M. (1992). Der Einfluss pränatal-diagnostischer Maßnahmen auf das Schwangerschaftsleben. In U. Fennesz, M. Ringler, M. Springer-Kremser, (Hrsg.), *Frauen „Krankheiten“: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe in Österreich 1982-1992* (S.67-73). Wien: WUV-Universitätsverlag.
- RIS-Bundesrecht, Strafgesetzbuch § 97*. Zugriff am 1.10.2010, von <http://www.ris.bka.gv.at/Bundesrecht/>

- RIS. (2006). *Urteil 5Ob165/05h. Entscheidung vom 7.3.2006*, Zugriff am 1.10.2010, von http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20060307_OGH0002_0050OB00165_05H0000_000
- Sagner, A. (2001). Behinderung und Kultur. *Zeitschrift für Ethnologie*, 126, 175- 207.
- Schäfer, D. (1998). Wann ist genetische Beratung sinnvoll? Über Definition, Funktion und Bedeutung der genetischen Beratung. In M. Kettner (Hrsg.), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft* (S. 187-222). Frankfurt: Campus.
- Schroeder-Kurth, T. M. (1989). Indikationen für die genetische Familienberatung. *Ethik in der Medizin*. 1 (4), 195-205.
- Statistik Austria (2011). *Statistiken*. Zugriff am 15.10.2010, in http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html
- Unschuld, P.U. (1998). Der lange Arm der Eugenik. *Perinatal Medizin*, 10, 2-5.
- Wessner, I. (1995). *Informiertheit und Einstellungen zur Pränatalen Diagnostik*. Diplomarbeit, Universität, Wien.
- Wiedebusch, S. (1997). Die Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik. In F. Petermann, S. Wiedebusch & M. Quante (Hrsg.), *Perspektiven der Humangenetik* (S. 125-139). Paderborn: Schöningh.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. (2003). *Richtlinien zu pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*. Zugriff am 25.07.2011, in www.bundesaerztekammer.de/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf
- Wolf, G. (1993). Eugenik und genetische Beratung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 12, 49-56.
- World Health Organisation. (Hrsg.). (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Zugriff am 5.9.2011, in <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

- Wüstner, K. (2000). *Genetische Beratung. Risiken und Chancen*. Bonn: Psychatrie Verlag gem. GmbH.
- Yuker, H. E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer Publishing Company.
- Yuker, H. E. (1994). Variables that influence attitudes towards people with disabilities: conclusions from the data. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9 (5), 3–22.
- Zirn, B. (2009). *Die genetische Sprechstunde*. Berlin: Steinkopff Verlag.

Anhang A: Erhebungsinstrument

Sehr geehrte Dame und sehr geehrter Herr!

Im Zuge meiner Diplomarbeit an der Universität Wien im Fach Psychologie verfasste ich eine empirische Untersuchung. Der folgende Fragebogen und die sich im Kuvert befindlichen Kärtchen befassen sich mit dem Thema Einstellung zu geistiger Behinderung, Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch bei geistiger Behinderung.

Ich möchte Sie hiermit recht herzlich zur Teilnahme einladen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und anonym. Die erhobenen Daten werden verschlüsselt und dienen einzig und alleine der wissenschaftlichen Auswertung.

Die Teilnahme dauert in etwa 25 Minuten.

Bitte öffnen Sie zunächst das Kuvert. Darin befinden sich ein Informationsblatt zur Pränataldiagnostik, 8 Kärtchen und ein Fragebogen. Bitte lesen Sie zu Beginn das Informationsblatt zur Pränataldiagnostik. Es dient der kurzen Beschreibung der Pränataldiagnostik und der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich.

Bitte entnehmen Sie anschließend die 8 Kärtchen, auf denen spezifische Situationen beschrieben sind. Bitte mischen Sie die Kärtchen. In den 8 Situationsbeschreibungen erfährt eine Frau, dass ihr ungeborenes Kind eine geistige Behinderung haben wird. Nun steht ein Schwangerschaftsabbruch zur Debatte. In den dargestellten Situationen variieren die Ausprägung der Behinderung und die Lebensumstände der Frau. Bitte beurteilen Sie, welche Entscheidung auf Grund der beschriebenen Umstände für Sie am naheliegendsten ist. Bitte beurteilen Sie alle 8 Kärtchen!

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, nur Ihre Meinung zählt. Sie haben sechs Antwortmöglichkeiten, auf einem Kontinuum von Schwangerschaftsabbruch bis Geburt des Kindes. Bitte markieren Sie Ihre Wahl auf einem der 6 Kästchen mit einem Kreuz, wie in dem folgenden Beispiel...

Welche Entscheidung halten Sie auf Grund der 5 dargestellten Punkte am naheliegendsten?

Schwangerschaftsabbruch ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Geburt des Kindes**

Bitte füllen Sie anschließend den beiliegenden Fragebogen zum Thema geistige Behinderung und Pränataldiagnostik aus. Bitte lassen Sie keine Frage aus.

Wenn Sie alle Fragen beantwortet haben, geben Sie bitte alle Kärtchen und den Fragebogen in das Kuvert. Kleben Sie das Kuvert zu und geben Sie das verschlossene Kuvert zurück.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!

Lena Maria Larndorfer

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an praenataldiagnostik@gmx.at

Informationsblatt – Pränataldiagnostik

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge gibt es zahlreiche Möglichkeiten an vorgeburtlichen Untersuchungen. Die zentrale Frage, die mittels entsprechender Maßnahme zu beantworten ist, lautet: Wird mein Kind gesund sein?

➤ Schwangerschaft und Pränataldiagnostik

Im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik ergeben sich verschiedene Entscheidungszeitpunkte. Zum einen ist zu entscheiden, ob überhaupt Pränataldiagnostik in Anspruch genommen wird und zum anderen, ob ein Schwangerschaftsabbruch bei einem pathologischen Befund in Frage kommt. Diese Fragen sind eng mit Gefühlen verbunden und egal in welchem Zusammenhang, die Entscheidungen die sich durch die Pränataldiagnostik ergeben, sind keine leichten.

Mittels Pränataldiagnostik werden Ursachen von Erkrankungen, mögliche Behinderungen und Entwicklungsstörungen festgestellt. Sie bietet jedoch keine Garantie für ein gesundes Kind. In vielen Fällen gibt es keine therapeutischen Möglichkeiten und in manchen Fällen können Behinderungen vorgeburtlich nicht diagnostiziert werden.

➤ Untersuchungsmethoden

Zur Untersuchung des Erbguts werden die Amniozentese und die Chorionzottenbiopsie angewendet. Sie werden bei einem mütterlichen Alter ab 35 Jahren angeboten, da sich mit steigendem Alter das Risiko für Veränderungen der Chromosomen erhöht. Das Fehlgeburtenrisiko liegt bei der Chorionzottenbiopsie bei ca 1% und bei der Amniozentese etwas darunter. In etwa 1% der Fälle kommt es sowohl bei der Amniozentese, als auch bei der Chorionzottenbiopsie zu unrichtigen Ergebnissen, sodass trotz eines negativen Befundes keine 100 % Sicherheit für ein gesundes Kind gegeben ist.

Weitere Untersuchungen wie der Tripple-Test stellen Analysen des mütterlichen Blutes dar. Es kann festgestellt werden, ob die Wahrscheinlichkeit einer Chromosomenaberration höher ist, als es auf Grund des Alters der Mutter zu erwarten wäre. Somit handelt es sich um eine Wahrscheinlichkeitsberechnung.

Das wichtigste Untersuchungsinstrument in der Schwangerschaft stellt der Ultraschall dar. Im ersten Trimester kann ein Hinweis für das Vorliegen einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) festgestellt werden. Ab der 19ten Schwangerschaftswoche können weitere körperliche Fehlbildungen diagnostiziert beziehungsweise ausgeschlossen werden.

➤ Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem Befund

Wird eine schwerwiegende Behinderung diagnostiziert, müssen die werdenden Eltern entscheiden, ob das Kind ausgetragen wird oder ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden soll.

Die Straffreiheit eines Schwangerschaftsabbruchs ist in Österreich durch den Gesetzgeber innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate gegeben. Ist jedoch zu einem späteren Zeitpunkt mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung des Kindes zu rechnen, ist die Fristenregelung aufgehoben und es gilt die eugenische Indikation. Auf Grund des partizipierten Leids der Schwangeren ist es in Österreich gesetzlich gestattet, einen Schwangerschaftsabbruch bis kurz vor der Geburt durchzuführen. Da der Fötus jedoch ab der 22ten Schwangerschaftswoche extrauterin (außerhalb des Mutterleibs) lebensfähig ist, wurde in der Ärzteschaft ein informeller Konsens von Abbrüchen bis spätestens zur 21ten Schwangerschaftswoche eingeführt.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Lebenssituation. Bitte beantworten sie den Fragebogen vollständig.

1. Alter: Ich bin ____ Jahre alt
2. Geschlecht
 - ☐ männlich
 - ☐ weiblich
3. Höchster bisheriger Schulabschluss
 - ☐ Matura oder entsprechen
de Reifeprüfung
 - ☐ Fachhochschule
 - ☐ Hochschulabschluss
4. Ich studiere die Studienrichtung
 - ☐ Medizin
 - ☐ Psychologie
5. In welchem Studienabschnitt befinden Sie sich?
 - ☐ 1. Abschnitt
 - ☐ 2. Abschnitt
 - ☐ 3. Abschnitt
 - ☐ abgeschlossenes Studium
6. Familienstand
 - ☐ verheiratet/Lebensgemeinschaft
 - ☐ alleinstehend
7. Haben Sie Kinder?
 - ☐ ja, Anzahl der Kinder _____
 - ☐ nein
8. In welcher Gegend wohnen Sie?
 - ☐ Stadt
 - ☐ Land
9. Haben Sie Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
 - 9a. Wenn ja, in welcher Form haben Sie Kontakt?
 - ☐ beruflich
 - ☐ privat
 - 9b. Wenn ja, wie häufig haben Sie Kontakt?
 - ☐ einmal im Monat
 - ☐ mehrmals die Woche
 - ☐ einmal die Woche
 - ☐ seltener

10. Wie gut schätzen Sie, wissen Sie über Pränataldiagnostik Bescheid?

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ überhaupt
nicht | ☐ ein wenig |
| ☐ ganz gut | ☐ sehr gut |

11. Haben Sie bereits Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

11a. Wenn Sie bereits Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben, welcher Art war die Erfahrung?

- | | |
|---|---|
| ☐ als Patientin | ☐ als
Professionist |
| ☐ als
Angehöriger | ☐ In |

11b. Wenn Sie bereits Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben, welche der folgenden Untersuchungen sind das?

- | | |
|---|--|
| ☐ Ultraschall | ☐ Dopplerultraschall |
| ☐ Nackenfalten-
messung | ☐ Organscreening |
| ☐ Combined-testing | ☐ Amniozentese |
| ☐ Tripple-Test | ☐ Chorionzotten-
biopsie |

11c. Wenn Sie bereits Erfahrung mit Pränataldiagnostik gemacht haben, wie würden Sie Ihre bisherige Erfahrung mit Pränataldiagnostik einschätzen?

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| ☐ sehr positiv | |
| ☐ eher negativ | |
| ☐ eher positiv | |
| ☐ sehr | negativ |

In Folgendem finden Sie Aussagen zum Thema Pränataldiagnostik. Kreuzen Sie bitte jeweils an, inwieweit Sie persönlich zustimmen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie bitte jene Antwortmöglichkeit an, die am ehesten für Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lassen Sie keine Antwort aus.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, das Ihrer Meinung nach am meisten für Sie zutrifft	Stimme stark zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1. Jede Frau sollte pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen lassen.				
2. Es ist wichtig frühzeitig festzustellen, ob das Ungeborene behindert ist, um sich frei für oder gegen das Kind entscheiden zu können.				
3. Untersuchungen die ein Risiko für das ungeborene Kind oder die Schwangere bedeuten könnten, sollten nicht durchgeführt werden.				
4. Pränatal Diagnostik sollte nur zum Einsatz kommen, wenn ein schwerwiegender Verdacht auf eine Behinderung vorliegt.				
5. Ich nehme ein Fehlgeburtenrisiko in Kauf, wenn ich dadurch erfahren kann, ob das Ungeborene an einer genetischen Krankheit leidet oder nicht.				
6. Pränatal Diagnostik sollte nur durchgeführt werden, wenn sie die Heilung des Ungeborenen anstrebt.				
7. Pränataldiagnostik ängstigt die Schwangere.				
8. Es ist gut, dass mittels Pränataldiagnostik behindertes Leben vorgeburtlich erkannt und ausgesondert werden kann.				
9. Die Feststellung einer möglichen Behinderung darf kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen.				
10. Durch die Abtreibung behinderter oder kranker Föten kann viel Leid verhindert werden.				
11. Ich bin gegen Abtreibung und lehne deshalb die Pränataldiagnostik ab.				

Im Folgenden finden Sie Aussagen zum Thema geistige Behinderung. Kreuzen Sie bitte jeweils an, inwieweit Sie persönlich zustimmen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie bitte jene Antwortmöglichkeit an, die am ehesten für Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lassen Sie keine Antwort aus.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, das Ihrer Meinung nach am meisten für Sie zutrifft	Stimme stark zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1.)Schulbehörden sollten geistig behinderte Kinder und nicht geistig behinderte Kinder nicht in die gleichen Klassen geben.				
2.)Wir sollten Menschen, die geistig behindert sind und solche, die nicht geistig behindert sind, in dieselbe Nachbarschaften integrieren.				
3.)Ich würde meinem Kind erlauben, eine Einladung zu einer Geburtstagsparty anzunehmen, die für ein Kind mit geistiger Behinderung gegeben wird.				
4.)Menschen, die geistig behindert sind, können sich noch nicht in dem Ausmaß kontrollieren, das zu einer sozialen Gleichstellung mit geistig nicht behinderten Menschen gehört.				
5.) Ich bin einverstanden, dass mein Kind geistig behinderte Kinder als enge Freunde hat.				
6.)Wenn ich mir als Vermieter meine Mieter aussuchen könnte, würde ich nur an Menschen, die nicht geistig behindert sind, vermieten.				
7.)Es ist eine gute Idee, für die Zeit nach der Schule getrennt Nachmittagsbetreuung für geistig behinderte und für nicht geistig behinderte Kinder zu haben.				
8.)Ohne Rücksicht auf die eigenen Ansichten, sollte der/die DirektorIn eines privaten Kindergartens verpflichtet sein, geistig behinderte Kinder aufzunehmen.				
9.)Selbst wenn geistig behinderte Kinder in eine öffentliche Schule gehen, ist es zweifelhaft, ob sie viel davon haben werden.				
10.)Obwohl die gesellschaftliche Integration von geistig Behinderten und Nicht-Behinderten richtig sein mag, ist sie nicht durchführbar, solange geistig Behinderte nicht lernen, die Grenzen ihrer Beziehungen zum anderen Geschlecht zu				
11.)Ich habe nichts dagegen, einen Film oder ein Theaterstück in Gesellschaft geistig Behinderter zu besuchen.				
12.)Gesetze, die von den Arbeitgebern verlangen, geistig Behinderte nicht zu diskriminieren, verletzen die Rechte des Einzelnen, der mit geistig behinderten Menschen keinen				
13.)Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder in den gleichen Vorschulklassen zu integrieren, sollte nicht versucht werden, wegen des Durcheinanders, das es				

14.)Hausbesitzer sollten dazu verpflichtet sein, Familien mit geistig behinderten Kindern Mietobjekte anzubieten, auch wenn das gegen ihre eigenen Wünsche ist.				
15.)Ich würde geistig Behinderte lieber nicht zusammen mit meinen Freunden, die nicht geistig behindert sind, zum Abendessen einladen.				
16.)Geistig behinderte Kinder verschwenden Zeit beim Spielen während des Unterrichts, anstatt etwas Sinnvolles zu tun.				
17.)Die Integration von geistig behinderten und nicht geistig behinderten Menschen am Arbeitsplatz brächte für beide Seiten einen Vorteil.				
18.)Es wäre mir lieber, wenn kein geistig Behinderter im selben Schwimmbecken wie ich schwimmen würde.				
19.)Ich hätte nichts dagegen, einem geistig behinderten Menschen meinen Freunden und Nachbarn in meiner Heimatstadt vorzustellen.				
20.)Die Besitzer von Campingplätzen und Vergnügungsparks sollten das Recht haben, geistig Behinderte als Kunden abzuweisen.				
21.)Das Problem von Vorurteilen gegenüber geistig Behinderten wurde schon immer überbewertet.				
22.)Wenn ich FriseurIn oder BesitzerIn eines Schönheitsstudios wäre, würde es mich nicht stören, geistig behinderte Menschen zu bedienen.				
23.)Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder nach der Volksschule in weiterführenden Schulen denselben Klassen zuzuordnen, macht mehr Mühe, als es wert ist.				
24.)Ich wäre gern bereit, zu einem kompetenten Friseur zu gehen, der geistig behindert ist.				
25.)Auch wenn eine soziale Gleichstellung verwirklicht wäre, könnten geistig Behinderte sich in sozialen Situationen dennoch nicht wie Personen ohne geistige Behinderung				
26.)Auch wenn geistig Behinderte einigen Grund haben, sich zu beklagen, würden sie ihre Ziele eher erreichen, wenn sie geduldiger wären.				
27.)Es wäre mir lieber, wenn geistig behinderte Menschen nicht in demselben Wohnhaus leben würden, in dem ich wohne.				
28.)Einer Person sollte es nicht gestattet sein, eine Kindertagesstätte zu betreiben, wenn er oder sie geistig behinderte Kinder nicht betreuen will.				
29.)Das geistig behinderte Kind sollte in der Schule in reguläre Klassen integriert werden.				

Anhang B: Tabellenanhang

Tabelle B-1 Skala Einstellung zu geistiger Behinderung vor Itemreduktion

Zusammenfassung der Fallverarbeitung				Reliabilitäts-		Skala-Statistiken			
		N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Maximum / Minimum	Varianz	Anzahl der Items
Fälle	Gültig	120	12,5						
	Ausgeschlossen ^a	840	87,5						
	Gesamt	960	100,0	,867	29	1,687	2,385	,145	29

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skalen-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
1.) Schulbehörden sollten geistig behinderte Kinder und nicht geistig behinderte Kinder nicht in die gleichen Klassen geben.	46,95	98,619	,367	,865
2.) Wir sollten Menschen, die geistig behindert sind und solche, die nicht geistig behindert sind, in dieselbe Nachbarschaft integrieren.	47,62	100,406	,506	,862
3.) Ich würde meinem Kind erlauben, eine Einladung zu einer Geburtstagsparty anzunehmen, die für ein Kind mit geistiger Behinderung gegeben wird.	47,84	104,235	,308	,866
4.) Menschen, die geistig behindert sind, können sich noch nicht in dem Ausmaß kontrollieren, das zu einer sozialen Gleichstellung mit geistig nicht behinderten Menschen gehört.	46,86	97,585	,503	,861
5.) Ich bin einverstanden, dass mein Kind geistig behinderte Kinder als enge Freunde hat.	47,73	102,248	,380	,864
6.) Wenn ich mir als Vermieter meine Mieter aussuchen könnte, würde ich nur an Menschen, die nicht geistig behindert sind, vermieten.	47,29	99,839	,356	,865
7.) Es ist eine gute Idee, für die Zeit nach der Schule getrennt Nachmittagsbetreuung für geistig behinderte und für nicht geistig behinderte Kinder zu haben.	47,14	97,047	,486	,861
8.) Ohne Rücksicht auf die eigenen Ansichten, sollte der/die DirektorIn eines privaten Kindergartens verpflichtet sein, geistig behinderte Kinder aufzunehmen.	47,03	100,016	,335	,865
9.) Selbst wenn geistig behinderte Kinder in eine öffentliche Schule gehen, ist es zweifelhaft, ob sie viel davon haben werden.	46,73	98,096	,466	,862
10.) Obwohl die gesellschaftliche Integration von geistig Behinderten und Nicht-Behinderten richtig sein mag, ist sie nicht durchführbar, solange geistig Behinderte nicht lernen, die Grenzen ihrer Beziehungen zum anderen Geschlecht zu akzeptieren.	47,23	97,172	,573	,859
11.) Ich habe nichts dagegen, einen Film oder ein Theaterstück in Gesellschaft geistig Behinderter zu besuchen.	47,63	102,724	,259	,866
12.) Gesetze, die von den Arbeitgebern verlangen, geistig Behinderte nicht zu diskriminieren, verletzen die Rechte des Einzelnen, der mit geistig behinderten Menschen keinen Umgang haben will.	47,40	97,452	,534	,860

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
13.) Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder in den gleichen Vorschulklassen zu integrieren, sollte nicht versucht werden, wegen des Durcheinanders, das es verursachen würde.	47,33	96,877	,588	,858
14.) Hausbesitzer sollten dazu verpflichtet sein, Familien mit geistig behinderten Kindern Mietobjekte anzubieten, auch wenn das gegen ihre eigenen Wünsche ist.	46,63	102,085	,146	,873
15.) Ich würde geistig Behinderte lieber nicht zusammen mit meinen Freunden, die nicht geistig behindert sind, zum Abendessen einladen.	47,37	97,696	,546	,860
16.) Geistig behinderte Kinder verschwenden Zeit beim Spielen während des Unterrichts, anstatt etwas Sinnvolles zu tun.	47,60	100,713	,487	,862
17.) Die Integration von geistig behinderten und nicht geistig behinderten Menschen am Arbeitsplatz brächte für beide Seiten einen Vorteil.	47,22	98,092	,486	,861
18.) Es wäre mir lieber, wenn kein geistig Behinderter im selben Schwimmbecken wie ich schwimmen würde.	47,69	100,568	,477	,862
19.) Ich hätte nichts dagegen, einem geistig behinderten Menschen meinen Freunden und Nachbarn in meiner Heimatstadt vorzustellen.	47,52	98,252	,528	,860
20.) Die Besitzer von Campingplätzen und Vergnügungsparks sollten das Recht haben, geistig Behinderte als Kunden abzuweisen.	47,62	100,406	,410	,863
21.) Das Problem von Vorurteilen gegenüber geistig Behinderten wurde schon immer überbewertet.	46,99	101,605	,246	,868
22.) Wenn ich FriseurIn oder BesitzerIn eines Schönheitsstudios wäre, würde es mich nicht stören, geistig behinderte Menschen zu bedienen.	47,04	98,309	,292	,869
23.) Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder nach der Volksschule in weiterführenden Schulen denselben Klassen zuzuordnen, macht mehr Mühe, als es wert ist.	47,12	98,558	,436	,862
24.) Ich wäre gern bereit, zu einem kompetenten Friseur zu gehen, der geistig behindert ist.	47,38	97,885	,437	,862
25.) Auch wenn eine soziale Gleichstellung verwirklicht wäre, könnten geistig Behinderte sich in sozialen Situationen dennoch nicht wie Personen ohne geistige Behinderung verhalten.	46,34	100,361	,336	,865
26.) Auch wenn geistig Behinderte einigen Grund haben, sich zu beklagen, würden sie ihre Ziele eher erreichen, wenn sie geduldiger wären.	47,25	98,071	,525	,860
27.) Es wäre mir lieber, wenn geistig behinderte Menschen nicht in demselben Wohnhaus leben würden, in dem ich wohne.	47,71	100,427	,594	,861
28.) Einer Person sollte es nicht gestattet sein, eine Kindertagesstätte zu betreiben, wenn er oder sie geistig behinderte Kinder nicht betreuen will.	46,58	100,667	,228	,870
29.) Das geistig behinderte Kind sollte in der Schule in reguläre Klassen integriert werden.	47,07	100,130	,341	,865

Tabelle B-2 Skala Einstellung zu geistiger Behinderung nach Itemreduktion

Zusammenfassung der Fallverarbeitung				Reliabilitätsstatistiken		Auswertung der Itemstatistiken		
		N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
Fälle	Gültig	120	12,5	,869	21	1,624	,142	21
	Ausgeschlossen ^a	840	87,5					
	Gesamt	960	100,0					

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
1.)Schulbehörden sollten geistig behinderte Kinder und nicht geistig behinderte Kinder nicht in die gleichen Klassen geben.	32,13	56,699	,374	,868
2.)Wir sollten Menschen, die geistig behindert sind und solche, die nicht geistig behindert sind, in dieselbe Nachbarschaft integrieren.	32,79	58,166	,519	,862
3.)Ich würde meinem Kind erlauben, eine Einladung zu einer Geburtstagsparty anzunehmen, die für ein Kind mit geistiger Behinderung gegeben wird.	33,02	61,059	,343	,868
4.)Menschen, die geistig behindert sind, können sich noch nicht in dem Ausmaß kontrollieren, das zu einer sozialen Gleichstellung mit geistig nicht behinderten Menschen gehört.	32,03	55,948	,513	,861
5.) Ich bin einverstanden, dass mein Kind geistig behinderte Kinder als enge Freunde hat.	32,91	59,546	,398	,865
7.)Es ist eine gute Idee, für die Zeit nach der Schule getrennt Nachmittagsbetreuung für geistig behinderte und für nicht geistig behinderte Kinder zu haben.	32,32	55,159	,524	,861
9.)Selbst wenn geistig behinderte Kinder in eine öffentliche Schule gehen, ist es zweifelhaft, ob sie viel davon haben werden.	31,91	55,865	,516	,861
10.)Obwohl die gesellschaftliche Integration von geistig Behinderten und Nicht-Behinderten richtig sein mag, ist sie nicht durchführbar, solange geistig Behinderte nicht lernen, die Grenzen ihrer Beziehungen zum anderen Geschlecht zu akzeptieren.	32,41	55,403	,608	,858
11.)Ich habe nichts dagegen, einen Film oder ein Theaterstück in Gesellschaft geistig Behinderter zu besuchen.	32,80	59,909	,271	,869
13.)Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder in den gleichen Vorschulklassen zu integrieren, sollte nicht versucht werden, wegen des Durcheinanders, das es verursachen würde.	32,50	55,429	,600	,858
15.)Ich würde geistig Behinderte lieber nicht zusammen mit meinen Freunden, die nicht geistig behindert sind, zum Abendessen einladen.	32,54	56,301	,534	,860
16.)Geistig behinderte Kinder verschwenden Zeit beim Spielen während des Unterrichts, anstatt etwas Sinnvolles zu tun.	32,78	58,361	,505	,863
17.)Die Integration von geistig behinderten und nicht geistig behinderten Menschen am Arbeitsplatz brächte für beide Seiten einen Vorteil.	32,40	56,965	,441	,864
18.)Es wäre mir lieber, wenn kein geistig Behinderter im selben Schwimmbecken wie ich schwimmen würde.	32,87	58,537	,459	,864

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
19.)Ich hätte nichts dagegen, einem geistig behinderten Menschen meinen Freunden und Nachbarn in meiner Heimatstadt vorzustellen.	32,69	57,039	,485	,862
23.)Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder nach der Volksschule in weiterführenden Schulen denselben Klassen zuzuordnen, macht mehr Mühe, als es wert ist.	32,29	56,040	,501	,862
24.)Ich wäre gern bereit, zu einem kompetenten Friseur zu gehen, der geistig behindert ist.	32,56	56,316	,433	,865
25.)Auch wenn eine soziale Gleichstellung verwirklicht wäre, könnten geistig Behinderte sich in sozialen Situationen dennoch nicht wie Personen ohne geistige Behinderung verhalten.	31,52	58,571	,301	,869
26.)Auch wenn geistig Behinderte einigen Grund haben, sich zu beklagen, würden sie ihre Ziele eher erreichen, wenn sie geduldiger wären.	32,43	55,826	,585	,859
27.)Es wäre mir lieber, wenn geistig behinderte Menschen nicht in demselben Wohnhaus leben würden, in dem ich wohne.	32,88	58,659	,543	,862
29.)Das geistig behinderte Kind sollte in der Schule in reguläre Klassen integriert werden.	32,24	58,168	,326	,868

Tabelle B-3 Skala Integration und Segregation (INSE)

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

	N	%
Fälle Gültig	120	12,5
Ausgeschlossen ^a	840	87,5
Gesamt	960	100,0

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,750	7

Auswertung der Item-Statistiken

Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
1,719	,047	7

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skalen-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
1.)Schulbehörden sollten geistig behinderte Kinder und nicht geistig behinderte Kinder nicht in die gleichen Klassen geben.	10,06	9,030	,452	,725
2.)Wir sollten Menschen, die geistig behindert sind und solche, die nicht geistig behindert sind, in dieselbe Nachbarschaften integrieren.	10,72	10,604	,425	,732
7.)Es ist eine gute Idee, für die Zeit nach der Schule getrennt Nachmittagsbetreuung für geistig behinderte und für nicht geistig behinderte Kinder zu haben.	10,25	9,046	,490	,714
13.)Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder in den gleichen Vorschulklassen zu integrieren, sollte nicht versucht werden, wegen des Durcheinanders, das es verursachen würde.	10,43	9,038	,613	,688
17.)Die Integration von geistig behinderten und nicht geistig behinderten Menschen am Arbeitsplatz brächte für beide Seiten einen Vorteil.	10,33	9,938	,377	,738
23.)Geistig behinderte und nicht geistig behinderte Kinder nach der Volksschule in weiterführenden Schulen denselben Klassen zuzuordnen, macht mehr Mühe, als es wert ist.	10,22	9,604	,428	,728
29.)Das geistig behinderte Kind sollte in der Schule in reguläre Klassen integriert werden.	10,17	9,272	,512	,709

Tabelle B-4 Skala Soziale Distanz (SDIS)

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			Reliabilitätsstatistiken		Auswertung der Itemstatistiken		
	N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
Fälle Gültig	120	12,5			1,317	,029	8
Ausgeschlossen ^a	840	87,5	,749	8			
Gesamt	960	100,0					

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
3.)Ich würde meinem Kind erlauben, eine Einladung zu einer Geburtstagsparty anzunehmen, die für ein Kind mit geistiger Behinderung gegeben wird.	9,45	8,216	,340	,744
5.) Ich bin einverstanden, dass mein Kind geistig behinderte Kinder als enge Freunde hat.	9,34	7,454	,453	,724
11.)Ich habe nichts dagegen, einen Film oder ein Theaterstück in Gesellschaft geistig Behinderter zu besuchen.	9,23	7,441	,335	,742
15.)Ich würde geistig Behinderte lieber nicht zusammen mit meinen Freunden, die nicht geistig behindert sind, zum Abendessen einladen.	8,98	6,277	,559	,699
18.)Es wäre mir lieber, wenn kein geistig Behinderter im selben Schwimmbecken wie ich schwimmen würde.	9,30	7,086	,504	,713
19.)Ich hätte nichts dagegen, einem geistig behinderten Menschen meinen Freunden und Nachbarn in meiner Heimatstadt vorzustellen.	9,13	6,329	,573	,695
24.)Ich wäre gern bereit, zu einem kompetenten Friseur zu gehen, der geistig behindert ist.	8,99	6,294	,418	,741
27.)Es wäre mir lieber, wenn geistig behinderte Menschen nicht in demselben Wohnhaus leben würden, in dem ich wohne.	9,32	7,411	,497	,719

Tabelle B-5 Skala Subtile Abwertung (SUAB)

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			Reliabilitätsstatistiken		Auswertung der Itemstatistiken		
	N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
Fälle Gültig	120	12,5					
Ausgeschlossen ^a	840	87,5	,755	6	1,922	,200	6
Gesamt	960	100,0					

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
4.)Menschen, die geistig behindert sind, können sich noch nicht in dem Ausmaß kontrollieren, das zu einer sozialen Gleichstellung mit geistig nicht behinderten Menschen gehört.	9,47	6,301	,495	,720
9.)Selbst wenn geistig behinderte Kinder in eine öffentliche Schule gehen, ist es zweifelhaft, ob sie viel davon haben werden.	9,34	6,260	,501	,718
10.)Obwohl die gesellschaftliche Integration von geistig Behinderten und Nicht-Behinderten richtig sein mag, ist sie nicht durchführbar, solange geistig Behinderte nicht lernen, die Grenzen ihrer Beziehungen zum anderen Geschlecht zu akzeptieren.	9,84	6,185	,588	,693
16.)Geistig behinderte Kinder verschwenden Zeit beim Spielen während des Unterrichts, anstatt etwas Sinnvolles zu tun.	10,21	7,393	,437	,737
25.)Auch wenn eine soziale Gleichstellung verwirklicht wäre, könnten geistig Behinderte sich in sozialen Situationen dennoch nicht wie Personen ohne geistige Behinderung verhalten.	8,95	6,838	,367	,755
26.)Auch wenn geistig Behinderte einigen Grund haben, sich zu beklagen, würden sie ihre Ziele eher erreichen, wenn sie geduldiger wären.	9,86	6,173	,614	,687

Tabelle B-6 Skala Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			Reliabilitätsstatistiken		Auswertung der Itemstatistiken		
	N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
Fälle Gültig	120	12,5			2,516	,185	11
Ausgeschlossen ^a	840	87,5			,832	,018	11
Gesamt	960	100,0	,793	11			

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item	Skalenvarianz, wenn Item wegge-	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha,
1. Jede Frau sollte pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen lassen.	25,42	27,188	,493	,771
2. Es ist wichtig frühzeitig festzustellen, ob das Ungeborene behindert ist, um sich frei für oder gegen das Kind entscheiden zu können.	25,52	25,395	,681	,750
3. Untersuchungen die ein Risiko für das ungeborene Kind oder die Schwangere bedeuten könnten, sollten nicht durchgeführt werden.	24,74	29,504	,303	,790
4. Pränatal Diagnostik sollte nur zum Einsatz kommen, wenn ein schwerwiegender Verdacht auf eine Behinderung vorliegt.	25,11	28,265	,376	,784
5. Ich nehme ein Fehlgeburtenrisiko in Kauf, wenn ich dadurch erfahren kann, ob das Ungeborene an einer genetischen Krankheit leidet oder nicht.	24,67	28,409	,410	,780
6. Pränatal Diagnostik sollte nur durchgeführt werden, wenn sie die Heilung des Ungeborenen anstrebt.	25,25	26,576	,514	,769
7. Pränataldiagnostik ängstigt die Schwangere.	24,53	27,310	,437	,778
8. Es ist gut, dass mittels Pränataldiagnostik behindertes Leben vorgeburtlich erkannt und ausgesondert werden kann.	25,28	27,394	,450	,776
9. Die Feststellung einer möglichen Behinderung darf kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen.	25,06	26,778	,527	,768
10. Durch die Abtreibung behinderter oder kranker Föten kann viel Leid verhindert werden.	26,06	28,677	,424	,779
11. Ich bin gegen Abtreibung und lehne deshalb die Pränataldiagnostik ab.	25,12	28,490	,318	,791

Tabelle B-7 Einstellung zu Pränataldiagnostik allgemein

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			Reliabilitätsstatistiken		Auswertung der Itemstatistiken		
	N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
Fälle Gültig	120	12,5			2,630	,131	8
Ausgeschlossen ^a	840	87,5					
Gesamt	960	100,0	,729	8			

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
1. Jede Frau sollte pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen lassen.	18,79	14,334	,515	,683
2. Es ist wichtig frühzeitig festzustellen, ob das Ungeborene behindert ist, um sich frei für oder gegen das Kind entscheiden zu können.	18,88	13,415	,645	,654
3. Untersuchungen die ein Risiko für das ungeborene Kind oder die Schwangere bedeuten könnten, sollten nicht durchgeführt werden.	18,11	15,929	,346	,716
4. Pränatal Diagnostik sollte nur zum Einsatz kommen, wenn ein schwerwiegender Verdacht auf eine Behinderung vorliegt.	18,47	14,789	,446	,697
5. Ich nehme ein Fehlgeburtenrisiko in Kauf, wenn ich dadurch erfahren kann, ob das Ungeborene an einer genetischen Krankheit leidet oder nicht.	18,03	15,612	,372	,711
6. Pränatal Diagnostik sollte nur durchgeführt werden, wenn sie die Heilung des Ungeborenen anstrebt.	18,62	14,205	,484	,689
7. Pränataldiagnostik ängstigt die Schwangere.	18,48	15,613	,284	,731
8. Es ist gut, dass mittels Pränataldiagnostik behindertes Leben vorgeburtlich erkannt und ausgesondert werden kann.	17,90	15,469	,302	,727

Tabelle B-8 Skala Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch bei Pränataldiagnostik

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			Reliabilitätsstatistiken		Auswertung der Itemstatistiken			
		N	%	Cronbachs Alpha	Anzahl der Items	Mittelwert	Varianz	Anzahl der Items
Fälle	Gültig	120	12,5			2,211	,277	3
	Ausgeschlossen ^a	840	87,5					
	Gesamt	960	100,0	,565	3			

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
9. Die Feststellung einer möglichen Behinderung darf kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen.	4,23	1,777	,444	,347
10. Durch die Abtreibung behinderter oder kranker Föten kann viel Leid verhindert werden.	4,02	1,949	,371	,472
11. Ich bin gegen Abtreibung und lehne deshalb die Pränataldiagnostik ab.	5,02	2,437	,320	,544

Tabelle B-9 Deskriptive Statistik Variable Alter

Alter							
Gültig	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	Gültig	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
18	4	3,3	3,3	27	7	5,8	85,8
19	5	4,2	7,5	28	4	3,3	89,2
20	10	8,3	15,8	29	4	3,3	92,5
21	12	10,0	25,8	30	4	3,3	95,8
22	9	7,5	33,3	31	1	,8	96,7
23	14	11,7	45,0	34	1	,8	97,5
24	17	14,2	59,2	35	1	,8	98,3
25	16	13,3	72,5	42	1	,8	99,2
26	9	7,5	80,0	45	1	,8	100,0
					Gesamt	120	100,0
					Fehlend	840	
					Gesamt System	960	

Tabelle B-10 Deskriptive Statistik Variable Geschlecht

		Geschlecht			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	45	4,7	37,5	37,5
	weiblich	75	7,8	62,5	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-11 Deskriptiv Statistik Variable Studienabschnitt

		Studienabschnitt			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1.Abschnitt	25	2,6	20,8	20,8
	2.Abschnitt	71	7,4	59,2	80,0
	3.Abschnitt	21	2,2	17,5	97,5
	abgeschlossenes Studium	3	,3	2,5	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-12 Deskriptiv Statistik Variable Familienstand

		Familienstand			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	liiert	48	5,0	40,0	40,0
	ledig	72	7,5	60,0	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-13 Deskriptiv Statistik Variable Wohngegend

		Wohngegend			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	Stadt	92	9,6	76,7	76,7
	Land	28	2,9	23,3	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-14 Deskriptiv Statistik Variable Kontakt zu Menschen

Kontakt gB					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	ja	51	5,3	42,5	42,5
	nein	69	7,2	57,5	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-15 Deskriptiv Statistik Variable

Art des Kontakts					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	beruflich	14	1,5	11,7	11,7
	privat	33	3,4	27,5	39,2
	kein Kontakt	69	7,2	57,5	96,7
	beruflich und privat	4	,4	3,3	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-16 Deskriptiv Statistik Variable Häufigkeit des Kontaktes
zu Menschen mit geistiger Behinderung

Häufigkeit Kontakt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mehrmals die Woche	6	,6	5,0	5,0
	einmal die Woche	10	1,0	8,3	13,3
	einmal im Monat	15	1,6	12,5	25,8
	seltener als 1mal im Monat	20	2,1	16,7	42,5
	Kein Kontakt	69	7,2	57,5	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-17 Deskriptiv Statistik Variable Selbsteinschätzung

Wissen PD		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	überhaupt nicht	11	1,1	9,2	9,2
	ein wenig	52	5,4	43,3	52,5
	ganz gut	43	4,5	35,8	88,3
	sehr gut	14	1,5	11,7	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-18 Deskriptiv Statistik Variable Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Erfahrung Pd		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	ja	27	2,8	22,5	22,5
	nein	93	9,7	77,5	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-19 Deskriptiv Statistik Variable Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Art der Erfahrung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	als Patientin	3	,3	2,5	2,5
	als Angehörige/r einer Patientin	8	,8	6,7	9,2
	als ProfessionistIn	13	1,4	10,8	20,0
	als Patientin und Professionistin	3	,3	2,5	22,5
	keine Erfahrung	93	9,7	77,5	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-20 Deskriptiv Statistik Variable Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Qual der Erfah		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	sehr positiv	4	,4	3,3	3,3
	eher positiv	19	2,0	15,8	19,2
	eher negativ	5	,5	4,2	23,3
	keine Erfahrung	92	9,6	76,7	100,0
	Gesamt	120	12,5	100,0	
Fehlend	System	840	87,5		
Gesamt		960	100,0		

Tabelle B-21 T-Test für unabhängige Stichproben Einstellung zu geistiger Behinderung/Studienrichtung

Gruppenstatistiken					
	Studienrich- tung	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Medizin	60	1,6127	,43134	,05569
	Psychologie	60	1,6349	,31765	,04101

Test bei unabhängigen Stichproben

Einstellung zu geistiger Behin- derung gesamt korregiert	Levene-Test der Varianz- gleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standard- fehler der Differenz	95% Konfiden- zintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	6,877	,010	-,321	118	,749	-,02222	,06916	-,15917	,11473
Varianzen sind nicht gleich			-,321	108,45 0	,749	-,02222	,06916	-,15930	,11485

Tabelle B-22 Mann Whitney-Test Einstellung zu geistiger Behinderung/Studienrichtung

Ränge				
	Studienrich- tung	N	Mittlerer Rang	Rang- summe
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Medizin	60	58,00	3480,00
	Psychologie	60	63,00	3780,00
	Gesamt	120		

Statistik für Test ^a	
	Einstellung zu geistiger Behin- derung gesamt korregiert
Mann-Whitney-U	1650,000
Wilcoxon-W	3480,000
Z	-,788
Asymptotische Signifi- kanz (2-seitig)	,431

a. Gruppenvariable: Studienrichtung

Tabelle B-23 T-Test für unabhängige Stichproben Einstellung zu geistiger Behinderung/Geschlecht

Gruppenstatistiken					
Geschlecht		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert	männlich	45	1,6921	,41459	,06180
	weiblich	75	1,5829	,34965	,04037

Test bei unabhängigen Stichproben

Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	2,034	,156	1,544	118	,125	,10921	,07074	-,03089	,24930
Varianzen sind nicht gleich			1,479	80,817	,143	,10921	,07382	-,03768	,25609

Tabelle B-24 T-Test für unabhängige Stichproben Einstellung zu geistiger Behinderung/Wohngegend

Gruppenstatistiken					
Wohngegend		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert	Stadt	92	1,5921	,33637	,03507
	Land	28	1,7279	,48125	,09095

Test bei unabhängigen Stichproben

Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	11,055	,001	-1,680	118	,096	-,13576	,08083	-,29582	,02431
Varianzen sind nicht gleich			-1,393	35,394	,172	-,13576	,09748	-,33357	,06205

Tabelle B-25 Mann-Whitney-Test Einstellung zu geistiger Behinderung/Wohngegend

Ränge					Statistik für Test ^a	
Wohngegend		N	Mittlerer Rang	Rangsumme		Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert	Stadt	92	58,28	5362,00	Mann-Whitney-U	1084,000
	Land	28	67,79	1898,00	Wilcoxon-W	5362,000
	Gesamt	120			Z	-1,267
					Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,205

a. Gruppenvariable: Wohngegend

Tabelle B-26 T-Test für unabhängige Stichproben Einstellung zu geistiger Behinderung/Kontakt zu Menschen mit geistiger Behinderung

Gruppenstatistiken

	Kontakt gB	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt	ja	51	1,5826	,41563	,05820
korregiert	nein	69	1,6542	,34635	,04170

Test bei unabhängigen Stichproben

Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	2,708	,103	-1,028	118	,306	-,07161	,06967	-,20957	,06635
Varianzen sind nicht gleich			-1,000	95,917	,320	-,07161	,07159	-,21373	,07050

Tabelle B-27 T-Test für unabhängige Stichproben Einstellung zu geistiger Behinderung/Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

Gruppenstatistiken

	Art des Kontakts	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt	beruflich	14	1,7857	,53672	,14344
korregiert	privat	33	1,5123	,33398	,05814

Test bei unabhängigen Stichproben

Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	6,480	,014	2,127	45	,039	,27345	,12859	,01446	,53244
Varianzen sind nicht gleich			1,767	17,431	,095	,27345	,15478	-,05249	,59939

Tabelle B-28 Mann-Whitney-Test Einstellung zu geistiger Behinderung/Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

Ränge					Statistik für Test ^a	
	Art des Kontakts	N	Mittlerer Rang	Rangsumme		Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korrigiert	beruflich	14	28,68	401,50		
	privat	33	22,02	726,50		
	Gesamt	47				
					Mann-Whitney-U	165,500
					Wilcoxon-W	726,500
					Z	-1,529
					Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,126

a. Gruppenvariable: Art des Kontakts

Tabelle B-29 Oneway Anova Einstellung zu geistiger Behinderung/Häufigkeit des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

ONEWAY deskriptive Statistiken								
	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
mehrmals die Woche	6	1,4524	,33638	,13733	1,0994	1,8054	1,14	2,00
einmal die Woche	10	1,4524	,43946	,13897	1,1380	1,7667	1,00	2,14
einmal im Monat	15	1,7016	,40903	,10561	1,4751	1,9281	1,05	2,48
seltener als 1mal im Monat	20	1,5976	,42940	,09602	1,3967	1,7986	1,10	2,76
Kein Kontakt	69	1,6542	,34635	,04170	1,5710	1,7374	1,00	2,48
Gesamt	120	1,6238	,37735	,03445	1,5556	1,6920	1,00	2,76

Test der Homogenität der

Varianzen

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
,804	4	115	,525

ONEWAY ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	,789	3	,263	1,889	,135
Innerhalb der Gruppen	16,156	116	,139		
Gesamt	16,945	119			

Tabelle B-30 Oneway Anova Einstellung zu geistiger Behinderung/Selbsteinschätzung des Wissens zu Pränataldiagnostik

ONEWAY deskriptive Statistiken								
	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Überhaupt nicht	11	1,8398	,47346	,14275	1,5218	2,1579	1,05	2,76
ein wenig	52	1,6282	,34904	,04840	1,5310	1,7254	1,10	2,48
ganz gut	43	1,6080	,37029	,05647	1,4940	1,7219	1,05	2,48
sehr gut	14	1,4864	,38649	,10329	1,2632	1,7095	1,00	2,43
Gesamt	120	1,6238	,37735	,03445	1,5556	1,6920	1,00	2,76

Test der Homogenität der Varianzen				ONEWAY ANOVA					
Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
				Zwischen den Gruppen	,789	3	,263	1,889	,135
				Innerhalb der Gruppen	16,156	116	,139		
				Gesamt	16,945	119			

Tabelle B-31 T-Test Einstellung zu geistiger Behinderung/Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Gruppenstatistiken					
Erfahrung		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Pd					
Einstellung zu geistiger Behinderung	ja	27	1,4727	,37213	,07162
gesamt korregiert	nein	93	1,6677	,36932	,03830

Test bei unabhängigen Stichproben									
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	,031	,862	-2,412	118	,017	-,19503	,08087	-,35518	-,03488
Varianzen sind nicht gleich			-2,401	42,024	,021	-,19503	,08121	-,35892	-,03113

Tabelle B-32 Kruskal-Wallis-Test Einstellung zu geistiger Behinderung/Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Ränge				Statistik für Test ^{a,b}	
	Art der Erfahrung	N	Mittlerer Rang		Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	als Patientin	3	21,33	Chi-Quadrat	8,538
	als Angehörige/r einer Patientin	8	10,56	df	3
	als ProfessionistIn	13	12,35	Asymptotische Signifikanz	,036
	als Patientin und Professionistin	3	23,00		
	Gesamt	27			

a. Kruskal-Wallis-Test
b. Gruppenvariable: Art der Erfahrung

Tabelle B-33 Kruskal-Wallis-Test Einstellung zu geistiger Behinderung/Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Ränge				Statistik für Test ^{a,b}	
	Qual der Erfah	N	Mittlerer Rang		Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	sehr positiv	4	22,75	Chi-Quadrat	5,827
	eher positiv	19	14,03	df	2
	eher negativ	5	9,70	Asymptotische Signifikanz	,054
	Gesamt	28			

a. Kruskal-Wallis-Test
b. Gruppenvariable: Qual der Erfah

Tabelle B-34 T-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Geschlecht

Gruppenstatistiken						
	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	männlich	45	2,4808	,53278	,07942	
	weiblich	75	2,5370	,51517	,05949	

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit								
	T-Test für die Mittelwertgleichheit								95% Konfidenzintervall der Differenz
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	
Varianzen sind gleich	,212	,646	-,571	118	,569	-,05616	,09839	-,25100	,13868
Varianzen sind nicht gleich			-,566	90,314	,573	-,05616	,09923	-,25329	,14097

Tabelle B-35 T-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Studienrichtung

Gruppenstatistiken					
Studienrichtung		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	Medizin	60	2,5318	,55255	,07133
	Psychologie	60	2,5000	,49013	,06328

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	,800	,373	,334	118	,739	,03182	,09535	-,15701	,22065
Varianzen sind nicht gleich			,334	116,344	,739	,03182	,09535	-,15704	,22067

Tabelle B-36 T-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Wohngegend

Gruppenstatistiken					
Wohngegend		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	Stadt	92	2,5049	,52429	,05466
	Land	28	2,5519	,51481	,09729

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	,088	,767	-,417	118	,677	-,04701	,11269	-,27017	,17616
Varianzen sind nicht gleich			-,421	45,394	,676	-,04701	,11159	-,27172	,17770

Tabelle B-37 T-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Gruppenstatistiken					
Erfahrung Pd		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	ja	27	2,5791	,62890	,12103
	nein	93	2,4976	,48672	,05047

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	3,805	,053	,716	118	,476	,08157	,11398	-,14414	,30728
Varianzen sind nicht gleich			,622	35,525	,538	,08157	,13113	-,18451	,34764

Tabelle B-38 Kruskal-Wallis-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Art der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Ränge				Statistik für Test ^{a,b}	
	Art der Erfahrung	N	Mittlerer Rang		Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	als Patientin	3	12,83	Chi-Quadrat df Asymptotische Signifikanz	,424 3 ,935
	als Angehörige/r einer Patientin	8	12,94		
	als ProfessionistIn	13	14,50		
	als Patientin und ProfessionistIn	3	15,83		
	Gesamt	27			

a. Kruskal-Wallis-Test
b. Gruppenvariable: Art der Erfahrung

Tabelle B-39 Kruskal-Wallis-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Qualität der Erfahrung mit Pränataldiagnostik

Ränge				Statistik für Test ^{a,b}	
	Qual der Erfah	N	Mittlerer Rang		Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	sehr positiv	4	7,63	Chi-Quadrat df Asymptotische Signifikanz	7,706 2 ,021
	eher positiv	19	13,84		
	eher negativ	5	22,50		
	Gesamt	28			

a. Kruskal-Wallis-Test
b. Gruppenvariable: Qual der Erfah

Tabelle B-40 T-Test Einstellung zu Pränataldiagnostik/Art des Kontaktes zu Menschen mit geistiger Behinderung

Gruppenstatistiken

	Art des Kontakts	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	beruflich	14	2,3636	,57052	,15248
	privat	33	2,6281	,52586	,09154

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
Varianzen sind gleich	,039	,845	-1,538	45	,131	-,26446	,17196	-,61081	,08189
Varianzen sind nicht gleich			-1,487	22,854	,151	-,26446	,17785	-,63250	,10357

Tabelle B-41 Korrelation nach Pearson Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt/ Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt

Korrelationen				Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt
Einstellung zu Pränataldiagnostik gesamt	Korrelation nach Pearson	1			-,244**
	Signifikanz (1-seitig)				,004
	N	120			120
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Korrelation nach Pearson	-,244**			1
	Signifikanz (1-seitig)	,004			
	N	120			120

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Tabelle B-42 Korrelation nach Pearson Einstellung zu Pränataldiagnostik allgemein/ Einstellung zu geistiger Behinderung

Korrelationen				Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt	Einstellung zu Pränataldiagnostik allgemein
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt	Korrelation nach Pearson	1			-,225**
	Signifikanz (1-seitig)				,007
	N	120			120
Einstellung zu Pränataldiagnostik allgemein	Korrelation nach Pearson	-,225**			1
	Signifikanz (1-seitig)	,007			
	N	120			120

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Tabelle B-43 Korrelation nach Pearson Einstellung zu geistiger Behinderung/ Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch bei Pränataldiagnostik

Korrelationen		Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt korregiert	Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch
Einstellung zu geistiger Behinderung gesamt	Korrelation nach Pearson	1	-,216**
	Signifikanz (1-seitig)		,009
	N	120	120
Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch	Korrelation nach Pearson	-,216**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,009	
	N	120	120

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Tabelle B-44 Varianzanalyse Vignettendesign Haupteffekte

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Beurteilung

F	df1	df2	Sig.
2,049	31	928	,001

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + Faktor1 + Faktor2 + Faktor3 + Faktor4 + Faktor5

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beurteilung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nicht-zentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	460,133 ^a	5	92,027	43,840	,000	,187	219,199	1,000
Konstanter Term	15811,267	1	15811,267	7532,182	,000	,888	7532,182	1,000
Faktor1	357,704	1	357,704	170,403	,000	,152	170,403	1,000
Faktor2	9,204	1	9,204	4,385	,037	,005	4,385	,552
Faktor3	40,017	1	40,017	19,063	,000	,020	19,063	,992
Faktor4	34,504	1	34,504	16,437	,000	,017	16,437	,982
Faktor5	18,704	1	18,704	8,910	,003	,009	8,910	,847
Fehler	2002,600	954	2,099					
Gesamt	18274,000	960						
Korrigierte Gesamtvariation	2462,733	959						

a. R-Quadrat = ,187 (korrigiertes R-Quadrat = ,183)

b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Parameterschätzer

Abhängige Variable: Beurteilung

Parameter	Regres- sionskoef- fizient B	Stan- dard- fehler	T	Sig.	95%- Konfidenzinter- vall		Partielles Eta- Quadrat	Nicht- zentral- itäts- Parame- ter	Beobachte- te Schärfe ^a
					Unter- grenze	Ober- grenze			
Konstanter Term	3,096	,115	27,028	,000	2,871	3,321	,434	27,028	1,000
[Faktor1=0]	1,221	,094	13,054	,000	1,037	1,404	,152	13,054	1,000
[Faktor1=1]	0 ^b	.	.	.	.	.	.	.	.
[Faktor2=0]	,196	,094	2,094	,037	,012	,379	,005	2,094	,552
[Faktor2=1]	0 ^b	.	.	.	.	.	.	.	.
[Faktor3=0]	,408	,094	4,366	,000	,225	,592	,020	4,366	,992
[Faktor3=1]	0 ^b	.	.	.	.	.	.	.	.
[Faktor4=0]	,379	,094	4,054	,000	,196	,563	,017	4,054	,982
[Faktor4=1]	0 ^b	.	.	.	.	.	.	.	.
[Faktor5=0]	-,279	,094	-2,985	,003	-,463	-,096	,009	2,985	,847
[Faktor5=1]	0 ^b	.	.	.	.	.	.	.	.

a. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Tabelle B-45 Varianzanalyse Vignettendesign Wechselwirkungen

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Beurteilung

F	df1	df2	Sig.
2,134	31	928	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + Faktor1 + Faktor2 + Faktor3 + Faktor4 + Faktor5
+ Geschlecht + Familienstand + Wissen PD

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beurteilung					
Quelle	Quadrat- summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Konstanter Term	1732,096	1	1732,096	29,379	,048
	97,996	1,662	58,957 ^b		
Faktor1	356,484	1	356,484	175,960	,000
	1926,671	951	2,026 ^c		
Faktor2	9,401	1	9,401	4,640	,031
	1926,671	951	2,026 ^c		
Faktor3	40,426	1	40,426	19,954	,000
	1926,671	951	2,026 ^c		
Faktor4	34,884	1	34,884	17,219	,000
	1926,671	951	2,026 ^c		
Faktor5	18,426	1	18,426	9,095	,003
	1926,671	951	2,026 ^c		
Geschlecht	19,225	1	19,225	9,489	,002
	1926,671	951	2,026 ^c		
Familienstand	17,826	1	17,826	8,799	,003
	1926,671	951	2,026 ^c		
WissenPD	25,758	1	25,758	12,714	,000
	1926,671	951	2,026 ^c		

b. ,127 MS(Faktor1) + ,127 MS(Faktor2) + ,127 MS(Faktor3) + ,127 MS(Faktor4) + ,127 MS(Faktor5) + ,367 MS(Fehler)

c. MS(Fehler)

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beurteilung			
Quelle	Partielles Eta- Quadrat	Nichtzentralitäts- Parameter	Beobachtete Schärfe ^a
Konstanter Term	,946	29,379	,178
Faktor1	,156	175,960	1,000
Faktor2	,005	4,640	,335
Faktor3	,021	19,954	,970
Faktor4	,018	17,219	,941
Faktor5	,009	9,095	,668
Geschlecht	,010	9,489	,691
Familienstand	,009	8,799	,650
WissenPD	,013	12,714	,837

a. Unter Verwendung von Alpha = ,01 berechnet

Parameterschätzer

Abhängige Variable: Beurteilung				
Parameter	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	T	Sig.
Konstanter Term	2,809	,165	17,026	,000
[Faktor1=0]	1,219	,092	13,265	,000
[Faktor1=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor2=0]	,198	,092	2,154	,031
[Faktor2=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor3=0]	,410	,092	4,467	,000
[Faktor3=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor4=0]	,381	,092	4,150	,000
[Faktor4=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor5=0]	-,277	,092	-3,016	,003
[Faktor5=1]	0 ^b	.	.	.
Geschlecht	-,295	,096	-3,080	,002
Familienstand	,281	,095	2,966	,003
WissenPD	,201	,056	3,566	,000

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Parameterschätzer

Abhängige Variable: Beurteilung					
Parameter	99%-Konfidenzintervall		Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^a
	Untergrenze	Obergrenze			
Konstanter Term	2,383	3,234	,234	17,026	1,000
[Faktor1=0]	,982	1,456	,156	13,265	1,000
[Faktor1=1]	.	.	.	.	.
[Faktor2=0]	-,039	,435	,005	2,154	,335
[Faktor2=1]	.	.	.	.	.
[Faktor3=0]	,173	,648	,021	4,467	,970
[Faktor3=1]	.	.	.	.	.
[Faktor4=0]	,144	,618	,018	4,150	,941
[Faktor4=1]	.	.	.	.	.
[Faktor5=0]	-,514	-,040	,009	3,016	,668
[Faktor5=1]	.	.	.	.	.
Geschlecht	-,543	-,048	,010	3,080	,691
Familienstand	,037	,526	,009	2,966	,650
WissenPD	,055	,346	,013	3,566	,837

a. Unter Verwendung von Alpha = ,01 berechnet

Tabelle B-46 Varianzanalyse Vignettendesign Modell mit größtem Erklärungswert

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Beurteilung

F	df1	df2	Sig.
1,559	31	928	,027

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Konstanter Term + Faktor1 + Faktor2 + Faktor3 + Faktor4 + Faktor5
+ Geschlecht + Wissen PD + PD.allgemein + PD.abbruch + INSE2

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beurteilung						
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quad- rate	F	Sig.
Konstanter Term	Hypothese	110,904	1	110,904	10,777	,072
	Fehler	22,653	2,201	10,291 ^b		
Faktor1	Hypothese	356,484	1	356,484	220,481	,000
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
Faktor2	Hypothese	9,401	1	9,401	5,814	,016
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
Faktor3	Hypothese	40,426	1	40,426	25,003	,000
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
Faktor4	Hypothese	34,884	1	34,884	21,576	,000
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
Faktor5	Hypothese	18,426	1	18,426	11,396	,001
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
Geschlecht	Hypothese	47,330	1	47,330	29,273	,000
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
WissenPD	Hypothese	9,450	1	9,450	5,844	,016
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
PD.allg	Hypothese	18,643	1	18,643	11,530	,001
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
PD.abbruch	Hypothese	133,302	1	133,302	82,446	,000
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		
INSE2	Hypothese	40,957	1	40,957	25,332	,000
	Fehler	1534,386	949	1,617 ^c		

b. ,019 MS(Faktor1) + ,019 MS(Faktor2) + ,019 MS(Faktor3) + ,019 MS(Faktor4) + ,019 MS(Faktor5) + ,904 MS(Fehler)

c. MS(Fehler)

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beurteilung				
Quelle		Partielles Eta- Quadrat	Nichtzentrali- täts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^a
Konstanter Term	Hypothese	,830	10,777	,129
Faktor1	Hypothese	,189	220,481	1,000
Faktor2	Hypothese	,006	5,814	,433
Faktor3	Hypothese	,026	25,003	,992
Faktor4	Hypothese	,022	21,576	,980
Faktor5	Hypothese	,012	11,396	,786
Geschlecht	Hypothese	,030	29,273	,998
WissenPD	Hypothese	,006	5,844	,435
PD.allg	Hypothese	,012	11,530	,792
PD.abbruch	Hypothese	,080	82,446	1,000
INSE2	Hypothese	,026	25,332	,993

a. Unter Verwendung von Alpha = ,01 berechnet

Parameterschätzer

Abhängige Variable: Beurteilung				
Parameter	Regressi- onskoeffizientB	Standardfehler	T	Sig.
Konstanter Term	1,487	,310	4,796	,000
[Faktor1=0]	1,219	,082	14,849	,000
[Faktor1=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor2=0]	,198	,082	2,411	,016
[Faktor2=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor3=0]	,410	,082	5,000	,000
[Faktor3=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor4=0]	,381	,082	4,645	,000
[Faktor4=1]	0 ^b	.	.	.
[Faktor5=0]	-,277	,082	-3,376	,001
[Faktor5=1]	0 ^b	.	.	.
Geschlecht	-,472	,087	-5,410	,000
WissenPD	,123	,051	2,418	,016
PD.allg	,326	,096	3,396	,001
PD.abbruch	,725	,080	9,080	,000
INSE2	-,432	,086	-5,033	,000

b. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Zusammenfassung

Es wurde ein Factory Survey konstruiert, um die Einflussfaktoren normativer Urteile zu untersuchen, unter welchen Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch nach Diagnose einer geistigen Behinderung als mehr oder weniger gerechtfertigt erscheint. Zusätzlich wurden die Einstellungen zu geistiger Behinderung und Pränataldiagnostik, sowie soziodemografische Variablen erhoben. Es wurden 60 Psychologiestudierende und 60 Medizinstudierende befragt. Die Ergebnisse sollen Aufschluss über für wichtig erachtete Themen der Beratung im Kontext pränataler Diagnostik liefern, unabhängig von medizinisch- technischen Inhalten.

Als entscheidungsrelevante Bedingungen im Factory Survey wurden der Grad der geistigen Behinderung, die wirtschaftlichen Folgen, der Familienstand der Schwangeren und die Schwangerschaftswoche erachtet. Diese Bedingungen wurden vor allem von den Studierenden in Abhängigkeit von ihren Einstellungen zu Pränataldiagnostik und ihren Einstellungen zu der Integration und Segregation von Menschen mit geistiger Behinderung, sowie ihrem Geschlecht zur Beurteilung herangezogen. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass bei einer Beratung bei Pränataldiagnostik auf zugrunde liegende Einstellungen und entscheidungsdeterminierende Variablen geachtet werden soll, um autonome und somit ethisch vertretbare Entscheidungen zu ermöglichen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die von mir eingereichte Diplomarbeit bzw. die von mir namentlich gekennzeichneten Teile selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Wien, den 28.01.2012

(Lena Maria Larndorfer)

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden/~~nicht einverstanden~~, dass meine Diplomarbeit an Personen, die nicht mittelbar oder unmittelbar an meiner Prüfung beteiligt sind, ausgeliehen wird.

Wien, den 28.01.2012

(Lena Maria Larndorfer)

LEBENS LAUF

Persönliche Daten:

Name: Lena Maria Larndorfer
Geburtsdatum: 10.05.1983
Geburtsort: Wien
E-Mail: lenalarn@gmx.at

Schul- und Ausbildung:

1989 – 1993	Übungsvolksschule Ettenreichgasse Wien
1993 - 2001	Bundesrealgymnasium Bachgasse Mödling
2001 – 2011	Diplomstudium Psychologie Universität Wien
2002 – 2005	Shiatsu Ausbildung Hara-Shiatsu-Schule Wien
2007 – dato	Diplomstudium Humanmedizin Medizinische Universität Wien

