

Karsten Becker & Sonja Heißenberg (Hrsg.)

# Dimensionen studentischer Vielfalt

Empirische Befunde zu heterogenen Studien- und Lebensarrangements





Der vorliegende Sammelband ist Bestandteil des DZHW-Teilprojektes „21. Sozialerhebung – Wissenschaftliche Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation der Ergebnisse“, das mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen M517100) realisiert wurde.

Diese Publikation ist unter folgender Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0>



## Impressum

Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH (DZHW)  
Lange Laube 12 | 30159 Hannover | [www.dzhw.eu](http://www.dzhw.eu)

DOI 10.3278/6004655w

## Gesamtherstellung

wbv Publikation  
ein Geschäftsbereich von  
wbv Media GmbH & Co. KG, Bielefeld 2018

---

# Inhalt

Vorwort .....	5
<i>Karsten Becker &amp; Sonja Heißenberg</i>	
Einleitung.....	7
<i>Andreas Sarcletti, Sonja Heißenberg &amp; Jonas Poskowsky</i>	
Auslandsmobilität Studierender mit studienrelevanten Beeinträchtigungen ....	28
<i>Sarah Zaussinger &amp; Berta Terzieva</i>	
Einstellungen gegenüber Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Österreich.....	60
<i>Jürgen Brünjes, Stefanie Schröder &amp; Daniel Völk</i>	
Wer studiert in berufsbegleitenden Studiengängen? Soziodemografische Merkmale, Bildungsherkunft und Bildungswege von Studierenden in berufsbegleitenden Bachelor- und Masterstudiengängen .....	91
<i>Karsten Becker &amp; Philipp Bornkessel</i>	
Studentische Freizeitaktivitäten als Ausdruck sozialstruktureller Differenzen? ..	119
<i>Tasso Brandt &amp; Beate Apolinarski</i>	
Finanzierungsstrukturen von Studierendenhaushalten .....	159
<i>Frank Multrus</i>	
Bedingungen und Effekte von realisierter und geplanter Auslandsmobilität bei Studierenden.....	196
<i>Richard König</i>	
Studienbegleitende Erwerbstätigkeit – ein Hindernis auf dem Weg zu einem erfolgreichen Studienabschluss? .....	251
Autor*inneninformation .....	269

# Einstellungen gegenüber Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Österreich

## 1 Einleitung

Ein als abweichend wahrgenommenes Erscheinungsbild, Verhalten oder schlicht der Umstand, sich als *anders* geoutet zu haben, kann in der sozialen Interaktion unterschiedliche, sogar teilweise abwertende Reaktionen hervorrufen. So kann eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder Behinderung zu Ablehnung und Stigmatisierung seitens Nicht-Beeinträchtigter führen.

In Österreich haben zwölf Prozent der Studierenden laut eigenen Angaben eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die sich studienerschwerend auswirkt. Obwohl Beeinträchtigungen laut den Betroffenen häufig starke Auswirkungen auf das Studium haben und mit unterschiedlichen Schwierigkeiten im Studienalltag einhergehen, wenden sich nur wenige an Behindertenbeauftragte bzw. entsprechende Anlaufstellen der Hochschule. Rund die Hälfte von ihnen kontaktiert bei Schwierigkeiten weder einschlägige Berater\*innen noch Lehrende, Kommiliton\*innen oder andere Stellen an der Hochschule. Begründet wird dies häufig mit bereits erlebten Stigmatisierungen bzw. mit Stigmatisierungsbefürchtungen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass die Mehrheit der Studierenden mit Beeinträchtigung angibt, es sei ihnen lieber, wenn möglichst wenige Personen an der Hochschule von der Beeinträchtigung wissen (Terzieva, Dibiasi, Kulhanek, Zaussinger, & Unger, 2016).

Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung oder Behinderung stellen eine stigmatisierte gesellschaftliche Gruppe dar und auch im Hochschulkontext hat das ‚Behinderungsstigma‘ einen negativen Einfluss auf die betroffenen Studierenden. Das Stigma als *Normabweichung* wird als solche im sozialen Umfeld konstruiert und in der sozialen Interaktion (auf der Verhaltensebene) als Stigmatisierung wirk-

sam (Goffman, 1967). Die Auffassung, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und die soziale Umwelt eng miteinander verflochten sind, geht auf das ‚soziale Modell‘ von Oliver (1983) zurück und wird als ein Protest gegen das herrschende ‚medizinische Modell‘, das Behinderung als individuelles körperliches Problem betrachtet, verstanden. Erst durch Zuschreibungen wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung zur Behinderung und kann sich in Diskriminierungserfahrungen und tatsächlichen Hindernissen manifestieren. Zuschreibungen und Vorurteile sind eine Form von Einstellungen, die Menschen insbesondere im Rahmen ihrer Sozialisation erwerben und die dazu beitragen ihre Umwelt zu strukturieren (Fischer & Wiswede, 2009) – aber gleichzeitig Gefahr laufen, sich in negativen Bewertungen und Stigmatisierung auszudrücken.

Die Wirkung von Stigma ist zweifach: Die öffentliche Stigmatisierung steht im Wechselspiel mit der Selbst-Stigmatisierung, als selbstgerichtete Antwort auf die negative Bewertung durch die soziale Umwelt (Corrigan & Kleinlein, 2005). Daher sind nicht nur Stigmatisierungserfahrungen selbst, sondern auch Stigmatisierungsbefürchtungen mit Folgen verbunden: In Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe können sich diese mitunter in Kontaktverlust, sozialer Isolation und Rückzug ausdrücken, als Angst und Unsicherheit auf Ebene der sozialen Interaktion manifestieren oder sogar Konsequenzen auf der Identitätsebene haben (Cloerkes, 2000). Unter Studierenden äußert sich dies häufig im Fehlen von Lerngruppen, mangelndem Informationsfluss zwischen Betroffenen und ihren Kommiliton\*innen und der fehlenden Inanspruchnahme spezifischer Angebote oder Unterstützungsleistungen (Terzieva et al., 2016; Unger, Wejwar, Zaussinger, & Laimer, 2012).

Auf die Frage, welche institutionellen Maßnahmen die Situation verbessern und dazu beitragen könnten, Hemmschwellen zu überwinden, nennen Studierende ihren Wunsch nach mehr Offenheit und Enttabuisierung des Themas (Terzieva et al., 2016). Dies verdeutlicht die tiefgreifende Bedeutung des sozialen Kontexts und des vorherrschenden Denkens über Behinderung für die Erfahrungen von Studierenden (Kimball, Wells, Ostiguy, Manly, & Lauterbach, 2016, S. 97).

In Anlehnung an die Theorie des sozialen Modells von Behinderung wurde das soziale Umfeld in der jüngsten österreichischen Studierenden-Sozialerhebung, die als Datengrundlage für den vorliegenden Artikel dient, erstmals untersucht. In den Ergebnissen spiegelt sich das Zusammenspiel von Individuum und Umwelt wider, denn einerseits nehmen Studierende mit Beeinträchtigung die Unterstützungsangebote an den Hochschulen nur bedingt in Anspruch, da sie u. a. negative Folgen einer Offenlegung der Beeinträchtigung befürchten oder bereits Stigmatisierung er-

lebt haben. Andererseits besteht seitens Studierenden ohne Beeinträchtigung Unsicherheit bei der Begegnung und sogar Ablehnung im sozialen Umgang miteinander (Terzieva et al., 2016).

Die Frage, wie gesundheitliche Beeinträchtigungen im Studenumfeld wahrgenommen werden, kann daher wichtige Hinweise zur Förderung von Inklusion im Hochschulsystem liefern. Hier setzt der vorliegende Beitrag an und untersucht Faktoren, die die Einstellung und Wahrnehmung von Studierenden gegenüber ihren Kommiliton\*innen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung beeinflussen. Die Fragestellung lautet daher:

*Welche Merkmale stehen im Zusammenhang mit oder haben einen Einfluss auf die Einstellung von Studierenden gegenüber ihren Kommiliton\*innen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung?*

Zunächst erfolgt eine theoretische Verortung bzw. Rahmung des Beitrags. Dabei werden zentrale Begriffe und Konzepte in ihren Grundzügen erläutert, woran sich ein Überblick über relevante empirische Ergebnisse anschließt. Danach werden die methodische Herangehensweise und Ergebnisse der Analysen dargestellt und schließlich in eine breitere Diskussion eingebettet.

## 2 Theoretische Überlegungen

In diesem Abschnitt werden die grundlegenden Aspekte von Behinderung/gesundheitliche Beeinträchtigung im sozialen Kontext vorgestellt, die einen empirisch und theoretisch fundierten Rahmen für die darauffolgenden Analysen bilden. Neben theoretischen Überlegungen zu relevanten Begriffsdefinitionen werden empirische Befunde hinsichtlich der Bedeutung des sozialen (Studien-)Umfelds, der Interaktionen mit und der Wahrnehmung von gesundheitlich beeinträchtigten Studierenden im Hochschulkontext dargelegt.

### 2.1 Gesundheitliche Beeinträchtigung und das soziale Umfeld

Behinderung ist nicht ‚einfach‘ ein persönliches gesundheitliches Problem, sondern ein komplexes Phänomen, das im Spannungsfeld von Naturalismus und Sozialkonstruktivismus, individuellem Körper und gesellschaftlicher Wirklichkeit steht (Kastl, 2010; WHO, 2018a).

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) defines disability as an umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions. Disability is the interaction between individuals with a health condition (e. g. cerebral palsy, Down syndrome and depression) and personal and environmental factors (e. g. negative attitudes, inaccessible transportation and public buildings, and limited social supports). (WHO, 2018b)

Mit dieser Definition von Behinderung geht die WHO einen Kompromiss zwischen den sogenannten *medizinischen* oder *individuellen* Ansätzen und dem *sozialen* Modell von Behinderung ein. Im Unterschied zum individuellen Modell, das vor allem in medizinischen und psychiatrischen Diskursen zu finden ist und Behinderung als Funktionsstörung auffasst, die individuell zu bewältigen ist, wird beim sozialen Modell (v. a. vom Sozialwissenschaftler Oliver in den 1980er-Jahren geprägt) Behinderung stets im sozialen Kontext und als Resultat von Barrieren in der sozialen Umwelt betrachtet (Oliver, 1983; Waldschmidt, 2005). Im Spannungsfeld solcher gegensätzlichen Denkweisen befasst sich die Soziologie der Behinderung im weitesten Sinne „mit Zusammenhängen zwischen Behinderung, sozialen Verhaltensweisen und sozialen Verhältnissen“ (Kastl, 2010, S. 41).

Unabhängig davon, welche Definition angewendet wird, besteht in der Forschung ein Konsens, dass Menschen mit Behinderung oder gesundheitlicher Beeinträchtigung eine stigmatisierte gesellschaftliche Gruppe darstellen und das Stigma einer Behinderung im Hochschulkontext einen negativen Einfluss auf die betroffenen Studierenden hat (Kimball et al., 2016). Der Stigma-Begriff geht auf das gleichnamige Werk des Soziologen Goffman (1967) zurück. Demnach wird unter Stigma ein Merkmal einer Person verstanden, das „in unerwünschter Weise anders ist, als wir es antizipiert hatten“ (Goffman, 1967, S. 13). Der Fokus auf zwischenmenschliche Interaktionen im Rahmen des Stigma-Konzepts spiegelt sich darin wider, dass Stigmata immer relativ sind und das Ergebnis von Zuschreibungsprozessen der Umwelt darstellen (Waldschmidt, 2011). In der Theorie des symbolischen Interaktionismus wird verdeutlicht, dass Zuschreibungen erst in der sozialen Interaktion entstehen (Denzin, 2004). Dieser Prozess erleichtert die Strukturierung des gesellschaftlichen Lebens, kann mitunter aber – wenn z. B. Mitmenschen über unterschiedliche Merkmale bestimmten Gruppen zugeordnet werden – auch zur Bildung von Vorurteilen führen, die mit Ausgrenzung und Diskriminierung einhergehen. Ebenso wie Vorurteile wirken Stigmata auf der Ebene der Einstellungen, stellen also (noch) kein tatsächliches Verhalten dar (Cloerkes, 2000). Die Verhaltensebene wird mit dem Begriff ‚Stigmatisierung‘ beschrieben, als das Verhalten aufgrund eines Stigmas. Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – seien diese für Dritte wahrnehmbar

oder nicht – haben aufgrund optischer Merkmale, bestimmter Verhaltensweisen oder schlicht des Umstands sich als beeinträchtigt geoutet zu haben, oft Stigmatisierungserfahrungen erlebt (Cloerkes, 2009). Visibilität ist somit keine Voraussetzung, „erleichtert das Stigmatisieren“ jedoch (Cloerkes, 2009, S. 209).

Einstellungen werden in der Sozialpsychologie als Zustand der auf Erfahrungen basierenden Bereitschaft, auf äußere Reize zu reagieren und damit einen Einfluss auf Wahrnehmung und Verhalten ausüben zu können (Allport, 1935). Auch wenn der in den Anfängen häufig postulierte direkte Zusammenhang zwischen Einstellungen und dem tatsächlichen Verhalten (u. a. Thomas & Znaniecki, 1918) immer wieder infrage gestellt wurde (Ajzen & Fishbein, 1977), gilt die Einstellung einer Person zumindest als einer von mehreren Faktoren, die das Verhalten (mit)bestimmen (u. a. Ajzen & Fishbein, 1977; Benninghaus, 1973; Fischer & Wiswede, 2009). Erst die Kombination aus subjektiver Einstellung und sozialen Werten veranlasst das Individuum eine bestimmte Handlung zu setzen (Fischer & Wiswede, 2009). Im Zusammenspiel mit anderen dominanten Aspekten, wie z. B. dem sozialen Umfeld oder übergeordneten Werteorientierungen können Einstellungen auch ‚überstimmt‘ werden.

Als Ergebnisse sozialer Lernprozesse entwickeln sich Einstellungen im Laufe längerer Sozialisationserfahrungen und unterstützen Individuen bei der Strukturierung ihrer Wirklichkeit (Fischer & Wiswede, 2009). Allgemeine Wertevorstellungen werden in der primären Sozialisation erlernt, spezifische Einstellungen zu bestimmten ‚Objekten‘ im Rahmen weiterführender Erfahrungen – dies bedeutet aber nicht, dass kognitiv erlernte Einstellungen in einem konkreten Zusammenhang mit erlebten Kontextsituationen stehen müssen. Dies kann auch durch das häufig zitierte Beispiel in der Vorurteilsforschung verdeutlicht werden, wonach Fremdenfeindlichkeit unabhängig vom konkreten Umgang mit den angefeindeten Personen tradiert wird (Fischer & Wiswede, 2009). Einstellungen basieren auf drei unterschiedlichen Komponenten – den *kognitiven*, die als Annahmen und Überzeugungen beschrieben werden können, den *affektiven*, also emotionale Reaktionen, und den *behavioralen*, die sich im Verhalten zeigen (Werth & Mayer, 2008). Zudem sind Einstellungen unterschiedlich stark ausgeprägt: je größer die Übereinstimmung von kognitiver und emotionaler Komponente der Einstellung, desto höher die Wahrscheinlichkeit für entsprechendes Verhalten.

Wenngleich Einstellungen grundsätzlich als relativ starr angesehen werden, ist dieser Prozess mit der Kindheit keineswegs abgeschlossen, wie Cloerkes (2007) ausführt. Demnach spielt der Kontakt zu Menschen mit Behinderungen eine wichtige Rolle in der Ausprägung der Einstellungen. Grundsätzlich fördert Kontakt in



den meisten Fällen eine positive Haltung, entscheidend ist jedoch die Qualität des Kontakts und ob dieser z. B. freiwillig erfolgt. Also allein die Kontakthäufigkeit ist kein Garant für die Förderung von Akzeptanz, ausschlaggebend sind vielmehr die Rahmenbedingungen bzw. die Ausgestaltung der Begegnungen (Cloerkes, 2007). Für eine gesellschaftliche Inklusion spricht außerdem, dass Einstellungen einen größeren Effekt auf das Verhalten haben, wenn sie auf persönlichen als auf indirekten Erfahrungen basieren (Fischer & Wiswede, 2009).

Als eine weitere zentrale Determinante bei der Wahrnehmung durch Andere beschreibt Cloerkes (2007) die Form der Beeinträchtigung, wobei dem Ausmaß der Visibilität der Beeinträchtigung – sei es durch optische Merkmale oder im Verhalten – eine zentrale Rolle zugewiesen wird. Auch Goffman (1967) unterscheidet zwischen dem sofort sichtbaren und somit *diskreditierten* Anderssein (z. B. physische Behinderung) und dem Anderssein, das nicht ohne Weiteres wahrnehmbar und somit *diskreditierbar* ist (z. B. psychische Krankheiten, Leistungsstörungen). Dabei entwickeln stigmatisierte oder stigmatisierbare Personen unterschiedliche Strategien („impression management“), um (potenzielle) Stigmatisierungssituationen zu vermeiden oder zu bewältigen. Gerade die zweite Ebene, insbesondere im Kontext von Normabweichungen im kognitiven oder psychischen Bereich („invisible stigma“), verdeutlicht die zentrale Bedeutung des sozialen Umfelds.

Ausgehend von diesen theoretischen Konzepten orientiert sich die Definition von Behinderung bzw. gesundheitlicher Beeinträchtigung im vorliegenden Beitrag an der Theorie des sozialen Modells, indem die sozialen Reaktionen (Wahrnehmung und Einstellungen von Studierenden ohne Beeinträchtigung) im Studiumfeld näher analysiert werden.

## 2.2 Empirische Befunde

Wie im Abschnitt 2.1 festgehalten, steht das sozialpsychologische Einstellungskonzept in einem engen Zusammenhang mit dem soziologischen Stigma-Konzept: Sowohl Einstellungen als auch Stigmata entstehen im Zuge sozialer Prozesse und können – je nach sozialem Kontext – mit dem tatsächlichen Verhalten korrespondieren (z. B. Stigmatisierung, Diskriminierung). Die daraus resultierenden Erfahrungen von Stigmatisierung bleiben für die Betroffenen nicht ohne Konsequenzen. Eine Reihe von Studien belegt, dass sich beeinträchtigte Studierende mit erheblichen Stigmatisierungskonsequenzen konfrontiert sehen und ihre Schwierigkeiten häufig auf das Behinderungsstigma zurückführen (Markoulakis & Kirsh, 2013).

Studierende mit Beeinträchtigung kämpfen mit Angst vor Stigmatisierung und zögern, ihre Schwierigkeiten an der Hochschule offenzulegen, um ihre Privatsphäre zu schützen und Diskriminierung zu vermeiden (Martin, 2010; Tinklin, Riddell, & Wilson, 2005). Sie befürchten Nachteile im Studium sowie auch in ihren zukünftigen Beschäftigungsverhältnissen und sozialen Interaktionen (Martin, 2010). Studierende mit Beeinträchtigung in Österreich sowie auch in Deutschland (Terzieva et al., 2016; Poskowsky, Heißenberg, Zaussinger, & Brenner, 2018) beklagen, dass andere Studierende, Lehrende und Verwaltungsangestellte häufig nicht wissen, wie sie mit der Beeinträchtigung im Hochschul Umfeld umgehen sollen, oder negative Einstellungen gegenüber jenen mit Beeinträchtigung haben. Daher ziehen einige Studierende vor, sich selbstständig mit ihren Problemen auseinanderzusetzen, damit möglichst wenige Menschen an der Hochschule über ihre beeinträchtigungsbedingten Schwierigkeiten wissen. Darüber hinaus wird von Kontaktschwierigkeiten, sozialer Isolation und fehlendem studienrelevantem Austausch berichtet (Poskowsky et al., 2018). Das Behinderungsstigma kann die Hemmschwelle erhöhen, bei Schwierigkeiten an der Hochschule jemandem (Anlaufstelle oder zuständige Person) zu kontaktieren (Kranke, Jackson, Taylor, Anderson-Fye, & Floersch, 2013; Markoulakis & Kirsh, 2013; Weiner, 1999; Denhart, 2008). Demgegenüber zeigen empirische Studien konsequent auf, dass Studierende mit Beeinträchtigung, die sich mit ihren Schwierigkeiten an andere Personen oder zuständige Stellen wenden, bessere akademische Leistung erbringen (Dong & Lucas, 2016; Trammell, 2003; Trammell & Hathaway, 2007; Martin, 2010; Kranke et al., 2013).

Obwohl Beeinträchtigungen häufig (sehr) starke Auswirkungen auf das Studium haben, wenden sich nur wenige Studierende an Beratungsstellen bzw. zuständige Personen der Hochschule. Dies liegt zum einen an der fehlenden Kenntnis spezifischer Beratungsangebote, zum anderen daran, dass am Nutzen solcher Beratung gezweifelt wird oder aber die Studierenden Hemmungen haben und mit dem Outing Stigmatisierung oder negative Reaktionen im Hochschul Umfeld befürchten (Terzieva et al., 2016).

Die Folgen von Stigmatisierungserfahrungen/-angst können für die Betroffenen umso schwerwiegender sein, da die Studienzeit, vor allem zu Beginn (je nach den gegebenen Bedingungen) für viele eine herausfordernde Erfahrung darstellt: Es wird erwartet, den Studienalltag selbstständig zu bewältigen, selbst zu strukturieren und zu organisieren. Hinzu kommt, dass Studieren viele Anpassungen erfordern kann – zum ersten Mal fern von zu Hause leben, die Herausforderungen eines neuen sozialen Umfelds bewältigen oder mit finanziellen Schwierigkeiten zurechtkommen (Tinklin et al., 2005). In diesem Sinne kommt dem Umgang mit der Beeinträchtigung an der Hochschule eine besondere Rolle zu – eine fehlende Unterstützung seitens der Lehrenden,

mangelnde Lernförderung und eine Kultur, in der es schwierig ist, Probleme offenzulegen können zur studentischen Problemlage beitragen, wie Tinklin et al. (2005) betonen.

Das soziale Umfeld an der Hochschule, also insbesondere der Kontakt mit anderen Studierenden und Lehrenden, ist ausschlaggebend für Stigmatisierungserfahrungen. Studierende ohne Beeinträchtigung fühlen sich unsicher beim Treffen mit einer gesundheitlich beeinträchtigten Person, da sie nicht wissen wie sie sich verhalten sollen (Terzieva et al., 2016). Nur ein geringer Anteil fühlt sich sehr unwohl bei einer solchen Begegnung oder gibt an, dass sich beeinträchtigte Studierende im Studium weniger anstrengen müssen, Vorteile aufgrund ihrer Beeinträchtigung bekommen und/oder ihren Studienkolleg\*innen zur Last fallen (Terzieva et al., 2016). Fichten und Amsel (1986) nach haben stereotypische Zuschreibungen seitens Studierender ohne Beeinträchtigung ihren physisch beeinträchtigten Mitstudierenden gegenüber negative Auswirkungen auf die Interaktion zwischen beiden Gruppen (Fichten & Amsel, 1986, S. 423). Die sogenannten ‚able-bodied‘ Studierenden (das sind also jene ohne Beeinträchtigung) beschreiben gesundheitlich beeinträchtigte Kommiliton\*innen mit negativen Begriffen, schreiben ihnen weniger sozial erwünschte Merkmale zu und nehmen sie als das Gegenteil von Personen ohne Behinderung wahr (Fichten & Amsel, 1986, S. 423).

Welche Einstellungen gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen überwiegen, lässt sich in einem unterschiedlichen Ausmaß in den verschiedenen sozialen Gruppen beobachten: Demnach variieren die Einstellungen nach soziodemografischen Merkmalen wie z. B. Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, Schichtzugehörigkeit, wobei in der Literatur teilweise von widersprüchlichen Ergebnissen berichtet und auf methodische Defizite hingewiesen wird (Cloerkes, 2007; Kreuz, 2002). Als relativ gesichert gilt, dass Frauen Menschen mit Behinderungen in stärkerem Maße akzeptieren als Männer. Allerdings ist unklar, ob sich diese Einstellungen auch im tatsächlichen Verhalten widerspiegeln oder der sozialen Erwünschtheit geschuldet sind, die bei Frauen stärker ausgeprägt ist (Cloerkes, 1985; Cloerkes, 2007; Schabmann & Kreuz, 1999). Zwischen dem Alter und der Einstellung konnte ein schwacher Zusammenhang beobachtet werden, wonach ältere Menschen tendenziell eher negativer gegenüber Menschen mit Behinderung eingestellt sind als jüngere. Aufgrund methodischer Vorbehalte werden die Ergebnisse zum Bildungsgrad als eher ungesichert beschrieben, wobei ein steigender Bildungsgrad tendenziell mit positiveren Einstellungen einhergeht. Zur Schichtzugehörigkeit finden sich widersprüchliche Aussagen. Hinsichtlich anderer soziodemografischer Merkmale, z. B. Familienstand, ethnische Herkunft, Beruf, Wohnort (Stadt/Land), konnten keine Zusammenhänge mit der Einstellung gegenüber behinderten Menschen festgestellt werden (Cloerkes, 2007).

Die Ergebnisse der österreichischen Studierenden-Sozialerhebung 2015 weisen auf unterschiedliche Einstellungen hin, wenn studienspezifische Merkmale wie der Hochschultyp oder das Studienfach betrachtet werden (Terzieva et al., 2016). Die Befunde gehen allerdings nicht über eine deskriptive Statistik hinaus, bieten dennoch einen wichtigen Ansatzpunkt für die vorliegende Analyse. Darüber hinaus weisen Studien auf einen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit bzw. subjektivem Wohlbefinden und vorurteilsbehafteten Einstellungen hin. Diese fokussieren hauptsächlich auf Vorurteile wie Fremdenfeindlichkeit, lassen sich jedoch vermutlich auf den Kontext der gesundheitlichen Beeinträchtigungen übertragen. So zeigen Zick, Küpper und Hövermann (2011) in ihrer Studie zur gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit einen negativen Zusammenhang zwischen allgemeiner Lebenszufriedenheit und der Abwertung von Fremdgruppen.

### 2.3 Theoretische Schlussfolgerungen im Überblick

Aus diesen theoretischen Überlegungen lässt sich ableiten, dass Studierende mit Beeinträchtigung eine häufig stigmatisierte Gruppe darstellen, wobei nicht nur die Erfahrung von Stigmatisierung, sondern auch die Angst vor solchen Erfahrungen sich äußerst einschränkend (sei es in Bezug auf Hilfesuche bei Schwierigkeiten oder die Interaktion mit Mitstudierenden oder Lehrenden) auf die Betroffenen auswirken kann. Demnach stellt das Behinderungsstigma (sowohl auf der Einstellungs- als auch auf der Verhaltensebene) eine Barriere für die von ihr betroffenen Personen dar.

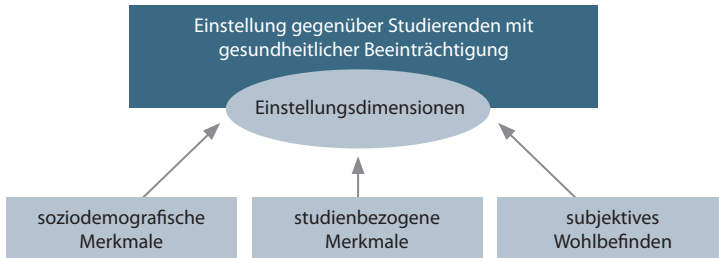
Um dazu beizutragen, adäquate Konzepte zur Entstigmatisierung entwickeln zu können, widmet sich der vorliegende Beitrag den Einstellungen gegenüber Behinderung/gesundheitlicher Beeinträchtigung im Hochschulkontext und zieht somit eine sehr spezifische Zielgruppe in Betracht. Die leitende Fragestellung lautet also:

*Welche Merkmale stehen im Zusammenhang mit oder haben einen Einfluss auf die Einstellung von Studierenden gegenüber ihren Kommiliton\*innen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung?*

Um die unterschiedlichen Einstellungsdimensionen in Bezug auf Behinderung/gesundheitlicher Beeinträchtigung im Hochschulkontext zu identifizieren, wurde eine explorative Herangehensweise gewählt. Ausgehend von den betrachteten empirischen Studien, wurden zur Erklärung dieser Einstellungsmuster soziodemografische und studienbezogene Merkmale sowie auch Faktoren zum subjektiven Wohlbefinden näher betrachtet. Das Ausgangsmodell wird in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt.

## Abbildung 1:

Darstellung der theoretischen Überlegungen



(eigene Darstellung)

## 3 Datengrundlage und Methodik

### 3.1 Daten

Für die folgenden Analysen wurden Daten der jüngsten österreichischen Studierenden-Sozialerhebung herangezogen, eine wiederholt durchgeführte Befragung *aller* Studierenden an öffentlichen und privaten Universitäten, Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen in Österreich (Vollerhebung) mit dem Ziel, einen Überblick über die Studien- und Lebensbedingungen von Studierenden zu geben. Die Daten, die hier verwendet werden, stammen aus der im Sommersemester 2015 durchgeführten Onlinebefragung, an der sich mehr als 47.000 Studierende (gültige Fälle) beteiligt haben. Insgesamt studierten zu diesem Zeitpunkt etwa 318.000 Studierende in Österreich (Zaussinger et al., 2016).<sup>1</sup>

Laut Studierenden-Sozialerhebung 2015 haben rund zwölf Prozent der Befragten eigenen Angaben nach eine (oder mehrere) Beeinträchtigung(en), die sich einschränkend auf das Studium auswirkt (auswirken). Wie weiter oben bereits erläutert, wurde in der aktuellen Erhebung das soziale Modell von Behinderung (Oliver, 1996; Kastl, 2010) einschließlich dessen Implikationen für das soziale Miteinander untersucht: Einerseits erfolgte eine Wahrnehmungsmessung der Studienumwelt seitens der Studierenden mit Beeinträchtigung und andererseits eine Einstellungsmessung unter Studierenden ohne Beeinträchtigung, um die Offenheit bzw. Einstellungen der Studierenden allge-

<sup>1</sup> Der Nettorücklauf liegt folglich bei etwa 15 Prozent, wobei diese Quote unterschätzt ist, da in Österreich relativ viele Studierende prüfungsinaktiv sind (also inskribiert sind, aber de facto nicht studieren) und diese Studierenden deutlich seltener an der Befragung teilnehmen.

mein erfassen zu können. Dennoch unterliegt die Arbeit mit Einstellungskonzepten unterschiedlichen Limitationen, wie dem Problem der sozialen Erwünschtheit oder der unklaren Beziehung zwischen geäußerten Einstellungen und tatsächlichem Verhalten.

Um die Einstellungen gegenüber Studierenden mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu messen, wurden Studierende, die nach eigenen Angaben keine studienerschwerende gesundheitliche Beeinträchtigung haben, mittels zwei Fragebatterien danach gefragt, wie sie die Begegnung mit einer ‚Person mit einer Behinderung/chronischen Krankheit‘ erleben und wie sie Studierende mit einer solchen Beeinträchtigung wahrnehmen.

Auch wenn der Begriff Behinderung in rechtlicher Hinsicht sehr weit gefasst wird und laut § 3 BGStG (Österreichisches Behindertengleichstellungsgesetz) jede länger als sechs Monate andauernde körperliche, geistige oder psychische Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen umfasst, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren, wird im Alltagssprachgebrauch oft nur eine eingeschränkte Auswahl an Beeinträchtigungen als Behinderung beschrieben. Dazu zählen etwa Querschnittslähmung, Blindheit, Gehörlosigkeit sowie geistige Behinderungen, also Beeinträchtigungen mit einem hohen Grad an Wahrnehmbarkeit im Aussehen oder Verhalten (Kastl, 2010). Um zu erreichen, dass bei der Messung der Einstellung ein erweitertes Spektrum an Beeinträchtigungen berücksichtigt wird, und in diesem Sinne auch nicht wahrnehmbare Beeinträchtigungen bewertet werden, wurde die Fragestellung um die Begriffe ‚chronische Krankheit‘ bzw. ‚gesundheitliche Beeinträchtigung‘ ergänzt. Ebenso ist festzustellen, dass nur ein geringer Anteil der befragten Studierenden ihre gesundheitliche Beeinträchtigung als solche bezeichnet (0,8% aller Studierenden), auch wenn dies juristisch betrachtet zutreffend wäre. Daher wird im vorliegenden Beitrag gesundheitliche Beeinträchtigung als Sammelbezeichnung für alle Formen von Behinderungen, chronischen oder psychischen Erkrankungen und Teilleistungsstörungen verwendet.

Um auf die Frage nach den Faktoren, welche im Zusammenhang mit oder einen Einfluss auf die Einstellung von Studierenden gegenüber ihren Kommiliton\*innen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung haben, eingehen zu können, werden zunächst mittels einer Hauptkomponentenanalyse Einstellungsindizes gebildet, die die unterschiedlichen Dimensionen der Einstellung widerspiegeln und als abhängige Variablen in den darauf aufbauenden genesteten multiplen Regressionsanalysen dienen. Die folgenden Abschnitte stellen die genaue methodische Herangehensweise vor, wobei sie auf die Einstellungsvariablen, die Bildung der Einstellungsindizes, sowie auch auf die in der Analyse herangezogenen Prädiktoren eingehen.

## 3.2 Einstellungsmessung

Die Operationalisierung der Einstellung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfolgte über zwei Fragebatterien, die sich an jene Studierenden richteten, die keine gesundheitliche Beeinträchtigung angaben. Der erste Teil behandelt die Gefühle bei der Begegnung mit einer Person mit einer Behinderung/chronischen Krankheit. Die Bewertung folgender Aussagen erfolgte anhand einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Polen (1) ‚trifft sehr zu‘ bis (5) ‚trifft gar nicht zu‘:

### **Tabelle 1:**

Messung der Einstellung gegenüber Personen mit einer Behinderung/chronischen Krankheit

---

**Inwiefern beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Gefühle, wenn Sie eine Person mit einer Behinderung/chronischen Krankheit treffen?**

---

Ich fühle mich sehr unwohl und versuche den Kontakt möglichst kurz zu halten. <i>(Item 1)</i>	5 %
Ich fühle mich unsicher, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll. <i>(Item 2)</i>	27 %
Ich empfinde eine solche Begegnung als besonders abschreckend. <i>(Item 3)</i>	2 %

---

n = 20.284

Ausgewiesen sind die Anteile jener Studierenden, welche das jeweilige Item auf einer Skala von 1 (trifft sehr zu) bis 5 (trifft gar nicht zu) mit 1 oder 2 beantwortet haben.

(Studierenden-Sozialerhebung 2015)

Diese Fragebatterie wurde in Anlehnung an die ‚Interaction with Disabled Persons Scale‘ (IDP; Gething & Wheeler, 1992) erstellt. Der IDP-Skala liegt die theoretische Annahme zugrunde, dass negative Einstellungen Unsicherheit und Angst widerspiegeln, die wiederum auf Gefühle von Befremdung und fehlende Gewohnheit im Umgang mit Personen mit Beeinträchtigung zurückzuführen sind. Damit verbindet die Skala die emotionale Dimension mit den behinderten Menschen gegenüber geäußerten sozialen Reaktionen (Fröhlich, 2009).

Zudem wurde, in Anlehnung an die Instrumente ‚Einstellungen gegenüber Körperbehinderten‘ nach Seifert und Bergmann (1983), ‚Attitudes Towards Disabled Persons Scale‘ nach Yuker (1988) und ‚Mental Retardation Attitude Inventory-R‘ nach Schabmann und Kreuz (1999), eine weitere Fragebatterie entwickelt, die sich auf die konkrete Situation im Studienalltag bezieht:

**Tabelle 2:**

Messung der Einstellung gegenüber Kommiliton\*innen mit einer Behinderung/  
gesundheitlichen Beeinträchtigung im Studienalltag

---

**Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Studierende mit einer gesundheitlichen  
Beeinträchtigung/Behinderung ...**

---

... fallen ihren Studienkolleg*innen zur Last. <i>(Item 4)</i>	2 %
... sind genauso leistungsfähig wie alle anderen Studierenden. <i>(Item 5)</i>	70 %
... erwarten oft, dass man auf sie besonders Rücksicht nimmt. <i>(Item 6)</i>	9 %
... müssen sich oft weniger anstrengen, um gute Noten zu bekommen. <i>(Item 7)</i>	4 %
... sollten bei Bedarf mehr Zeit für Prüfungen haben. <i>(Item 8)</i>	57 %
... schieben ihre Beeinträchtigung oft vor, um Vorteile im Studium zu bekommen. <i>(Item 9)</i>	3 %
... sind für ein Studium genauso geeignet wie andere. <i>(Item 10)</i>	86 %

---

n=20.284

Ausgewiesen sind die Anteile jener Studierenden, welche das jeweilige Item auf einer Skala von 1 (trifft sehr zu) bis 5 (trifft gar nicht zu) mit 1 oder 2 beantwortet haben.

(Studierenden-Sozialerhebung 2015)

Eine erste deskriptive Sichtung der Daten zeigt, dass die positive Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung überwiegt (vgl. Tab. 1 und Tab. 2). So empfindet die Mehrheit der Studierenden ohne Beeinträchtigung ihre gesundheitlich beeinträchtigten Kommiliton\*innen als genauso leistungsfähig und geeignet für ein Studium. Nichtsdestotrotz gibt jede\*r vierte Studierende ohne Beeinträchtigung Unsicherheit bezüglich des eigenen Verhaltens an; ein geringer Anteil (<5 %) empfindet die Begegnung sogar als abschreckend oder fühlt sich dabei unwohl. Einige wenige Befragten geben an, dass Studierende mit Beeinträchtigung unfaire Vorteile aufgrund ihrer Erkrankung bekommen oder besondere Rücksichtnahme erwarten. Je nach Geschlecht, Alter und Hochschultyp zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede in der Bewertung dieser Aussagen (Terzieva et al., 2016).

Um die Struktur und die Reliabilität des Instruments zur Erhebung der Einstellung gegenüber Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu prüfen, wurde eine Vorgehensweise gewählt, die das Erstellen aussagekräftiger Indizes, die die unterschiedlichen Ebenen der Einstellungen darstellen, ermöglicht. Zwar kann die Unterscheidung in affektive und kognitive Einstellungsdimensionen theoretisch begründet werden, jedoch ist eine weitere Unterteilung (v. a. der kognitiven Ebene) nicht aus den theoretischen Überlegungen abzuleiten und daher eine explorative Analyse anzuwenden.



**Tabelle 3:**

Rotierte Faktormatrix der Items zur Einstellung gegenüber Studierenden mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung

	Abwertung	soziale Akzeptanz	emotionale Wahrnehmung
<b>Inwiefern beschreiben die folgenden Aussagen Ihre Gefühle, wenn Sie eine Person mit einer Behinderung/chronischen Krankheit treffen?</b>			
Ich fühle mich sehr unwohl und versuche den Kontakt möglichst kurz zu halten.	0,144	0,086	<b>0,873</b>
Ich fühle mich unsicher, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.	0,045	-0,052	<b>0,804</b>
Ich empfinde eine solche Begegnung als besonders abschreckend.	0,184	0,152	<b>0,727</b>
<b>Studierende mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung/Behinderung ...</b>			
... sind genauso leistungsfähig wie alle anderen Studierenden.*	0,04	<b>0,869</b>	0,047
... erwarten oft, dass man auf sie besonders Rücksicht nimmt.	<b>0,776</b>	0,021	0,126
... müssen sich oft weniger anstrengen, um gute Noten zu bekommen.	<b>0,8</b>	0,131	0,123
... schieben ihre Beeinträchtigung oft vor, um Vorteile im Studium zu bekommen.	<b>0,845</b>	0,125	0,112
... sind für ein Studium genauso geeignet wie andere.*	0,178	<b>0,833</b>	0,086
erklärte Varianz	35 %	16 %	18 %
KMO Measure of Sampling Adequacy: 0,709; erklärte Varianz: 69 %			
Cronbach-Alpha: 0,709			

n = 17.748

\* Die Ausprägungen dieser Items wurden für die Faktorenanalyse gedreht.

(eigene Berechnungen auf Basis der Daten der Studierenden-Sozialerhebung 2015)

Da das Ziel in einer Strukturierung der Daten zur Einstellung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen liegt und nicht im Erklären der Zusammenhänge zwischen einzelnen Items, wird die Hauptkomponentenanalyse gewählt (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2008). Im Rahmen der Reliabilitäts- bzw. Hauptkomponentenanalyse wurden zwei Einstellungsitems aus der Analyse ausgeschlossen, da sie auf mehreren Faktoren eine hohe Ladung aufwiesen (Item 4) oder der Ausschluss des Items eine wesentliche Verbesserung des Cronbachs-Alpha-Werts erzielte (Item 8). Mit den verbleibenden Einstellungsitems wurde schließlich eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt, um eine Einfachstruktur in der Faktorenlösung zu erzielen. Insgesamt konnten drei Faktoren extrahiert werden, die gemeinsam knapp 70 Prozent

der Varianz erklären (vgl. Tab. 3). Diese Analysen ergaben ein zufriedenstellendes Bild: Sowohl der Bartlett-Test ( $\text{Chi-Quadrat}(28) = 36128,90$ ,  $p < .001$ ) als auch das Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy ( $\text{KMO} = 0,709$ ) weisen darauf hin, dass sich die Variablen für eine Faktoranalyse eignen (Backhaus et al., 2008). Im Rahmen der internen Konsistenzanalysen wurde der Cronbachs-Alpha-Koeffizient als Maßzahl ermittelt, wobei ein Alpha größer 0,7 auf interne Konsistenz hinweist (Spector, 1992). Die Reliabilitätskoeffizienten wurden gruppiert nach den extrahierten Faktoren berechnet. Für alle Items wurden zumindest befriedigende Konsistenzen ermittelt.

Um die Ausfülldauer des Fragenbogens zu kürzen, wurde der Fragebogen teilweise modularisiert, d. h. einzelne Themenblöcke waren nach einem Zufallsprinzip nur für einen Teil (i. d. R. 50 %) der Studierenden auszufüllen. Da dies die beiden Fragen zur Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung betrifft und im Zuge der Analyse mit listenweisem Fallausschluss vorgegangen wurde, basiert die Hauptkomponentenanalyse auf 17.748 Fällen.

Auf Basis der ermittelten Faktorladungen (vgl. Tab. 3) wurden drei gewichtete Indizes gebildet:

- *Index 1 ‚Abwertung‘* umfasst Aussagen zu ungerechtfertigten Vorteilen, die andere Studierende gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung haben (Items 6, 7, 9);
- *Index 2 ‚Soziale Akzeptanz‘* umfasst Aussagen zu Leistungsfähigkeit und Eignung im Studium von Studierenden mit Beeinträchtigung (Items 5, 10);
- *Index 3 ‚Emotionale Wahrnehmung‘* umfasst Aussagen zum Empfinden, das der unmittelbare Kontakt mit Studierenden mit Beeinträchtigung hervorruft (Items 1, 2, 3).

### 3.3 Einflussfaktoren

Auf Basis der in Abschnitt 2 dargestellten theoretischen Überlegungen wurden zur Erklärung der Einstellungsmuster soziodemografische und studienbezogene Merkmale sowie auch Faktoren zum subjektiven Wohlbefinden herangezogen.

Die soziodemografischen Merkmale umfassen Geschlecht, Alter und Bildungsherkunft, die über die höchste abgeschlossene Bildung der Eltern operationalisiert wurde. Der Einfluss des Hochschulumfelds wird anhand von drei Einflussfaktoren untersucht: Unterschiede in der Fächerkultur werden über die *Studienfelder* nach der ISCED-1999-Klassifikation und den *Hochschultyp* (Wissenschaftliche Universitäten, Kunstuniversitäten, Privatuniversitäten, Fachhochschulen und Pädagogische Hochschulen) operationalisiert. Die *Studienrichtungsgröße* dient als Indikator für die Rah-

menbedingungen an der Hochschule, der für typische Probleme in Massenfächern wie z. B. Überfüllung steht.

Schließlich wird das subjektive Wohlbefinden über drei unterschiedliche Konzepte erfasst: Der *Grad der akademischen Integration* wird über einen Index operationalisiert, der die Einschätzungen der Studierenden zu ihrem Zurechtfinden im akademischen Umfeld, der empfundenen Zugehörigkeit an der Hochschule sowie der Frage, ob Studieren das Richtige für sie sei umfasst. Die *Studienzufriedenheit* wird anhand eines weiteren Index untersucht, der vier Aussagen umfasst: ‚Ich kann mich mit meinem Studium gut identifizieren‘, ‚Ich bin gerne Student\*in an dieser Hochschule‘, ‚Ich würde mein Studium weiterempfehlen‘, ‚Meine Erwartungen an mein Studium an dieser Hochschule wurden voll und ganz erfüllt‘. Zuletzt wird auch das Vorliegen von studienerschwerenden Stressfaktoren (z. B. stressbedingte gesundheitliche Beschwerden, fehlende Studienmotivation) bzw. psychischen Beschwerden (z. B. mangelndes Selbstwertgefühl, depressive Stimmungen, soziale Isolation, Prüfungsangst) untersucht.<sup>2</sup> Beide Aspekte basieren auf einer Fragebatterie, die zur Dimensionsreduktion einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen wurde. Das Ergebnis liefert zwei Faktoren – die Studienzufriedenheit und die akademische Integration. Die Indizes wurden anhand der Faktorladungen (vgl. Tab. A1 im Anhang) gewichtet.

Um bei bivariaten Analysen auftretende Drittvariableneffekte zu kontrollieren, werden genestete multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Genestete Modelle ermöglichen eine detaillierte Interpretation im Hinblick auf die Veränderung der Modellgüte und die Koeffizienten. Dabei dienen die Einstellungsindizes<sup>3</sup> jeweils als abhängige Variable. Zusammenfassend bedeutet dies, dass folgende Variablen schrittweise in die Regressionsanalyse aufgenommen werden:

- *Schritt 1 – soziodemografische Merkmale:* Alter, Geschlecht und Bildungsherkunft
- *Schritt 2 – studienbezogene Merkmale:* Hochschultyp, Studienfelder (ISCED 1999) und Größe des Studienfachs
- *Schritt 3 – subjektives Wohlbefinden im Studium:* Indizes zur akademischen Integration sowie zur Studienzufriedenheit und Vorliegen von stressbedingten gesundheitlichen bzw. psychischen Beschwerden, die das Studium beeinträchtigen

Durch das stufenweise Vorgehen können Effekte isoliert und Zusammenhänge zwischen den Variablen systematisch identifiziert werden. Alle Regressionsvorausset-

---

2 Psychische *Beschwerden* sind von psychischen *Erkrankungen* zu unterscheiden.

3 Da es sich bei allen Indizes um rechtsschiefe Verteilungen handelt, wurden die logarithmierten Werte in die Regressionsanalyse aufgenommen.

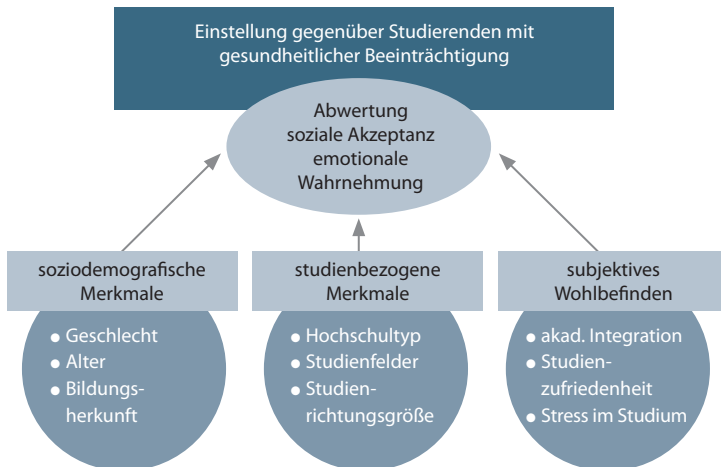
zungen wurden nach Urban und Mayerl (2011) überprüft und es wurden zumindest befriedigende Ergebnisse ermittelt. Da die Modularisierung des Fragebogens neben den Fragen zur Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung auch einige der erklärenden Variablen betrifft und mit listenweisem Fallausschluss vorgegangen wurde, liegt die gültige Fallzahl in den Modellen schließlich bei 4.022.

### 3.4 Zusammenfassende Darstellung des Modells

Die theoretischen Überlegungen und explorativen Analysen haben ergeben, dass sich die Einstellung gegenüber Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf drei unterschiedlichen Ebenen zeigt: *Abwertung*, *soziale Akzeptanz* und *emotionale Wahrnehmung*. Diese werden jeweils als abhängige Variablen in ein Modell aufgenommen, um zu analysieren, welche Merkmale einen Einfluss auf die Einstellung von Studierenden gegenüber ihren Kommiliton\*innen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung haben und inwiefern sich dabei Unterschiede zwischen den Einstellungsdimensionen herauskristallisieren. Die unabhängigen Variablen umfassen ein Set aus soziodemografischen, studienbezogenen Merkmalen und Charakteristika zum subjektiven Wohlbefinden, wie folgende Abbildung veranschaulicht:

#### Abbildung 2:

Grafische Darstellung des Modells



(eigene Darstellung)

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der geschätzten Regressionsmodelle zur Einstellung gegenüber Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen berichtet. Wie bereits in den vorangegangenen Unterabschnitten erläutert, werden insgesamt drei genestete Modelle berechnet, wobei die gebildeten Einstellungsindizes jeweils als abhängige Variable herangezogen werden. Die unabhängigen Variablen werden schrittweise ins jeweilige Modell aufgenommen. In Tabelle 4 sind die standardisierten Beta-Koeffizienten und das korrigierte R-Quadrat dargestellt.

### 4.1 Modell ‚Abwertung‘

Die Befunde des Modells, das den Einfluss der gewählten Prädiktoren auf die abwertende Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung schätzt, zeigen, dass das Alter sowie auch die akademische Integration und Studienzufriedenheit – unter Konstanzhaltung der anderen Einflussgrößen – einen signifikanten Effekt haben. Demnach nimmt die Abwertung mit steigendem Alter ebenso ab, wie eine bessere akademische Integration und eine höhere Studienzufriedenheit die Abwertung reduzieren. Demgegenüber haben weder das Geschlecht oder die Bildungsherkunft noch die studienerschwerenden Stressfaktoren oder psychischen Beschwerden einen signifikanten Einfluss auf die abwertende Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung.

Im Hinblick auf das Studenumfeld zeigt sich, dass der Hochschulsektor – auch wenn nur bedingt – einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß an abwertenden Einstellungen aufweist. So haben Studierende an Kunstuniversitäten signifikant seltener abwertende Einstellungen gegenüber Kommiliton\*innen mit Beeinträchtigung als die Referenzgruppe der Studierenden an wissenschaftlichen Universitäten. Dieser Effekt wird dennoch im nächsten Modellschritt von den Variablen zum Wohlbefinden im Studium vollständig erklärt, d. h. er hat keinen signifikanten Einfluss auf die abwertende Einstellung. Zudem zeigt sich, dass Studierende an Pädagogischen Hochschulen signifikant häufiger abwertende Einstellungen haben als jene an wissenschaftlichen Universitäten. Unter Berücksichtigung der Variablen zum Wohlbefinden im Studium wird dieser Effekt verstärkt. Demgegenüber lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der Studienfelder oder der Größe der Studienrichtung festhalten. Es lässt sich also schließen, dass weder die Fachkultur noch der Hochschultyp einen Einfluss auf die abwertende Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung haben.

Die im Modell berücksichtigten exogenen Variablen erklären 2,1 Prozent der Streuung der abhängigen Variable ‚Abwertung‘.

## 4.2 Modell ‚Soziale Akzeptanz‘

In diesem Modell haben das Geschlecht sowie die Bildungsherkunft einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß an sozialer Akzeptanz. Frauen weisen eine höhere soziale Akzeptanz auf als Männer, wohingegen Studierende, deren Eltern einen Hochschulabschluss haben, eine geringere soziale Akzeptanz als die Referenzgruppe der Studierenden ohne Akademiker\*inneneltern aufweisen. Beide Effekte bleiben auch unter Kontrolle der anderen Einflussgrößen beinahe konstant. Während eine bivariate Betrachtung nahelegt, dass die soziale Akzeptanz mit zunehmendem Alter etwas abnimmt, zeigt sich im multiplen Regressionsmodell kein signifikanter Einfluss.

Unter Konstanthaltung von soziodemografischen Merkmalen, lassen sich signifikante Effekte mancher Hochschultypen festhalten: Studierende an Privatuniversitäten und Pädagogischen Hochschulen weisen demnach eine geringere Akzeptanz auf als Studierende an wissenschaftlichen Universitäten. Unter Kontrolle der Variablen zum Wohlbefinden im Studium wird dieser Effekt sogar verstärkt. Des Weiteren üben alle Studienfelder mit Ausnahme der Pädagogik (im Vergleich zum Gesundheits-/Sozialbereich) sowie auch die Studienrichtungsgröße keinen signifikanten Einfluss auf die soziale Akzeptanz Studierender mit Beeinträchtigung aus.

Das Hinzufügen der Variablen zum Wohlbefinden im Studium bewirkt eine geringfügige Verbesserung der Modellgüte, wobei lediglich die akademische Integration einen signifikanten Einfluss ausübt – eine bessere akademische Integration erhöht die soziale Akzeptanz. Außerdem weisen nun neben Studierenden in Pädagogik auch jene in Ingenieurwesen im Vergleich zu jenen im Gesundheits-/Sozialbereich eine signifikant höhere soziale Akzeptanz auf. Alle anderen unterscheiden sich nicht signifikant von der Referenzgruppe.

Das *vollständige* Modell erklärt 2,2 Prozent der Streuung der abhängigen Variable ‚soziale Akzeptanz‘.

## 4.3 Modell ‚Emotionale Wahrnehmung‘

Im Hinblick auf das emotionale Unbehagen im Kontakt mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen zeigen sich, anders als bei Abwertung und sozialer Akzeptanz, deutlichere Effekte der gewählten Prädiktoren auf die abhängige Variable. So nimmt das emotionale Unbehagen mit steigendem Alter ab. Die Bildungsherkunft übt kei-

nen statistisch signifikanten Einfluss aus, während der Effekt vom Geschlecht erst durch das Hinzufügen der weiteren Prädiktoren signifikant wird: Das Geschlecht hat im soziodemografischen Grundmodell keinen signifikanten Einfluss, fällt im zweiten Modell (inkl. studienbezogene Merkmale) knapp nicht signifikant ( $p=0,055$ ) aus und wird erst unter Kontrolle weiterer Merkmale zum Wohlbefinden zu einem signifikanten Einflussfaktor auf das emotionale Unbehagen im Kontakt mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen – Frauen verspüren etwas mehr Unbehagen. In diesem Fall agieren die Variablen zum Wohlbefinden im Studium als Suppressoren, da sie den Vorhersagebeitrag der Variable Geschlecht erhöht.

Im Hinblick auf die studienbezogenen Merkmale, die im zweiten Modell hinzugefügt werden, zeigt sich, dass die Studienfelder einen hochsignifikanten Einfluss auf das emotionale Unbehagen ausüben. Demnach weisen Studierende aller Studienfelder im Vergleich zu jenen im Gesundheits-/Sozialbereich ein höheres emotionales Unbehagen auf. Am stärksten ist der Effekt bei Studierenden in sozialwissenschaftlichen, wirtschaftswissenschaftlichen und rechtswissenschaftlichen Fächern. Diese Effekte werden durch das Hinzufügen der Variablen zum Wohlbefinden im Studium marginal verringert, bleiben dennoch hochsignifikant.

Des Weiteren wird das emotionale Unbehagen durch die Variablen zum Wohlbefinden im Studium signifikant beeinflusst. Eine geringere akademische Integration sowie auch das Vorliegen mindestens eines studienerschwerenden Stressfaktors erhöhen signifikant das emotionale Unbehagen. Umgekehrt weisen Studierende mit höherer Studienzufriedenheit ein höheres emotionales Unbehagen im Kontakt mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen auf als jene, die weniger zufrieden sind. Interessant ist auch, dass Studierende mit psychischen Beschwerden im Vergleich zu jenen ohne solche Beschwerden ein signifikant geringeres Unbehagen aufweisen, auch wenn der Effekt relativ gering ausfällt.

In diesem Modell führt das Hinzufügen weiterer Prädiktoren zur deutlicheren Verbesserung des Vorhersagewerts: Während das soziodemografische Grundmodell einen R-Quadrat von 0,029 aufweist, steigt dieser Wert über 0,049 im zweiten Schritt (inkl. studienbezogene Merkmale) auf 0,075 mit der Einführung des subjektiven Wohlbefindens im dritten Modell.

#### 4.4 Diskussion des Gesamtergebnisses

Der Vergleich der Modelle zeigt deutlich, dass sich die drei identifizierten Dimensionen der Einstellung gegenüber Studierenden mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch unterschiedliche Einflussfaktoren charakterisieren lassen. Beispielsweise

übt die Fächerkultur, unter Kontrolle von soziodemografischen Merkmalen und Variablen zum Wohlbefinden im Studium, lediglich auf das emotionale Unbehagen, nicht aber auf die Abwertung oder die soziale Akzeptanz einen signifikanten Einfluss aus. Auch hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale zeigen sich zwischen den drei Einstellungsindizes deutliche Unterschiede, wobei nicht signifikante Ergebnisse ein Indiz dafür sind, dass diese Variablen nur einen geringen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung haben und sich damit auch nur schlecht zur Vorhersage eignen. So ist die Bildungsherkunft nur für die Ausprägung der sozialen Akzeptanz ausschlaggebend, zunehmendes Lebensalter wirkt sich nur auf die Abwertung und das emotionale Unbehagen positiv aus und das Geschlecht insbesondere auf die Akzeptanz von Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Außerdem erklären die herangezogenen unabhängigen Variablen einen größeren Anteil der Unterschiede der emotionalen Wahrnehmung, die sich generell auf Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bezieht, während die Dimensionen Abwertung oder soziale Akzeptanz auf die Einstellung gegenüber Studierenden abzielen. Jedoch ist anzumerken, dass alle Modelle ein sehr niedriges R-Quadrat aufweisen. Dies zeigt, dass die exogenen Variablen in den *Regressionsmodellen* kaum einen Einfluss auf die jeweilige endogene Variable ausüben, und weist darauf hin, dass die Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung, insbesondere die Abwertung und soziale Akzeptanz, auf andere nicht beobachtete Merkmale zurückzuführen ist. Dies steht im Einklang mit der These, dass Einstellungen bereits früh im Rahmen des Sozialisationsprozesses durch die Vermittlung von sozialen Normen geprägt werden.

Dennoch lassen sich aus den durchgeführten Regressionsanalysen einige interessante Ergebnisse festhalten:

Ebenso wie im Rahmen anderer Studien festgestellt werden konnte, zeigt die vorliegende Analyse, dass *Frauen* eine positivere Einstellung in der sozialen Akzeptanz von Studierenden mit Beeinträchtigung aufweisen. Allerdings wird in anderen Untersuchungen darauf hingewiesen, dass dies vermutlich in erster Linie auf die höhere soziale Erwünschtheit zurückzuführen ist (u. a. Cloerkes, 1985). Ein Hinweis dafür könnte sein, dass Frauen aber gleichzeitig – mit einem etwas geringeren Effekt – ein höheres emotionales Unbehagen beim Kontakt angeben.

Das *Alter* übt auf die Abwertung und das emotionale Unbehagen, nicht aber auf die soziale Akzeptanz einen signifikanten Einfluss aus: Im Unterschied zu anderen Studien weisen ältere Studierende insbesondere eine positivere emotionale Wahrnehmung auf und stimmen (mit einem geringeren Effekt) seltener den Aussagen



der Abwertung von Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu. Dies könnte daran liegen, dass sich die vorliegende Analyse auf eine spezifische Gruppe, nämlich Studierende beschränkt, während in der Literatur, die in den theoretischen Überlegungen herangezogen wird, gesamtgesellschaftliche Beobachtungen angestellt werden.

Die *Bildungsherkunft* ist lediglich im Modell zur sozialen Akzeptanz ausschlaggebend, hat dort aber einen hochsignifikanten Einfluss auf die Einstellung gegenüber Studierenden mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Dieser Effekt ist nicht besonders stark ausgeprägt, bleibt aber auch unter Berücksichtigung anderer soziodemografischen oder studienbezogenen Merkmalen oder Variablen zum Wohlbefinden im Studium annähernd konstant: Studierende mit Akademiker\*inneneltern weisen eine geringere soziale Akzeptanz gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung auf als Studierende aus bildungsferneren Schichten. Dies ist insofern überraschend als in anderen Studien darauf hingewiesen wurde, dass mit einem höheren Bildungsgrad eine tendenziell höhere Akzeptanz einhergeht (Cloerkes, 2007). Dies wäre daher ebenso für die Bildung der Eltern erwartbar gewesen, könnte aber ebenso in der Gruppe der Studierenden anders gelagert sein. Hinzu kommt, dass Untersuchungen zur sozialen Herkunft (Schicht) und Akzeptanz gegenüber Menschen mit Behinderungen zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen, d. h. keine eindeutige Tendenz zu erhöhter Offenheit in höheren Schichten festzustellen ist.

Der Aufnahme der *Studienfelder* in die Modelle liegt die Vermutung zugrunde, dass sich Studienfächer hinsichtlich ihrer jeweiligen Fachkultur, der Studienwahlmotive etc. deutlich voneinander unterscheiden, und gemeinsam mit anderen Fachspezifika, die mit den Inhalten des Studiums zusammenhängen, einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung haben könnten. Dieser Einfluss wird jedoch lediglich im Modell zum emotionalen Unbehagen deutlich sichtbar: Studierende im Gesundheits-/Sozialbereich weisen gegenüber allen anderen Studierenden, und vor allem gegenüber Studierenden in Sozial-/Wirtschafts-/Rechtswissenschaften eine deutlich positivere emotionale Wahrnehmung von Studierenden mit gesundheitlicher Beeinträchtigung auf.

Da die Fächerstruktur zwischen den *Hochschultypen* stark variiert, wurden diese als zusätzliche erklärende Variablen in die Modelle aufgenommen. Auch diesbezüglich sind signifikante Unterschiede bei der Abwertung und der sozialen Akzeptanz zu beobachten. Vor allem weisen Studierende an Pädagogischen Hochschulen eine weniger positive Einstellung auf als Studierende an wissenschaftlichen Universitäten.

**Tabelle 4:**

Ergebnisse der Regressionsmodelle zu den drei Einstellungsindizes

	Abwertung			soziale Akzeptanz			emotionales Unbehagen		
<b>Geschlecht</b> (Ref. Männer)	-0,025	-0,023	-0,02	-0,112**	-0,117**	-0,114**	0,014	0,032	0,035*
<b>Alter</b>	-0,054**	-0,054**	-0,043**	0,011	0,009	0,014	-0,172**	-0,174**	-0,155**
<b>Eltern mit Hochschulabschluss</b> (Ref. Eltern ohne HS-Abschluss)	-0,015	-0,01	-0,01	0,049**	0,046**	0,046**	-0,019	-0,026	-0,021
<b>Hochschultyp</b> (Ref. wiss. Universität)									
Kunstuniversität	-0,037*	-0,026		0,001	0,007		-0,02	-0,009	
Privatuniversität	0,015	0,026		0,034*	0,041*		-0,048**	-0,032*	
Fachhochschule	0,01	0,027		-0,017	-0,008		-0,03	-0,006	
Pädagogische Hochschule	0,046*	0,054**		0,057**	0,061**		-0,001	0,01	
<b>Studienfelder</b> (Ref. Gesundheit und soz. Dienste)									
Pädagogik	-0,015	-0,024		-0,076**	-0,081**		0,064*	0,062*	
Geisteswiss. und Künste	0,003	-0,011		-0,027	-0,035		0,134**	0,116**	
Sozialwiss., Wirtschafts- und Rechtswiss.	0,032	0,019		-0,038	-0,045		0,191**	0,173**	
Naturwiss., Mathematik und Informatik	0,018	0,007		-0,03	-0,036		0,150**	0,133**	
Ingenieurwesen, Herstellung und Baugewerbe	0,007	-0,006		-0,042	-0,050*		0,123**	0,105**	
Agrarwiss. und Veterinärwiss.	0,024	0,023		0,006	0,006		0,072**	0,069**	
Dienstleistungen	-0,005	-0,005		-0,005	-0,005		0,055**	0,055**	
<b>Größe der Studienrichtung</b>	0,026	0,019		0,005	0,001		0,017	0,013	
<b>akademische Integration</b> (hohe Werte = geringe Integration)		0,111**			0,067**			0,171**	
<b>Studienzufriedenheit</b> (hohe Werte = geringe Zufriedenheit)		0,040*			0,022			-0,041*	
<b>studienschwerender Stressfaktor</b> (Ref. kein Stressfaktor)		0,025			0,015			0,049**	
<b>studienschwerende psych. Beschwerden</b> (Ref. keine psych. Beschwerden)		-0,034			-0,032			-0,037*	
<b>R-Quadrat</b>	0,003	0,005	0,021	0,014	0,017	0,022	0,029	0,049	0,075

n = 4.022

\*\* signifikant auf dem 1 %- bzw. \* signifikant auf dem 5 %-Niveau.

Die Werte der Einstellungsindizes wurden aufgrund einer schiefen Verteilung logarithmiert.

Lesehilfe: Geringe Werte der Beta-Koeffizienten bedeuten eine positive Einstellung.

(Studierenden-Sozialerhebung 2015)

Die *Studienrichtungsgröße* wurde aufgenommen, um einen Indikator für die Rahmenbedingungen an der Hochschule zu haben, der für typische Probleme in ‚Massenfächern‘ wie z. B. Überfüllung steht. Während bivariate Analysen zeigen, dass Studierende in Fächern ab 4.500 Studierenden, die vermutlich häufiger mit Problemen der Überfüllung konfrontiert sind, seltener positive Einstellungswerte (v. a. hinsichtlich der emotionalen Wahrnehmung) aufweisen als jene in ‚kleineren‘ Fächern, hat die Studienrichtungsgröße in keinem der multivariaten Modelle einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung.

Das *subjektive Wohlbefinden im Studium* zeigt je nach Konzept unterschiedliche Ergebnisse, wobei die Auswirkungen auf eine positive Einstellung insgesamt betrachtet tendenziell überwiegen und Studierende mit einem höheren subjektiven Wohlbefinden im Kontext ihres Studiums eine positivere Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung aufweisen. In allen Modellen hat die *akademische Integration* einen hochsignifikanten Einfluss auf die Einstellung gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung. Geringe akademische Integration hat einen negativen Effekt, da sie abwertende Einstellungen und emotionales Unbehagen verstärkt und gleichzeitig die soziale Akzeptanz verringert. Die *Studienzufriedenheit* ist hinsichtlich der Abwertung und der emotionalen Wahrnehmung signifikant, liefert aber gegensätzliche Ergebnisse: Während eine höhere Studienzufriedenheit mit einer geringeren Abwertung einhergeht, steigt das emotionale Unbehagen gegenüber Studierenden mit Beeinträchtigung. Das *Vorliegen von studienerschwerenden Stressfaktoren und psychischen Beschwerden* ist lediglich hinsichtlich der emotionalen Wahrnehmung signifikant, aber dies in gegensätzlicher Art und Weise: Studierende, die von Stressfaktoren betroffen sind, zeichnen sich (gegenüber jenen, die keine Stressfaktoren nennen) durch ein erhöhtes Unbehagen aus, während Studierende, die psychisch belastet sind (im Gegensatz zu jenen, die keine psychischen Beschwerden nennen) eine etwas positivere Haltung gegenüber Studierenden mit gesundheitlicher Beeinträchtigung haben.

## 5 Conclusio

Trotz der überwiegend positiven Einstellung gegenüber Studierenden mit gesundheitlicher Beeinträchtigung liegen deutliche empirische Hinweise vor, dass manche eine Begegnung mit gesundheitlich beeinträchtigten Kommiliton\*innen als abschreckend empfinden oder sich im Kontakt unwohl bzw. unsicher fühlen. Außerdem wer-

den Studierende mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung als weniger leistungsfähige Studierende angesehen, welchen ungerechtfertigterweise Leistungen angerechnet werden.

Vor diesem Hintergrund stellt die vorliegende Analyse einen Versuch dar, Faktoren, die solche abwertenden und feindlichen Einstellungen beeinflussen, zu identifizieren. Während die meisten Studien auf die Sicht der Betroffenen fokussieren, wurde mit diesem Beitrag ein Perspektivenwechsel vorgenommen, indem eine Auseinandersetzung mit Einstellungen gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten Studierenden vorgelegt wurde.

Ausgehend von der Annahme, dass Einstellungen nicht eindimensional sind, konnten drei Ebenen der Einstellung gegenüber Studierenden mit gesundheitlicher Beeinträchtigung identifiziert werden: *Abwertung*, *soziale Akzeptanz* und *emotionales Unbehagen*. Die herangezogenen Einflussfaktoren weisen also eine unterschiedliche Relevanz für die Einstellungsebenen auf und können einen unterschiedlich hohen Anteil der Einstellungsunterschiede erklären. Es zeigten sich nicht nur unterschiedliche Zusammensetzungen der signifikanten Effekte, sondern auch unterschiedlich hohe Modellstärken. Demnach zählt das subjektive Wohlbefinden im Studium, insbesondere die akademische Integration, neben soziodemografischen und studien-spezifischen Merkmalen zu den signifikanten Einflussfaktoren auf die Einstellung gegenüber Kommiliton\*innen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung. Wie sich Studierende im akademischen Umfeld zurechtfinden, inwiefern sie sich an der Hochschule zugehörig fühlen und ob Studieren laut eigener Einschätzung das Richtige für sie ist – all diese Aspekte spielen eine Rolle dabei, wie Studierende ohne Beeinträchtigung ihre beeinträchtigten Kommiliton\*innen wahrnehmen.

Zu verhindern, dass gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin als Stigma wahrgenommen wird, ist grundlegend für ein inklusives Hochschulsystem, wobei Interventionen auf verschiedenen Ebenen erforderlich sind. Einerseits ist die Einbeziehung aller beteiligten Parteien (Studierende mit und ohne Beeinträchtigung, Lehr- sowie auch Verwaltungspersonal) und ihre Sensibilisierung für das Thema *gesundheitliche Beeinträchtigung* unerlässlich, um (befürchteter) Stigmatisierung bzw. Nachteilen im Studium entgegenzuwirken zu können. Das höchste Ziel ist, ein inklusionsorientiertes Umfeld zu schaffen, ein Hochschulklima, in dem die Offenlegung von Gesundheitsproblemen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und das Aufsuchen von Beratungsstellen nicht mit Stigmatisierung, Diskriminierung oder sozialer Isolation verbunden sind. Dies ist jedoch zweifelsohne ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und nicht nur auf den Hochschulkontext beschränkt. Ob-

wohl Einstellungen grundsätzlich als relativ starr angesehen werden können, zeigen die Befunde einen signifikanten Einfluss von Merkmalen im Hochschulkontext und somit, dass ein Entgegensteuern auch an den Institutionen möglich ist.

Die Befunde einschlägiger Studien kommen einhellig zu dem Schluss, dass die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten funktioniert: Sie helfen Betroffenen, ihre Schwierigkeiten im Studium und/oder Ängste vor der Offenlegung ihrer Beeinträchtigung zu bewältigen und dabei ihren Studienerfolg zu steigern. Dennoch wissen nur die Wenigsten von diesen Angeboten, weshalb Hochschulinstitutionen aufgefordert werden, mehr Informationen über ihre Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Inklusion soll aber auch auf organisatorischen und strukturellen Ebenen vorangetrieben werden. Ein besseres Verständnis der Schwierigkeiten, mit welchen Studierende mit Beeinträchtigung im Laufe ihres Studiums konfrontiert sind, kann Institutionen ermöglichen, problemorientierte Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen: in Bezug auf Kursgestaltung, Flexibilisierung des Lernprozesses und der Studienanforderungen. Der Abbau solcher Barrieren könnte den Studienfortschritt verbessern, Drop-out-Quoten verringern sowie auch Studierenden (mit oder auch ohne Behinderungen) dabei unterstützen, generell akademisch und sozial voranzukommen.

An dieser Stelle wollen wir auch auf einige Limitationen unserer Analysen hinweisen: Eine Schwierigkeit liegt darin, dass in der Forschung zu Einstellungen generell, im Besonderen aber zu ‚sensiblen‘ Themen, wie Behinderungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Angaben aufgrund sozialer Erwünschtheit verzerrt sein könnten. Daher kann vermutet werden, dass die Problemlage etwas unterschätzt wird. Des Weiteren beruhen die theoretischen Überlegungen großteils auf Studien, die zwar die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung thematisieren, aber die Besonderheiten im Hochschulkontext nicht berücksichtigen. Außerdem ist zu erwähnen, dass mittels Querschnittsdaten nur eine Momentaufnahme ermittelt werden kann und daher nicht empirisch überprüft werden kann, wie stabil die identifizierten Einstellungsebenen sind. Andererseits geht es bei Befragungsdaten lediglich um die geäußerten Einstellungen und nicht um tatsächliches Verhalten der Befragten.

Für weitergehende Analysen wäre es sinnvoll, die Wahrnehmung und Einschätzungen der Studierenden mit Beeinträchtigung zu ihrer Studienumwelt mit den vorliegenden Erkenntnissen zu verbinden. So wollen viele von ihnen ihre Beeinträchtigung nicht preisgeben, befürchten Nachteile, haben zu wenig Information

zu Unterstützungsangeboten und fordern die Enttabuisierung des Themas *gesundheitliche Beeinträchtigung*. Über die Frage, inwiefern sich diese Ergebnisse decken, könnten sich Faktoren identifizieren lassen, die einen offenen Umgang mit gesundheitlicher Beeinträchtigung begünstigen. Darüber hinaus könnte durchaus lohnend sein, die vorliegenden Daten mittels Pfad- oder Strukturgleichungsmodellierung zu untersuchen, um mögliche tiefergehende Erkenntnisse zu gewinnen.

Numerische Daten und Statistiken sind unentbehrlich, um die Problemlage zu bewerten und Maßnahmen zu ergreifen, anzupassen bzw. zu evaluieren. Diese sollen ernst genommen, aber nicht als einzige Quelle herangezogen werden. Dementsprechend ist eine qualitative Beschäftigung mit diesem Thema unumgänglich, da eine quantitative Befragung immer an die Verwendung standardisierter Begriffe gebunden ist. Gerade in einem sensiblen Themenbereich wie der Stigmatisierungsproblematik muss die Multidimensionalität von Begrifflichkeiten sowie deren Verständlichkeit für die Befragten besonders berücksichtigt werden. Qualitative Forschungsansätze können aufschlussreiche Informationen über die Lebenswelten der Beteiligten liefern und dadurch ein tiefergehendes Verständnis für die Problematik ermöglichen.

## Literatur

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888–918.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Hrsg.), *Handbook of social psychology* (S. 798–844). Worcester, MA: Clark Univ. Press.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Benninghaus, H. (1973). Soziale Einstellungen und soziales Verhalten. In G. Albrecht, H. Daheim, & F. Sack (Hrsg.), *Soziologie – Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften. René König zum 65. Geburtstag* (S. 671–707). Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cloerkes, G. (1985). *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme internationaler Forschung*. Berlin: Carl Marhold.
- Cloerkes, G. (2000). Die Stigma-Identitäts-These. *Gemeinsam leben – Zeitschrift für integrative Erziehung*, 3, 104–111.
- Cloerkes, G. (2007). *Soziologie der Behinderten*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

- Cloerkes, G. (2009). Stigma/Vorurteil. In M. Dederich & W. Jantzen (Hrsg.), *Behinderung und Anerkennung* (S. 208–212). Stuttgart: Kohlhammer.
- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (Hrsg.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (S. 11–44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Denhart, H. (2008). Deconstructing Barriers. *Journal of Learning Disabilities*, 41(6), 483–497.
- Denzin, N. K. (2004). Symbolischer Interaktionismus. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinkke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 136–149). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Dong, S., & Lucas, M. S. (2016). An Analysis of Disability, Academic Performance, and Seeking Support in One University Setting. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 39(1), 47–56.
- Fichten, C. S., & Amsel, R. (1986). Trait attributions about college students with a physical disability: Circumplex analyses and methodological issues. *Journal of Applied Social Psychology*, 16(5), 410–427.
- Fischer, L., & Wiswede, G. (2009). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. München: Oldenbourg.
- Fröhlich, C. (2009). Ausschluss vs. Integration? Der gesellschaftliche Umgang mit Behinderung in Russland und Deutschland. *SWS-Rundschau*, 49(3), 293–313.
- Gething, L., & Wheeler, B. (1992). The Interaction with Disabled Persons Scale: A New Australian Instrument to Measure Attitudes towards People with Disabilities. *Australian Journal of Psychology*, 44(2), 75–82.
- Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kastl, J. M. (2010). *Einführung in die Soziologie der Behinderung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kimball, E. W., Wells, R. S., Ostiguy, B. J., Manly, C. A., & Lauterbach, A. A. (2016). Students with Disabilities in Higher Education: A Review of the Literature and an Agenda for Future Research. In M. B. Paulsen (Hrsg.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research* (S. 91–156). Cham: Springer International Publishing.
- Kranke, D., Jackson, S. E., Taylor, D. A., Anderson-Fye, E., & Floersch, J. (2013). College Student Disclosure of Non-Apparent Disabilities to Receive Classroom Accommodations. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 26(1), 35–51.
- Kreuz, A. (2002). *Einstellungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung: Analyse und Weiterentwicklung von Einstellungsinstrumenten* (Dissertation). Wien: WUV.
- Markoulakis, R., & Kirsh, B. (2013). Difficulties for University Students with Mental Health Problems: A Critical Interpretive Synthesis. *The Review of Higher Education*, 37(1), 77–100.

- Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health in higher education. *Higher Education Research & Development*, 29(3), 259–274.
- Oliver, M. (1983). *Social Work with Disabled People*. Basingstoke: MacMillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Poskowsky, J., Heißenberg, S., Zaussinger, S., & Brenner, J. (2018). *beeinträchtigt studieren – best2. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2016/17*. Berlin: Deutsches Studentenwerk.
- Schabmann, A., & Kreuz, A. (1999). Die Erfassung der Einstellung gegenüber geistig behinderten Menschen anhand der deutschsprachigen Version des Mental Retardation Attitude Inventory-R. *Heilpädagogische Forschung*, 25(4), 174–183.
- Seifert, K. H., & Bergmann, C. (1983). Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Einstellungen gegenüber Körperbehinderten. *Heilpädagogische Forschung*, X(3), 290–320.
- Spector, P. E. (1992). *Summated Rating Scale Construction. An Introduction*. Newbury Park: Sage University Papers.
- Terzieva, B., Dibiasi, A., Kulhanek, A., Zaussinger, S., & Unger, M. (2016). *Zur Situation behinderter, chronisch kranker und gesundheitlich beeinträchtigter Studierender. Quantitativer Teil der Zusatzstudie zur Studierenden-Sozialerhebung 2015. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung (BMWFW)*. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Thomas, W. I. & Znaniecki, F. (1918). *The polish peasant in Europe and America*. Boston.
- Tinklin, T., Riddell, S., & Wilson, A. (2005). Support for students with mental health difficulties in higher education: the students' perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(4), 495–512.
- Trammell, J. (2003). The Impact of Academic Accommodations on Final Grades in a Postsecondary Setting. *Journal of College Reading and Learning*, 34(1), 76–90.
- Trammell, J., & Hathaway, M. (2007). Help-seeking patterns in college students with disabilities. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 20(1), 5–15.
- Unger, M., Wejwar, P., Zaussinger, S., & Laimer, A. (2012). *beeinträchtigt studieren – Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011*. Berlin: Deutsches Studentenwerk.
- Urban D., & Mayerl, J. (2011). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Waldschmidt, A. (2005). Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(1), 9–31.
- Waldschmidt, A. (2011). Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 36(4), 89–106. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.



- Weiner, E. (1999). The meaning of education for university students with a psychiatric disability: A grounded theory analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 403–409.
- Werth, L., & Mayer, J. (2008). *Sozialpsychologie*. Berlin: Spektrum.
- World Health Organization (WHO) (2018a). *Health Topics: Disabilities*. Abgerufen von <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- World Health Organization (WHO) (2018b). *Fact Sheets: Disability and health*. Abgerufen von <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Yuker, H.E. (1988). *Attitudes Toward Persons with Disabilities*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Zaussinger, S., Unger, M., Thaler, B., Dibiasi, A., Grabher, A., Terzieva, B., ... Kulhanek, A. (2016). *Studierenden-Sozialerhebung 2015. Bericht zur sozialen Lage der Studierenden. Band 2: Studierende. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung (BMWFW)*. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Zick, A., Küpper, B., & Hövermann, A. (2011). *Die Abwertung der Anderen. Eine europäische Zustandsbeschreibung zu Intoleranz, Vorurteilen und Diskriminierung*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

# Anhang

**Tabelle A1:**

Rotierte Faktormatrix der Skala ‚Zufriedenheit mit Aspekten des Studiums‘

	<b>Studien- zufriedenheit</b>	<b>akademische Integration</b>
Ich kann mich mit meinem Studium gut identifizieren.	<b>0,294</b>	0,031
Ich bin gerne Student*in an dieser Hochschule.	<b>0,713</b>	0,038
Ich würde mein Studium weiterempfehlen.	<b>0,806</b>	0,085
Meine Erwartungen an das Studium an dieser Hochschule haben sich voll und ganz erfüllt.	<b>0,791</b>	0,071
Ich habe Probleme damit, mich im akademischen Umfeld zurechtzufinden.	-0,075	<b>0,479</b>
Ich habe oft das Gefühl, an der Hochschule nicht richtig dazuzugehören.	-0,106	<b>0,437</b>
Manchmal frage ich mich, ob Studieren das Richtige für mich ist.	-0,17	<b>0,465</b>
erklärte Varianz	34 %	20 %
KMO Measure of Sampling Adequacy: 0,726; erklärte Varianz: 54 %		

n = 22.969

(Studierenden-Sozialerhebung 2015)