

Soziale Kompetenz im Beruf und Alltag: Ein intensives Gruppentraining für Typ-I-Diabetiker

*Almuth Wendt, Franz Petermann, Klaus-Martin Rölver,
Angelika Schidlmeier und Ute Hanke*

1 Einleitung

Aus einer chronischen Erkrankung resultieren vielfältige Belastungen für den Betroffenen und sein soziales Umfeld. Es gilt nicht nur, die Krankheit zu akzeptieren, sondern sie muß auch zusammen mit den resultierenden psychosozialen Einschränkungen im Alltag bewältigt werden. Dabei sind krankheitsbedingte Einschränkungen (z. B. Restriktionen durch die medizinische Behandlung; vgl. Henrichs, 1986) von sozial vermittelten Einschränkungen (z. B. Stigmatisierung) zu unterscheiden (Petermann, Wendt, Rölver, Schidlmeier & Hanke, 1996). Mangelndes Wissen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen führen zu Unsicherheit bei den Interaktionspartnern, so daß sie beispielsweise den Kranken übermäßig entlasten oder ihm möglichst wenig zumuten. Dies kann für die Betroffenen sehr belastend sein. Sie erhalten aus ihrer beruflichen Tätigkeit nur wenig Bestätigung und fühlen sich wegen ihrer Krankheit benachteiligt. Die oft unausgesprochenen Probleme lassen sich auf verschiedenen Wegen klären. Durch gezielte Informationen erfahren die gesunden Interaktionspartner, was der chronisch Kranke kann und an welchen Stellen sie ihm Hilfestellungen geben können. Werden den Patienten soziale Fertigkeiten vermittelt, können sie auf die Vorbehalte, Vorurteile und Unsicherheiten ihrer Mitmenschen selbst eingehen (Gross, Heimann, Shapiro & Schultz, 1983; Hanson, Henggeler & Burgherr, 1987; Petermann, Wendt & Apel-Pfaffenschläger, 1994).

Es ist sehr schwierig, die Benachteiligungen von Typ-I-Diabetikern im Berufsleben zu objektivieren. Während einige Studien Diskriminierungen von Diabetikern berichten (z. B. Friis & Nanjundappa, 1986; Songer, LaPorte, Dorman, Orchard, Becker & Drash, 1989), unterscheiden sich die diabetischen und die nicht-diabetischen Arbeitnehmer nicht voneinander (z. B. Baker, Scragg, Metcalf & Dryson, 1993). Oft werden Typ-I- und Typ-II-Diabetiker nicht unterschieden. Für den Betroffenen ist sein persönliches Erleben, die subjektiven Benachteiligungen am wichtigsten (Petrides, Petermann, Henrichs,

Petzoldt, Rölver, Schidlmeier, Weber & Wendt, 1995). Junge Typ-I-Diabetiker zwischen 16 und 39 Jahren sind zwar nicht häufiger arbeitslos als ihre Geschwister, sie sehen aber im Blick auf ihre beruflichen Möglichkeiten erheblich mehr Hindernisse (Griffiths & Moses, 1993). Jeder zweite Diabetiker war überzeugt, es sei für ihn schwieriger einen anderen Job zu finden. 33,7 % gingen davon aus, daß der Diabetes ihre zukünftige Berufswahl maßgeblich beeinflussen wird. 19,6 % meinten, eine Bewerbung könnte wegen ihres Diabetes abgelehnt werden; jeder fünfte hatte seinem Arbeitgeber die Erkrankung verschwiegen. Lloyd, Robinson, Andrews, Elston und Fuller (1993) verglichen 40 16- bis 25jährige Typ-I-Diabetiker mit 40 gesunden Kontrollpersonen gleichen Alters und Geschlechts. Die Diabetiker verließen häufiger aus beruflichen Gründen ihr Elternhaus, die gesunden Kontrollpersonen eher wegen der Geburt eines Kindes. Die jungen Diabetiker erlebten sich stärker sozial isoliert und berichteten seltener von einer Person, mit der sie sehr engen Kontakt haben. Sie äußerten größere Bedenken gegen enge vertrauensvolle Beziehungen und fürchteten sich stärker vor Intimität. Beinahe 30 % der Diabetiker bewerteten infolge der Erkrankung eine zukünftige Heirat anders. 23 % fühlten sich von ihren Freunden nicht verstanden. Bei 18 % waren die Freunde geschockt, als sie vom Diabetes erfuhren. Nur 35 % fühlten sich von ihren Freunden unterstützt und waren mit ihrem Interesse zufrieden. Bei Gafvels, Lithner und Börjeson (1993) sahen junge Patienten (20-24 Jahre) ihre Krankheit positiver als die älteren. Trotzdem waren sie überzeugt, daß der Diabetes die Beziehung zu ihren Freunden negativ beeinflußt hat. Die Studien unterstreichen, wieviele Typ-I-Diabetiker erhebliche Einschränkungen in ihren beruflichen und sozialen Möglichkeiten erleben. Um diese Belastungen zu verringern, wurde eine Schulung zur Förderung diabetesspezifischer sozialer Kompetenzen entwickelt. Nach einem kurzen Überblick werden die Rahmenbedingungen für die Schulung, die Techniken und das praktische Vorgehen vorgestellt. Die Evaluationsergebnisse stellen Rölver, Wendt, Petermann, Schidlmeier, Hanke, Petzoldt und Henrichs (1996) dar.

2 Überblick

Um die Schulung möglichst nah am Alltag der Patienten zu konzipieren, wurden zunächst die sozialen Situationen identifiziert, die für sie besonders relevant sind. Die Situationen unterscheiden sich je nach Interaktionspartner (z. B. Kollegen, Vorgesetzte, Freunde, Fremde). Als Ziel wird ein sozial kompetentes Verhalten angestrebt. Eine sozial kompetente Person kann ihre eigenen Bedürfnisse umsetzen, ohne andere zu verletzen oder in ihrer Entwicklung zu beeinträchtigen (Petermann & Wendt, 1995). Kombiniert man die verschiedenen Interaktionspartner und mit spezifischen Zielverhaltensweisen (z. B. Informieren, um Hilfe bitten, eigene Ansprüche durchsetzen) in einer Matrix, resultieren in den Zeilen und Spalten die spezifischen Lernziele der Schulung (s. Abb. 1).

Interaktionspartner	Beobachtbare Verhaltensbereiche		
	Information geben	um Hilfe bitten	Durchsetzen eigener Ansprüche
Arbeitskollegen	M3 (über Glukagon-spritzen und über Hypoglykämien informieren, ...)	M3 (bei UZ um Glukagonspritzen bitten, ...)	M4 (übertriebene Rücksichtnahme ablehnen, ...)
Vorgesetzte	M1 (über Diabetes und Diät informieren, ...)	M2 (um diabetes-geeignete Speisen bitten, ...)	M2 (Arztbesuche, Änderung der Pausenregelung, ...)
vertraute Personen	M3 (über Glukagon-spritzen und über UZ informieren, ...)	M3 (bei UZ um Glukagonspritzen bitten, ...)	M4 (Aktivitäten durchführen, übertriebene Rücksicht, ...)
fremde Personen	M1 (über Diabetes und Diät informieren, ...)	M2 (um diabetes-geeignete Speisen bitten, ...)	M2 (in Besprechungen Pausen fordern, ...)

Abbildung 1:

Situations-Verhaltens-Matrix der Schulungsmodule

(M = Modul; UZ = Unterzuckerung, aus Petermann, et al., 1996, S. 25)

Im Mittelpunkt der Schulung stehen diabetesspezifische soziale Fertigkeiten:

- Sich über die eigene Krankheit informieren zu können,
- Sicherheit bei der Entscheidung, wen man über die Erkrankung informiert,
- dem Arbeitgeber Kompetenzen im Umgang mit dem Diabetes aufzeigen,
- zu entscheiden, welche Personen bei einer schweren Unterzuckerung in der Lage sind, Glukagon zu spritzen,
- eine geeignete Pausenregelung sicherzustellen,
- Anforderungen, die mit dem Diabetes unvereinbar sind, abzulehnen,
- eigene Bedürfnisse angemessen durchzusetzen,
- sich in Ängste oder Bedenken anderer einzufühlen (Petermann et al., 1996, S. 16).

Gemeinsam überlegen die Schulungsteilnehmer, wann und wem sie mitteilen, daß sie Diabetes haben. Anschließend wird das Informationsgespräch im Rollenspiel geübt; dabei kristallisieren sich sozial kompetente und sozial inkompetente Verhaltensweisen schnell heraus. Bei einigen Themen, wie zum Beispiel sozialmedizinische Fragen oder Hypoglykämien, erhalten die Patienten strukturierte Informationen von den Trainern (ausführliche Darstellung: Petzoldt, 1994; Kulzer & Fröhlich, 1996). Die verschiedenen Fertigkeiten sind eng verknüpft. So kann der Typ-I-Diabetiker nur Personen bitten, ihm in einer schweren Unterzuckerung Glukagon zu spritzen, denen er vorher gezeigt hat, was sie tun müssen. Übertriebene Rücksichtnahme zeigen nur Personen, die von der Erkrankung wissen, aber nicht näher informiert sind. Der Diabetiker sollte daher nicht nur die übertriebene Rücksichtnahme angemessen ablehnen, sondern auch erkennen, welche Informationen seine Interaktionspartner benötigen. Um auf den andern angemessen einzugehen, ist es notwendig, sich auf seine Sichtweise einzulassen. So entsteht Verständnis für die Reaktionen des

anderen, aus dem heraus seine Ängste, Bedenken oder Vorbehalte eher ausgeräumt werden können. Eine Schulung sozialer Kompetenz wird um so erfolgreicher sein, desto mehr sie allen Teilnehmern vielfältige Möglichkeiten bietet, die neu erlernten Fähigkeiten auch zu praktizieren. Von diesem Ziel her lassen sich verschiedene Rahmenbedingungen empfehlen.

3 Rahmenbedingungen für die Schulung

In der Vorbereitung und Planung für die Trainingsdurchführung müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Gruppengröße,
- Trainer,
- Zielgruppe,
- Einladung im stationären Setting,
- Durchführung im stationären Bereich,
- Einladung im ambulanten Bereich und
- äußere Bedingungen.

Gruppengröße. Die Schulung sollte in Gruppen von sechs bis acht Patienten durchgeführt werden. Dann können sich alle Teilnehmer aktiv am Austausch und Rollenspiel beteiligen. Dies ist notwendig, um neue Verhaltensweisen auszuprobieren und den Transfer in den Alltag vorzubereiten. Gruppen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, vom Modell der anderen zu lernen (vgl. Bandura, 1991). Sie arbeiten am effektivsten, wenn die Teilnehmer ähnliche soziale Problemsituationen bearbeiten wollen (Argyle, 1987).

Trainer. Die Gruppen werden von zwei Trainern geleitet. Diese müssen bei bestimmten Elementen (z.B. Metaplan, Rollenspiel), die Aufgaben klar verteilen und Hand in Hand arbeiten. Beide Trainer brauchen praktische Erfahrungen in der Leitung therapeutischer Gruppen: Gesprächsführung, Anleitung von Rollenspielen, Vermitteln von Inhalten. Die Schulung sollte nur von Personen durchgeführt werden, die sich in der Behandlung und Betreuung des Diabetes auskennen und entsprechende Erfahrungen in der Patientenschulung besitzen (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Diabetesberaterinnen, Krankenschwestern in der Diabetologie).

Zielgruppe. Die Schulung richtet sich an alle Typ-I-Diabetiker ab 16 Jahre, insbesondere an Patienten, die vor der Berufswahl oder einer Bewerbung stehen, sich beruflich umorientieren möchten, wieder berufstätig werden wollen, am Arbeitsplatz Schwierigkeiten wegen des Diabetes haben, durch Spätschäden im Beruf eingeschränkt sind oder Probleme in der Partnerschaft beziehungsweise in der Familie haben, die mit ihrem Diabetes-Management zusammenhängen (Petermann et al., 1996).

Einladung im stationären Setting. Die Trainer sollten die Patienten persönlich ansprechen, ihnen mitteilen, was in der Schulung gemacht wird und wie

sie sich von anderen Angeboten unterscheidet. Es muß besonders darauf hingewiesen werden, welche Hilfestellungen der Patient für seinen Alltag erwarten kann.

Durchführung im stationären Bereich. Die Schulung besteht aus vier Modulen, einer Eröffnungs- und einer Abschlußrunde. Sie können einzeln oder beispielsweise an zwei Nachmittagen durchgeführt werden. Wichtig ist dabei, daß die Termine möglichst gut in den übrigen Stundenplan der Trainer und Teilnehmer integriert werden können,

Einladung im ambulanten Bereich. Die Schulung kann sehr gut ambulant durchgeführt werden, zum Beispiel in Schwerpunktpraxen oder unter fachlicher Anleitung in Selbsthilfegruppen. Die Einladung kann über den behandelnden Arzt oder über ein Schreiben der Krankenkasse erfolgen. Dabei sollte möglichst früh der erste Kontakt zu den Trainern hergestellt werden; den Patienten fällt es auf diese Weise leichter, an der Schulung teilzunehmen. Die Module können einzeln an verschiedenen Abenden oder zusammen an einem Wochenende durchgeführt werden. Führt man jedes Modul einzeln durch, so liegt darin der Vorteil, daß die Teilnehmer zwischen den Terminen die neuen Fertigkeiten im Alltag erproben können.

Äußere Bedingungen. Für die Schulung wird ein heller Raum mit angenehmer Atmosphäre benötigt, in dem die Teilnehmer in einer Runde sitzen können und eine angemessene Räumlichkeit für die Realisierung der Rollenspiele besteht. Außerdem müssen eine Metaplantafel, ein Overheadprojektor, eine Leinwand, ein Fernseher, eine Videokamera und -gerät verfügbar sein. Unterbrechungen sollten im Vorfeld durch einen Hinweis an der Tür ausgeschaltet werden. Die Rahmenbedingungen ermöglichen eine reibungslose Realisierung der Schulung. Sie schaffen die Voraussetzung, um die Techniken der Schulung für die Patienten fruchtbar zu machen.

4 Arbeitstechniken der Schulung

Dem methodischen Vorgehen in der Schulung liegt das Prozeßmodell sozial kompetenten und inkompetenten Verhaltens zugrunde (Pfungsten & Hinsch, 1991). Dieses Modell wird in vereinfachter Form den Patienten als Erklärungsmodell an die Hand gegeben (s. Abb. 2). Vier grundlegende Arbeitstechniken sollen dazu beitragen, die Gedanken, Gefühle und das Verhalten der Patienten in sozialen Situationen positiv zu verändern (Sugai & Fuller, 1991):

- Modellernen,
- Rollenspiel,
- Feedback und
- Transfer in den Alltag.

Zudem werden den Typ-I-Diabetikern gezielte Informationen geboten und die Diskussionsergebnisse werden visualisiert.

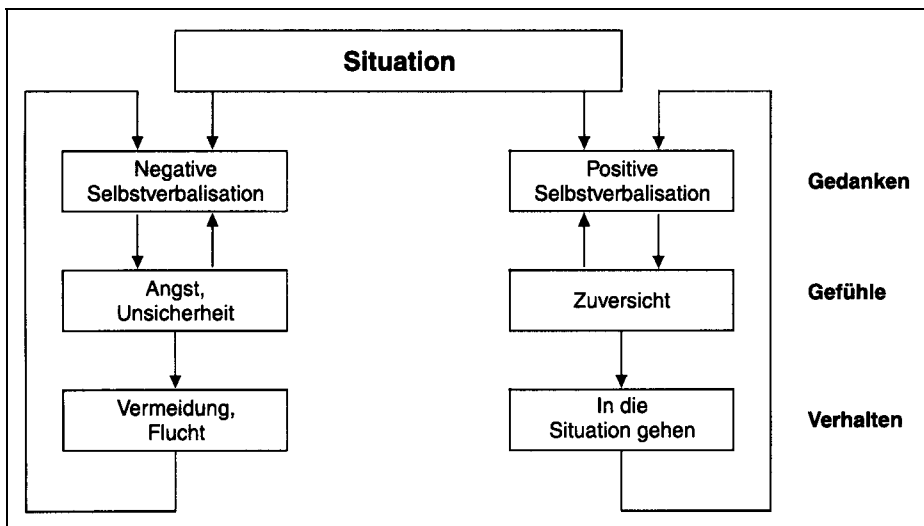


Abbildung 2:

Erklärungsmodell sozial kompetenten und inkompetenten Verhaltens für die Schulungsteilnehmer (Pfungsten & Hinsch, 1991; modif. von Petermann et al., 1996)

Gezielte Informationen. Die beruflichen Themen erfordern es, daß die Patienten Informationen zu sozialrechtlichen Fragen erhalten. Der sozial kompetente Umgang mit Hypoglykämien am Arbeitsplatz erfordert umfassendes Wissen über Hypoglykämien, wie man ihnen vorbeugen kann und wie sie behandelt werden. Im Gruppengespräch wird zunächst das Wissen der Teilnehmer zusammengetragen, die Trainer ergänzen die Beiträge, indem sie die fehlenden Informationen in das Gespräch einfließen lassen.

Visualisierung der erarbeiteten Ergebnisse. Informationen lassen sich besser erinnern, wenn sie über mehrere Informationskanäle vermittelt werden. Die Visualisierung erfolgt am Metaplan, auf Overheadfolien oder Arbeitsblättern. Vorlagen für alle Folien und Arbeitsblätter enthält das Schulungsmanual (Petermann et al., 1996). Die Teilnehmer arbeiten aktiv an der Visualisierung mit, schreiben Zettel für den Metaplan, heften sie an den Metaplan, liefern die Beiträge, die die Trainer aufschreiben, diskutieren darüber oder gewichten sie. Anhand des Erklärungsmodells erfahren die Patienten, wie sozial kompetentes und sozial inkompetentes Verhalten zustande kommt. Sie können eine für sie relevante soziale Situation einsetzen, um ihre Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu modifizieren. Wissen ist zwar die Voraussetzung für verändertes Verhalten (Pfungsten & Hinsch, 1991), aber das neue Verhalten muß auch eingeübt werden.

Modellernen. Während sich ein Teilnehmer Bewerbungssituationen nicht gewachsen fühlt, weiß ein anderer nicht, wie er auf die übertriebene Rücksichtnahme seiner Arbeitskollegen reagieren soll. Wer eine schwierige Situation erfolgreich bewältigt hat, kann den anderen das sozial geschickte Verhalten zeigen (= Modellernen). Modellernen wird erleichtert, wenn das Modell durch

den Beobachter positiv bewertet wird. Eine vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe bildet die Voraussetzung für effektives Modellernen.

Rollenspiel. Im Rollenspiel werden die sozial geschickten Verhaltensweisen im Schutz der vertrauten Gruppe geübt. Die Rollenspieler sollen positive Erfahrungen mit den erarbeiteten Strategien sammeln. Die Rollenspiele weisen immer eine vorbereitende Phase auf, in der die Situation und die beteiligten Personen beschrieben, die aktiven Teilnehmer ausgewählt und die Beobachtungsaufgaben verteilt werden. Anschließend wird die Problemsituation zum ersten Mal gespielt. Am Ende berichten zuerst die Rollenspieler, dann die Beobachter und die Trainer. Gemeinsam werden neue Verhaltensweisen überlegt und in einem zweiten Rollenspiel ausprobiert. Feedback spielt nicht nur bei Rollenspielen, sondern auch in Gruppengesprächen eine wichtige Rolle.

Feedback. Die Teilnehmer geben sich gegenseitig eine Rückmeldung darüber, wie sie das Verhalten oder die Beiträge der anderen einschätzen. Es ist nur konstruktive Kritik erlaubt, die den Betroffenen zu weiteren Schritten ermutigt. Sozial kompetente Verhaltensweisen werden verstärkt, dadurch trägt das Feedback dazu bei, die Zielverhaltensweisen aufzubauen (Rosenfarb, Hayes & Linehan, 1989). Im Laufe der Schulung soll die Person lernen, sich selbst zu verstärken. Selbstbeobachtung, -bewertung und -Verstärkung erleichtern es, die neuerlernten Verhaltensweisen in den Alltag zu übertragen (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

Transfer. Fünf Methoden unterstützen einen erfolgreichen Transfer (Ralph, 1988). Erstens müssen die Grundprinzipien und Strategien sozial kompetenten Verhaltens schriftlich, mündlich und nach Möglichkeit graphisch vorgegeben werden. Zweitens sollten die Verhaltensweisen in verschiedenen Problemsituationen geübt werden. Drittens müssen alle Verhaltensfortschritte verstärkt werden. Viertens muß das sozial kompetente Verhalten häufig geübt werden. Fünftens sollte das soziale Umfeld nach Möglichkeit lernen, das neuerlernte Verhalten zuhause zu verstärken. Bei ambulanter Schulung nehmen Verhaltensübungen im Alltag eine besondere Stellung ein, da durch sie neue Strategien zwischen den einzelnen Sitzungen erprobt werden können. Die hier beschriebenen Arbeitstechniken sind die grundlegenden Elemente der vier Module, die im folgenden Abschnitt näher beschrieben werden.

5 Praktisches Vorgehen

Die Schulung besteht aus vier Modulen, einer Eröffnungs- und einer Abschlußrunde. Für jedes Modul werden ungefähr zwei Stunden benötigt, für die Eröffnungs- und die Abschlußrunde ist jeweils eine halbe Stunde vorgesehen. Die **Eröffnungsrunde** dient dem Kennenlernen, die Teilnehmer lernen sich untereinander und die Trainer kennen. Sie erfahren, was in der Schulung passieren wird. Nach einer kurzen Begrüßung der Teilnehmer stellen sich die

Trainer vor, indem sie erzählen, welche beruflichen Tätigkeiten ihre Schwerpunkte sind und wie diese mit der Schulung zusammenhängen. Das Schulungsmanual bietet hierfür Formulierungshilfen (Petermann et al., 1996). Anschließend werden die Inhalte der einzelnen Module vorgestellt:

Modul 1: Unabhängigkeit in der beruflichen Entwicklung

Modul 2: Konkrete berufliche Situationen

Modul 3: Umgang mit Hypoglykämien am Arbeitsplatz

Modul 4: Umgang mit fremden oder vertrauten Personen

Für den späteren Austausch in der Gruppe sollten alle ein wenig miteinander vertraut sein. Die Module bieten genügend Möglichkeiten, sich über den Diabetes und die persönlichen Erfahrungen im Umgang mit ihm zu unterhalten, daher werden beim Kennenlernen andere Fragen gestellt (s. Petermann et al., 1996). Für die Eröffnungsrunde sollte bereits ein Overheadprojektor, Folien, Klebeband für Namensschilder, Stifte und ein Wollknäuel vorhanden sein.

Modul 1 beschäftigt sich mit der beruflichen Mobilität, insbesondere mit der Berufswahl, Bewerbungen, Arbeitsplatzwechsel und sozialrechtlichen Fragen. In einer ersten Gesprächsrunde berichten die Teilnehmer über ihre Erfahrungen im Beruf. Die Trainer lenken das Gespräch, indem sie zum Beispiel fragen, ob der aktuelle Beruf aufgrund des Diabetes gewählt wurde oder ob sich die Aufgaben am Arbeitsplatz nach der Erkrankung verändert haben. Ein Trainer notiert parallel die Beiträge der Patienten auf Metaplankarten, der andere ordnet sie am Metaplan nach Themenbereichen. Aus den visualisierten Erfahrungen erarbeitet die Gruppe, an welchen Stellen sich der Diabetes hinderlich auf die berufliche Laufbahn auswirken kann (z. B. Vorbehalte des potentiellen Arbeitgebers, der viele Krankheitstage vermutet). In dieser Diskussion dürfen nicht Faktoren, die bei allen Arbeitnehmern zu schlechteren Chancen führen (z. B. schlechter Arbeitsmarkt, unsicheres Auftreten), durch den Diabetes erklärt werden. Anschließend werden die verschiedenen Belastungen gewichtet. Die Gewichtung kann beispielsweise mit einem Phonometer erfolgen; dabei drücken die Teilnehmer durch ihre Lautstärke (Schreien, Seufzen, Stöhnen) aus, wie stark die Belastung für sie ist. Je stärker die Belastung, desto lauter äußern sie sich, wenn ein Trainer am Metaplan auf die spezifische Belastung zeigt. Eine andere Technik stellt eine visuelle Analogskala von null bis 100 auf dem Metaplan dar, an der die Zettel mit den Situationen entsprechend ihrer Einschätzung angeheftet werden können.

Die persönlichen Erfahrungen der Patienten bilden den Ausgangspunkt, um Verhalten in Bewerbungssituationen zu besprechen und zu üben. Die Teilnehmer erzählen von den Bewerbungssituationen, die sie bereits erlebt haben oder die bevorstehen. Dieser Erfahrungsaustausch liefert Situationen für das spätere Rollenspiel; am Metaplan werden typische, sozial kompetente Vorgehensweisen festgehalten. Zunächst wird die Situation einmal gespielt. Nachdem die Rollenspieler berichtet haben, geben die Beobachter und die Trainer ihre Rückmeldung. Alle Teilnehmer überlegen gemeinsam, wie sozial kompetentes Bewerbungsverhalten aussieht (z. B. Mimik, Gestik, Formulierungen). In einem zweiten Rollenspiel werden die neuen Strategien eingesetzt. Zentral ist dabei

die Frage, ob im Bewerbungsgespräch das Thema „Diabetes“ angesprochen werden sollte; hierzu wird eine strukturierte Liste entworfen. Abbildung 3 zeigt, welche Argumente für und gegen das Verschweigen sprechen können. Darauf aufbauend überlegen sich die Teilnehmer, wie eine schriftliche Bewerbung formuliert wird und was man bei einem Bewerbungsgespräch äußern kann. Die Teilnehmer schreiben sich die erarbeiteten Strategien auf einem vorbereiteten Arbeitsblatt auf. So können sie jederzeit auf sie zurückgreifen.

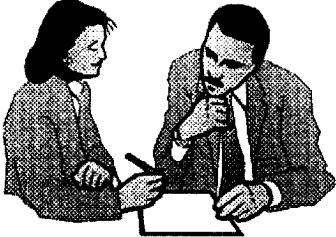

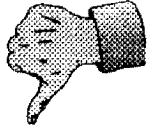
Verschweigen des Diabetes im Bewerbungsgespräch	
	
 <p>Pro</p>	 <p>Contra</p>
<p>Arbeitgeber denkt,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● daß ich öfter krank bin. ● daß ich weniger belastbar bin. ● daß ich als insulinpflichtiger Diabetiker spritzen muß, was unhygienisch erscheint. ● daß ich ständig während der Arbeit zum Arzt gehe. ● daß er mir wegen des Schwerbehindertenausweises eine Woche mehr Urlaub geben muß. ● Wenn ich den Diabetes zugebe, werde ich von den anderen nicht akzeptiert. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ich will von Anfang an ehrlich sein. ● Ich will mich sicher fühlen, besonders im Hinblick auf Hypoglykämien. ● Ich kann anderen den Traubenzucker zeigen, oder sagen, was sie sonst bei einer Unterzuckerung machen können. ● Ich kann offen testen und spritzen, ohne es fortwährend erklären zu müssen. ● Ich kann es leichter begründen, wenn ich doch mal zum Arzt muß. ● Die praktische Insulintherapie läßt sich nicht durchführen. Zielwerte und ideale Selbstbehandlung sind kaum möglich. ● Ich habe es verschwiegen und kam hinterher nicht mehr raus. ● Ich kann eher die Bedingungen bekommen, die ich für den Diabetes brauche. ● Es ist viel schwieriger, es später noch zu sagen.

Abbildung 3:
Argumente für und gegen das Verschweigen des Diabetes im Bewerbungsgespräch
(nach Petermann et al., 1996, S.43)

Bei Bewerbungen und im Berufsleben spielt auch der Behindertenausweis und seine sozialrechtlichen Konsequenzen eine Rolle. Die Patienten berichten über ihre Erlebnisse mit dem Behindertenausweis, warum sie einen besitzen oder warum nicht. Die Trainer fragen nach den Vor- und Nachteilen, die bekannt

sind, und visualisieren sie am Metaplan oder auf einer Folie. Tritt ein Informationsbedarf auf, dann lassen die Trainer zielgerichtet Informationen zu sozialrechtlichen Themen einfließen. Ein kurzes Skript im Trainingsmanual bereitet für die Trainer wichtige Fakten auf (Petermann et al., 1996); weitere Informationen, die auch den Teilnehmern zum Lesen empfohlen werden können, finden sich im Buch von Fink und Malcherzyk (1994). Am Ende der Gesprächsrunde soll jeder Patient eine differenzierte Einstellung zum Behindertenausweis besitzen. Es existiert keine falsche und richtige Einschätzung, aber auf der Basis der Informationen und der diskutierten Vor- und Nachteile kann jeder Teilnehmer einen eigenen Standpunkt finden. Das Manual stellt Anstöße für die kritische Reflexion zur Verfügung.

Modul 2 konzentriert sich auf konkrete Situationen im Berufsalltag. Im Gruppengespräch lernen die Patienten zwischen beruflichen Anforderungen, die trotz Typ-I-Diabetes realisierbar sind (z. B. Überstunden, kalkulierbare Muskelarbeit, Zwei-Schichtarbeit), und Anforderungen, die mit Typ-I-Diabetes kaum oder nicht realisierbar sind (z.B. Arbeit in gefährlichen Situationen, unkalkulierbare Muskelarbeit, Drei-Schichtarbeit), zu unterscheiden. Die Diskussion stößt dabei auf das Thema, daß einige Patienten ihren Diabetes gern als Mittel einsetzen, um unangenehme Anforderungen abzulehnen. Die Trainer sollten nach Möglichkeit alle Teilnehmer in das Gespräch einbeziehen. Geben einzelne offen zu, daß sie manchmal den Diabetes benutzen, um Unangenehmes zu umgehen, ist eine heftige Reaktion der Gruppe zu erwarten. Die Trainer müssen dafür sorgen, daß die Angriffe nicht zu hart sind und die Betroffenen nicht herabgesetzt werden. Gemeinsam sucht die Gruppe nach Lösungsmöglichkeiten, die einen sozial kompetenten Umgang mit unangenehmen Situationen erlauben (s. Fallbeispiel 2 in Kasten 1).

Im täglichen Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten spielen die Ansprüche aller Beteiligten eine wichtige Rolle. Während im ersten Teil des Rollenspiels die Ansprüche anderer reflektiert wurden, werden jetzt die eigenen Ansprüche problematisiert. Mögliche Themen sind dabei: eine geeignete Pausenregelung, Arztbesuche und notwendige Klinikaufenthalte. Folgen bei einem Diabetiker Urlaub, Klinikaufenthalt und Krankheit einmal kurz aufeinander, kann dies bei den Kollegen und Vorgesetzten zu Unverständnis und Mißtrauen führen. Ein anderes Problem entsteht, wenn man es dem Typ-I-Diabetiker nicht unbedingt ansieht, daß es ihm gerade nicht so gut geht (z. B. bei Fußproblemen). Die Patienten unterhalten sich, welche Ansprüche sie an ihrem Arbeitsplatz haben und wie sie diese einfordern. Die Trainer sammeln die Situationen und Strategien am Metaplan, so können die Rollenspiele daran anknüpfen. Die Diskussion muß berechnete Ansprüche eines diabetischen Arbeitnehmers von sekundärem Krankheitsgewinn unterscheiden. Ein anderer Aspekt sind Ansprüche, die jeder Teilnehmer an seine eigene Person stellt. In einigen beruflichen Situationen belasten sich die Patienten durch einen enormen Leistungsdruck, weil sie fürchten, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Im Gruppengespräch lassen sich die eigenen Maßstäbe mit denen anderer vergleichen und dadurch relativieren.

Kasten 1:

Fallbeispiele aus der Erprobung der Schulung
(Petermann, Wendt, Rölver, Schildmeier & Hanke, 1995, S.44)

Fallbeispiel 1

Junger Mann, 26 Jahre, verheiratet, ein Kind, seit dem zwölften Lebensjahr Typ-I-Diabetes, von Beruf Maschinenschlosser.

Als er sich nach der Schule um eine Lehrstelle bewarb, wurden circa 50 Bewerbungen abgelehnt. Jedes Mal hatte er bereits in der schriftlichen Bewerbung den insulinpflichtigen Diabetes erwähnt. Außerdem hatte er aus der Kindheit den Schwerbehindertenausweis übernommen. Schließlich bekam der Patient über private Beziehungen eine Lehrstelle. Der Betrieb übernahm ihn nach der Lehre. In den letzten Jahren hatte er mehrere schwere Hypoglykämien am Arbeitsplatz, die er auf die starke körperliche Anstrengung seiner Tätigkeit zurückführte.

Wegen zu starker körperlicher Beanspruchung und Schichtarbeit hatte der Patient eine Umschulung beantragt. Da die Maßnahme kurz vor dem Abschluß stand, mußte sich der Patient bald bewerben.

Anfangs äußerte er, daß er sich die Bewerbung unproblematisch vorstellt. Der Patient erkannte durch den Austausch in der Gruppe, daß es oft hinderlich ist, bereits in der schriftlichen Bewerbung auf den Diabetes hinzuweisen. Im Rollenspiel beantwortete er die Fragen des Arbeitgebers äußerst knapp und stellte sich mit seinem Diabetes eher negativ dar. Durch die Hilfe anderer Teilnehmer lernte er, wie das Bewerbungsgespräch weitaus günstiger gestaltet werden kann. Der Patient wurde aktiv und schaute in seinen Schwerbehindertenausweis, weil er erst jetzt erfahren hatte, daß er diesen nicht verlängern muß. Am zweiten Nachmittag berichtete er ganz erleichtert, daß die Gültigkeit seines Schwerbehindertenausweis in Kürze abläuft.

Fallbeispiel 2

Junge Frau, 29 Jahre, ledig, Sachbearbeiterin, seit fünf Jahren Typ-I-Diabetes.

Die Patientin befand sich in der letzten Zeit länger im Krankenhaus. Sie war schon mehrere Monate krankgeschrieben und ging auf diese Weise Konflikten mit den Kollegen aus dem Weg. Im Betrieb war sie von Umstrukturierungsmaßnahmen betroffen. Sie beklagte sich über Mobbing, das nicht mit ihrem Diabetes zusammenhing. Die Patientin fühlte sich in ihrer beruflichen Situation total überfordert. Sie traute sich selbst nur wenig zu und hatte ein geringes Selbstwertgefühl.

In der Gruppe tauschten die Patienten sich darüber aus, wie man als Diabetiker Streß und Belastungen vermeiden kann. Im Gespräch kristallisierte sich heraus, daß außer den kurzfristigen Vorteilen Nachteile, wie zum Beispiel Verärgerung der Kollegen, entstehen, die sich langfristig negativ auswirken können. Gemeinsam entwickelte die Gruppe Strategien, wie sich die Patientin verhalten kann, wenn sie wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehrt. Die Patientin erkannte, daß der Ärger der Kollegen teilweise berechtigt war und sie anfangs einiges tolerieren mußte, um dann den Kollegen zu zeigen, was sich verändert hat. Diese Situation direkt auszuprobieren, festigte ihre Selbstsicherheit. In Rollenspielen ermunterten die anderen Teilnehmer die Patientin, die Stelle zu wechseln und übten mit ihr, wie sie an einem anderen Arbeitsplatz positiv einsteigen kann. Gleichzeitig erlebte die Patientin, daß sie verschiedene soziale Fertigkeiten bereits effektiv einsetzen kann; das stärkte ihr Selbstwertgefühl.

Im Rollenspiel üben die Patienten, wie sich die eigenen Ansprüche angemessen durchsetzen lassen. Je nachdem, welche Rolle sie übernehmen, erfahren sie auch, wie es ihrem Interaktionspartner in dieser Situation geht. Sie können sich überlegen, wie und was sie gerne gefragt würden. In den Rollenspielen hat es sich bewährt, den Anspruch sachlich und freundlich zu erheben, sich

kooperativ zu erweisen, ruhig und gelassen aufzutreten, nicht aggressiv zu werden, den anderen in die Entscheidungen einzubeziehen und angemessen selbstbewußt aufzutreten (Petermann et al., 1996).

Sofern die Module zusammengefaßt werden (z.B. 2 an einem Nachmittag), erhalten die Teilnehmer am Ende des zweiten Moduls noch eine Hausaufgabe, die das vierte Modul vorbereitet. Wird jedes Modul einzeln durchgeführt, erfolgt die Hausaufgabe am Schluß des dritten Moduls. Die Patienten erhalten ein Arbeitsblatt, auf dem sie Argumente für und gegen ein öffentliches Diabetes-Management aufschreiben können. Öffentliches Diabetes-Management meint kein Zur-Schau-Stellen, sondern den unkomplizierten Umgang mit dem Blutzuckermessen und Spritzen in der Öffentlichkeit (z.B. in einem Restaurant). Als zweite Hausaufgabe sollen sich die Teilnehmer überlegen, welche Probleme ihre Familie, Freunde und Kollegen mit ihrem Diabetes haben. Auf dem Arbeitsblatt laden einige Fragen zum Nachdenken ein.

Im **dritten Modul** sollen sich die Teilnehmer einen kompetenten Umgang mit Hypoglykämien am Arbeitsplatz aneignen. Zum Einstieg werden berufliche Hypoglykämiesituationen gesammelt. Das Augenmerk liegt darauf, wie Unterzuckerungen am Arbeitsplatz ablaufen, wer sie zuerst bemerkt (der Typ-I-Diabetiker oder seine Kollegen), wie die Arbeitskollegen reagieren und was sie über Hypoglykämien wissen. Die Situationen werden auf einer Folie oder am Metaplan visualisiert. Danach werden die Situationen nach der Bedeutsamkeit geordnet. Die Teilnehmer finden so heraus, in welchen beruflichen Situationen sie eine Unterzuckerung am stärksten belastet und welche Befürchtungen sie in der Situation haben. Die Patienten vergegenwärtigen sich ihre spezifischen Hypoglykämiesymptome, indem sie ein Hypoglykämiebild malen. Je nachdem, wie vertraut sich die Gruppe inzwischen geworden ist, können die Teilnehmer sich gegenseitig ihre Hypoglykämiebilder zeigen und erläutern, was sie gemalt haben.

In der folgenden Gesprächsrunde tragen die Patienten, die Anzeichen für eine Hypoglykämie zusammen und vollziehen die Abläufe einer Unterzuckerung nach; sie sprechen darüber, wie sie einer Hypoglykämie vorbeugen und wie sie in einer laufenden Unterzuckerung richtig handeln können. Die Trainer ergänzen gezielt die Beiträge der Patienten und unterstreichen wichtige Fakten durch entsprechende Folien (s. Abb.4). Die Teilnehmer lernen oder vertiefen ihre Kenntnisse über Risikofaktoren von Unterzuckerungen (Cryer, Binder, Bolli, Cherrington, Gale, Gerich & Sherwin, 1989), die mentalen und psychischen Veränderungen in einer Hypoglykämie. Die Trainer fragen auch danach, was ihre Kollegen, Freunde oder Partner wahrgenommen haben. Aus Angst vor einer Unterzuckerung bei hohen beruflichen Anforderungen können die Patienten ihre Zielwerte erhöhen. Bewerten die Betroffenen viele Situationen als enorm wichtig, kommt es zu einer dauerhaften Veränderung der Zielwerte. Ängstliche Patienten erfahren, wie ihre Angst zustande kommt und was sie in Zukunft getrost anders machen können. Es soll keine falsche Risikofreude geweckt, sondern es sollen übermäßige Ängste reduziert werden.

Unterzuckersymptome erkennen und handeln

Fördernde Faktoren

- spezifisch
- deutlich

- Aufmerksamkeitsausrichtung
- Körperbeobachtung
- Wahrnehmungstests

- Schulungsinhalte erklären können
- Reaktionen von anderen aufgreifen
- passende Gefahrbewertung

- Unterstützung anderer

Hemmende Faktoren

- schwach
- unspezifisch

- Ablenkung
- Schlaf, Müdigkeit
- Leugnung
- Streß, Angst

- schlechte Schulung
- falsche Annahmen
- Angst
- „Nicht wahrhaben wollen“

- Widerstand anderer
- reaktive Hemmung
- Vergessen von Zusatz-BEs

**Körpergefühl
Körperempfinden**



**Symptomendeckung
Identifizierung**



**Einschätzung
Interpretation**



**Reagieren
(angemessen/
unangemessen)**



kurzfristig:

- essen
 - messen
 - Hilfe erbitten
- #### **langfristig:**
- Kohlenhydrataufnahme
 - Muskelarbeit
 - Insulindosis
 - Aufklärung anderer

Abbildung 4:

Beispiel für eine Folie zur Informationsvermittlung
(nach Cryer et al., 1989; in Petermann et al., 1996, S. 79)

Im Rollenspiel üben die Beteiligten, wie sie ihre Kollegen über Hypoglykämien informieren können, so daß diese wissen, was abläuft und wie sie helfen können. Dabei sollten sie sich in die Perspektive der anderen hineinversetzen, um ihre Ängste und Vorbehalte zu verstehen. Um die Perspektivenübernahme zu erleichtern, sammelt die Gruppe auf dem Metaplan oder auf einer Folie Stichworte zu Ängsten in bezug auf den Diabetes, die Personen in ihrem engeren sozialen Umfeld haben könnten. Unter Umständen müssen die Trainer durch geschickte Fragen Gedankenanstöße liefern, da es für die Patienten anfangs nicht so leicht ist, die Sichtweise ihrer Bezugspersonen einzunehmen. Außerdem werden die Teilnehmer angeregt, ihre Familie und ihre Freunde nach den Ängsten zu fragen; auf diese Weise lernen sie, die Reaktionen der anderen besser zu verstehen. Tauchen in der Gruppe spezielle soziale Probleme mit Unterzuckerungen auf (z. B. Ehe- oder Partnerschaftsprobleme), werden in einer abschließenden Gesprächsrunde gemeinsam Lösungswege gesucht.

Im **vierten Modul** wird die Aufmerksamkeit von beruflichen Situationen auf das übrige soziale Umfeld gelenkt. Die Teilnehmer haben sich schon durch die Hausaufgabe auf dieses Modul vorbereitet. Die Patienten schreiben ihre Argumente für ein offenes beziehungsweise für ein verdecktes Diabetes-Management auf kleine Zettel und heften diese in die Pro- und Contra-Liste am Metaplan. Bei Bedarf können die Trainer die Begründungen noch ergänzen. Im anschließenden Erfahrungsaustausch erzählen die Patienten, wie sie ihre Insulintherapie im Alltag durchführen und wie Freunde oder Fremde darauf reagiert haben. Die Trainer sammeln am Metaplan die Situationen, in denen die Patienten sozial hervorgehoben wurden. Sie lenken das Gespräch und fragen nach, wie es kommt, daß der Typ-I-Diabetiker hervorgehoben wird, ob öffentliches Blutzuckermessen immer zu einer Hervorhebung führen muß. Die Teilnehmer gewichten die Situationen nach ihrer Bedeutung, in denen sie sozial hervorgehoben sind oder sich hervorgehoben fühlen. Die Patienten werden sich klar, was sie am meisten stört und wo sie am stärksten belastet sind. Danach muß das Augenmerk auf alternative Lösungen gelenkt werden. Es wird diskutiert, ob die soziale Hervorhebung sein muß und was der Typ-I-Diabetiker durch sozial kompetentes Verhalten verändern kann. Indem die soziale Hervorhebung und das eigene Verhalten eingehend reflektiert werden, entstehen Möglichkeiten, die Problemsituationen in Zukunft anders zu gestalten. In den Rollenspielen am Ende des Moduls können die neuen Strategien erprobt werden.

Der zweite Austausch bezieht sich auf das Erleben der anderen. Als Hausaufgabe haben sich die Patienten überlegt, welche Probleme andere mit ihrem Diabetes haben könnten. Ihre Eintragungen werden zusammengestellt und am Metaplan oder auf einer Folie visualisiert. Durch gezielte Fragen werden die Patienten zunehmend für die Sichtweise der anderen sensibilisiert. Die vorliegenden Probleme werden nach Ähnlichkeit zu Problemfeldern zusammengefaßt. In der Erprobungsphase ergaben sich immer wieder vier Bereiche:

- Die Angst der anderen, daß dem Diabetiker etwas passiert,
- Probleme mit Diabetikern, die bei Unterzuckerungen aggressiv werden,
- Angst der anderen, etwas falsch zu machen und
- Probleme bei eingetretenen Folge- und Begleiterkrankungen (Petermann et al., 1996, S.86).

Nachdem die Teilnehmer erfahren haben, was ihre Familie, Freunde und Bekannte bewegt, überlegen sie sich gemeinsam, wie sie darauf eingehen und dennoch unabhängig bleiben können. Viele Interaktionspartner nehmen aus Fürsorge übertrieben Rücksicht auf Diabetiker; diese übertriebene Rücksichtnahme stört den Betroffenen in den meisten Fällen. Während die Patienten Situationen mit übertriebener Rücksichtnahme sammeln, fällt auf, daß sie sich zum Teil mit den Situationen decken, in denen der Diabetiker sozial hervorgehoben ist (s. oben). Die Zusammenhänge zwischen sozialer Hervorhebung und übertriebener Rücksichtnahme sollten ausführlich analysiert werden, um die eigenen Anteile des Verhaltens herauszufinden. Auf diese Weise werden die abschließenden Rollenspiele vorbereitet. Die Teilnehmer lernen im Rol-

lenispiel die Sichtweise der anderen kennen, wenn sie die Rolle eines Interaktionspartners übernehmen. Sie merken, daß die anderen gar nicht wissen, wie sehr den Diabetiker die übertriebene Rücksichtnahme stört. Daraus entstehen sehr konstruktive Vorschläge, wie sie den anderen auf ihren Arger hinweisen und zu einer Lösung kommen können, die alle Beteiligten entlastet.

In der kurzen **Abschlußrunde** wird die Schulung ausgewertet. Die Teilnehmer werden ermuntert, ein Resümee zu ziehen und den Trainer zurückzumelden, wie ihnen die Schulung gefallen hat und was sie lieber anders machen würden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollten offene Fragen der Teilnehmer einzeln oder in der Gruppe geklärt werden. Erfolgt eine Evaluation, dann werden die Patienten zum Abschluß gebeten, mit einem Fragebogen den Nutzen der Schulung einzuschätzen.

6 Ausblick

Um die Schulung zu evaluieren, wurde sie zunächst im stationären Rahmen erprobt (Rölver et al., 1996). Nach den Aussagen der Patienten gab ihnen die Schulung wertvolle Hilfestellungen, um im Beruf und im Alltag ihren Diabetes besser zu integrieren und die sozialen Interaktionen um den Diabetes positiver zu gestalten. Die kleinen Gruppen machten es möglich, auf die speziellen Probleme jedes einzelnen umfassend einzugehen. Die Fallbeispiele in Kasten 1 verdeutlichen, wie einzelne Teilnehmer von den Inhalten, dem Erfahrungsaustausch, den konstruktiven Ratschlägen und den praktischen Übungen profitiert haben. In der Erprobung zeigte es sich auch, daß nicht alle Patienten gleichermaßen Schwierigkeiten mit dem Diabetes im Beruf und Alltag aufweisen. Patienten, die beispielsweise bei früheren Bewerbungen nicht wußten, wann und wie sie von ihrer Erkrankung erzählen sollten, lernten am meisten aus der Diskussion, der Strategieerarbeitung und deren Erprobung im Rollenspiel, während andere durch ihre positiven Erfahrungen zum Modell für sie wurden. In den einleitenden Gesprächsrunden der Module sollten die Trainer darauf achten, wo die Einzelnen stehen, welche Fähigkeiten vorhanden sind und welche in der Schulung gezielt aufgebaut werden müssen.

Das Training erweitert das bisherige Patientenschulungsangebot für Typ-I-Diabetiker. Die Vermittlung diabetesspezifischer und grundlegender sozialer Kompetenzen ermöglicht es den Teilnehmern, die in der Patientenschulung bereits erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten in ihren beruflichen und privaten Alltag zu integrieren. Mit der intensiven Gruppenarbeit bietet die Schulung sowohl für langjährige Patienten, die viel über ihre Erkrankung und deren Behandlung wissen und diese weitgehend eigenverantwortlich durchführen, als auch für Patienten mit psychosozialen Belastungen und Frischmanifestierte wertvolle Hilfestellungen.

Literatur

- Argyle, M. (1987). The implications of recent research on social behaviour for social skills training. *Hiroshima Forum of Psychology*, 12, 22-23.
- Baker, J., Scragg, P., Metcalf, P. & Dryson, E. (1993). Diabetes and employment: Is there discrimination in the workplace? *Diabetic Medicine*, 10, 362-365.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Decision Processes*, 50, 248-287.
- Cryer, P. E., Binder, C., Bolli, G. B., Cherrington, A.D., Gale, E. A. M., Gerich, J. E. & Sherwin, R.S. (1989). Hypoglycemia in IDDM. *Diabetes*, 38, 1193-1199.
- Finck, H. & Malcherzyk, L. (1994). *Diabetes & Soziales*. Mainz: Kirchheim.
- Friis, R. & Nanjundappa, G. (1986). Diabetes, depression and employment status. *Social Science and Medicine*, 23, 471-474.
- Gafvels, C., Lithner, F. & Börjeson, B. (1993). Living with diabetes: Relationship to gender, duration and complications. A survey in northern Sweden. *Diabetes Medicine*, 10, 768-773.
- Griffiths, R. D. & Moses, R. G. (1993). Diabetes mellitus in the workplace. Employment experiences of young people with diabetes mellitus. *Medical Journal of Australia*, 158, 169-171.
- Gross, A. M., Heimann, L., Shapiro, R. & Schultz, R. (1983). Social skill training and hemoglobin Alc levels in children with diabetes. *Behavior Modification*, 7, 151-164.
- Hanson, C. L., Henggeler, S. W. & Burghen, G. A. (1987). Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with IDDM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 529-533.
- Henrichs, H. R. (1986): Probleme der Arbeitsunfähigkeit bei Diabetes mellitus. *Der Medizinische Sachverständige*, 82, 122-129.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer, 2., überarb. Auflage.
- Kulzer, B. & Fröhlich, C. (1996): *Hypoglykämiewahrnehmungs- und Angstbewältigungstraining*. Im Druck.
- Lloyd, C. E., Robinson, N., Andrews, B., Elston, M.A. & Fuller, J. H. (1993). Are the social relationships of young insulin dependent diabetic patients affected by their condition? *Diabetes Medicine*, 10, 481-485.
- Petermann, F. & Wendt, A. (1995). Verhaltensmedizinische Ansätze beim Diabetes mellitus - eine Übersicht. In F. Petermann (Hrsg.), *Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze* (67-108). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Wendt, A. & Apel-Pfaffenschläger, F. (1994). Vorbehalte gegenüber Diabetikern im Berufsleben. *Prävention und Rehabilitation*, 6, 185-190.
- Petermann, F., Wendt, A., Rölver, K.-M., Schidlmeier, A. & Hanke, U. (1996). *Typ-I-Diabetiker in Beruf und Alltag. Konzeption und Materialien zur Patientenschulung*. München: MMV-Quintessenz.
- Petermann, F., Wendt, A., Rölver, K.-M., Schidlmeier, A. & Hanke, U. (1995). Soziale Kompetenz - hilfreich für Diabetiker. *Diabetes-Journal Schulungsprofi*, 44, 42-45.
- Petrides, P., Petermann, F., Henrichs, H. R., Petzoldt, R., Rölver, K.-M., Schidlmeier, A., Weber, B. & Wendt, A. (1995). Coping with employment discrimination against diabetics. Trends in social medicine and social psychology. *Patient Education and Counseling*, 26, 203-208.
- Petzoldt, R. (1994). Sozialmedizinische Aspekte beim Diabetes mellitus. In H. Mehnert, K. Schöffling, E. Standl & K. H. Usadel (Hrsg.), *Diabetologie in Klinik und Praxis* (677-696). Stuttgart: Thieme.
- Pfingsten, U. & Hinsch, R. (1991). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2. veränderte Auflage.
- Ralph, A. (1988). Social skills training: How can we tell if it works? *Australian Psychologist*, 23, 305-314.

- Rölver, K.-M., Wendt, A., Petermann, F., Schidlmeier, A., Hanke, U., Petzoldt, R. & Henrichs, H. R. (1996). Soziale Kompetenz und Typ-I-Diabetes-Zur Entwicklung einer strukturierten Patientenschulung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 156-162.
- Rosenfarb, I. S., Hayes, S.C. & Linehan, M.M. (1989). Instructions and experiential feedback in the treatment of social skill deficits in adults. *Psychotherapy*, 26, 242-251.
- Songer, T. J., LaPorte, R. E., Dorman, J. S., Orchard, T. J., Becker, D. J. & Drash, A. L. (1989). Employment spectrum of IDDM. *Diabetes Care*, 12, 615-622.
- Sugai, G. & Fuller, M. (1991). A decision model for social skills curriculum analysis. *RASE - Remedial and Special Education*, 12, 33-42.