



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Professionelle Lebensqualität, Copingstrategien und
Vorurteile bei Personen, die mit Flüchtlingen arbeiten

verfasst von / submitted by

Anna Carnogursky, BSc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich jenen einen großen Dank aussprechen, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben. In erster Linie möchte ich mich bei Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch bedanken. Durch seine Betreuung war das Aufgreifen dieses interessanten Themas überhaupt erst möglich, und seine freundliche und kompetente Beratung hat mir bei der Verfassung dieser Masterarbeit geholfen.

Des Weiteren möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Datenerhebung unterstützt haben, indem sie den Fragebogen an MitarbeiterInnen, Bekannte, FreundInnen und Verwandte weitergeleitet haben bzw. selber ausgefüllt haben.

Einen Dank auch an alle meine Studienkolleginnen und Studienkollegen, die mich während des Studiums und besonders in dieser Zeit begleitet haben und mir mit Rat und Tat stets zur Seite gestanden haben.

Außerdem tausend Dank an meinen Freund Aydogan Yilmaz, der mir emotional eine große Stütze war und mir unglaublich viel Mut, Ausdauer und Motivation auf meinem Weg mitgegeben hat und immer darauf geachtet hat, dass ich dem Stress entfliehen kann.

Zu guter Letzt möchte ich auch meiner Familie danken, die mich stets gefördert und unterstützt hat. Ohne ihre liebevolle Zuwendung, ihr Vertrauen und Anregungen zum kritischen Denken wäre vieles nicht möglich gewesen. Aus diesem Grund widme ich diese Arbeit meinen Eltern Jana und Ivan und meinen vier Geschwistern Zuzana, Martin, Stefan und Kristina.

Inhaltsverzeichnis

Abstract Deutsch	5
Abstract Englisch	6
1. Einleitung	7
1.1. Professionelle Lebensqualität	7
1.1.1. Compassion Satisfaction.....	8
1.1.2. Compassion Fatigue.	8
1.2. Coping.....	9
1.2.1. Aufgabenorientiertes Coping.	9
1.2.2. Emotionsorientiertes Coping.....	10
1.2.3. Vermeidungsorientiertes Coping.	10
1.3. Asylwesen in Österreich.....	10
1.4. Freiwilligenarbeit in Österreich	12
1.4.1. Freiwillige und professionelle Helfer – ein Vergleich.....	14
1.4.2. Freiwillige und professionelle Helfer im Flüchtlingsbereich.	15
1.5. Vorurteile in der Flüchtlingsarbeit	19
1.6. HelferInnen helfen.....	21
1.7. Zielsetzung der Studie.....	22
2. Methode.....	23
2.1. Stichprobe	23
2.2. Untersuchungsdurchführung.....	23
2.3. Studiendesign und Messinstrumente	24
2.3.1. Soziodemographische Daten.....	24
2.3.2. Professional Quality of Life (ProQoL-R III).	24
2.3.3. Brief Symptom Inventory (BSI).	25
2.3.4. Perceived Stress Questionnaire – 20-Item-Version (PSQ-20).	25
2.3.5. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	25
2.3.6. Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA).....	26
2.3.7. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	26
2.3.8. Blatant and Subtle Prejudice Scale (BSPS).....	26
3. Fragestellungen und Hypothesen.....	26
3.1. Fragestellung 1: Coping, Alter und Geschlecht.....	27
3.2. Fragestellung 2: Coping bei HelferInnen	27
3.3. Fragestellung 3: Coping und Ausbildung.....	27
3.4. Fragestellung 4: Vorurteile und Ausbildung	28

3.5.	Fragestellung 5: Vorurteile bei HelferInnen.....	28
3.6.	Fragestellung 6: Professionelle Lebensqualität und soziodemographische Daten	29
3.7.	Fragestellung 7: Professionelle Lebensqualität und Ausbildung bei HelferInnen	29
3.9.	Fragestellung 9: Professionelle Lebensqualität bei HelferInnen.....	30
3.10	. Statistische Auswertung.....	30
4.	Ergebnisse	31
4.1.	Rücklaufstatistik.....	31
4.2.	Stichprobenbeschreibung	32
4.2.1.	Ehrenamt und Beruf.	32
4.2.2.	Geschlecht und Alter.	32
4.2.3.	Nationalität und Migrationshintergrund.....	32
4.2.4.	Bildung, Ausbildung in Trauma und Interkulturalität und Berufserfahrung.	32
4.2.5.	Nikotin und Alkoholkonsum.Fehler! Textmarke nicht definiert.	
4.3.	Cronbach's Alpha der Blatant und Subtle Prejudice Scale	34
4.4.	Professionelle Lebensqualität innerhalb der Stichprobe	35
4.5.	Hypothesenprüfung.....	36
4.5.1.	Fragestellung 1: Coping, Alter und Geschlecht.	36
4.5.2.	Fragestellung 2: Coping bei HelferInnen.	38
4.5.3.	Fragestellung 3: Coping und Ausbildung.	39
4.5.4.	Fragestellung 4: Vorurteile und Ausbildung.	39
4.5.5.	Fragestellung 5: Vorurteile bei HelferInnen.....	40
4.5.6.	Fragestellung 6: Professionelle Lebensqualität und soziodemographische Daten.....	41
4.5.7.	Fragestellung 7: Professionelle Lebensqualität und Ausbildung bei HelferInnen.....	46
4.5.8.	Fragestellung 8: Professionelle Lebensqualität und Vorurteile.	47
4.5.9.	Fragestellung 9: Professionelle Lebensqualität bei HelferInnen.....	49
5.	Diskussion.....	50
6.	Limitationen und Ausblick	56
7.	Literatur	59

Abstract Deutsch

Einleitung: Jene Helferinnen- und Helfergruppe, die sich der Arbeit und Unterstützung von Geflüchteten widmet, leistet einen unersetzlichen Beitrag zur Gesellschaft. Deshalb ist es wichtig zu hinterfragen, wie es diesen Personen geht und welche Stressbewältigungsstrategien sie anwenden, um dem Stress standzuhalten. Das Ziel dieser Studie war zu untersuchen, ob es eine Förderung der professionellen Lebensqualität bei dieser Gruppe benötigt, Tendenzen in der Wahl von Copingstrategien zu betrachten und so Vorschläge für Interventionen geben zu können. Schlussendlich sollte das Vorhandensein von Vorurteilen genauer betrachtet werden.

Methodik und Stichprobenbeschreibung: 412 FlüchtlingshelferInnen nahmen an der Querschnittstudie mittels eines Onlinefragebogens teil. Dieser erfasste soziodemographische Daten, die professionelle Lebensqualität (ProQOL), psychische Belastung (BSI-53), den subjektiv wahrgenommenen Stress (PSQ-20), Copingverhalten (CISS), Nikotin- und Alkoholkonsum und offene bzw. subtile Vorurteile (BSPS). Die Stichprobe bestand aus 131 freiwilligen, 191 beruflichen und 90 sowohl freiwilligen als auch beruflichen FlüchtlingshelferInnen. Das Durchschnittsalter lag bei 43 Jahren mit einer Standardabweichung von 13.9. Insgesamt gab es 106 männliche, 305 weibliche TeilnehmerInnen und eine Person, die sich keinem Geschlecht zuschrieb. Zudem gaben 261 an eine Ausbildung im interkulturellen Bereich und 27 im Traumabereich zu haben.

Ergebnisse: Unterschiede hinsichtlich der professionellen Lebensqualität konnten zwischen ehrenamtlichen und hauptberuflichen, weiblichen und männlichen, älteren und jüngeren bzw. erfahreneren und weniger erfahreneren, höher gebildeteren und niedriger gebildeteren FlüchtlingshelferInnen und ebenso zwischen jenen mit einer Trauma- und interkulturellen Ausbildung und keiner spezifischen Ausbildung gefunden werden. Weiters konnten Korrelationen zwischen Secondary Traumatic Stress bzw. Burnout und offenen Vorurteilen gefunden werden, sowie zwischen Compassion Satisfaction und subtilen Vorurteilen. In Bezug auf Copingverhalten konnte festgestellt werden, dass Frauen sich von Männern unterscheiden, ebenso wie jüngere HelferInnen von älteren HelferInnen. Zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen konnte kein Unterschied im Copingverhalten gefunden werden, allerdings gab es einen Unterschied zwischen HelferInnen mit einer interkulturellen Ausbildung und jenen ohne spezifische Ausbildung. Unterschiede zwischen subtilen Vorurteilen gab es zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen und auch HelferInnen mit interkultureller Ausbildung und jenen ohne eine spezifische Ausbildung.

Abstract English

Introduction: The group of people dedicated to the work and support of refugees make an irreplaceable contribution to society. Therefore, it is important to question how these individuals are doing and which coping strategies they use to withstand the stress they experience related to this kind of work. The aim of this study was to investigate how much support this group needs in terms of professional quality of life, to look at trends in the choice of coping strategies and thus suggesting interventions. Finally, a deeper insight in the presence of prejudice was given.

Method and sample: 412 refugee helpers participated through an online questionnaire in the cross-sectional study. The questionnaire included socio-demographic data, the professional quality of life, mental distress, the subjectively perceived stress, coping behaviour, nicotine and alcohol consumption and blatant and subtle prejudices. The sample consisted of 131 volunteers, 191 professionals and 90 both volunteer and professional refugee workers. The average age was 43 years with a standard deviation of 13.9. In total there were 106 male and 305 female participants and one person who did not attribute itself to any gender. In addition, 261 received an intercultural training and 27 a trauma training.

Results: Differences in professional quality of life could be found between volunteers and professionals, men and women, older and younger respectively more experienced and less experienced helpers, more educated and lower educated helpers and between those with trauma training, intercultural training and no specific training. Furthermore, correlations between secondary traumatic stress respectively burnout and blatant prejudices were found, as well as between compassion satisfaction and subtle prejudices. Regarding coping behavior, it was found that women are different from men, as are younger helpers from older helpers. There was no difference in coping behavior between volunteers and professionals, but there was a difference between helpers with intercultural training and those without specific training. There were also differences in subtle prejudices between volunteers and professionals, as well as in helpers with intercultural training and those without specific training.

1. Einleitung

Seit im Herbst 2015 viele Menschen unter anderem auch in Österreich Zuflucht suchten, nachdem sie ihre Heimat verlassen mussten, musste rasch viel Personal rekrutiert werden, das sich um diese Menschen kümmert. Zudem mobilisierten sich viele Menschen, um als Ehrenamtliche ihre Unterstützung anzubieten. Für Schulungen über Interkulturalität und Trauma gab es kaum Zeit. Bis heute ist die Flüchtlingswelle Thema Nummer eins in Österreich bzw. Europa, und während sich die Diskussionen in alle Richtungen ziehen, wird der Blick selten hinter die Kulissen gewagt. Dabei leisten FlüchtlingsbetreuerInnen, DolmetscherInnen, Anwälte und Anwältinnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Ehrenamtliche und viele andere Berufsgruppen einen unentbehrlichen Beitrag, und das still und bescheiden. Wie geht es diesen Berufsgruppen mit ihren Erfahrungen? Was kann die Gesellschaft und der Staat tun, um diese wichtigen HelferInnen nicht zu vernachlässigen und was können wir alle von diesen Menschen lernen? Um diese Fragen beantworten zu können, muss ein tieferes Verständnis für sie und ihre Umstände in der Arbeit entstehen, was durch diese Masterarbeit vermittelt werden soll.

1.1. Professionelle Lebensqualität

Professionelle Lebensqualität („Professional Quality of Life“) bezeichnet jene Lebensqualität, die Menschen in helfenden Berufen in Bezug auf ihre Arbeit empfinden. Diese wird sowohl von positiven als auch negativen Aspekten am Arbeitsplatz beeinflusst. Der Begriff „helfende Berufe“ bezieht sich auf verschiedene Berufsgruppen, wie zum Beispiel SozialarbeiterInnen, PolizistInnen, JuristInnen, KatastrophenhelferInnen usw. In dieser Studie wird allerdings eine bestimmte Gruppe von Menschen genauer betrachtet, und zwar jene, die fast täglich mit Flüchtlingen in Kontakt ist. Ob ehrenamtlich oder beruflich spielt dabei keine Rolle. Professionelle Lebensqualität wurde intensiv erforscht, und es konnte belegt werden, dass HelferInnen, die mit Menschen arbeiten, die ein potenziell traumatisches Erlebnis erfahren mussten, ein höheres Risiko aufweisen, an Symptomen von Burnout, Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung zu leiden. Nichtsdestotrotz ist das Konzept der professionellen Lebensqualität komplex. Es versucht, die Konstrukte Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress und Compassion Satisfaction zu vereinen, ist

aber immer abhängig vom Arbeitsumfeld, der eigenen Persönlichkeit und davon, inwieweit man einer primären und sekundären Traumatisierung ausgesetzt war (Stamm, 2010).

1.1.1. Compassion Satisfaction.

Compassion Satisfaction (CS) erfasst den positiven Aspekt der professionellen Lebensqualität und beschreibt die Zufriedenheit, die HelferInnen erleben. Diese kann hervorgerufen werden durch die Freude, anderen Menschen helfen zu können, durch das Erkennen einer Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit für sich selber, KlientInnen und die Gesellschaft, aber auch durch ein gutes Arbeitsklima und den Zusammenhalt mit ArbeitskollegInnen (Stamm, 2010).

1.1.2. Compassion Fatigue.

Compassion Fatigue (CF) kann als Erschöpfung durch Mitgefühl verstanden werden, erfasst die negativen Aspekte der professionellen Lebensqualität und teilt sich in zwei Bereiche auf. Ein Bereich erfasst Frustration, Depression, Erschöpfung und Ärger als typische Anzeichen eines Burnouts. Der andere Bereich erfasst Angstgefühle und arbeitsbedingtes Trauma, zusammengefasst unter dem Begriff Sekundärtraumatisierung (Stamm, 2010). Typische Anzeichen einer CF sind in Anbetracht der Arbeit ein immer größer werdendes Desinteresse und eine Hoffnungslosigkeit, die durch das Gefühl hervorgerufen werden, die Arbeitsanforderungen nicht mehr erfüllen zu können (Cieslak et al., 2014).

Burnout bezeichnet das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Schwierigkeit, mit den arbeitsbedingten Stressoren effektiv umgehen zu können. Oft tritt der Glaube ein, dass die eigene Anstrengung keinen Unterschied innerhalb des Arbeitsplatzes ausmacht, und geht Hand in Hand mit dem Gefühl, in der Arbeit überlastet zu sein und keine Unterstützung zu erhalten (Stamm, 2010). Freudenberg (1974) war der erste, der Burnout definierte, indem er dieses als Zustand psychischer, physischer und emotionaler Erschöpfung beschrieb. Während Burnout zuerst nur sozialen Berufen zugeschrieben wurde, erkannte man mit der Zeit, dass auch andere Berufsgruppen betroffen waren, und schlussendlich wurde das Konstrukt als arbeitsbezogene Stressreaktion definiert (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Bis heute gibt es jedoch keine klare Definition für diesen Begriff, und er wird nicht im ICD-10 als psychische Störung angeführt, sondern unter „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Z73) gelistet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018). Tatsache ist, dass Burnout zu Depression und anderen psychischen

Störungen führen kann (Hakanen, Schaufeli, & Ahola, 2008), wobei die Grenzen zwischen diesen oft fließend sind.

Beim Secondary Traumatic Stress (STS) spielt der Kontakt mit Personen, die ein potenziell traumatisches Erlebnis erlitten haben, eine große Rolle. Durch das Wissen über dieses Erlebnis und das Verhalten der traumatisierten Personen bzw. durch das Auseinandersetzen mit diesem kann es zu einer Art Übertragung des Traumas kommen und dazu, dass HelferInnen die Bilder und Gedanken an das traumatische Erlebnis der Person und deren Leiden nicht mehr aus dem Kopf bekommen, an Schlaflosigkeit leiden und Angstzustände haben (Stamm, 2010). Die Symptome ähneln prinzipiell jenen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Figley, 1995). Ein weiteres Konzept, das oft mit STS in Zusammenhang gebracht wird, ist die Vicarious Traumatization. Dieses wurde 1990 von McCann und Pearlman erstmals beschrieben und ist dem STS sehr ähnlich. Vicarious Traumatization umfasst die psychische Belastung und Veränderung der Wahrnehmung durch das Behandeln von traumatisierten KlientInnen und wie sich dadurch die Empathie und das Engagement zu helfen ins Negative verändert (Pearlman & Saakvitne, 1995).

1.2. Coping

Coping wird auch Stressbewältigungsstrategie oder Stressverarbeitung genannt und hat die Aufgabe, den erlebten Stress durch psychische Vorgänge, die eingeleitet werden, zu senken (Janke, Erdmann, & Kallus, 1985). Dabei ist die Kategorisierung des Copingsverhaltens über die Literatur hinweg nicht einheitlich. In dieser Studie wird der Fokus auf die Unterscheidung zwischen emotionsorientiertem Coping, aufgabenorientiertem Coping und vermeidungsorientiertem Coping gelegt, inklusive der Subkategorien sozial-ablenkungsorientiertes Coping und zerstreungsorientiertes Coping, die vom Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) erfasst werden können (Endler & Parker, 1990).

1.2.1. Aufgabenorientiertes Coping.

Beim aufgabenorientierten Coping wird versucht, Stressoren und Situationen, in denen man vermehrt Stress ausgesetzt ist, zu beherrschen oder zu ändern. Zuerst wird das Problem erkannt, woraufhin Lösungen gesucht werden oder die Situationen neu bewertet werden, indem der eigene Zugang, die Einstellung oder das Ziel verändert wird. Hilfreich kann auch der

Ausbau von eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sein, um mit den Anforderungen besser umgehen zu können (Lazarus & Folkman, 1984).

1.2.2. Emotionsorientiertes Coping.

Durch emotionsorientiertes Coping sollen negative Gefühle und Emotionen in einer Situation, die nicht veränderbar ist, reguliert werden. Dies kann erreicht werden, indem man sich von der Situation distanziert, selektiv aufmerksam ist oder positive Vergleiche macht. Das Ziel ist eine Verbesserung des eigenen emotionalen Zustands (Lazarus & Folkman, 1984). Laut Endler und Parker (1990) kann zwar der emotionsorientierte Copingstil kurzfristig für Erleichterung sorgen und den Stress reduzieren, auf längere Sicht dürfte er jedoch die Stressbelastung verstärken.

1.2.3. Vermeidungsorientiertes Coping.

Das vermeidungsorientierte Coping hat zum Ziel, der Stressbelastung durch ablenkende Aktivitäten aus dem Weg zu gehen. Auch diese Copingstrategie ist, wie die emotionsorientierte Copingstrategie, eine passive, da es keine aktive Veränderung des Stressors oder der Situation gibt. Diese Stressbewältigungsstrategie ist zusätzlich in zerstreungsorientiertes Coping und sozial-ablenkungsorientiertes Coping unterteilt. Beim zerstreungsorientierten Coping werden Tätigkeiten gesucht, die einen vom eigentlichen Problem ablenken. Beim sozial-ablenkungsorientierten Coping wird die Ablenkung durch soziale Kontakte gesucht, indem zum Beispiel Freunde besucht werden (Endler & Parker, 1994, 1999).

1.3. Asylwesen in Österreich

Mit der Flüchtlingswelle im Herbst 2015 stieg die Anzahl an Asylanträgen von 28 064 im Jahr 2014 auf 88 340 und sank kontinuierlich, bis 2017 sogar nur mehr 14 627 Anträge gestellt wurden (Bundesministerium für Inneres, 2017). Diese Zahlen forderten natürlich in schnellster Zeit neue Asylquartiere, genug FlüchtlingsbetreuerInnen, AnwältInnen spezialisiert auf das Asylrecht, DolmetscherInnen und nicht zuletzt die Zivilcourage von vielen Freiwilligen im ganzen Land. Und auch wenn die Anträge sinken, sind doch die Asylverfahren so langwierig, dass sich viele der Angekommenen auch nach vielen Monaten bis Jahren in der Grundversorgung befinden und Betreuung brauchen. Die durchschnittliche Verfahrensdauer beim Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl betrug im Jahr 2016 9.1 Monate. Beim

Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl konnten außerdem mit 31. Dezember 2016 als Stichtag 33 076 Fälle mit einer Verfahrensdauer von mehr als einem Jahr ermittelt werden (Sobotka, 2017). Durch das anhaltende Ankommen von Geflüchteten hat sich der Verwaltungsaufwand so erhöht, dass die generelle Entscheidungsfrist des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl bis 31. Mai 2018 auf 15 Monate ausgeweitet wurde (Bundesministerium für Inneres, 2018b). Im Jahr 2017 wurden die meisten Anträge von syrischen Staatsangehörige gestellt. 92% bekamen einen positiven Asylbescheid. Am zweithäufigsten stellten afghanische StaatsbürgerInnen einen Asylantrag. Nur 46% bekamen einen positiven Asylbescheid und 32% einen negativen. Der Rest waren sonstige Entscheidungen. Nach SyrerInnen hatten Staatenlose und IranerInnen die höchste Chance auf ein Bleiberecht in Österreich. 85% bzw. 65% erhielten einen positiven Bescheid. Die restlichen Staatsangehörigkeiten verzeichneten Wahrscheinlichkeiten zwischen 1% bis 49%, einen positiven Bescheid zu bekommen (Bundesministerium für Inneres, 2018a). Ein negativer Bescheid in erster Instanz durch das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl bedeutet zudem nicht das Ende des Asylverfahrens. Die meisten Geflüchteten nutzen ihre Rechte und legen eine Beschwerde ein. Was für Geflüchtete bedeutet, dass das Warten von Neuem losgeht, bis eine Vorladung zum Bundesverwaltungsgericht kommt. In der Tat werden laut dem Bundesministerium für Inneres 36% aller negativen Bescheide des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl beim Bundesverwaltungsgericht wieder aufgehoben. Trotzdem ist das Warten auf die Entscheidung ein großer Stressfaktor für alle Geflüchteten. Zwar können Flüchtlinge nach einer dreimonatigen Frist eine Beschäftigungsbewilligung anfordern, diese ist aber nur für maximal sechs Monate auf Saisonarbeit im Tourismus und in der Landwirtschaft begrenzt. AsylwerberInnen, die unter 25 Jahre alt sind, können auch eine Beschäftigungsbewilligung für eine Lehrstelle erhalten. Allerdings muss die Lehrstelle nachweislich einen Lehrlingsmangel vorweisen können, damit die Bewilligung genehmigt wird, und diese ist kein Schutz vor einer Abschiebung bei einem negativen Bescheid. Dabei gibt es Studien, die belegen, dass das Abschotten von Geflüchteten von sinnvollen Tätigkeiten eine negative Auswirkung auf ihr Verhalten, aber auch psychisches Wohlbefinden hat (Black, Collyer, Skeldon, & Waddington, 2005). Natürlich ist geringe Beschäftigung nicht das einzige Problem. Viele Flüchtlinge haben in ihren Heimatländern potenziell traumatische Erlebnisse wie Verfolgung, Krieg, Folter, sexuelle Gewalt, aber auch die Trennung von der eigenen Familie erlebt (Frank et al., 2017). Auf der Flucht waren sie zudem gefährlichen Situationen ausgesetzt, manche verloren Familienangehörige oder Freunde aus den Augen oder erlebten (sexuelle) Gewalt. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depressionen und Angststörungen sind die am

häufigsten gestellten Diagnosen bei Asylsuchenden (Frank et al., 2017; Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006). Aus Angst vor Stigmatisierung wird dennoch häufig keine medizinische bzw. psychologische Hilfe in Anspruch genommen (Hanewald et al., 2015). Darüber hinaus sind die Erfahrungen vor und auf der Flucht nicht alleine ausschlaggebend für einen schlechten psychischen Zustand. Auch Situationen im Exil belasten die Geflüchteten sehr, denn häufig wird unter den Bedingungen, die im Asylheim herrschen, gelitten. Oft müssen Zimmer mit fremden Menschen geteilt werden oder mit der Familie auf engstem Raum gewohnt werden. Küche und sanitäre Anlagen müssen nicht selten mit allen Personen auf einem Stockwerk oder im ganzen Heim benutzt werden. Schlussendlich sind auch die erzwungene Arbeitslosigkeit, der unsichere Aufenthalt und Diskriminierungserfahrungen starke Belastungsfaktoren (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008). Vor allem das Warten auf den Bescheid bzw. ob man bleiben darf oder gehen muss, verbunden mit der Rechtspraxis, hat einen enormen Einfluss auf die Gesundheit der KlientInnen und in weiterer Folge auch auf die therapeutischen Möglichkeiten. Denn für Personen, die einen unsicheren Status haben, wird ungerne viel Geld ausgegeben. Somit kommt es nicht selten dazu, dass Ärzte, Therapeuten usw. aufgefordert werden, die Behandlung zu beenden, bevor eine Genesung stattfinden konnte. Belegt ist auch, dass der Zustand Geflüchteter, die psychisch stark belastet sind, sich verbessern bzw. verschlechtern kann, je nachdem wie das Asylverfahren sich entwickelt. Das jahrelange Warten auf die Klärung des Rechtsstatus in Verbindung mit einem kompliziertem Asylverfahren behindern die Therapie und fördern Erkrankungen. Diese sich verschlechternden Zustände sind in weiterer Folge nicht nur für die Betroffenen selbst kaum zu ertragen, sondern auch für das Personal, das sich um sie kümmert. Moralische Werte und Ziele erscheinen nicht mehr umsetzbar. Gewissenhaftigkeit der Berufsausübung, die Wiederherstellung bzw. Erhaltung des Gesundheitszustandes der KlientInnen und das Diskriminierungsverbot stehen in Diskrepanz zur Rechtslage, Rechtspraxis und behördlichen Praxis (Hanewald et al., 2015).

1.4. Freiwilligenarbeit in Österreich

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gibt folgende Definition für den Begriff „Freiwilligenarbeit“:

Unter Freiwilligenarbeit versteht man Leistungen und Hilfestellungen, die von Privatpersonen aus freien Stücken bzw. ohne gesetzliche Verpflichtung und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht

werden. Die Freiwilligentätigkeit kann in formeller Form bzw. ehrenamtlich oder informell bzw. im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erfolgen. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016, S. 10).

Zwischen April und November 2016 lag die Quote der ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren, die sich freiwillig engagierten zwischen 3.3 bis 3.5 Millionen. Davon gaben 2% an, freiwillig im Flüchtlingsbereich tätig zu sein, ohne in einen Verein oder eine Organisation eingebunden zu sein. Ebenfalls 2% gaben an, sich durch einen Verein oder eine Organisation ehrenamtlich für Flüchtlinge einzusetzen. Hier waren fast alle in einem Verein/einer Organisation tätig und nur einige in zwei. Die Hälfte hat sich dabei den Kernaufgaben gewidmet, ein Viertel hat administrative bzw. unterstützende Aufgaben übernommen, 11% hatten eine Leitungsfunktion, und der Rest erledigte andere Aufgaben. Die meisten waren dabei zwischen 1 bis 30 Tagen in den letzten 12 Monaten mit ihrer/n Aufgabe/n beschäftigt, wobei 40% regelmäßig der ehrenamtlichen Aufgabe nachgingen. 65% hatten auch nicht vor, in den nächsten zwei bis drei Jahren etwas an ihrem Engagement zu ändern, und 20% wollten sich sogar noch stärker engagieren. Allerdings hatten 14% vor, sich weniger zu engagieren oder ganz aufzuhören. Von allen freiwilligen FlüchtlingshelferInnen in Österreich waren ca. 60% weiblich und ca. 40% männlich. Unterscheidet man nach Berufstätigkeit und Bildungsgrad waren ca. 60% berufstätig und ca. 40% nicht berufstätig bzw. von allen Personen mit einem Maturabschluss oder höher, haben 5% Flüchtlinge unterstützt. Im Vergleich waren es nur 1% aller mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Vergleichsweise zu anderen Sparten des Freiwilligenengagements waren im Asylbereich die meisten Menschen mit Zuwanderungshintergrund vertreten, und zwar 27% aller Freiwilligen. 73% dieser hatte keinen Zuwanderungshintergrund. Hinsichtlich des Vorhabens, sich durch einen Verein oder eine Organisation unentgeltlich für Flüchtlinge einzusetzen, waren 3% der ÖsterreicherInnen gewillt, sich in den nächsten zwei bis drei Jahren freiwillig zu engagieren. Ebenfalls 3% gaben an, sich durch Nachbarschaftshilfe in den nächsten zwei bis drei Jahren im Flüchtlingsbereich etablieren zu wollen. Schaut man sich die Bundesländer näher an, haben sich 5% aller WienerInnen, 3% aller NiederösterreicherInnen und jeweils 2% oder weniger der Bevölkerung aus anderen Bundesländern in der Flüchtlingshilfe engagiert. Leider gibt es keine Vergleichszahlen für diese Sparte von früheren Jahren (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016). Betrachtet man die Tendenzen in Deutschland, könnte vermutet werden, dass die Zahlen der Freiwilligen im Flüchtlingsbereich deutlich gestiegen sind. Seit 2011 sind die Zahlen der FlüchtlingshelferInnen in Deutschland kontinuierlich gewachsen, was auch auf die steigende

Zahl der AsylwerberInnen seit 2008 zurückgeführt werden kann. 2009 konnte die Anzahl der HelferInnen noch im Promillenbereich verzeichnet werden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017; Gensicke & Geiss, 2010).

1.4.1. Freiwillige und professionelle Helfer – ein Vergleich.

Wirft man einen allgemeinen Blick auf den Vergleich zwischen ausgebildeten Arbeitskräften und freiwilligen Helfern, bekommt man einen Einblick, wie verschieden sich schwierige Arbeitsbedingungen auf das Wohlbefinden dieser auswirken können. Einige Studien haben untersucht, wie sich die Arbeit in einem Katastrophengebiet auf freiwillige HelferInnen auswirkt, wobei der Fokus hauptsächlich auf den Symptomen von PTBS lag (Bhushan & Kumar, 2012; Sifaki-Pistolla, Chatzea, Vlachaki, Melidoniotis, & Pistolla, 2016; Thormar et al., 2014). Auch gibt es viele Studien zu *Compassion Fatigue*, sekundärer Traumatisierung, *Compassion Satisfaction* und Burnout bei ausgebildeten Fachkräften (Adams, Boscarino, & Figley, 2006; Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Eine Studie von Avieli, Ben-David und Levy (2016) verglich professionelle TherapeutInnen und freiwillige HelferInnen. Sie stellten fest, dass Freiwillige eher an einer sekundären Traumatisierung und Burnout leiden als TherapeutInnen und niedrigere Werte bei *Compassion Satisfaction* aufweisen. Dabei spielt anscheinend ethisches Verhalten eine große Rolle. Das ethische Verhalten der TherapeutInnen kann die professionelle Lebensqualität vorhersagen, und sowohl bei Freiwilligen als auch bei TherapeutInnen korrelierte dieses negativ mit sekundärer Traumatisierung und Burnout und positiv mit *Compassion Satisfaction*. Die Ergebnisse von Avieli et al. (2016) lassen vermuten, dass ethisches Verhalten das Risiko, sich mit den KlientInnen in eine komplizierte Situation zu verwickeln, minimiert bzw. diesem vorgebeugt wird, was wiederum als Prävention gegen sekundäres Trauma und Burnout dient und eine gesunde *Compassion Satisfaction* aufrechterhält. Da sich TherapeutInnen durch ihren Beruf eher an ethische Richtlinien halten bzw. diese vorgegeben bekommen, erreichen sie auch bessere Werte bei der professionellen Lebensqualität als Freiwillige, die keine Vorgaben bezüglich ethischem Verhalten haben.

Aber auch die Tatsache, dass freiwillige HelferInnen mehr an PTBS-Symptomen leiden als professionelle Fachkräfte, nachdem sie in einem Katastrophengebiet gearbeitet haben (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996; Lee et al., 2017), und eher Symptome einer Angststörung aufweisen bzw. öfters psychologische Beratung aufsuchen (Lee et al., 2017), weist darauf hin, dass ein Unterschied zwischen diesen zwei Gruppen besteht. Die Anzahl an Studien, die sich mit diesem Bereich befassen, hält sich in Grenzen. Umso spärlicher fällt somit

die Forschung zum Thema professionelle Lebensqualität bei Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, aus, und eine Unterscheidung zwischen freiwilligen HelfernInnen und professionellem Personal wird nicht durchgeführt.

1.4.2. Freiwillige und professionelle Helfer im Flüchtlingsbereich.

Wie schon weiter oben erwähnt, zeichnet die Freiwilligenarbeit aus, dass Leistungen ohne Bezahlung und ohne Verpflichtung erbracht werden (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016). Das bedeutet, dass Freiwillige im Rahmen eines Vereins oder privat Flüchtlinge unterstützen, entweder durch das Beibringen der deutschen Sprache, der Begleitung zu Behörden, Ämtern oder vor Gericht und anderen Dingen, bei denen diese Menschen, vor allem am Anfang, Unterstützung brauchen. Professionelle HelferInnen hingegen sind in einem Bereich angestellt oder selbstständig, wo sie vorwiegend mit Flüchtlingen in Kontakt sind und bekommen dafür auch einen Lohn. Sie sind Tag für Tag mit den alltäglichen aber auch psychischen Problemen der Flüchtlinge konfrontiert (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011) und unterstützen ihre KlientInnen in den Bereichen, die ihnen durch ihre Arbeit bzw. durch ihre Expertise vorgegeben werden. Natürlich sind auch freiwillige HelferInnen den diversen Problemen der Schutzsuchenden ausgesetzt. Allerdings sind diese nicht verpflichtet, täglich oder eine bestimmte Stundenanzahl pro Woche den Kontakt mit ihren Schützlingen aufzusuchen. Sie können sich theoretisch zurückziehen, sobald es ihnen zu viel wird, und sich eine Auszeit gönnen, wenn sie diese brauchen. Jedoch können solche nicht definierten Zeiten auch dazu führen, dass sie sich rund um die Uhr für die betreuten Menschen zuständig fühlen und prinzipiell immer erreichbar sein wollen, wohingegen professionelles Personal ihren Feierabend und Urlaub meistens klar definiert hat. Nichtsdestotrotz konnten Guhan und Liebling-Kalifani (2011) zeigen, dass FlüchtlingsbetreuerInnen Schwierigkeiten damit haben, die verschiedenen arbeitsbezogenen Schwierigkeiten nicht mit nach Hause zu nehmen. Viele haben das Gefühl, dass die Arbeit einen großen Einfluss auf ihr Wohlbefinden hat, und berichteten von Problemen hinsichtlich Müdigkeit, Antriebslosigkeit und das Fehlen an Energie. Diejenigen, die angegeben haben, ihr Privatleben und Arbeitsleben abgrenzen zu können, erlebten solche Probleme seltener. In einer anderen Studie wurden BeraterInnen von Flüchtlingen nach ihren Erfahrungen befragt. Diese gaben an, dass aufgrund der Sprachbarrieren, die zum Teil einen Dolmetscher erforderten, diese Art von Arbeit schwieriger ist als dieselbe Arbeit mit Menschen ohne Fluchthintergrund. Wie FlüchtlingsbetreuerInnen fühlten auch sie sich des Öfteren emotional überwältigt, hilflos, antriebslos, frustriert und erschöpft (Century, Leavey, & Payne, 2007).

Professionelle Lebensqualität bei FlüchtlingsbetreuerInnen.

Guhan und Liebling-Kalifani (2011) untersuchten *Compassion Satisfaction*, Burnout und *Compassion Fatigue* bei Flüchtlingsbetreuern. In ihren Ergebnissen kam heraus, dass 25% des Personals in ihrem Job ein Verhalten zeigt, das einer *Compassion Satisfaction* zugeordnet werden kann, und ebenfalls hatten 25% ein erhöhtes Risiko, von Burnout betroffen zu sein. Allerdings waren 42% gefährdet, *Compassion Fatigue* zu entwickeln, was ein höherer Wert ist, als man ihn in der Normstichprobe findet. Diese Erkenntnisse können gut mit dem Gefühlserleben der BetreuerInnen in Zusammenhang gebracht werden, da *Compassion Fatigue* Erschöpfung, Depression, Frustration und Ärger erfasst.

Interne Schwierigkeiten in der Flüchtlingsarbeit.

Doch was sind die spezifischen Schwierigkeiten, abgesehen von der Sprachbarriere? Eine wichtige Komponente bei der Arbeit mit Flüchtlingen ist, ein gutes Vertrauensverhältnis aufzubauen, doch dies macht es kompliziert, eine professionelle Beziehung zu bewahren. Meistens beinhaltet Vertrauen auch, dass man öfters mit der Fluchtgeschichte konfrontiert wird oder mit Erzählungen über erlebte potenziell traumatische Erlebnisse. Das Gehörte muss folglich von den BetreuerInnen verarbeitet werden. Viele beschreiben auch eine gewisse Emotionslosigkeit von Seiten der Flüchtlinge, wenn diese über das Erlebte sprechen, aber nur wenige BetreuerInnen wissen, dass Dissoziation eine häufige Konsequenz eines traumatischen Erlebnisses sein kann, und sind dementsprechend verwirrt oder sogar schockiert. Generell mangelt es an Wissen, wie mit Traumatisierten umgegangen werden soll bzw. welchen Effekt die Arbeit mit Traumatisierten auf das eigene psychische Wohlbefinden haben kann. Ein weiterer Stressor ist das Zeitmanagement. Da die meisten BetreuerInnen nur wenig Zeit für sehr viele KlientInnen haben, führt dies zu einer Diskrepanz zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Qualität der Betreuung. Dieser Zeitdruck führt auch dazu, dass wenig Zeit bleibt, über die Erfahrungen im Beruf zu reflektieren, und aufgrund der Verantwortung und des Drucks ist es schwierig, sich frei zu nehmen oder auf Urlaub zu fahren. Die daraus resultierende Diskrepanz merken aber nicht nur die BetreuerInnen, sondern auch die Flüchtlinge, die manchmal ihre Erwartungen und Forderungen an diese zu sehr hochschrauben, und die resultierende Enttäuschung kann auch zu aggressivem Verhalten und Gewalt führen. Dieses und andere kriminelle Handlungen führen zu Gefühlen von Unbehagen bei den BetreuerInnen bzw. zu mehr Misstrauen und weniger Vertrauen anderen Menschen gegenüber. Andererseits empfinden sie, dass es kontraproduktiv ist, für ihre KlientInnen alles zu erledigen, nur um sie

zufriedenzustellen, da sie sie zu Selbstständigkeit bewegen möchten. Und obwohl Dankbarkeit auch als ein positiver und stärkender Faktor der Arbeit betrachtet wird, empfinden einige, dass sie nicht genug Dankbarkeit von ihren KlientInnen erfahren, was ebenfalls zu negativen Gefühlen führen kann. Deshalb kommt es auch nicht selten zu Gefühlsachterbahnen. Frustration und Ärger sind keine Seltenheit, genauso wie Traurigkeit, depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit und Entmutigung. Einige erleben sogar Ängstlichkeit, Panik, Stress und eine Überwältigung von Gefühlen (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011).

Externe Schwierigkeiten in der Flüchtlingsarbeit.

Abgesehen von den Faktoren, die intern problematisch wirken können, erschweren auch externe Faktoren die Arbeit und tragen somit ebenfalls zu der Entstehung negativer Gefühle bei. Die politischen Gegebenheiten, andere Institutionen oder Behörden, die sich um die Fürsorge der Flüchtlinge kümmern, erschweren teilweise die Arbeit der BetreuerInnen. Das Personal empfindet das System oft als unterdrückend und verantwortlich für viele Probleme der KlientInnen (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011; Robinson, 2013).

Positive Aspekte der Flüchtlingsarbeit.

Bei den wenigen Studien, die sich mit FlüchtlingshelferInnen beschäftigen, wird der Fokus auf die Bürden gelegt. Tatsächlich gibt es kaum Studien, die Vorteile der Arbeit mit Flüchtlingen untersuchen und hervorheben. Dabei geben FlüchtlingsbetreuerInnen an, dass positive Aspekte der Arbeit die weniger positiven überwiegen, indem ihre Tätigkeit ihre Einstellungen, Werte und Interessen unterstützt, und sie dafür wertgeschätzt werden bzw. Dankbarkeit erfahren. Fördernd wirkt es auch auf deren Reiselust, auf das Interesse für Entwicklungsländer und für kulturelle Diversität. Aber auch gute Veränderungen der Lebenssituation der Klienten mitzuerleben weckt ein Zufriedenheitsgefühl beim Personal. Des Weiteren fördert die Arbeit mit Flüchtlingen das Verständnis für andere Menschen, das eigene Selbstwertgefühl, die persönliche Stärke und reduziert wertende Haltungen. Schlussendlich führt die Tätigkeit auch zu einem Lerneffekt, indem man eine Kultur, ein Land und Traditionen kennenlernt, von dem man bis dahin nicht viel gewusst hat (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011).

Copingstrategien in der Flüchtlingsarbeit.

Copingstrategien sind Strategien, die Menschen anwenden, um zu vermeiden, dass sie in schwierigen Lebenssituationen den Boden unter den Füßen verlieren und um diese zu

bewältigen. Diese Lebenssituationen rufen bei Menschen Angst und Stress hervor, und Coping ist die aktive Antwort darauf (Pearlin & Schooler, 1978). Dabei kann zwischen adaptiven und maladaptiven Copingstrategien unterschieden werden, wobei adaptive Copingstrategien zu einer Verbesserung des Zustandes führen und maladaptive Copingstrategien als kontraproduktiv für den Zustand angesehen werden. Allerdings gibt es viele kritische Stimmen, die dieser Einteilung nicht zustimmen und der Meinung sind, dass jede Strategie eine positive oder negative Wirkung haben kann, je nachdem unter welchen Umständen sie angewendet wird (Kirby, Shakespeare-Finch, & Palk, 2011). Trotzdem ist wichtig zu wissen, welche Verhaltensweisen BetreuerInnen anwenden, um mit dem Erlebten besser klarzukommen. Einige Copingstrategien sind unter anderem mit FreundInnen ausgehen, sich Zeit für sich nehmen, lesen, Sport betreiben und Alkohol konsumieren. Auch der religiöse Glaube wurde des Öfteren als eine Strategie angegeben. Die häufigste Verhaltensweise ist, mit Familienmitgliedern, FreundInnen und KollegInnen über die Arbeit und deren Schwierigkeiten zu sprechen, und hilft laut vielen Betroffenen am meisten. Trotzdem äußerten HelferInnen den Wunsch nach mehr Unterstützung am Arbeitsplatz. Vor allem mit der angebotenen Supervision waren viele nicht zufrieden. Beschwerden gab es zum Beispiel über die Unregelmäßigkeit der Termine, das Fehlen eines vertraulichen Settings und dem übermäßigen Fokus auf die KlientInnen statt auf die eigenen Emotionen, und viele wussten auch nicht, wo sie sich zusätzliche Hilfe holen konnten, wünschten sich jedoch mehr Unterstützungsmöglichkeiten in Form einer externen Beratung und externen Supervision sowie einer Beratungsstelle für Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011; Larruina & Ghorashi, 2016).

Nimmt man also an, dass sich freiwillige Helfer von professionellen Hilfskräften in ihrem Stressempfinden bezüglich der Arbeit unterscheiden, kann man vermuten, dass dies unter anderem an unterschiedlichen Strategien, wie sie mit diesem Stress umgehen, liegt. Allerdings gibt es auch hier kaum Studien, die diese zwei Gruppen unterscheiden und miteinander vergleichen, vor allem nicht im Kontext der Flüchtlingshilfe. Dyregrov et al. (1996) verglichen Freiwillige und KatastrophenhelferInnen und stellten fest, dass kein signifikanter Unterschied zwischen freiwilligen und professionellen HelferInnen bestand. Trotzdem gaben freiwillige HelferInnen öfter an, selbst aufwertende Kommentare, aktive Unterdrückung von Gedanken und Distanzierung von bedrückenden Eindrücken als Selbstschutz zu verwenden. Aber auch über das Geschehen zu schweigen und Rückzug aus der Gesellschaft sind keine seltenen Phänomene unter Freiwilligen. Allgemein wurde sehr häufig Akzeptanz, positive Interpretation

und persönliches Wachstum als Strategie angewandt, um das Gesehene zu verarbeiten. Dies erweist sich als sehr wichtig, denn maladaptive Copingstrategien wie z.B. Substanzmissbrauch, Alkoholmissbrauch, sich zurückziehen etc. korrelieren signifikant mit PTBS-Symptomen (Mitchell, Griffin, Stewart, & Loba, 2004). Eine andere Studie, die professionelle Hilfskräfte auf ihre Copingstrategien untersuchte, fand heraus, je mehr Erfahrung die Personen hatten, desto eher wurden positive Strategien angewendet, wie zum Beispiel Konfrontation, Distanzierung, Selbstkontrolle, soziale Unterstützung aufsuchen, Akzeptanz der eigenen Verantwortung, Fluchtvermeidung und problemorientierte Problemlösung (Chang et al., 2003).

Gelingt es den Hilfskräften nicht, die biologische Stressreaktion zum Zeitpunkt des potenziellen Traumas zu regulieren, kann dies zu einer Reihe von psychobiologischen Veränderungen führen, die zu Intrusion, Vermeidung von Erinnerungen an das Ereignis und Symptomen von Übererregung führen (Olf, Langeland, & Gersons, 2005).

Basierend auf dem sehr wenig umfangreichen Forschungsbereich und den nicht sehr eindeutigen Ergebnissen, dass freiwillige Helfer weniger vorteilhafte Copingstrategien anwenden als professionelle, erfahrenere und geschulte Hilfskräfte (Dyregrov et al., 1996), bedarf es einer genaueren Untersuchung in diesem Bereich.

1.5. Vorurteile in der Flüchtlingsarbeit

Letztendlich stellt sich die Frage, ob durch die Arbeit mit Geflüchteten das eigene Weltbild so sehr geprägt wird, dass unter Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, offene oder subtile Vorurteile seltener als bei der Durchschnittsbevölkerung vorzufinden sind, beziehungsweise ob eine schlechtere professionelle Lebensqualität mit Vorurteilen korreliert. Ein Vorurteil wird meistens definiert als negative Einstellung gegenüber einer sozialen Gruppe und den Personen, die dieser Gruppe angehören. Wobei häufig bei dem Wort „Vorurteile“ automatisch an die offenen Vorurteile gedacht wird, die die negativen Einstellungen direkt und offen präsentieren. Dabei wird die Gruppe als minderwertig angesehen und intimer Kontakt mit einer Person dieser Gruppe nicht geduldet. Subtile Vorurteile sind hingegen eine Form von Vorurteilen, die indirekter Natur sind. Sie werden meist verdeckt ausgesprochen, in einer Weise, die in der Gesellschaft als legitim und akzeptiert gilt. Beispielsweise als Verteidigung der traditionellen Werte, indem das Opfer zum/r TäterIn gemacht wird, der/die nicht in einer Art und Weise handelt, wie es im Land üblich und erwünscht ist. Des Weiteren gehört auch die

Übertreibung der kulturellen Differenzen dazu. Diese werden als so gravierend und unüberbrückbar dargestellt, dass das Nicht-Akzeptieren der Gruppe damit legitimiert wird. Schlussendlich werden positive Emotionen gegenüber dieser Gruppe geleugnet und nicht ausgesprochen (Pettigrew & Meertens, 1995). Studien zeigen, dass subtile Vorurteile in der Bevölkerung weit verbreitet sind (Zick, Pettigrew, & Wagner, 2008). Allport (1954) nannte einige Bedingungen, die bestehen müssen, damit der Kontakt zu einer anderen Gruppe zu einer Reduzierung von Vorurteilen führt. Er meinte, dass ein gleicher Status der Gruppen gegeben sein muss, gemeinsame Ziele vorliegen müssen, eine Zusammenarbeit bestehen sollte und Rückhalt seitens staatlicher Institutionen. Diese Bedingungen konnten jedoch von Pettigrew und Tropp (2000) widerlegt werden. Leider gibt es keine Studie, die Vorurteile bei Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, gezielt untersucht hat. Allerdings gibt es Forschungsergebnisse, die belegen, dass der Kontakt zu Menschen aus anderen ethnischen Gruppen die Werte von subtilen und offenen Vorurteilen senken kann (Pettigrew & Tropp, 2000; White et al., 2009). Unabhängig von Allport's Bedingungen konnte eine Verbesserung der Einstellung gegenüber einer anderen Gruppe festgestellt werden, wenn ein direkter Kontakt mit dieser bestand. Der Effekt wirkte auch über die Gruppe hinaus, und die positiven Einstellungen konnten ebenfalls gegenüber Angehörigen dieser Gruppe beobachtet werden, mit denen zu keinem Zeitpunkt ein Kontakt bestanden hat. Das Aufeinandertreffen von verschiedenen Gruppen kann also dazu führen, dass Vorurteile gesenkt werden und das über verschiedene Kontexte und Situationen hinweg (Pettigrew & Tropp, 2000). Eine andere Studie zeigte, dass freundschaftlicher Kontakt die größte Auswirkung auf das Absenken von Vorurteilen aufweist, wohingegen der Kontakt bei der Arbeit eher geringe Auswirkungen hat (Hamberger & Hewstone, 1997), was auch damit zusammenhängen könnte, dass es ein oberflächlicher Kontakt und oft auch ein unfreiwilliger ist. Diese Faktoren fallen aber bei der Arbeit mit Flüchtlingen teilweise weg, da der Kontakt intensiver ist, häufig wegen der verstörenden Hintergrundgeschichten, die einem anvertraut werden und mit denen man sich auseinandersetzen muss, aber auch weil die Arbeit ausschließlich interkulturell ist und dies höchstwahrscheinlich auch bei der Bewerbung bzw. der Entscheidung mitberücksichtigt wurde. Prinzipiell konnte gezeigt werden, dass Studien, die keine Effekte von Kontakt auf Vorurteile finden konnten (Ford, 1986; McClendon, 1974; Stephan, 1987), entweder eine mangelhafte Stichprobe aufwiesen, keine strengen Einschlussregeln verwendet haben oder die Bewertung der Effekte des Kontakts nicht quantitativ durchgeführt haben.

1.6. HelferInnen helfen

Schließlich muss die Frage gestellt werden, welche Unterstützungsmaßnahmen aus Studien ableitbar sind und die Arbeit von FlüchtlingshelferInnen vereinfachen. Duncan, Shepherd und Symonds (2010) entwickelten ein Manual, das BetreuerInnen und Ehrenamtliche in ihrer Arbeit mit Geflüchteten unterstützen soll. Durch eine Befragung fanden sie heraus, dass mehr Information über die Heimatländer der Asylsuchenden gefordert wurde, ebenso wie die politische Situation und Konfliktsituation in diesen. Des Weiteren wurden Wünsche geäußert, mehr über die bevorstehende Arbeit mit Geflüchteten zu erfahren. Konkret, was auf sie zukommt, was sie erwarten sollen und welche Strategien sie in gewissen Situationen anwenden können. Darüber hinaus wollten BetreuerInnen und Ehrenamtliche auch über die Kulturen informiert werden, Bedeutung und Unterschiede non-verbaler Gesten oder Ausdrücke, kulturelle Tabus und darüber wie sich das Wohnen in einem Asylheim auf ein Leben auswirken kann. Die Notwendigkeit persönliche Werte beiseite zu legen und dem KlientInnen zu erlauben, die führende Hand in einer Interaktion zu sein, wurde als sehr wichtig empfunden, inklusive einer Sensibilisierung für neu angekommene Flüchtlinge und deren Anliegen bzw. diese in einem kulturell akzeptablen Rahmen anzugehen. Da sprachliche Barrieren auch des Öfteren eine Hürde darstellen, wünschen sich Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, Hilfsmittel, die eine Kommunikation vereinfachen. Schlussendlich entstand aus diesen Inputs ein Manual, das die Themen Sprachbarrieren, Erwartungen von KlientInnen, Änderungen im Familienleben, lebenspraktische Fähigkeiten, kulturelle Differenzen und Burnout und Grenzen aufgreift. Auch wenn theoretisches Training nicht die praktische Erfahrung ersetzen kann, ist Hintergrundwissen enorm wichtig, um die Schwierigkeiten innerhalb dieses Berufsbildes zu meistern, ohne von Gefühlen von Überforderung überwältigt zu werden (Duncan, Shepherd, & Symonds, 2010). Neben Hintergrundinformationen ist es aber auch wichtig, sowohl Personalmangel und den damit einhergehenden Stress und Überstunden des Personals zu umgehen als auch befristete Verträge zu vermeiden, die oft dazu führen, dass sich die BetreuerInnen nicht als vollwertiges Mitglied am Arbeitsplatz betrachten (Collins 2008). Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt ist die Supervision. Supervision fördert Reflexion durch Unterstützung und Expertise. Es bietet einen Ort der Sicherheit, wo über die Arbeit reflektiert werden kann, Schwierigkeiten angesprochen werden können, und hat ein langanhaltendes Wohlbefinden des Personals zum Ziel (Robinson, 2013). Tatsächlich konnte gezeigt werden, dass ohne Supervision die Berufsausübung weniger effektiv ist und Personen eher zu Burnout neigen (Collins, 2008; Lloyd, King, & Chenoweth, 2002). Trotzdem ist Supervision im

Flüchtlingskontext noch nicht so etabliert wie in anderen Berufssparten. Die Folgen sind häufig starke Fluktuation und Änderungen innerhalb des Betriebs. Wobei Kostengründe meistens die Begründung darstellen, wieso Supervision und Trainings nicht etabliert werden. Eine weitere Schwierigkeit ist der Mangel an Ressourcen. Oft werden deshalb interne Personen, die auch sonst im direkten Kontakt zum Personal stehen, als SupervisorInnen eingesetzt. Dabei wäre es wichtig für FlüchtlingsbetreuerInnen, solide Supervisionen und andere Unterstützungen anzubieten, Zugang zu Fort- und Weiterbildungen zu ermöglichen, aber sie auch aktiv in die betriebsinternen Entscheidungen, die die Geflüchteten direkt oder indirekt betreffen, einzubinden. FlüchtlingsbetreuerInnen müssen die Fähigkeiten und Resilienz besitzen, um effektiv arbeiten und im Zuge dessen auch die Menschenrechte von ihren KlientInnen wahren zu können. Dazu müssen Ressourcen bereitgestellt werden, einschließlich des Angebots einer Supervision. Denn effektive Supervisionsstrategien sind ein wesentlicher Bestandteil für den effizienten Einsatz von Ressourcen und der Erzielung professioneller Ergebnisse (Robinson, 2013).

1.7. Zielsetzung der Studie

Die Zielsetzung dieser Studie ist zu untersuchen, wie es um die professionelle Lebensqualität von Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, bestellt ist. Die positiven und negativen Aspekte der Arbeit im Flüchtlingskontext sollen näher betrachtet und untersucht werden, wie sich diese auf die professionelle Lebensqualität auswirken. So sollen Inputs für zukünftige Forschung geschaffen werden, aber auch das Bewusstsein der Betroffenen und ihren Arbeitgebern für die Auswirkungen von Tätigkeiten mit potenziell traumatisierten Menschen auf das psychische Wohlbefinden gefördert werden. Neben den Schwierigkeiten, denen die HelferInnen ausgesetzt sind, sollen aber auch die positiven Aspekte der Flüchtlingsarbeit hervorgehoben und aufgezeigt werden, welche förderlichen Wirkung diese auf das Wohlbefinden haben. Weiters sollen Tendenzen in der Wahl von Copingstrategien betrachtet werden und so Vorschläge für Interventionen gegeben werden. Schlussendlich soll die Rolle von offenen und subtilen Vorurteilen analysiert werden und die Frage, ob diese bei Menschen, die mit Flüchtlingen im häufigen Kontakt sind, seltener anzutreffen sind, beantwortet werden.

2. Methode

2.1. Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus 412 Personen zusammen, von denen 131 ehrenamtlich mit Geflüchteten zu tun hatten, 191 auf beruflicher Ebene und 90 Personen sowohl durch eine ehrenamtliche Tätigkeit als auch in ihrem Beruf mit Flüchtlingen in Kontakt waren. Insgesamt wurden 305 weibliche Personen und 106 männliche befragt, und eine Person gab an, einem anderen Geschlecht anzugehören. Eine genauere Beschreibung der Stichprobe wird im Kapitel „Ergebnisse“ vorgenommen.

Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Befragten mindestens 18 Jahre alt sind, um die Fragen adäquat beantworten zu können. Zudem sollten die Menschen seit mindestens sechs Monaten im Flüchtlingsbereich tätig sein und direkten Kontakt mit Geflüchteten haben. Dies wurde mittels einer kurzen Überprüfungsfrage persönlich bzw. am Anfang des Fragebogens ermittelt. Hat eine Person nicht den Anforderungen entsprochen, wurde sie automatisch ausgeschlossen.

2.2. Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte online und auf persönlicher Basis. Freiwillige sind unter anderem gut auf Facebook vernetzt. Die größte Vernetzungsgruppe „START NOW. Flüchtlingshilfe“ zählte über 9000 Mitglieder ("START NOW. Flüchtlingshilfe", n.d.), aber es gab noch einige kleinere Gruppen, die sich auf bestimmte Regionen beschränken. Da der Fragebogen ein Onlinefragebogen war und auf Socisurvey.de hochgeladen wurde, konnte in diesen Gruppen der Link gepostet werden ("SoSci Survey (oFb - der onlineFragebogen)", n.d.). Weiters wurde auch über verschiedene E-Mail-Kontakte rekrutiert. Auf persönlicher Ebene erfolgte dies über Freunde und verstärkt im Raum Schwechat über Bekanntschaften. Zuletzt konnte das sogenannte Schneeballsystem abhelfen, indem bereits rekrutierte Probanden den Fragebogen an Kollegen weiterschickten. Der verwendete Onlinefragebogen setzte sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Soziodemographische Daten
- Professional Quality of Life Scale (ProQol)
- Brief Symptom Inventory (BSI)
- Perceived Stress Questionnaire-20 (PSQ-20)

- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)
- Fagerström-Test
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Blatant and Subtle Prejudice Scale (BSPS)

2.3. Studiendesign und Messinstrumente

Das Studiendesign wurde in Form einer quantitativen Querschnittstudie mit den nachfolgend beschriebenen Messinstrumenten durchgeführt.

2.3.1. Soziodemographische Daten.

Im soziodemographischen Fragebogen wurde das Geschlecht, Alter, Körpergröße, Körpergewicht, Nationalität, Beziehungsstatus, der höchste abgeschlossene Bildungsabschluss, die Tätigkeits- und Berufsbezeichnung, der aktuelle Beschäftigungsstatus, Beschäftigungsform, durchschnittliche Arbeitsstunden/Woche, das Klientel, Berufserfahrung, der frühere Beruf und die Berufserfahrung im früheren Beruf erfasst. Zusätzlich wurde erfragt, ob durch eine Schulung/Workshop/Ausbildung o.ä. Wissen über Arbeit im interkulturellen Kontext und/oder über die Arbeit mit traumatisierten Menschen erworben wurde.

2.3.2. Professional Quality of Life (ProQoL-R III).

Die Skala zur professionellen Lebensqualität misst den Grad an Compassion Satisfaction und Compassion Fatigue bei Menschen, die in helfenden Berufen tätig sind bzw. häufigen Kontakt zu potenziell traumatisierten Personen haben. Dabei bezieht sich Compassion Satisfaction auf das positive Gefühl, das bei Menschen entsteht, wenn sie ihre Arbeit ausführen, und die positiven Aspekte, die sie ihrer Tätigkeit entnehmen können. Compassion Fatigue hingegen bezeichnet den negativen Aspekt des helfenden Berufs. Hier kann der Begriff noch einmal in Burnout und sekundäres Trauma differenziert werden, wobei sich Burnout auf Erschöpfung, Frustration, Ärger und Depression resultierend aus dem Beruf bezieht und sekundäres Trauma auf das negative Gefühl, das durch Angst und Traumatisierung im Beruf hervorgerufen wird. Bei ProQoL liegt das Cronbachs Alpha bei Compassion Satisfaction bei $\alpha=.87$, bei Secondary Traumatic Stress bei $\alpha=.80$ und bei der Burnout-Skala bei $\alpha=.72$ (Stamm, 2010).

2.3.3. Brief Symptom Inventory (BSI).

Das Brief Symptom Inventory ist eine Kurzform der SCL-90-R. Es erfasst neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und drei Globale Kennwerte (CSI, PSDI, PST). Dieses 53 Fragen umfassende Selbstbeurteilungsinventar soll die psychische Belastung in den vergangenen sieben Tagen beurteilen bzw. die symptomatische Belastung von KlientInnen, PatientInnen und ProbandInnen erfassen. Das Cronbachs α der Skalen liegt für das BSI in einem Bereich von $\alpha = .70$ (Psychotizismus) bis $\alpha = .87$ (Depressivität) (Derogatis & Melisaratos, 1983; Franke, 2000).

2.3.4. Perceived Stress Questionnaire – 20-Item-Version (PSQ-20).

Die deutsche Version des Perceived Stress Questionnaire erhebt das Ausmaß des subjektiv wahrgenommenen Stresserlebens und der Stressbelastung auf der emotionalen und kognitiven Ebene. Dabei liegt der Fokus auf dem aktuellen Ausmaß des Belastungserlebens bzw. der Reaktion des Individuums. Dieses wird mit Hilfe der vier Subskalen *Anspannung*, *Sorgen*, *Freude* und *Anforderungen* erhoben. Die Subskala *Anspannung* vereint Erschöpfung, Unausgeglichenheit und das Fehlen körperlicher Entspannung. Die Subskala *Sorgen* erfasst Sorgen, Zukunftsängste und Frustrationsgefühle. Sicherheit, Zufriedenheit und Frohsinn fallen unter die Subskala *Freude*, und schlussendlich erfasst die Subskala *Anforderungen* die externen Stressoren Zeitmangel, Termindruck und Aufgabenbelastung. Durch den Summenscore kann das allgemeine Stresserleben abgeleitet werden. Je höher die Werte, desto höher das Stresserleben. Das Gütekriterium der Reliabilität für die 20-Item-Version ist mit Cronbachs $\alpha = .92$ für den Gesamtwert und die Subskalen zwischen .79 und .83 als gut zu bezeichnen (Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001).

2.3.5. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

Mit dem Coping Inventory for Stressful Situations können Copingstrategien erhoben werden. Grob können Menschen nach drei Copingstrategien bei der Bewältigung stressreicher Situationen unterschieden werden: nach dem prozess-/aufgabenorientierten Coping, emotionsorientierten Coping und vermeidungsorientierten Coping, die der Fragebogen mit 24 Items erfasst. Dabei teilt sich das vermeidungsorientierte Coping noch einmal in die Subskala zerstreuerorientiertes Coping und sozial-ablenkungsorientiertes Coping. Cronbachs Alpha

beträgt für den aufgabenorientierten Copingstil $\alpha = .75$, für den emotionsorientierten Copingstil $\alpha = .77$ und für den vermeidungsorientierten Copingstil $\alpha = .79$ (Endler & Parker, 1990; Kälén, 1995).

2.3.6. Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA).

Der Fagerström-Test ist eine Selbstbeurteilungsskala und erlaubt es auf eine sehr ökonomische Weise, die Nikotinabhängigkeit einer Person festzustellen. Das Verfahren besteht aus sechs Items. Der erreichte Punktwert kann den Schweregrad der Abhängigkeit direkt einstufen. Die Retest-Reliabilität des Fragebogens liegt bei .88, das Cronbachs Alpha bei $\alpha = .61$ (Bleich, Havemann-Reinecke, & Kornhuber, 2002).

2.3.7. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Der „Alcohol Use Disorders Identification Test“ (AUDIT) ist ein einfach durchführbares Screening-Instrument für schädlichen Alkoholkonsum sowie Alkoholabhängigkeit. Der AUDIT ist ein Zehn-Item-Fragebogen in drei Achsen, der das Konsummuster, die Abhängigkeitssymptome und Probleme infolge von Alkoholkonsum erfasst (Bohn, Babor, & Kranzler, 1995). Für die deutsche Version des AUDIT beträgt das Cronbachs $\alpha = .83$ (Dybek, 2008).

2.3.8. Blatant and Subtle Prejudice Scale (BSPS).

Die *Blatant and Subtle Prejudice Scale* besteht aus den Subskalen *Traditionelle Werte*, *Kulturelle Differenzen* und *Positive Emotionen*, die als subtiler Rassismus zusammengefasst werden. Die Subskalen *Bedrohung und Ablehnung* und *Intimität* bilden den offenen Rassismus. Die „Blatant Prejudice Scale“ erreicht ein Cronbachs Alpha von .87 bis .90. Im Vergleich dazu erreicht die *Subtle Prejudice Scale* ein niedrigeres, aber immer noch sehr gutes Cronbachs Alpha von .73 bis .82 (Pettigrew & Meertens, 1995).

3. Fragestellungen und Hypothesen

Basierend auf dem theoretischen Hintergrund und dem Mangel an Studien, die sich mit der Lebensqualität von Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, auseinandersetzen, entstanden folgende Forschungsfragen:

3.1. Fragestellung 1: Coping, Alter und Geschlecht

Gibt es hinsichtlich des Geschlechts und des Alters Unterschiede bezüglich der Copingstrategien bei Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten?

$H_{0(1.1)}$ Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen weiblichen und männlichen FlüchtlingshelferInnen.

$H_{1(1.1)}$ Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen weiblichen und männlichen FlüchtlingshelferInnen.

$H_{0(1.2)}$ Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen jüngeren und älteren FlüchtlingshelferInnen.

$H_{1(1.2)}$ Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen jüngeren und älteren FlüchtlingshelferInnen.

3.2. Fragestellung 2: Coping bei HelferInnen

Unterscheiden sich freiwillige HelferInnen von professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich ihrer Copingstrategien?

H_0 : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

H_1 : Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

3.3. Fragestellung 3: Coping und Ausbildung

Unterscheiden sich Personen mit einer Ausbildung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung von HelferInnen, die keine derartige Ausbildung haben, hinsichtlich ihrer Copingstrategien?

H_0 : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im Interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifischen Ausbildung.

H₁: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im Interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifischen Ausbildung.

3.4. Fragestellung 4: Vorurteile und Ausbildung

Unterscheiden sich HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im Interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen?

H₀: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im Interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung.

H₁: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im Interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung.

3.5. Fragestellung 5: Vorurteile bei HelferInnen

Unterscheiden sich ehrenamtliche von professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen?

H₀: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen ehrenamtlichen und professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten.

H₁: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen ehrenamtlichen und professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten.

3.6. Fragestellung 6: Professionelle Lebensqualität und soziodemographische Daten

Gibt es hinsichtlich der soziodemographischen Daten Unterschiede bezüglich der professionellen Lebensqualität bei Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten?

$H_{0(6.1)}$: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Frauen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Männern, die mit Geflüchteten arbeiten.

$H_{1(6.1)}$: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Frauen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Männern, die mit Geflüchteten arbeiten.

Die Hypothesen 6.2 bis 6.7, die sich auf Alter, ausländische Wurzeln, Bildungsniveau, Beziehungsstatus, Berufserfahrung und Ausbildung beziehen, sind analog zu der Hypothese 6.1 formuliert.

3.7. Fragestellung 7: Professionelle Lebensqualität und Ausbildung bei HelferInnen

Hat der Faktor „Schulung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung“ einen Einfluss auf die professionelle Lebensqualität von freiwilligen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten, und professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten?

H_0 : Es gibt keinen Unterschied zwischen der professionellen Lebensqualität bei freiwilligen und professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten, unter Einfluss der Variable der Ausbildung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung.

H_1 : Es gibt einen Unterschied zwischen der professionellen Lebensqualität bei freiwilligen und professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten, unter Einfluss der Variable der Ausbildung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung.

3.8. Fragestellung 8: Professionelle Lebensqualität und Vorurteile

Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Skalen der Professional Quality of Life und der Blatant and Subtle Prejudice Scale?

$H_{0(8.1)}$: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Compassion Satisfaction und Blatant Prejudice.

$H_{1(8.1)}$: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Compassion Satisfaction und Blatant Prejudice.

Die Hypothesen 8.2 bis 8.6 sind analog zu der $H_{0(8.1)}$ und $H_{1(8.1)}$ formuliert.

3.9. Fragestellung 9: Professionelle Lebensqualität bei HelferInnen

Unterscheiden sich freiwillige HelferInnen von professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich ihrer professionellen Lebensqualität?

H_0 : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

H_1 : Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

3.10. Statistische Auswertung.

Die erhobenen Daten wurden in das statistische Programm IBM SPSS 24 übertragen, das zur statistischen Analyse diente. Die Normalverteilung wurde aufgrund der großen Stichprobe und des zentralen Grenzwertes angenommen und durch Q-Q-Diagramme und Histogramme überprüft. Die Homogenität der Varianzen wurde mit Hilfe des Levene-Tests ermittelt. Das Signifikanzniveau wurde bei dieser Untersuchung auf $p \leq .05$ festgelegt. Bei jenen Hypothesen, die eine Überprüfung von Mittelwertunterschieden von zwei Gruppen erfordern, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben verwendet. Mussten die Mittelwerte von mehr als zwei Gruppen miteinander verglichen werden, wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) herangezogen. War eine Normalverteilung nicht gegeben, wurde statt einer ANOVA ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Effektstärken wurden berechnet, um die Ergebnisse auf ihre Bedeutsamkeit zu

überprüfen. Bei t-Tests wurde die Effektstärke mittels Cohen's d bestimmt. Nach Cohen (1988) spricht man von einem kleinen Effekt ab $d = 0.20$, einem mittleren Effekt ab $d = 0.50$ und einem großen Effekt ab $d = 0.80$. Das Effektmaß Eta-Quadrat (η^2) wurde im Zuge der ANOVA berechnet und erfasst, wieviel Prozent der abhängigen Variable durch die unabhängige Variable erklärt werden können. Ein $\eta^2 \geq .01$ steht für einen kleinen Effekt und meint, dass $\geq 1\%$ der Gesamtvarianz erklärt werden können. Ein mittlerer Effekt wird ab $\eta^2 = .06$ angenommen, was bedeutet, dass $\geq 6\%$ der Varianz erklärt werden können. Einen großen Effekt gibt es ab $\eta^2 = .14$, $\geq 14\%$ der Gesamtvarianz wird erklärt (Cohen, 1988). Jene Hypothese, die Zusammenhänge zwischen metrischen Variablen erforschen wollte, wurde mittels einer Pearson-Korrelation untersucht. Die Stärke der Zusammenhänge wurde mittels des Korrelationskoeffizienten r angegeben. Bei fehlender Normalverteilung wurde statt der Pearson-Korrelation eine Rangkorrelation nach Spearman r_s verwendet. In beiden Fällen gilt, dass ab einem $r = .10$ ein kleiner, ab $r = .30$ ein mittlerer und ab $r = .50$ ein großer Effekt besteht. Bei der Untersuchung von zwei unabhängigen Variablen auf eine abhängige wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse zur Berechnung herangezogen. Auch hier wurde zusätzlich das Eta-Quadrat als Effektmaß berechnet.

4. Ergebnisse

4.1. Rücklaufstatistik

Der Fragebogen wurde insgesamt 775 Mal begonnen, wovon 416 Personen den Fragebogen zu Ende ausgefüllt haben. Allerdings erfüllten vier davon nicht die geforderten Kriterien und mussten aus der Stichprobe ausgeschlossen werden. Am häufigsten wurde bei den ersten drei Seiten abgebrochen, wobei auf Seite 5 eine leicht erhöhte Abbruchquote beobachtet werden konnte. Auf dieser Seite kam der Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) zum Einsatz. Am meisten beschwerten sich allerdings die befragten Personen über den Blatant and Subtle Prejudice Scale (BSPS). Fast alle Rückmeldungen, die per E-Mail ausgesprochen wurden, bezogen sich auf diesen Teil und kritisierten den Fragebogen stark. In der Statistik konnte jedoch keine sonderlich hohe Abbruchrate beobachtet werden.

4.2. Stichprobenbeschreibung

Eine übersichtliche Darstellung der Stichprobe kann Tabelle 1 entnommen werden.

4.2.1. Ehrenamt und Beruf.

Die Stichprobe wurde insgesamt in drei Gruppen unterteilt, und zwar in Ehrenamtliche (Gruppe E), Hauptberufliche (Gruppe B) und jene, die sowohl ehrenamtlich als auch hauptberuflich in Kontakt mit Flüchtlingen sind (Gruppe EB). Zur Gruppe E zählen insgesamt 131 (31.8%) der Befragten, zur Gruppe B 191 (46.4%) und zur Gruppe EB 90 Personen (21.8%).

4.2.2. Geschlecht und Alter.

Von den 412 FlüchtlingshelferInnen, die den Onlinefragebogen komplett ausgefüllt haben, waren 305 Personen (74.1%) weiblich, 106 (25.7%) männlich und eine Person (0.2%) gab an, einem anderen Geschlecht anzugehören. Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen betrug 43 Jahre, wobei die jüngste Person 20 Jahre alt und die älteste 80 Jahre alt war. Ehrenamtliche sind mit 52 Jahren im Durchschnitt am ältesten, Hauptberufliche mit 38 Jahren am jüngsten. In Gruppe EB betrug das Durchschnittsalter 43 Jahre. Die Altersspanne glich in allen drei Gruppen jener der Gesamtstichprobe.

4.2.3. Nationalität und Migrationshintergrund.

367 Personen (89.1%) gaben an, ÖsterreicherInnen zu sein, 22 Personen (5.3%) gaben Deutschland als ihre Nationalität an, und 23 Personen (5.6%) waren aus Afghanistan, Argentinien, Armenien, Bosnien und Herzegowina, Hong Kong, dem Irak, dem Iran, Italien, Luxemburg, Rumänien, der Schweiz, der Slowakei, Slowenien, Syrien oder gaben als Nationalität die Europäische Union an. Zudem gaben insgesamt 188 der Befragten (45.6%) an, ausländische Wurzeln zu besitzen. In dieser Studie bedeutet ausländische Wurzeln zu haben, dass zumindest ein Teil der Eltern und/oder Großeltern nicht in Österreich geboren wurde. In der Gruppe E hatten 38.9% ausländische Wurzeln, in Gruppe B sogar 47.6% und in Gruppe EB fand man mit 51.1% den höchsten Anteil an Personen mit ausländischen Wurzeln.

4.2.4. Bildung, Ausbildung in Trauma und Interkulturalität und Berufserfahrung.

Die Stichprobe teilte sich in 279 AkademikerInnen (67.8%) und 133 Nicht-AkademikerInnen (32.2%) auf, wobei die meisten Personen mit Universitätsabschluss

innerhalb der Gruppe der Hauptberuflichen zu finden waren, insgesamt 148 (77.5%). 261 Personen (63.3%) hatten zudem eine zusätzliche interkulturelle Ausbildung und 27 (6.6%) eine Ausbildung im Trauma Bereich. Schlussendlich wurde auch nach der aktuellen Berufserfahrung gefragt und diese in drei Stufen eingeteilt. Neulinge waren alle mit Berufserfahrung bis zu drei Jahren, Fortgeschrittene alle mit Berufserfahrung von mehr als drei Jahren bis hin zu zehn Jahren, und ExpertInnen waren all jene, deren Erfahrung mehr als zehn Jahre betrug. In Einklang mit dem Alter hatten Ehrenamtliche die meisten ExpertInnen (siehe *Tabelle 1*).

Tabelle 1.
Stichprobe

		Gesamtstichprobe	Ehrenamtliche (Gruppe E)	Hauptberufliche (Gruppe B)	Beides (Gruppe EB)
Geschlecht					
	N	412 (100%)	131 (31.80%)	191 (46.36%)	90 (21.84%)
	männlich	106 (25.73%)	35 (8.50%)	54 (13.10%)	17 (4.13%)
	weiblich	305 (74.03%)	96 (23.30%)	137 (33.26%)	72 (17.47%)
	anderes	1 (0.24%)	-	-	1 (0.24%)
Alter					
	n	411	131	190	90
	Mittelwert	43.18	51.87	37.39	42.72
	Standardabweichung	13.89	14.70	10.32	12.84
	Minimum	20	21	20	20
	Maximum	80	80	74	79
Bildung					
	n	412 (100%)	131 (31.80%)	191 (46.36%)	90 (21.84%)
	AkademikerInnen	279 (67.72%)	67 (16.27%)	148 (35.92%)	64 (15.53%)
	Nicht-AkademikerInnen	133 (32.28%)	64 (15.53%)	43 (10.44%)	26 (6.31%)
Nationalität					
	n	412 (100%)	131 (31.80%)	191 (46.36%)	90 (21.84%)
	Österreich	367 (89.08%)	120 (29.13%)	169 (41.02%)	78 (18.93%)
	Deutschland	22 (5.34%)	6 (1.46%)	8 (1.94%)	8 (1.94%)
	Andere	23 (5.58%)	5 (1.21%)	14 (3.40%)	4 (0.97%)

Ausländische Wurzeln

n	412 (100%)	131 (31.80%)	191 (46.36%)	90 (21.84%)
ja	188 (45.63%)	51 (12.38%)	91 (22.09%)	46 (11.16%)
nein	224 (54.37%)	80 (19.42%)	100 (24.27%)	44 (10.68%)

Ausbildung

n	412 (100%)	131 (31.80%)	191 (46.36%)	90 (21.84%)
interkultur. Ausbildung	261 (63.35%)	39 (9.47%)	150 (36.41%)	72 (17.47%)
Trauma Ausbildung	27 (6.55%)	4 (0.97%)	19 (4.61%)	4 (0.97%)
keine	124 (30.10%)	88 (21.36%)	22 (5.34%)	14 (3.40%)

Berufserfahrung

n	397 (96.36%)	119 (28.89%)	189 (45.87%)	89 (21.60%)
Neuling	138 (33.49%)	18 (4.37%)	93 (22.57%)	27 (6.55%)
Fortgeschritten	106 (25.73%)	21 (5.10%)	52 (12.62%)	33 (8.01%)
ExpertIn	153 (37.14%)	80 (19.42%)	44 (10.68%)	29 (7.04%)

4.3. Cronbach's Alpha der Blatant und Subtle Prejudice Scale

Nach Pettigrew und Meertens (1995) werden vier Kategorien bei den erfassten Vorurteilen unterschieden. Hat man hohe Werte in offenem und subtilem Rassismus, fällt man in die Kategorie *bigot*. Personen mit niedrigen Werte in offenem und subtilen Rassismus, werden als *equalitarians* bezeichnet. Personen mit niedrigen Werten bei offenem Rassismus, allerdings hohen Werten bei subtilem Rassismus werden als *subtles* kategorisiert, und hohe Werte bei offenem Rassismus und niedrige bei subtilem Rassismus sind *Fehler*. In der untersuchten Stichprobe war die größte Mehrheit egalitär einzustufen, insgesamt 399 Personen fielen in diese Kategorie. Eine Person war bigot, sieben Personen subtil und fünf Personen wurden als Fehler eingestuft. Die Stichprobe besteht aus fast nur egalitären Personen. Menschen, die niedrige Werte in beiden Skalen aufweisen, wünschen sich mehr Rechte für Flüchtlinge und Immigranten. Sie wünschen sich ein Bleiberecht für die meisten oder alle Angekommenen und bemühen sich um eine Verbesserung der Beziehung zwischen Einheimischen und Flüchtlingen. Zusätzlich wurde die Reliabilität überprüft. Dabei ergab sich ein Cronbach's Alpha von .80 für die Blatant-Skala und ein Alpha von .77 für die Subtle-Skala. Ein Cronbach's Alpha von .62 wurde für die Kategorie Bedrohung und Zurückweisung der Blatant Prejudice Scale gemessen. Die Unterkategorie Intimität der Blatant Prejudice Scale erreichte ein Cronbach's Alpha von

.65. Die Unterkategorie Traditionelle Werte, die unter die Subtle Scale fällt, erreichte ein Cronbach's Alpha von .63, kulturelle Differenzen ein Cronbach's Alpha von .73 und positive Emotionen ein Cronbach's Alpha von .65. Alles in allem erzielten alle Unterkategorien eine fragwürdige interne Konsistenz, bis auf kulturelle Differenzen, diese erreichten einen akzeptablen Wert. Die Hauptskalen Subtle Prejudice Scale und Blatant Prejudice Scale erreichten einen akzeptablen bzw. guten Wert. Eine überschaubare Auflistung der Werte findet sich in *Tabelle 2*.

Tabelle 2.
BSPS - Cronbach's Alpha

	Cronbach's Alpha
Offene Vorurteile Skala	.80
Bedrohung und Zurückweisung	.62
Initmität	.65
Subtile Vorurteile Skala	.77
Traditionelle Werte	.63
Kulturelle Differenzen	.73
Positive Emotionen	.65

4.4. Professionelle Lebensqualität innerhalb der Stichprobe

Innerhalb der untersuchten Stichprobe beträgt der Mittelwert sowohl von Compassion Satisfaction, Burnout als auch Secondary Traumatic Stress 50 und die Standardabweichung 10, was mit den Ergebnissen aus der Normstichprobe übereinstimmt. Dabei sind Werte unter 43 und über 57 als unter- bzw. überdurchschnittlich zu betrachten. Jeweils 25% der Stichprobe befindet sich in diesen Bereichen. Die Ausprägungen für unter- bzw. überdurchschnittliche Werte sowohl für die Gesamt- wie auch der drei Teilgruppen für die drei Subskalen der professionellen Lebensqualität zeigt *Tabelle 3*.

Tabelle 3.

Ausprägung der professionellen Lebensqualität in Prozenten

		Gesamtstichprobe	Ehrenamtliche (Gruppe E)	Hauptberufliche (Gruppe B)	Beides (Gruppe EB)
Compassion Satisfaction					
	Unterdurchschnittlich	21.6%	18.5%	25.5%	18.7%
	Überdurchschnittlich	26.5%	29.7%	22.6%	30.0%
Burnout					
	Unterdurchschnittlich	23.2%	31.3%	16.1%	26.7%
	Überdurchschnittlich	22.5%	22.2%	30.6%	15.5%
Secondary Traumatic Stress					
	Unterdurchschnittlich	29.2%	28.3%	29.9%	28.9%
	Überdurchschnittlich	20.0%	24.6%	16.0%	22.0%

4.5.1. Fragestellung 1: Coping, Alter und Geschlecht.

Die erste Fragestellung bezieht sich darauf, ob es innerhalb der soziodemographischen Daten Geschlecht und Alter einen Unterschied zwischen den Copingstrategien gibt.

$H_{0(1.1)}$ Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen weiblichen und männlichen FlüchtlingshelferInnen.

$H_{1(1.1)}$ Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen weiblichen und männlichen FlüchtlingshelferInnen.

Hinsichtlich des Geschlechts konnte ein Unterschied in den verwendeten Copingstrategien festgestellt werden. Weibliche Flüchtlingshelferinnen (Mittelwert = 3.07, SD = 0.79) geben an, signifikant öfter das vermeidungsorientierte Coping anzuwenden als männliche Flüchtlingshelfer (Mittelwert = 2.80, SD = 0.67) ($t(213.431) = 3.351$, $p = .001$). Die Effektstärke beträgt $d = 0.38$ und ist somit ein kleiner Effekt. Ebenfalls konnte ein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen (Mittelwert = 2.75, SD = 0.94) und männlichen Flüchtlingshelfern (Mittelwert = 2.43, SD = 0.86) in Bezug auf zerstreungsorientiertes Coping festgestellt werden ($t(409) = 3.074$, $p = .002$). Die Effektstärke ist mit $d = 0.35$ als klein einzuschätzen. Weiters gibt es einen Unterschied zwischen den weiblichen Flüchtlingshelferinnen (Mittelwert = 3.38, SD = 0.99) und männlichen Flüchtlingshelfern (Mittelwert = 3.17, SD = 0.86) hinsichtlich sozial-ablenkungsorientiertem Coping ($t(207.861) = 2.110$, $p = .036$). Die Effektstärke ist mit $d = 0.24$ klein. Da es einen Unterschied zwischen

weiblichen und männlichen FlüchtlingshelferInnen hinsichtlich ihrer Copingstrategien gibt, wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen. Frauen verwenden mehr vermeidungsorientiertes Coping, zerstreungsorientiertes Coping und sozial-ablenkungsorientiertes Coping als Männer. Ein Unterschied im aufgabenorientiertem Coping und emotionsorientiertem Coping konnte nicht gefunden werden (siehe *Tabelle 4*).

Tabelle 4.
Geschlechtsspezifische Unterschiede im Copingverhalten

	Geschlecht	n	M	SD	t(df)	p	d
AC	m	106	3.74	0.71	0.025(409)	.980	
	w	305	3.75	0.73			
EC	m	106	2.27	0.67	1.061(409)	.289	
	w	305	2.35	0.77			
VC	m	106	2.80	0.67	3.098(409)	.002*	0.38
	w	305	3.07	0.79			
ZC	m	106	2.43	0.87	3.074(409)	.002*	0.35
	w	305	2.75	0.94			
SC	m	106	3.38	0.86	1.975(409)	.049	0.24
	w	305	3.17	0.99			

Anmerkung: * $p \leq .01$ unter Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur; Aufgabenorientiertes Coping (AC), Emotionsorientiertes Coping (EC), Vermeidungsorientiertes Coping (VC), Zerstreungsorientiertes Coping (ZC), Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (SC)

$H_{0(1.2)}$ Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen jüngeren und älteren FlüchtlingshelferInnen.

$H_{1(1.2)}$ Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen jüngeren und älteren FlüchtlingshelferInnen.

Bezüglich des Alters konnte ein Unterschied in den Werten des emotionsorientierten Copings festgestellt werden. Die Werte der unter 40-Jährigen (Mittelwert = 2.46, SD = 0.81) unterscheiden sich signifikant von jenen der 40-Jährigen bzw. über 40-Jährigen (Mittelwert = 2.24, SD = 0.66) ($t(351.690) = 2.994$, $p = .003$). Die Effektstärke beträgt $d = 0.30$ und ist somit ein kleiner Effekt. Ebenfalls konnte ein signifikanter Unterschied zwischen <40-Jährigen (Mittelwert = 3.09, SD = 0.75) und ≥ 40 -Jährigen (Mittelwert = 2.93, SD = 0.78) in Bezug auf das vermeidungsorientierte Coping festgestellt werden ($t(410) = 2.170$, $p = .031$). Die Effektstärke ist mit $d = 0.22$ als klein einzuschätzen. Auch gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Werten von sozialorientiertem Coping von < 40-Jährigen (Mittelwert = 3.45, SD = 0.94) und ≥ 40 -Jährigen (Mittelwert = 3.23, SD = 0.98) ($t(410) = 2.236$, $p = .026$). Mit $d = 0.22$ ist auch hier die Effektstärke klein. Es gibt einen Unterschied zwischen jüngeren und älteren hinsichtlich des Copingverhaltens, somit wird die H_0 verworfen

und die H_1 angenommen. Jüngere HelferInnen verwenden eher emotionsorientiertes Coping als ältere HelferInnen (siehe *Tabelle 5*).

Tabelle 5.
Altersunterschiede im Copingverhalten

	Alter	n	M	SD	t(df)	p	d
AC	<40	185	3.70	0.75	-1.300(410)	.194	
	≥40	227	3.80	0.70			
EC	<40	185	2.46	0.81	3.060(410)	.002*	-0.3
	≥40	227	2.24	0.66			
VC	<40	185	9.18	0.75	2.170(410)	.031	-0.2
	≥40	227	2.93	0.78			
ZC	<40	185	2.73	0.92	1.273(410)	.204	
	≥40	227	2.62	0.94			
SC	<40	185	3.45	0.94	2.236(410)	.026	-0.2
	≥40	227	3.23	0.98			

Anmerkung: * $p \leq .01$ unter Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur; Aufgabenorientiertes Coping (AC), Emotionsorientiertes Coping (EC), Vermeidungsorientiertes Coping (VC), Zerstreuungsorientiertes Coping (ZC), Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (SC)

4.5.2. Fragestellung 2: Coping bei HelferInnen.

Ob sich freiwillige Helfer von professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich ihrer Copingstrategien unterscheiden, danach fragt die zweite Fragestellung.

$H_{0(2.1)}$: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

$H_{1(2.1)}$: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

Es stellte sich heraus, dass es keinen Unterschied zwischen freiwilligen HelferInnen, professionellen HelferInnen und jenen, die beides machen, hinsichtlich ihrer Copingstrategien gibt. Die HelferInnen unterscheiden sich nicht hinsichtlich aufgabenorientiertem Coping $F(2, 409) = 0.358$, $p = .699$. Auch im emotionsorientierten Coping $F(2, 409) = 0.213$, $p = .808$ und im verhaltensorientierten Coping $F(2, 409) = 2.177$, $p = .115$ fand sich kein Unterschied. Schlussendlich zeigten auch die Subskalen zerstreungsorientiertes Coping $F(2, 409) = 1.000$, $p = .369$ und sozial-ablenkungsorientiertes Coping $F(2, 409) = 2.008$, $p = .136$ keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Damit wird die H_0 beibehalten. Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

4.5.3. Fragestellung 3: Coping und Ausbildung.

Die dritte Fragestellung soll klären, ob Personen mit einer Ausbildung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung sich von HelferInnen, die keine derartige Ausbildung haben, hinsichtlich ihrer Copingstrategien unterscheiden.

$H_{0(3.1)}$: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung.

$H_{1(3.1)}$: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Copingstrategien zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung.

Es konnte ein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des aufgabenorientierten Copings festgestellt werden $F(2, 409)=3.379, p=.035$. Der Effekt ist mit $\eta^2 = 0.016$ als klein zu betrachten. Hinsichtlich emotionsorientiertem Coping $F(2, 409) = 0.753, p=.471$, verhaltensorientiertem Coping $F(2, 409)=2.819, p=.061$ und zerstreuerorientiertem Coping $F(2, 409) = 1.089, p=.338$ konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Sozial-ablenkungsorientiertes Coping wies allerdings wiederum Unterschiede auf $F(2, 409)=3.683, p=.026, \eta^2 = 0.018$. Auch hier ist der Effekt als klein zu bezeichnen. Damit die genauen Unterschiede ermittelt werden konnten, wurden Post-hoc-Tests nach Scheffé durchgeführt. Dieser zeigte, dass die Differenzen beim sozial-ablenkungsorientierten Coping ($p=.032$) bestehen. Die H_1 wird angenommen, da Helfer mit einer interkulturellen Ausbildung eher sozial-ablenkungsorientiertes Coping verwenden, als Helfer ohne einer spezifischen Ausbildung.

4.5.4. Fragestellung 4: Vorurteile und Ausbildung.

Ob sich HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im Interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen unterscheiden, will die vierte Fragestellung erfassen.

$H_{0(4.1)}$: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung.

H₁ (4.1): Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen HelferInnen mit einer spezifischen Ausbildung im interkulturellen und/oder Traumabereich und HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung.

Die Ergebnisse des Tests zeigten, dass es ein nicht signifikantes Ergebnis bezüglich der Unterschiede zwischen den drei Gruppen in den BP-Werten gab $H(2) = 5.944$, $p = .051$. Die SP-Skala wies sowohl eine Normalverteilung als auch eine Varianzhomogenität auf, somit konnte auch hier die ANOVA angewendet werden. Diese ergab, dass sich die Gruppen hinsichtlich ihrer subtilen Vorurteils-Werte signifikant unterscheiden $F(2, 409) = 6.553$, $p = .002$. Der Effekt ist mit $\eta^2 = 0.031$ als klein zu bezeichnen. Wieder wurde der Post-hoc-Test nach Scheffé verwendet, um die genauen Unterschiede zu erkennen. Dabei stellte sich heraus, dass sich die Personen mit interkultureller Ausbildung von jenen ohne jegliche Ausbildung signifikant unterscheiden ($p = .003$). Die **H₁** wird angenommen und die **H₀** verworfen. HelferInnen mit interkultureller Ausbildung haben signifikant weniger subtile Vorurteile als Personen ohne eine spezifische Ausbildung. Aufgrund zu geringer Fälle in den verschiedenen Typologien Bigot und Subtil konnte die Häufigkeit der Vorurteile nicht verglichen werden.

4.5.5. Fragestellung 5: Vorurteile bei HelferInnen.

Die fünfte Fragestellung fragt danach, ob sich Ehrenamtliche von professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen unterscheiden.

H₀ (5.1): Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen Ehrenamtlichen und professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten.

H₁ (5.1): Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Vorurteilen zwischen Ehrenamtlichen und professionellen HelferInnen, die mit Geflüchteten arbeiten.

Der Vergleich von Gruppe E, Gruppe B und Gruppe EB ergab, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Blatant-Prejudice-Werte gibt $H(2)=3.612$, $p=.164$. Für die subtile-Vorurteile-Skala war Varianzhomogenität ($p>.05$) und Normalverteilung ($p>.05$) gegeben. Deshalb wurde eine ANOVA durchgeführt, die ergab, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen besteht $F(2, 409)=6.009$, $p=.003$. Der Effekt ist mit $\eta^2 = 0.029$ als klein zu betrachten. Ein Post-hoc-Test nach Bonferroni wurde durchgeführt, um die genauen

Unterschiede zu ermitteln. Dabei kam heraus, dass sich Gruppe E von Gruppe EB ($p=.003$) und Gruppe B von Gruppe EB ($p=.013$) unterscheiden. Somit wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen. Jene HelferInnen, die sowohl als ehrenamtliche als auch als hauptberufliche tätig sind, haben weniger subtile Vorurteile als Ehrenamtliche bzw. Hauptberufliche.

4.5.6. Fragestellung 6: Professionelle Lebensqualität und soziodemographische Daten.

Mit der sechsten Fragestellung soll untersucht werden, ob es hinsichtlich der soziodemographischen Daten Unterschiede bezüglich der professionellen Lebensqualität bei Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, gibt.

$H_{0(6.1)}$: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Frauen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Männern, die mit Geflüchteten arbeiten.

$H_{1(6.1)}$: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Frauen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Männern, die mit Geflüchteten arbeiten.

Im Gegensatz zur Normstichprobe konnte ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der CS-Werte zwischen den Geschlechtern gefunden werden. Frauen wiesen dabei höhere CS-Werte auf als Männer. Die Resultate zeigten, dass die CS-Werte von weiblichen Flüchtlingshelferinnen (Mittelwert = 50.80, SD = 9.95, hohe Werte stehen für eine hohe Compassion Satisfaction) sich signifikant von denen der männlichen Flüchtlingshelfer (Mittelwert = 47.57, SD = 9.74) unterscheiden ($t(409) = 2.893$, $p = .004$). Die Effektstärke liegt bei $d = 0.33$ und ist ein kleiner Effekt. Beim Burnout konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern gefunden werden ($t(409) = -0.821$, $p = .412$) (siehe Tabelle 6). Ebenso beim Secondary Traumatic Stress gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Flüchtlingshelferinnen und Flüchtlingshelfern ($t(409) = 1.394$, $p = .164$). Daraus resultiert, dass die Hypothese $H_{0(6.1)}$ verworfen und die $H_{1(6.1)}$ angenommen werden kann, da sich Frauen und Männer in ihren Compassion Satisfaction-Werten unterscheiden. Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Frauen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Männern, die mit Geflüchteten arbeiten.

H₀(6.2): Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Personen unter 40-Jährigen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Personen, die 40 Jahre oder älter sind und mit Geflüchteten arbeiten.

H₁(6.2): Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Personen unter 40-Jährigen, die mit Geflüchteten arbeiten, und Personen, die 40 Jahre oder älter sind und mit Geflüchteten arbeiten.

Hinsichtlich des Alters konnte ein Unterschied in den Werten der Compassion Satisfaction festgestellt werden. Die Werte der unter 40-Jährigen unterscheiden sich signifikant von jenen der 40-Jährigen bzw. über 40-Jährigen ($t(410) = -2.134$, $p = .033$). Die Effektstärke beträgt $d = 0.21$ und ist somit ein kleiner Effekt. Ebenfalls konnte ein signifikanter Unterschied zwischen <40 und ≥ 40 -Jährigen in Bezug auf Burnout-Werte festgestellt werden ($t(410) = 2.822$, $p = .005$). Die Effektstärke ist mit $d = 0.28$ als klein einzuschätzen. Allerdings gibt es keinen Unterschied zwischen den STS-Werten von <40 -Jährigen und ≥ 40 -Jährigen ($t(410) = -0.343$, $p = .732$). Da es einen Unterschied zwischen jüngeren und älteren HelferInnen hinsichtlich der Burnout-Werte gibt wird die **H₀** verworfen und die **H₁** angenommen. Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen jüngeren und älteren HelferInnen.

H₀(6.3): Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Personen mit ausländischen Wurzeln, die mit Geflüchteten arbeiten, und Personen ohne ausländische Wurzeln, die mit Geflüchteten arbeiten.

H₁(6.3): Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Personen mit ausländischen Wurzeln, die mit Geflüchteten arbeiten, und Personen ohne ausländische Wurzeln, die mit Geflüchteten arbeiten.

Herauskam, dass es keine Unterschiede in den CS-Werten zwischen Menschen mit ausländischen Wurzeln und Menschen ohne ausländische Wurzeln gibt ($t(410) = 0.617$, $p = .538$). Ebenso gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Burnout-Werte zwischen jenen mit ausländischen Wurzeln und jenen ohne ausländische Wurzeln ($t(410) = -0.171$, $p = .864$). Schließlich gab es auch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der STS-Werten zwischen HelferInnen mit ausländischen Wurzeln und HelferInnen ohne ausländische Wurzeln ($t(365.910) = -0.527$, $p = .599$). Somit kann die **H₀** in diesem Fall beibehalten werden. Es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen mit ausländischen Wurzeln und Menschen ohne ausländische Wurzeln.

H₀(6.4): Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit einem höheren Bildungsniveau und Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit einem niedrigeren Bildungsniveau.

H₁(6.4): Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit einem höheren Bildungsniveau und Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten mit einem niedrigeren Bildungsniveau.

Die Ergebnisse zeigten, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen AkademikerInnen und Nicht-AkademikerInnen hinsichtlich den CS-Werten gab ($t(410) = 0.822$, $p = .412$). Jedoch konnte sehr wohl ein signifikanter Unterschied zwischen AkademikerInnen und Nicht-AkademikerInnen bezüglich der Burnout-Werte gefunden werden ($t(410) = -2.891$, $p = .004$, $d = 0.31$). Keinen signifikanten Unterschied gab es beim Vergleich von AkademikerInnen und Nicht-AkademikerInnen hinsichtlich der STS-Werte ($t(410) = -1.008$, $p = .314$, $d = 0.11$). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die **H₀** verworfen wird und die **H₁** angenommen wird. Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit einem höheren Bildungsniveau und Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten mit einem niedrigeren Bildungsniveau.

H₀(6.5): Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit unterschiedlichen Beziehungsstatus.

H₁(6.5): Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit unterschiedlichen Beziehungsstatus.

Die ANOVA ergab, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit verschiedenem Beziehungsstatus hinsichtlich der CS-Werte gab, $F(3, 398) = 1.805$, $p = .146$. Genauso gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit verschiedenen Beziehungsstatus hinsichtlich der Burnout-Werte, $F(3, 398) = 0.353$, $p = .787$ und auch nicht hinsichtlich der STS-Werte, $F(3, 398) = 1.398$, $p = .243$. Somit kann die **H₀** in allen Fällen beibehalten werden.

H₀(6.6): Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit unterschiedlichen Berufserfahrungen.

H_{1 (6.6)}: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit unterschiedlichen Berufserfahrungen.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen Neuling, Fortgeschritten und ExpertIn hinsichtlich ihrer Compassion-Satisfaction-Werte ermittelt werden $F(2, 394) = 1.379, p = .253$. Allerdings gab es einen Unterschied zwischen den Gruppen in ihren Burnout-Werten $F(2, 394) = 4.244, p = .015$. Mit $\eta^2 = 0.021$ ist der Effekt allerdings klein. Zusätzlich wurde ein Post-hoc-Test nach Bonferroni durchgeführt, um die genauen Unterschiede zu ermitteln. Mit Hilfe des Tests stellte sich heraus, dass die Gruppen Neuling und ExpertIn ($p = .041$) und Fortgeschritten und ExpertIn ($p = .042$) sich signifikant voneinander unterscheiden. Schließlich wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in ihren STS-Werten gefunden $F(2, 394) = 0.048, p = .953$. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es keine Unterschiede zwischen den Gruppen und ihrer CS-Werte bzw. STS-Werte gibt. Jedoch gibt es sehr wohl einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Burnout-Werte zwischen Neulingen (Mittelwert = 51.07, SD = 9.550) und ExpertInnen (Mittelwert = 48.17, SD = 10.125) aber auch zwischen Fortgeschrittenen (Mittelwert = 51.28, SD = 10.244) und ExpertInnen. Das bedeutet, dass die **H₀** verworfen und die **H₁** angenommen wird. Neulinge und Fortgeschrittene weisen höhere Burnout-Werte auf, als ExpertInnen.

H_{0 (6.7)}: Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit einer Ausbildung im interkulturellen Bereich und/oder einer Traumausbildung und Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, ohne eine spezifische Ausbildung.

H_{1 (6.7)}: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit einer Ausbildung im interkulturellen Bereich und/oder einer Traumausbildung und Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, ohne eine spezifische Ausbildung.

Bei der statistischen Untersuchung stellte sich heraus, dass Menschen mit einer Traumausbildung, einer interkulturellen Ausbildung oder keiner spezifischen Ausbildung sich nicht signifikant in ihren Compassion-Satisfaction-Werten unterscheiden $F(2, 409) = 1.202, p = .302$. Bei den Burnout-Werten konnte ein signifikanter Unterschied ermittelt werden $H(2) = 9.742, p = .008$. Bei den STS-Werten konnte wiederum kein signifikanter Unterschied gefunden werden $F(2, 409) = 1.948, p = .144$. Um zu erkennen, zwischen welchen Gruppen der

Unterschied hinsichtlich der Burnout-Werte besteht, wurden Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Diese zeigten, dass Personen ohne spezifische Ausbildung sich von jenen mit einer Ausbildung im interkulturellen Bereich signifikant ($U=13669$, $p=.014$) in ihren Burnout-Werten unterscheiden. Auch Personen mit interkultureller Ausbildung und Trauma-Ausbildung unterscheiden sich signifikant ($U=2546$, $p=.017$). Aus den Ergebnissen der Hypothesenprüfung kann man schließen, dass es keine Unterschiede zwischen den Gruppen in den CS-Werten bzw. STS-Werten gibt. Dafür gibt es aber einen Unterschied hinsichtlich der Burnout-Werte zwischen Menschen, die mit Geflüchteten arbeiten, mit interkultureller Ausbildung und jene ohne eine spezifische Ausbildung bzw. Trauma-Ausbildung. Die H_0 wird verworfen und die H_1 angenommen.

Tabelle 6.
Lebensqualität und soziodemographische Daten

			n	M	SD	p	d/η²
Geschlecht							
CS	männlich	106	47.57	9.74	.004*	-0.32	
	weiblich	305	50.80	9.95			
BO	männlich	106	50.71	9.90	.412		
	weiblich	305	49.79	10.4			
STS	männlich	106	48.85	9.65	.164		
	weiblich	305	50.42	10.11			
Alter							
CS	<40	185	48.84	10.20	.033		
	≥40	227	50.94	9.76			
BO	<40	185	51.53	9.58	.005*	0.28	
	≥40	227	48.76	10.18			
STS	<40	185	49.81	9.94	.732		
	≥40	227	50.15	10.7			
Beziehungsstatus							
CS	Single	69	51.02	10.27	.146		
	in einer Beziehung	152	48.48	10.62			
	verheiratet	150	50.79	9.30			
	getrennt/geschieden	31	50.94	9.60			
BO	Single	69	49.98	8.60	.787		
	in einer Beziehung	152	50.72	10.25			
	verheiratet	150	49.55	10.35			
	getrennt/geschieden	31	50.05	9.76			
STS	Single	69	51.97	10.37	.243		
	in einer Beziehung	152	49.17	9.61			
	verheiratet	150	49.90	9.59			
	getrennt/geschieden	31	48.96	10.70			

Wurzeln						
CS	mit	188	49.67	10.15	.538	
	ohne	224	50.28	9.89		
BO	mit	188	50.09	10.36	.864	
	ohne	224	49.92	9.71		
STS	mit	188	50.29	10.93	.599	
	ohne	224	49.76	9.16		
Bildung						
CS	AkademikerInnen	279	49.72	10.3	.412	
	Nicht-AkademikerInnen	133	50.59	9.96		
BO	AkademikerInnen	279	50.97	9.77	.004*	0.31
	Nicht-AkademikerInnen	133	47.95	10.20		
STS	AkademikerInnen	279	50.34	10.23	.314	
	Nicht-AkademikerInnen	133	49.28	9.50		
Berufserfahrung						
CS	Neuling	138	49.71	9.49	.253	
	Fortgeschritten	106	49.16	10.76		
	ExpertIn	153	51.10	9.52		
BO	Neuling	138	51.07	9.55	.015*	0.021
	Fortgeschritten	106	51.28	10.24		
	ExpertIn	153	48.17	10.13		
STS	Neuling	138	50.24	10.17	.953	
	Fortgeschritten	106	50.02	9.63		
	ExpertIn	153	49.88	10.15		
Ausbildung						
CS	interkult. Ausbildung	261	49.45	9.99	.302	
	Trauma Ausbildung	27	51.87	10.55		
	keine	124	50.73	9.88		
BO	interkult. Ausbildung	261	51.14	9.52	.008*	-
	Trauma Ausbildung	27	47.03	8.38		
	keine	124	48.25	10.96		
STS	interkult. Ausbildung	261	50.62	10.00	.144	
	Trauma Ausbildung	27	47.07	10.70		
	keine	124	49.33	9.78		

Anmerkung: * $p \leq .01$ unter Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur; Compassion Satisfaction (CS), Burnout (BO), Secondary Traumatic Stress (STS)

4.5.7. Fragestellung 7: Professionelle Lebensqualität und Ausbildung bei HelferInnen.

Die siebte Fragestellung soll klären, ob der Faktor „Schulung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung“ einen Einfluss auf den Vergleich zwischen der professionellen Lebensqualität bei freiwillige Helfern, die mit Geflüchteten arbeiten, und der professionellen Lebensqualität bei professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten, hat.

$H_{0(7.1)}$: Der Faktor „Schulung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung“ hat keinen Einfluss auf den Vergleich der professionellen

Lebensqualität bei freiwilligen Helfern, die mit Geflüchteten arbeiten, und professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten.

$H_{1(7.1)}$: Der Faktor „Schulung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung“ hat einen Einfluss auf den Vergleich der professionellen Lebensqualität bei freiwilligen Helfern, die mit Geflüchteten arbeiten, und professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten.

Hier konnte keine signifikante Interaktion zwischen Ausbildung und Kontaktart auf die CS-Werte festgestellt werden $F(4, 403) = 0.229$, $p = .992$. Weiters konnte auch keine signifikante Interaktion zwischen Ausbildung und Kontaktart auf die Burnout-Werte gefunden werden $F(4, 403) = 0.155$, $p = .961$ und auch bei den STS-Werten gab es kein signifikantes Ergebnis $F(4, 403) = 1.448$, $p = .217$. Somit wird die H_0 beibehalten. Der Faktor „Schulung im Bereich interkulturelles Arbeiten und/oder Traumatisierung“ hat keinen Einfluss auf den Vergleich der professionellen Lebensqualität bei freiwilligen Helfern, die mit Geflüchteten arbeiten, und professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten.

4.5.8. Fragestellung 8: Professionelle Lebensqualität und Vorurteile.

Die achte Fragestellung widmete sich der Frage, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Skalen der Professional Quality of Life und der Blatant and Subtle Prejudice Skala gibt.

$H_{0(8.1)}$: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Compassion-Satisfaction-Skala und der Blatant-Prejudice-Skala.

$H_{1(8.1)}$: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Compassion-Satisfaction-Skala und der Blatant-Prejudice-Skala.

$H_{0(8.2)}$: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Burnout-Skala und der Blatant-Prejudice-Skala.

$H_{1(8.2)}$: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Burnout-Skala und der Blatant-Prejudice-Skala.

$H_{0(8.3)}$: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Secondary Traumatic Stress Skala und der Blatant Prejudice Skala.

H_{1 (8.3)}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Secondary Traumatic Stress Skala und der Blatant Prejudice Skala.

Nachdem die Voraussetzungen für eine Produkt-Moment-Korrelation überprüft wurden und vorhanden waren, wurde dieses Verfahren zur Überprüfung der drei Hypothesen eingesetzt. Herauskam, dass die CS-Skala und die Blatant-Prejudice-Skala signifikant miteinander korrelieren ($r=-.135$, $p=.006$, $n=412$). Je höher die Compassion Satisfaction, desto niedriger die BSPS-Werte, oder je höher die BSPS-Werte, desto niedriger die Compassion Satisfaction. Dabei handelt es sich um einen schwachen Effekt. Auch die Burnout-Skala korreliert signifikant mit der Blatant-Prejudice-Skala ($r=.120$, $p=.015$, $n=412$). Je höher die Burnout-Werte, desto höher die BSPS-Werte, oder je höher die BSPS-Werte, desto höher die Burnout-Werte, aber auch hier ist der Effekt schwach. Schließlich konnte auch eine signifikante Korrelation zwischen der STS-Skala und BSPS-Skala beobachtet werden ($r=.104$, $p=.035$, $n=412$). Je höher die STS-Werte, desto höher die BSPS-Werte, oder je höher die BSPS-Werte, desto höher die STS-Werte. Der Effekt ist ebenfalls schwach. In allen drei Fällen konnte die **H₀** verworfen werden und die **H₁** angenommen werden (siehe *Tabelle 7*).

H_{0 (8.4)}: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Compassion-Satisfaction-Skala und der Subtle-Prejudice-Skala.

H_{1 (8.4)}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Compassion-Satisfaction-Skala und der Subtle-Prejudice-Skala.

H_{0 (8.5)}: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Burnout-Skala und der Subtle-Prejudice-Skala.

H_{1 (8.5)}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Burnout-Skala und der Subtle-Prejudice-Skala.

H_{0 (8.6)}: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Secondary-Traumatic-Stress-Skala und der Subtle-Prejudice-Skala.

H_{1 (8.6)}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Secondary-Traumatic-Stress-Skala und der Subtle-Prejudice-Skala.

Die Rangkorrelation nach Spearman ergab, dass die CS-Skala und Subtle-Prejudice-Skala signifikant miteinander korrelieren ($r=-.105$, $p=.034$, $n=412$). Je höher die CS-Werte, desto niedriger die Subtle-Prejudice-Werte oder je höher die Subtle-Prejudice-Werte, desto niedriger die CS-Werte. Der Effekt ist als schwach einzustufen. Zwischen der Burnout-Skala und der SP-Skala konnte keine signifikante Korrelation beobachtet werden ($r=.075$, $p=.127$, $n=412$) ebenso wie zwischen STS-Skala und SP-Skala nicht ($r=.012$, $p=.810$, $n=412$). Daraus folgt, dass die $H_{0(8.4)}$ verworfen wird und die $H_{1(8.4)}$ angenommen wird und die $H_{0(8.5)}$ und $H_{0(8.6)}$ beibehalten werden (siehe *Tabelle 7*).

Tabelle 7.

Zusammenhänge zwischen der Blatant and Subtle Prejudice Scale und ProQol

	Compassion Satisfaction	Burnout	Secondary Traumatic Stress
Blatant Prejudice Scale	-.135**	.120*	.104*
Subtle Prejudice Scale	-.105*	.075	.012

Anmerkung: ** $p<.01$, * $p<.05$

4.5.9. Fragestellung 9: Professionelle Lebensqualität bei HelferInnen.

Die Hauptfragestellung dieser Studie befasst sich damit, ob sich freiwillige HelferInnen von professionellen Fachkräften, die mit Geflüchteten arbeiten, hinsichtlich ihrer professionellen Lebensqualität unterscheiden.

H_0 : Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

H_1 : Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen.

Die ANOVA ergab, dass sich Gruppe E, Gruppe B und Gruppe EB in ihren CS-Werten signifikant unterscheiden $F(2,409)=4.401$, $p=.013$. Der Effekt ist mit $\eta^2 = 0.021$ als klein zu betrachten. Auch in ihren Burnout-Werten konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen E, Gruppe B und EB gefunden werden $F(2,409)= 4.572$, $p=.011$ mit einem kleinen Effekt von $\eta^2 =0.022$. Die STS-Werte unterschieden sich zwischen den Gruppen nicht signifikant voneinander $F(2,409)=1.609$, $p=.201$. Ein Post-hoc-Test nach Bonferroni ergab, dass die Unterschiede sowohl bei den CS-Werten ($p=.017$) als auch Burnout-Werten ($p=.013$) zwischen der Gruppe E und Gruppe B lagen. Die Ehrenamtlichen weisen eine höhere Compassion Satisfaction auf und geben an, niedrigere Burnout-Werte zu haben als die Gruppe der hauptberuflichen HelferInnen. Somit wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen. Es

gibt einen Unterschied hinsichtlich der professionellen Lebensqualität zwischen professionellen Fachkräften und freiwilligen HelferInnen (siehe *Tabelle 8*).

Tabelle 8.

Unterschiede in der professionellen Lebensqualität bezüglich der Kontaktart

		n	M	SD	F(df)	p	η^2
CS							
	Gruppe E	131	51.59	9.49	4.401(2,409)	.013	0.021
	Gruppe B	191	48.46	10.17			
	Gruppe EB	90	50.96	10.1			
Burnout							
	Gruppe E	131	48.33	10.68	4.572(2,409)	.011	0.022
	Gruppe B	191	51.56	9.56			
	Gruppe EB	90	49.12	9.50			
STS							
	Gruppe E	131	50.75	10.39	1.609(2,409)	.201	
	Gruppe B	191	49.05	9.70			
	Gruppe EB	90	50.93	9.99			

5. Diskussion

Die durchgeführte Studie sollte einen Einblick in die Gruppe der Menschen geben, die auf regelmäßiger Basis mit Geflüchteten in Kontakt sind, und gleichzeitig zwischen professionellen und ehrenamtlichen HelferInnen unterscheiden, da eine solche Differenzierung bis dahin nicht vorgenommen wurde. Untersucht wurden dabei die professionelle Lebensqualität, Copingstile, Vorurteile, aber auch das psychische Wohlbefinden. Ein genauerer Blick wurde auf die soziodemographischen Daten geworfen und wie diese im Zusammenhang mit der professionellen Lebensqualität stehen. Dabei stellte sich heraus, dass hinsichtlich des Geschlechts Unterschiede in der professionellen Lebensqualität zu finden sind. Genauer gesagt, weisen Frauen höhere Compassion-Satisfaction-Werte auf als Männer. Solch einen Unterschied konnte Stamm (2010) nicht feststellen. Auch die Studie von Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel und Reimels (2010) fand keinen Unterschied in der Compassion Satisfaction zwischen Männern und Frauen. Nur Sacco, Ciurzynski, Harvey und Ingersoll (2015) konnten einen solchen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen KrankenpflegerInnen feststellen. Eine mögliche Erklärung wäre, dass der ungleiche Anteil an männlichen und weiblichen TeilnehmerInnen diesen Unterschied hervorgerufen hat. Möglich wäre auch, dass Frauen aufgrund unterschiedlicher Bewältigungsstrategien besser mit den Umständen zurechtkommen, und somit mehr positive Aspekte aus ihrer Tätigkeit schöpfen können oder

aber sozial erwünscht antworten, um nicht als emotional schwach zu wirken. Weiters wurden auch Helfer und Helferinnen auf Unterschiede in ihren Burnout-Werten und STS-Werten untersucht, dabei stellte sich heraus, dass sie sich nicht signifikant voneinander unterscheiden. Auch dieses Ergebnis deckt sich nicht mit den Ergebnissen aus anderen Studien. Das weibliche Geschlecht wurde des Öfteren als Prädiktor für eine erhöhte Compassion Fatigue, höheres Burnoutrisiko und auch höhere Secondary-Traumatic-Stress-Werte erkannt (Meyers & Cornille, 2002; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). Allerdings ist in diesem Kontext wichtig, zuerst die Sozialisation der Geschlechter und deren Einfluss auf die Vulnerabilität der Frauen auf diese beruflichen Stressfaktoren zu berücksichtigen. Zudem stellt sich die Frage, inwiefern die Befragten ehrlich auf die Fragen bezüglich der Symptome geantwortet haben (Sprang et al., 2007). Erst dann sollten Aussagen über die Rolle des Geschlechts auf die professionelle Lebensqualität gemacht werden.

Neben Unterschieden zwischen den Geschlechtern wurden auch Altersunterschiede berücksichtigt. Dabei wurden Personen in zwei Altersgruppen eingeteilt, unter 40 Jahren, und 40 Jahre bzw. älter. Hier wurden signifikante Unterschiede in den Burnout-Werten festgestellt, aber nicht in den STS-Werten und CS-Werten. Diese Ergebnisse decken sich mit früheren Studien, die ähnliche Muster beobachten konnten (Brewer & Shapard, 2004; Erickson & Grove, 2008). Ältere Personen haben niedrigere Burnout-Werte, was auf ihre Erfahrung zurückgeführt werden könnte oder auch darauf, dass diejenigen mit sehr hohen Werten im höheren Alter schon ihren Beruf verlassen haben und nur mehr jene übrig geblieben sind, die gut mit den Gegebenheiten umgehen können (Brewer & Shapard, 2004). Peisah, Latif, Wilhelm und Williams (2009) untersuchten Burnout bei ÄrztInnen und fanden heraus, dass je älter man wird bzw. je mehr Erfahrungen man sammelt, umso stärker wird einem das Risiko eines Burnouts bewusst und folglich werden Wege gefunden, wie man sich selber schützen kann. Außerdem haben die untersuchten ProbandInnen scheinbar mehr Vertrauen in ihre Fähigkeiten und haben eine bessere Kontrolle über ihr Arbeitsleben erlangt. Alter geht Hand in Hand mit der Berufserfahrung. Die Ergebnisse zeigen, dass Berufserfahrung und Burnout im Zusammenhang stehen. Personen, die weniger als zehn Jahre Erfahrung aufweisen, geben höhere Burnoutwerte an als Personen, die über zehn Jahre Erfahrung haben. Diese Ergebnisse belegen die Erkenntnisse vieler anderer Studien, die ähnliches berichten. Auch hier scheint, dass Personen mit den Jahren Erfahrungen bzw. Verhaltensweisen sammeln, die ihnen helfen, mit den Gegebenheiten besser umzugehen. Es kann aber auch sein, dass Personen mit höheren

Burnoutwerten nicht so lange in diesem Berufsfeld bleiben und sich umorientieren, bevor sie zehn Jahre Berufserfahrung erreicht haben (Brewer & Shapard, 2004).

Ob eine Person ausländische Wurzeln hat oder nicht, hat in dieser Studie keine Auswirkung auf die professionelle Lebensqualität. Zudem gibt es kaum Studien, die sich auf die Ethnizität beziehen. Die meisten Studien geben nicht an, aus welchen ethnischen Gruppen sich ihre Stichprobe zusammensetzt. Die wenigen, die sich darauf bezogen haben, haben herausgefunden, dass es Differenzen im Stressverhalten und Burnout zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen gibt. Allerdings wirkt hier auch der sozioökonomische Status ein. Kontrolliert man diesen, werden die Ergebnisse relativ inkonsistent, und es ist schwierig, zu einem einheitlichen Bild zu kommen (Evans, Bryant, Owens, & Koukos, 2004). Zudem gibt es keine Studien, die sich auf den Migrationshintergrund von FlüchtlingshelferInnen beziehen. Auch müsste unterschieden werden zwischen Menschen mit Migrationshintergrund, ohne offensichtliche Merkmale wie Aussehen, Name, Akzent oder ähnliches und solchen, mit offensichtlichen Merkmalen. In der vorliegenden Studie wurde lediglich nach ausländischen Wurzeln gefragt, die sich bis hin zu den Großeltern ziehen konnten. Durch den breitgefächerten Begriff können die Ergebnisse eventuell ungenau sein.

Das Bildungsniveau steht zwar nicht in Verbindung mit den CS-Werten und STS-Werten, aber es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen AkademikerInnen und Nicht-AkademikerInnen in ihren Burnout-Werten gefunden werden. AkademikerInnen weisen höhere Burnoutwerte auf als Nicht-AkademikerInnen. Mögliche Erklärungsansätze könnten sein, dass mit einem höheren Bildungsniveau eine anspruchsvollere Arbeit und somit mehr Stress einhergeht, aber auch dass von Personen mit höherem Bildungsniveau mehr Leistung erwartet wird. Andererseits könnten auch Personen mit einer höheren Bildung selbst mehr Erwartungen an sich und den Beruf stellen und darunter leiden, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden. Höhere Erwartungen führen dazu, dass härter und mehr gearbeitet wird, das wiederum führt zu Enttäuschung, wenn die Mühe nicht die erwarteten Früchte bringt (Maslach et al., 2001).

Der Beziehungsstatus kann die professionelle Lebensqualität nicht vorhersagen. In früheren Studien zeigte sich verschiedene Ergebnisse. Maslach und Jackson (1985) beobachteten, dass verheiratete Personen seltener Burnoutsymptome aufweisen als Menschen, die in keiner Beziehung leben. Sogar geschiedene Personen neigen zu einem geringeren Burnoutrisiko als Alleinstehende (Maslach et al., 2001). Auf der anderen Seite fanden Ahola, Honkonen, Virtanen, Aromaa und Lönnqvist (2008) keine Verbindung zwischen Beziehungsstatus und der professionellen Lebensqualität.

Bis jetzt wurden FlüchtlingshelferInnen nicht daraufhin untersucht, ob eine Ausbildung im Bereich Trauma oder/und Interkulturalität in Zusammenhang mit der professionellen Lebensqualität stehen könnte. In der untersuchten Stichprobe zeigte sich, dass es zwar keine Auswirkung auf CS-Werte und STS-Werte hat, aber Menschen mit einer interkulturellen Ausbildung höhere Burnoutwerte aufweisen als Personen ohne spezifische Ausbildung, und jene mit einer Traumausbildung niedrigere Werte als Personen mit einer interkulturellen Ausbildung aufweisen. Diese Ergebnisse sind schwierig zu interpretieren. Dass Menschen mit einer Ausbildung im Traumabereich die niedrigsten Burnoutwerte aufweisen, spricht dafür, dass diese Art von Ausbildung sehr wichtig im Flüchtlingskontext ist. Dass Menschen mit einer interkulturellen Ausbildung höhere Burnoutwerte aufweisen als Menschen ohne spezifische Ausbildung könnte auch darauf zurückgeführt werden, dass Personen ohne spezifischer Ausbildung in anderen Bereichen tätig sind, in denen weniger fachliches Wissen nötig ist bzw. wo sie weniger auf traumatisierte Flüchtlinge eingehen müssen. Eventuell fühlen sich HelferInnen mit einer interkulturellen Ausbildung auch besser auf ihre Arbeit vorbereitet und sind auf Grund ihrer hohen Erwartungen an sich selber überfordert, wenn sie mit Menschen, die an einem Trauma leiden, zu tun haben. Auf jeden Fall ist es wichtig, HelferInnen über alle Aspekte des Traumas aufzuklären und ihnen zumindest Basiskenntnisse zu vermitteln. Von 412 HelferInnen hatten nur 27 (6.6%) eine solche Ausbildung oder Schulung. Das ist bedenklich in Anbetracht dessen, wie viele der Flüchtlinge, die nach Österreich gekommen sind, an psychischen Krankheiten leiden, wovon die häufigste einer posttraumatischen Belastungsstörung ist (Gavranidou et al., 2008).

Es konnte ein Unterschied in der professionellen Lebensqualität zwischen Ehrenamtlichen und Hauptberuflichen festgestellt werden. Ehrenamtliche geben höhere CS-Werte und niedrigere Burnout-Werte an als Personen, die beruflich mit Flüchtlingen zu tun haben. Hier dürfte der Aspekt der Freiwilligkeit eine Rolle spielen. Ehrenamtliche helfen aus Interesse oder aus Nächstenliebe. Diejenigen, die mit den Umständen schlechter umgehen konnten, sind eventuell schon abgesprungen, übrig geblieben sind jene mit niedrigen Burnoutwerten und hohen Compassion-Satisfaction-Werten. Weiters könnte eine Erklärung auch darin bestehen, dass Ehrenamtliche vorwiegend selbst gewählte Arbeit übernehmen und sich auf einzelne Menschen konzentrieren, wobei sie von diesen dementsprechend als Freunde angesehen werden, wohingegen die Hauptberuflichen meistens viele Geflüchtete auf einmal betreuen müssen und nicht immer deren Erwartungen gerecht werden können. Einerseits wegen den vorgegebenen Gesetzen und andererseits wegen der Vorgaben und Umstände, die ihre Arbeit ihnen vorgibt.

Denn wie schon erwähnt belasten die Situationen im Exil die Geflüchteten sehr. Häufig wird unter den Bedingungen, die in Asylunterkünften herrschen, gelitten, denn nicht selten müssen Zimmer mit fremden Menschen geteilt werden oder mit der Familie auf engstem Raum gewohnt werden. Küche und sanitäre Anlagen müssen mit anderen Bewohnern genutzt werden. Hinzu kommt die erzwungene Arbeitslosigkeit, der unsichere Aufenthalt und Diskriminierungserfahrungen, die ebenfalls starke Belastungsfaktoren darstellen (Gavranidou et al., 2008). Schließlich hat auch das Warten auf den Bescheid bzw. ob man bleiben darf oder gehen muss, verbunden mit der Rechtspraxis, einen enormen Einfluss auf die Gesundheit der KlientInnen. Das alles sind Umstände, die Praxisfremde bestimmen, in der Praxis müssen es allerdings jene ausführen, die direkt mit Geflüchteten arbeiten, auch wenn dies nicht ihren Werten und Vorstellungen entspricht. Häufig lassen die KlientInnen ihren Unmut an den Angestellten aus. Anders als diese Ergebnisse vermuten lassen würden, wurden keine Unterschiede hinsichtlich des Copingverhaltens zwischen den Ehrenamtlichen, Hauptberuflichen und denen, die beiden Gruppen angehören, gefunden. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit jener von Dyregrov et al. (1996). Hier wurden allerdings nicht FlüchtlingshelferInnen untersucht, sondern HelferInnen in der Katastrophenhilfe. Dabei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen ehrenamtlichen und professionellen KatastrophenhelferInnen in ihren Copingstrategien beobachtet werden, auch wenn freiwillige HelferInnen öfter angegeben haben, selbstaufwertende Kommentare, aktive Unterdrückung von Gedanken und Distanzierung von bedrückenden Eindrücken als Selbstschutz zu verwenden (Dyregrov et al., 1996). In der aktuellen Stichprobe konnten weitere Unterschiede in Copingstilen entdeckt werden. Und zwar verwendeten HelferInnen mit einer interkulturellen Ausbildung öfter sozial-ablenkungsorientiertes Coping als HelferInnen ohne eine spezifische Ausbildung. Sozial-ablenkungsorientiertes Coping ist eine Unterkategorie des vermeidungsorientierten Copings, das eher zu den maladaptiven Copingstrategien gezählt wird. Hier stellt sich die Frage, ob diese Art von Coping in diesem Kontext maladaptiv sein könnte. Die professionelle Lebensqualität ist im Durchschnitt besser bei Menschen ohne einer spezifischen Ausbildung, als bei jenen mit einer interkulturellen Ausbildung. Das Copingverhalten muss allerdings nicht die professionelle Lebensqualität vorhersagen, was in den Ergebnissen von Erickson und Grove (2007) beobachtet werden konnte. Sie untersuchten Burnout bei Krankenschwestern, und dabei zeigte sich, dass ältere Krankenschwestern eher Emotionen unterdrückten als jüngere, was als maladaptives Copingverhalten angesehen wird, und trotzdem gaben jüngere Krankenschwestern häufiger an, an Burnoutsymptomen zu leiden als ältere. Deshalb wird von Kritikern immer häufiger angenommen, dass jede Strategie sowohl

adaptiv als auch maladaptiv sein kann, dies jedoch von den Umständen abhängt (Kirby, Shakespeare-Finch, & Palk, 2011). Was allerdings das Alter betrifft, zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass HelferInnen, die 40 Jahre oder älter sind, weniger maladaptive Copingstrategien verwenden als HelferInnen unter 40 Jahren. Jüngere HelferInnen verwenden eher emotionsorientiertes, vermeidungsorientiertes und sozialorientiertes Coping als ältere HelferInnen. Dies könnte man in Verbindung bringen mit der schlechteren professionellen Lebensqualität der jüngeren HelferInnen, allerdings bedarf es einer Langzeitstudie, um zu erkennen, ob junge Menschen wegen ihres Wohlbefindens die Berufssparte verlassen, sodass nur die resilienten Personen übrigbleiben, oder ob sie über die Zeit bessere Copingstrategien entwickeln (McGarry et al., 2013). Des Weiteren wurden auch beim Geschlecht Unterschiede gefunden, und zwar verwenden Frauen mehr vermeidungsorientiertes Coping und zerstreungsorientiertes Coping als Männer. Das deckt sich auch mit den Erkenntnissen anderer Studien. Allerdings zieht sich durch die meisten Studien das Muster, dass Frauen öfters emotionsorientiertes Coping verwenden, was bei dieser Stichprobe nicht der Fall ist (Tamres, Janicki, & Helgeson, 2002).

In der Tat ist es auch wichtig, die Vorurteile einer Stichprobe, die vorwiegend mit Menschen aus anderen Ländern arbeitet, zu untersuchen. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Stichprobe niedrige Werte im subtilen und offenen Rassismus aufwies. In die Kategorien „bigot“ und „subtil“ fielen insgesamt nur acht Personen von 412 (1.9%). Wie schon frühere Studien zeigten, hat der Kontakt mit Menschen aus anderen Kulturen enorme Auswirkungen auf die eigene Einstellung gegenüber fremden Kulturen und auf Vorurteile, die man Fremden gegenüber hegt. Die Metaanalyse von Pettigrew und Tropp (2000) zeigte, dass 94% aller Studien übereinstimmend zu dem Schluss gekommen sind, dass der Kontakt zwischen verschiedenen Gruppen Vorurteile senkt. Auch wenn es einige Studien gibt, die andere Ergebnisse berichteten (Ford, 1986; McClendon, 1974; Stephan, 1987), konnte dies darauf zurückgeführt werden, dass entweder die Stichprobe mangelhaft war, es keine strengen Einschlussregeln gab oder die Bewertung der Effekte des Kontakts nicht quantitativ durchgeführt wurde. Auch konnten die Bedingungen, die Allport (1954) als unentbehrlich für die Wirkung des Kontakteffekts auf Vorurteile ansah, widerlegt werden. Diese basierten auf der Annahme, dass gleicher Status der Gruppen gegeben sein muss, gemeinsame Ziele vorliegen müssen, eine Zusammenarbeit besteht und Rückhalt von Seiten staatlicher Institutionen besteht. Jedoch verbessert sich unabhängig davon durch den Kontakt mit einer anderen Gruppe nicht nur die Einstellung gegenüber denen, die dieser angehören und mit denen der Kontakt gegeben war, sondern auch

mit Personen aus dieser Gruppe, mit denen zu keinem Zeitpunkt ein Kontakt bestand. Das Aufeinandertreffen mit Menschen anderer Herkunft, Religion, sexuellen Orientierung o. ä. senkt Vorurteile über verschiedene Situationen und Kontexte hinweg (Pettigrew & Tropp, 2000). Allerdings gibt es auch Ergebnisse, die zeigen, dass die Angst vor dem Kontakt mit Menschen anderer Herkunft als Mediator auf den Zusammenhang zwischen dem Kontakt und Vorurteilen wirkt (Stephan et al. 2002; Voci & Hewstone, 2003). Somit ist die Reduzierung dieser Angst ein wichtiger Faktor, der berücksichtigt werden muss. Des Weiteren wurde auch eine negative Korrelation zwischen der Compassion-Satisfaction-Skala und der Blatant-Prejudice-Skala bzw. Subtle-Prejudice-Skala und positive Korrelationen zwischen der Burnout-Skala bzw. Secondary-Traumatic-Stress-Skala und der Blatant-Prejudice-Skala gefunden. Schon frühere Studien haben gezeigt, dass, wenn das Selbstbild angegriffen wird, Menschen dazu tendieren, eher Vorurteile gegenüber Personen zu haben, die einer anderen Gruppe angehören (Fein & Spencer, 1997). Ob jedoch schlechtere Werte in der professionellen Lebensqualität zu vermehrten Vorurteilen führen oder stärkere Vorurteile zu schlechterer professioneller Lebensqualität, konnte hier nicht beantwortet werden. Schlussendlich zeigte sich, dass jene HelferInnen, die sowohl ehrenamtlich als auch beruflich mit Geflüchteten zu tun haben, niedrigere Werte auf der Subtile-Prejudice-Skala aufweisen als Ehrenamtliche bzw. Hauptberufliche. Ebenfalls geben die Personen, die eine interkulturelle Ausbildung haben, an, niedrigere Werte in der Subtil-Prejudice-Skala zu haben als Personen ohne eine spezifische Ausbildung. Das zeigt wie bedeutsam das Verständnis für andere Kulturen ist und was dieses zum besseren Verständnis von Menschen anderer Herkunft beitragen kann.

6. Limitationen und Ausblick

Diese Untersuchung weist einige Limitationen auf, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen. Anschließend sollen Ausblicke und Anregungen für die zukünftige Forschung gegeben werden.

Erstens handelt es sich bei der durchgeführten Studie um eine Querschnittsstudie. Anhand eines querschnittlichen Designs lässt sich nicht auf kausale Gegebenheiten schließen, sondern nur auf Zusammenhänge. Die Ursache-Wirkungsrichtungen sind somit nicht klar. Des Weiteren wurden alle TeilnehmerInnen dieser Untersuchung per Onlinefragebogen befragt. Rekrutiert wurde über Facebook, E-Mailkontakte, Schneeballsystem und einige persönliche Kontakte, was überhaupt erst eine aktive Verwendung des Computers bzw. des Internets und sozialer

Medien voraussetzte. Die Möglichkeit, ein gewissenhaftes und ernsthaftes Ausfüllen der Fragebögen zu kontrollieren, war durch die Abwesenheit einer Testleiterin/eines Testleiters nicht möglich. Auch konnten Fragen, die während des Ausfüllens möglicherweise aufgetreten sind, nicht beantwortet werden. Zudem konnten die Bedingungen während der Bearbeitung nicht standardisiert werden, und es stellt sich auch die Frage, inwiefern sozial erwünscht geantwortet wurde, vor allem da es sich um so ein sensibles Thema handelt.

Einen weiteren Schwachpunkt stellt die Stratifizierung dar. Während das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016) angab, dass 40% aller freiwilligen HelferInnen Männer sind, beträgt der Prozentsatz in der vorliegenden Stichprobe nur 26.7%. Im Allgemeinen fehlen fundierte Untersuchungen zu soziodemographischen Daten, vor allem von hauptberuflichen HelferInnen, und auch jene Daten über Ehrenamtliche aus dem Jahr 2016 müssen nicht mehr zwingend stimmen, da sich die Umstände mit den rasant steigenden und dann sinkenden Zahlen an ankommenden Geflüchteten teilweise monatlich geändert haben. Aus diesem Grund kann eine repräsentative Stichprobe nicht garantiert werden.

Kritik kann auch an der Länge des Fragebogens geübt werden. Im Durchschnitt betrug das Bearbeiten der Fragebogenbatterie 23 Minuten, wobei das Minimum 7 Minuten war und das Maximum 85 Minuten. Woraus auch das Problem mit der Gewissenhaftigkeit des Ausfüllens des Fragebogens abgeleitet werden kann. Zudem kann zu langes Ausfüllen zu Motivationsverlust führen und in Folge zu Abbrüchen oder ungenauem Ausfüllen.

Unter den Messinstrumenten stellte sich vor allem die Blatant und Subtle Prejudice Scale als problematisch heraus. Die Subtle-Prejudice-Skala wies zwar ein gutes Cronbach Alpha auf, bei der Blatant-Prejudice-Skala war dies allerdings nur mehr akzeptabel, und die Subskalen hatten alle eine fragwürdige Interne Konsistenz. Die Schwäche dieses Untersuchungsinstruments zeigte sich auch in der Reaktion der Befragten. Als der Fragebogen das erste Mal in die größte Vernetzungsgruppe von FlüchtlingshelferInnen gepostet wurde, entwickelte sich ein Sturm der Entrüstung, sodass der Post innerhalb weniger Stunden gelöscht wurde. Auch per E-Mail-Korrespondenz äußerten sich viele Personen kritisch und entschieden, den Fragebogen wegen dieses Instruments nicht zu Ende auszufüllen. Eine niveauvolle Diskussion per E-Mail war gegeben, während sich auf Facebook die Emotionen sehr schnell aufgeschaukelt haben. Insgesamt gab es weniger Kritik für den Fragebogen von hauptberuflichen als von ehrenamtlichen HelferInnen. Kritisiert wurde die Aufteilung in ÖsterreicherInnen und MuslimInnen, da es auch österreichische MuslimInnen gibt, und im Allgemeinen wurden die Fragen des Öfteren als geschmacklos bezeichnet. Da die Blatant und Subtle-Prejudice-Skala im

Jahre 1995 entwickelt wurde, besteht durchaus Grund zur Annahme, dass diese auf die heutigen Umstände nicht direkt umgelegt werden kann.

In der Zukunft sollte der Fokus verstärkt auf die Unterstützung von Flüchtlingshelferinnen und -helfern gelegt werden. Diese Berufsgruppe und Gruppe von Ehrenamtlichen leistet einen unentbehrlichen Beitrag für eine funktionierende Gesellschaft, wird aber oft vernachlässigt. Diese Studie soll einen Grundstein legen, um Implikationen für weitere Forschungsideen zu schaffen. Zukünftig wäre es wünschenswert, eine repräsentative Stichprobe zu erfassen und weiter zu untersuchen, wie sich Tätigkeiten mit Geflüchteten auf die professionelle Lebensqualität auswirken und wie spezielle Ausbildungen im Bereich Interkulturalität und Trauma darauf einwirken können.

7. Literatur

Adams, R., Boscarino, J., & Figley, C. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>

Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2008). Burnout in relation to age in the adult working population. *Journal of Occupational Health*, 50(4), 362-365. doi: 10.1539/joh.m8002

Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA; Addison-Wesley Publishing Company.

Avieli, H., Ben-David, S., & Levy, I. (2016). Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 8(1), 80-87. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000066>

Bhushan, B., & Kumar, J. (2012). A study of posttraumatic stress and growth in tsunami relief volunteers. *Journal of Loss and Trauma*, 17(2), 113-124. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2011.635580>

Black, R., Collyer, M., Skeldon, R., & Waddington, C. (2005). *A survey of the illegally resident population in detention in the UK*. Home Office Online Report 20/05. Zugriff am 18. 9. 2018. Verfügbar unter: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41803840/A_survey_of_the_illegally_resident_popul20160131-5403-1p1e3e4.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1537282733&Signature=9Acm4Cw5bzJ%2F7hHP6nHYggTvtY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_survey_of_the_illegally_resident_popul.pdf

Bleich, S., Havemann-Reinecke, U., & Kornhuber, J. (2002). *Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit*. Göttingen: Beltz.

Bohn, M., Babor, T., & Kranzler, H. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 423-432. <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1995.56.423>

Brewer, E., & Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3(2), 102-123. DOI: 10.1177/1534484304263335

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017). *Das Bundesamt in Zahlen 2016*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Zugriff am 16. 6. 2018. Verfügbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016). *Freiwilligenengagement Bevölkerungsbefragung 2016*. Wien: Institut für empirische Sozialforschung GmbH.

Bundesministerium für Inneres. (2017). *Asylanträge 2002 bis Juli 2017*. Zugriff am 11. 9. 2018. Verfügbar unter: http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/start.aspx#pk_2017

Bundesministerium für Inneres. (2018a). *Anträge und Entscheidungen in % von Jänner bis Dezember 2017*. Zugriff am 27. 1. 2018. Verfügbar unter: http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/2017/Asylstatistik_Dezember2017.pdf

Bundesministerium für Inneres (2018b). *Asylverfahren*. Zugriff am 11. 9. 2018. Verfügbar unter: <https://www.bmi.gv.at/301/Allgemeines/Asylverfahren/start.aspx>

Century, G., Leavey, G., & Payne, H. (2007). The experience of working with refugees: counsellors in primary care. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 23-40. <http://dx.doi.org/10.1080/03069880601106765>

Chang, C., Lee, L., Connor, K., Davidson, J., Jeffries, K., & Lai, T. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 391-398. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000071588.73571.3d>

Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C.C. (2013). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75-86. doi: 10.1037/a0033798

Collins, S. (2008). Statutory health and social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *British Journal of Social Work*, 38 (6), 1173–1193.

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>

Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700048017>

Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018). ICD-10-GM. Abgerufen am 12. 9. 2018. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/>

Duncan, G. M., Shepherd, M., & Symons, J. (2010). Working with refugees-a manual for caseworkers and volunteers. *Rural Remote Health*, 10(4), 1406. Verfügbar unter: www.rrh.org.au/journal/article/1406.

Dybek, I. (2008). *Screening-Verfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen in Allgemeinarztpraxen: Reliabilität und Validität des AUDIT, AUDIT-C und LAST*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität zu Lübeck.

Dyregrov, A., Kristoffersen, J., & Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster-workers: Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 541-555. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490090310>

Endler, S., & Parker, A. (1990). *The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Endler, S., & Parker, A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50–60.

Erickson, R. J., & Grove, W. J. C. (2008). Why emotion matters: Age, agitation, and burnout among registered nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13, 1-13.

Evans, G., Bryant, N., Owens, J., & Koukos, K. (2004). Ethnic differences in burnout, coping, and intervention acceptability among childcare professionals. *Child and Youth Care Forum*, 33(5), 349-371. doi: 10.1023/b:ccar.0000043040.54270.dd

Fein, S., & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through negative evaluations of others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 31–44.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C.R. Figley, (Hrsg.), *Compassion Fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (S. 1-20). New York: Brunner/Mazel.

Fliege, H., Rose, M., Arck, S., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des “Perceived Stress Questionnaire” (PSQ) an einer Deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(3), 142-152.

Ford, W. S. (1986). Favorable intergroup contact may not reduce prejudice: Inconclusive journal evidence, 1960–1984. *Sociology and Social Research*, 70, 256–258.

Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., et. al. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2, 24–47.

Franke, G. (2000). *Brief symptom inventory von LR Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.

Freudenberger, J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224-231. doi: 10.1026/0942-5403.17.4.224

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.

Gensicke, T., & Geiss, S. (2010). *Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009: Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement*. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Guhan, R., & Liebling-Kalifani, H. (2011). The experiences of staff working with refugees and asylum seekers in the United Kingdom: A grounded theory exploration. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 9(3), 205-228. <http://dx.doi.org/10.1080/15562948.2011.592804>

Hakanen, J., Schaufeli, W., & Ahola, K. (2008). The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241. doi: 10.1080/02678370802379432

Hamberger, J., & Hewstone, M. (1997). Inter-ethnic contact as a predictor of blatant and subtle prejudice: Tests of a model in four West European nations. *British Journal of Social Psychology*, 36(2), 173-190. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8309.1997.tb01126.x>

Hanewald, B., Giesecking, J., Vogelbusch, O., Markus, I., Gallhofer, B., & Knipper, M. (2015). Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. *Psychiatrische Praxis*, 43(03), 165-171. doi: 10.1055/s-0035-1552730

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027

Janke, W., Erdmann, G., & Kallus, W. (1985). *Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Kälin, W. (1995). *Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ (CISS) von N.S. Endler & J.D.A. Parker. Basierend auf der Übersetzung von N. Semmer, F. Tschan & V. Schade (unveröffentlichter Fragebogen)*. Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.

Kirby, R., Shakespeare-Finch, J., & Palk, G. (2011). Adaptive and maladaptive coping strategies predict posttrauma outcomes in ambulance personnel. *Traumatology*, 17, 25–34. doi:10.1177/1534765610395623

Larruina, R., & Ghorashi, H. (2016). The normality and materiality of the dominant discourse: Voluntary work inside a Dutch asylum seeker center. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 14(2), 220-237. <http://dx.doi.org/10.1080/15562948.2015.1131877>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.

Lee, J., Kim, S., Bae, K., Kim, J., Shin, I., & Yoon, J. (2017). Factors associated with posttraumatic stress disorder symptoms among community volunteers during the Sewol ferry

disaster in Korea. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 38-44.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.007>

Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11 (3), 255–265.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.

McClendon, M. J. (1974). Interracial contact and the reduction of prejudice. *Sociological Focus*, 7, 47–65.

McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Lee, L., Blair, E., ... Elliott, C. (2013). Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *Journal of Paediatrics Child Health*, 49, 725–732.
10.1111/jpc.12260

Meyers, T. W., & Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (Vol. 24, pp. 39–55). New York: Brunner-Routledge.

Mitchell, T., Griffin, K., Stewart, S., & Loba, P. (2004). ‘We will never ever forget...’: The Swissair flight 111 disaster and its impact on volunteers and communities. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 245-262. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105304040890>

Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 974-982.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.009>

Pearlin, I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Hrsg.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (S. 150-177). New York: Brunner/Mazel.

Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging & Mental Health*, 13(2), 300-307. doi: 10.1080/13607860802459831

Pettigrew, T., & Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal Of Social Psychology*, 25(1), 57-75.
<http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.2420250106>

Pettigrew, T.F., & Tropp, L.R. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice? Recent meta-analytic findings. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination: Social psychological perspectives* (pp. 93–114). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Robinson, K. (2013). Voices from the front line: Social work with refugees and asylum seekers in Australia and the UK. *British Journal of Social Work*, 44(6), 1602-1620.
<http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct040>

Sacco, T., Ciurzynski, S., Harvey, M., & Ingersoll, G. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-42. doi: 10.4037/ccn2015392

Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V., Vlachaki, S., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2016). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 45-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1302-8>

Sobotka, W. (2017). *Anfragebeantwortung: Dauer von Asylverfahren 2016*. Wien: Bundesministerium für Inneres.

SoSci Survey (oFb - der onlineFragebogen). (n.d.). Soscisurvey.de. Zugriff am 17.9. 2018. Verfügbar unter: <https://www.soscisurvey.de/>

Sprang, G., Clark, J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal Of Loss And Trauma*, 12(3), 259-280. doi: 10.1080/15325020701238093

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual, 2nd ed*. Pocatello, ID: ProQOL.org. Zugriff am 18.9.2018. verfügbar unter http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf.

START NOW. Flüchtlingshilfe. (n.d.). Facebook.com. Zugriff am 17.9. 2018. Verfügbar unter: <https://www.facebook.com/groups/960036000704118/>

Stephan, W. G. (1987). The contact hypothesis in intergroup relations. In C. Hendrick (Ed.), *Review of personality and social psychology: Group processes and intergroup relations* (Vol. 9, pp. 13–40). Newbury Park, CA: Sage.

Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., ... Renfro, L. C. (2002). The role of threats in the racial attitudes of Blacks and Whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1242–1254.

Tamres, L., Janicki, D., & Helgeson, V. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30. doi: 10.1207/s15327957pspr0601_1

Thormar, S., Gersons, B., Juen, B., Djakababa, M., Karlsson, T., & Olf, M. (2014). The impact of disaster work on community volunteers: The role of peri-traumatic distress, level of personal affectedness, sleep quality and resource loss, on post-traumatic stress disorder symptoms and subjective health. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 971-977. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.006>

Voci, A., & Hewstone, M. (2003). Intergroup contact and prejudice toward immigrants in Italy: The mediational role of anxiety and the moderational role of group salience. *Group Processes and Intergroup Relations*, 6, 37–54.

White, F., Wootton, B., Man, J., Diaz, H., Rasiah, J., Swift, E., & Wilkinson, A. (2009). Adolescent racial prejudice development: The role of friendship quality and interracial contact. *International Journal of Intercultural Relations*, 33(6), 524-534. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2009.06.008>

Zick, A., Pettigrew, T., & Wagner, U. (2008). Ethnic prejudice and discrimination in Europe. *Journal of Social Issues*, 64(2), 233-251. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00559.x>