

23. Psychologische Aspekte der Rehabilitation

Johannes Zuber, Joachim Weis und Uwe Koch

Inhaltsverzeichnis

1. Das System der Rehabilitation und die Rolle der Rehabilitationspsychologie	485
1.1 Die Begriffe «Behinderung» und «Rehabilitation» sowie Ziele der Rehabilitation	485
1.2 Gesetzliche Grundlagen	486
1.3 Das System der medizinischen, beruflichen und schulischen Rehabilitation	487
1.4 Kritik am gegenwärtigen System der medizinischen Rehabilitation	488
1.5 Neuere Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation	489
1.6 Ambulante Rehabilitation	489
1.7 Die psychosoziale Rehabilitation und Rehabilitationspsychologie	490
2. Ausgewählte Probleme einzelner Zielgruppen	491
2.1 Frühförderung von Kindern mit angeborener Behinderung und Familien mit behinderten Kindern	491
2.1.1 Frühförderung	491
2.1.2 Die psychosoziale Adaptation des behinderten Kindes	492
2.1.3 Schwierigkeiten der Familien mit behinderten Kindern	493
2.2 Prozesse der Krankheitsverarbeitung bei chronisch körperlich Kranken	494
2.2.1 Begriffsbestimmung und Definition der Krankheitsverarbeitung	494
2.2.2 Krankheitsverarbeitung und Möglichkeiten psychologischer Behandlung bei Krebserkrankung	495
2.3 Berufliche Integration von psychisch Kranken	497
2.3.1 Die Ausgangssituation beruflicher Integration	497
2.3.2 Institutionen der beruflichen Integration psychisch Behinderter	497
2.3.3 Berufliche Integration zwischen Anspruch und Wirklichkeit	498
2.4 Gesellschaftliche Integration von Körper- und Sinnesbehinderten	499
2.4.1 Die Realität der Integration Behinderter ...	500
2.4.2 Verbesserung der mangelnden gesellschaftlichen Integration	501
3. Evaluationsforschung in der Rehabilitation ..	502
4. Literatur	503

1. Das System der Rehabilitation und die Rolle der Rehabilitationspsychologie

1.1 Die Begriffe «Behinderung» und «Rehabilitation» sowie Ziele der Rehabilitation

Bintig (1980, S. 71) schlägt als Arbeitsdefinition für den Begriff *Behinderung* «das Vorliegen einer relativ schweren, lang andauernden, jedoch grundsätzlich rehabilitationsfähigen körper-

lichen, sinnesbezogenen, geistigen oder psychischen Schädigung, die subjektiv oder objektiv zu Lebensschwierigkeiten führt und die abweichendes Verhalten zur Folge haben kann» vor. Darin wird zum Ausdruck gebracht, daß nicht nur die Schädigung, sondern auch ihre Folgen, die Verarbeitung durch den Betroffenen sowie die Reaktionen des sozialen Umfelds eine Behinderung charakterisieren. Dieser weitgefaßte Begriff berücksichtigt auch die drei in der WHO-Definition von Behinderung hervorgehobenen Aspekte, nämlich den *Schaden (impairment)*, die *funktionelle Einschränkung (dis-*

ability) und die soziale Beeinträchtigung (handicap) (Mathesius, Jochheim, Barolin & Heinz, 1994).

Bezüglich der Klassifikation der verschiedenen Behinderungsarten gibt es unterschiedlich differenzierte Systeme (vgl. Brackhane, 1988). So unterscheidet eine Grobeinteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zwischen körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung, während Jochheim (1979) unter dem Gesichtspunkt der funktionellen Einschränkung nicht weniger als achtzig verschiedene Behinderungsarten unterscheidet. Wichtige Oberkategorien bei ihm sind z. B. Verhaltens Einschränkungen, Kommunikationseinschränkungen, Einschränkungen in der Durchführung alltäglicher Funktionen, Bewegungseinschränkungen.

Unter Rehabilitation sind Bemühungen zu verstehen, zu verhindern, daß eine Krankheit oder Behinderung zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände wird und für den Fall, daß eine vollständige Rehabilitation nicht zu erreichen ist, diese Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren.

Als ein von vielen Experten akzeptiertes Ziel der Rehabilitation wird die soziale Integration des Kranken oder Behinderten genannt (vgl. Abschnitt 2.4). Gemeint ist damit eine möglichst weitgehende Teilhabe am Leben der Gemeinschaft. Soziale Integration wird dabei nicht als die einseitige Anpassung des Behinderten an die Gesellschaft verstanden, sondern auch als Gestaltung der Umwelt in Richtung auf eine Erleichterung des Lebens der Behin-

deten. Soziale Integration ist häufig nur als eine relative Größe zu sehen, in vielen Fällen wird nur eine partielle soziale Teilnahme erreichbar sein.

Gemeinsames Merkmal vieler Definitionen ist es, von einer Minderung der Leistungsfähigkeit des betroffenen Individuums und deren Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Produktionsprozeß auszugehen. Eine solche, häufig am Finalitätsprinzip orientierte Rehabilitation findet ihren Niederschlag in Schlagworten wie «Rehabilitation vor Rente» oder «Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz» (vgl. Stegie & Koch, 1982).

1.2 Gesetzliche Grundlagen

Die gegenwärtige Rehabilitationspraxis in der Bundesrepublik Deutschland wird in starkem Maße durch eine Reihe von Rehabilitationsgesetzen bestimmt (v. a. Rehabilitationsangleichungsgesetz, Schwerbehindertengesetz, Gesetz für die Sozialversicherung der Behinderten und Bundessozialhilfegesetz), die die Zuständigkeit für die verschiedenen rehabilitativen Leistungen regeln. Die sechs Träger dieser Leistungen sind: Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen, die Kriegsopferversorgung, die Bundesanstalt für Arbeit sowie die Sozialhilfe. Dabei tritt die Sozialhilfe erst ein, wenn weder die behinderte Person selbst, noch einer der anderen Sozialleistungsträger für die Rehabilitationskosten aufkommen können. Das Rehabilitationsangleichungsgesetz zielt darauf, die Leistungen der verschiedenen Träger anzugleichen,

Tabelle 1: Leistungsspektrum rehabilitativer Maßnahmen

Medizinische Leistungen	U. a. ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandsmittel, Heilmittel einschl. Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Körperersatzstücke;
Berufsfördernde Leistungen	U. a. Hilfen zur Erhaltung oder zur Erlangung des Arbeitsplatzes, zur Berufsfindung, zur beruflichen Anpassung;
Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung	U. a. zur angemessenen Schulbildung für Behinderte, zur Ermöglichung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft;
Ergänzende Leistungen	U. a. Übergangsgeld, Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, Haushaltshilfen.

Zuständigkeiten zu regeln und ein zügiges Rehabilitationsverfahren zu ermöglichen. Für die Betroffenen ist ein Rehabilitationsgesamtplan zu erstellen. Die Behinderten unterliegen dabei einer Mitwirkungspflicht.

1.3 Das System der medizinischen, beruflichen und schulischen Rehabilitation

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein in dieser Dichte vermutlich in der Welt einzigartiges System von medizinischer, schulischer und beruflicher Rehabilitation (s. Tab. 1).

In der *medizinischen Rehabilitation* wird zwar zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Rehabilitation unterschieden, der Großteil der Leistungen wird aber im Rahmen der stationären Rehabilitation erbracht. Zu einem geringen Teil werden stationäre medizinische Reha-Maßnahmen bereits während der Krankenhausbehandlung durchgeführt, wenn z. B. die übliche kurative Behandlung durch rehabilitative Maßnahmen wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie oder Arbeitstherapie ergänzt wird. Meist erfolgt die Durchführung medizinischer Rehabilitation aber in Kur- und Spezialeinrichtungen. Das Angebotsspektrum der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen reicht von den sogenannten freien offenen Bädern mit Unterbringung der Rehabilitanden in Pensionen oder Kurheimen bis zu Angeboten in Sanatorien, Kurkliniken und Schwerpunkt-kliniken.

Die *berufliche Rehabilitation* bezieht sich auf Bemühungen zur beruflichen und sozialen Ein- bzw. Wiedereingliederung Behinderter und Kranker. Auf der institutionellen Ebene sind zur Erreichung dieser Ziele 49 Berufsbildungswerke zur Erstausbildung jugendlicher Behinderter und 28 Berufsförderungswerke zur Ausbildung erwachsener Behinderter geschaffen worden. Darüber hinaus gibt es 632 Werkstätten für Behinderte, die vorwiegend geistig Behinderten, zum Teil auch psychisch Kranken (vgl. Abschnitt 2.3), die nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen geschützten Arbeitsplatz bieten. Den Berufsbildungs- und den Berufsförderungswerken sind spezielle Dienste zur medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Betreuung ange-

schlossen. Bei der Planung von Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. Neuorientierung sind laut Gesetz Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen.

Die vorschulische und *schulische Rehabilitation* behinderter Kinder und Jugendlicher erfolgt in einem ebenfalls gut ausgebauten, aber vom übrigen Schulwesen getrennten System von Sondereinrichtungen, das sich im schulischen Bereich in Abhängigkeit von der Behinderungsart in zehn Schultypen gliedert. In den letzten Jahren wurden verstärkte Bemühungen um eine integrative Förderung von behinderten und nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen gefordert, nicht zuletzt, um auch auf diesem Wege zum Abbau sozialer Barrieren zwischen Behinderten und Nichtbehinderten beizutragen.

Die Leistungen im Rahmen der medizinischen, beruflichen und schulischen Rehabilitation werden von sehr unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht. Nach einer Einteilung von Wöhrle (1988) kann man folgende sechs verschiedene Berufsgruppen in der Rehabilitation unterscheiden: Medizinisch-therapeutische, pflegerisch-versorgende, technisch-handwerkliche, psychosoziale, pädagogische sowie beratende und interessensvertretende Berufe. Als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation wird die Fähigkeit dieser Professionen zur Zusammenarbeit betont.

Das System der Rehabilitation ist in den letzten Jahren zunehmend kritisch im Hinblick auf seine Effektivität diskutiert worden (vgl. Koch & Haag, 1988). Darüber hinaus zielt diese Kritik darauf, daß das Individuum zwar vielfältige Hilfen erfährt, daß aber dennoch seinen subjektiven Bedürfnissen nach Hilfe nur bedingt entsprochen wird. Hauptkritikpunkte sind:

- Stark ausgeprägte Institutionalisierung des Rehabilitationswesens
- Zu spätes Einleiten von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen
- Fehlen ambulanter rehabilitativer Maßnahmen
- Unzureichend entwickelte Verbindungen zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation
- Fehlende Evaluation der rehabilitativen Maßnahmen.

1.4 Kritik am gegenwärtigen System der medizinischen Rehabilitation

Das Krankheitsspektrum und damit die Anforderungen an die medizinische Versorgung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert. Chronische Erkrankungen nehmen vor allem aufgrund der veränderten Alterszusammensetzung der Bevölkerung und der Fortschritte in der akutmedizinischen Versorgung einen wachsenden Anteil ein. Damit steigt auch die Bedeutung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, denen bislang gegenüber der akutmedizinisch-kurativen Versorgung ein eher nachrangiger Stellenwert eingeräumt wurde.

Das System der medizinischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland hat sich getrennt von der Akutversorgung entwickelt und ist in seiner konzeptionellen Entwicklung stark durch die Rentenversicherung geprägt, die wesentliche Versorgungsaufgaben in diesem Bereich übernommen hat. Historisch hat es seine Wurzeln in den seit Ende des vergangenen Jahrhunderts bestehenden Tuberkulosekliniken und dem Kurwesen. Im System der medizinischen Rehabilitation wurde in den letzten zwei Jahrzehnten unter dem Einfluß der veränderten Aufgabenstellungen eine weitgehende Trennung von den traditionellen Heilstätten/Sanatorien und Kureinrichtungen vollzogen. Konzeptionell werden ganzheitlich orientierte Kliniken mit umfassenden integrativen und interdisziplinären Behandlungsansätzen angestrebt. Das Rehabilitationssystem der Bundesrepublik kann auch im internationalen Vergleich als ein besonders gut ausgestattetes Versorgungssystem betrachtet werden, und ohne Zweifel ist in der über hundertjährigen Geschichte ein großer Fundus an rehabilitativem Wissen entstanden. Dennoch ist in den letzten Jahren in der Bundesrepublik eine zunehmend kritischer werdende Diskussion vor allem um strukturelle Aspekte des Systems zu verzeichnen.

So ist das jetzige System der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung geprägt durch Vorstellungen, denen zufolge eine Trennung und sequentielle Verfolgung von Aufgaben der Vorsorge, kurativen Versorgung, Rehabilitation und Pflege möglich und sinnvoll ist. Dieses Modell ist jedoch nicht auf die besonderen Charakteri-

stika und Erfordernisse von chronischen Erkrankungen zugeschnitten. Zu diesen Charakteristika zählen der oft schleichende Beginn, dynamische Verlaufsprozesse mit wechselnder Kompensation und Aggravation, bei denen intra- und interindividuelle Unterschiede sowie zahlreiche Kontextvariablen eine Rolle spielen und eine häufige Multimorbidität. Daher sind bei chronischen Erkrankungen Versorgungsstrukturen notwendig, die frühzeitige und sehr flexibel einsetzbare rehabilitative Angebote ermöglichen. Zur Favorisierung des sequentiellen Modells im Gesundheitsversorgungssystem der Bundesrepublik kommen im wesentlichen historisch bedingte unterschiedliche Träger- und Finanzierungszuständigkeiten, segregierte Aufgaben bzw. Angebote der Versorgungseinrichtungen und entsprechende Schwerpunkte in der Kompetenz der beteiligten Akteure hinzu. Da die Problemsymptome chronisch kranker Menschen oft «quer» zu dem nach Leistungsrecht und institutionellen Zuständigkeiten geprägten System der Versorgung verlaufen, ist eine optimale Behandlung dieser Patienten erschwert. Diese Struktureigenschaften des Systems schränken die Flexibilität ein und bedingen nach Meinung von Kritikern Reibungsverluste beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsaufgaben. Kritisiert werden in diesem Zusammenhang unter anderem die mangelnde Bedarfsorientierung und ungeklärte Fragen der Nutzungsadäquanz, Schnittstellenprobleme zwischen präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen, das stark somatisch orientierte Leistungsangebot mit Defiziten in der psychosozialen Rehabilitation, Reibungsverluste durch die verschiedenen Träger- und Finanzierungszuständigkeiten, der hohe Institutionalisierungsgrad der medizinischen Rehabilitation mit einer starken Betonung von stationären Leistungen, das Fehlen ambulanter und wohnortnaher Maßnahmen, die geringe Flexibilität der Leistungsangebote, die geringe Verzahnung zwischen den verschiedenen (insbesondere den medizinischen und beruflichen) rehabilitativen Versorgungsformen, fehlende Maßnahmen zur Überprüfung bzw. Weiterentwicklung der Qualität der Versorgung sowie die fehlende wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation. Die Existenz dieser Strukturdefizite wurde durch die sorgfältigen Analysen der vom Verband Deut-

scher Rentenversicherungsträger eingesetzten Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Verband deutscher Rentenversicherungsträger, 1991) zumindest im Grundsatz bestätigt.

Ein zweiter wichtiger Hintergrund der gegenwärtigen Entwicklung ist die Begrenzung der Ressourcen im Gesundheitswesen und eine zunehmende Kosten- und Nutzenorientierung. Alle Träger medizinischer Leistungen geraten in Konkretisierung der für sie geltenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter erheblichen Druck, Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung kostengünstiger zu erbringen. Aktuelle Anforderungen wie die «Deckelung» von Etats in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, die sektorale Budgetierung der Krankenhausaufgaben, die Einführung von Fallpauschalen in der stationären Akut-/Regelversorgung sowie aktuell Einsparungsaufgaben bei den Rentenversicherungsträgern seien in diesem Zusammenhang erwähnt.

1.5 Neuere Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation

Im Zuge dieser Diskussion um das System der medizinischen Rehabilitation sind in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten Veränderungsvorschläge unterbreitet worden, die vor allem einer stärkeren Bedarfs- und Ergebnisorientierung, einer stärkeren Flexibilisierung und einer Lösung der Schnittstellenprobleme durch stärkere Vernetzung dienen sollen.

Als wichtige Maßnahme zur stationären Bedarfsorientierung sind Initiativen zur Frührehabilitation anzusehen, die sich vor allem im Bereich der Neurologie und zum Teil auch der Kardiologie in konkreten Modellvorhaben niedergeschlagen haben sowie das Bemühen um die Entwicklung und Implementierung einer am Rehabilitationsbedarf orientierten Rehabilitationsdiagnostik. Die Bedarfsorientierung ist auch in engem Zusammenhang mit dem Bemühen um Flexibilisierung von Maßnahmen zu sehen, die darauf abzielen sollte, die Gewährung und Gestaltung der rehabilitativen Hilfen stärker an den Bedürfnissen des Einzelfalls zu orientieren. In diesem Zusammenhang ist eine größere Zahl von Einzelmaßnahmen zu disku-

tieren. Dazu gehören eine größere Variabilität in der Dauer der einzelnen Reha-Maßnahmen wie auch eine Erweiterung des medizinisch-rehabilitativen Angebotsspektrums auf nicht-stationäre Maßnahmen und die damit mögliche Vielfalt und Wahlmöglichkeit in der Nutzung dieses verbreiterten Angebotsspektrums.

Eine stärkere Ergebnis- und Nutzenorientierung wird durch die Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen und durch die Bemühungen um rehabilitationswissenschaftliche Forschungsaktivitäten angestrebt. Von der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung, von spezifischen Modellprogrammen (z. B. im Bereich der Rheumatologie) und von der Einführung koordinativer Instanzen (z. B. im Sinne des Case-Manager-Prinzips) werden auch Anregungen zur Verbesserung sowohl der bereits seit längerer Zeit erkannten wie auch durch die Einführung neuer Angebote zusätzlich entstehenden Schnittstellenprobleme erwartet.

1.6 Ambulante Rehabilitation

Ein Ansatzpunkt zur Verbesserung des Systems der medizinischen Rehabilitation wird im Ausbau ambulanter und teilstationärer Rehabilitationsangebote gesehen. Auf der gesetzlichen Ebene findet dies seinen Niederschlag darin, daß die bisherige Orientierung, nach der die gesetzlichen Rentenversicherungen als größter Rehabilitationsträger ihre medizinischen Leistungen zur Rehabilitation nach §15 Abs. 2 Sozialgesetzbuch VI «vor allem stationär» erbringen, durch das in Vorbereitung befindliche Sozialgesetzbuch IX abgelöst wird durch den Vorrang der ambulanten vor der stationären Rehabilitation. In diesem Sinne sind die gesetzlichen Krankenkassen bereits seit längerer Zeit verpflichtet. So hat der Gesetzgeber im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 den Grundsatz «ambulanter vor stationärer Rehabilitation» formuliert.

Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die Rentenversicherungsträger werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nachhaltig gedrängt, im Bereich der ambulanten Rehabilitation Initiativen zu entwickeln. Ein wesentlicher Hintergrund dafür dürften vor allem Kostenüberlegungen sein.

Dabei wird unterstellt, daß ambulante Maßnahmen stationäre Leistungen zumindest bei einem Teil der bislang stationär behandelten Patienten ersetzen können, und daß ambulante Rehabilitationsleistungen kostengünstiger erbracht werden können. Gedacht ist darüber hinaus mit gleicher Zielsetzung auch an die Möglichkeit einer Verkürzung vorangehender stationärer Maßnahmen durch nachgeschaltete ambulante Maßnahmen. Daneben werden auch Aspekte der Verbesserung der rehabilitativen Versorgungssituation diskutiert, indem darauf verwiesen wird, daß ambulante Angebote aufgrund ihrer stärkeren Wohnortorientierung und ihrer stärkeren Nutzung von Selbsthilfepotentialen eher die Möglichkeit bieten, die am Ort gegebenen medizinischen, beruflichen und sozialen Hilfsmöglichkeiten zu nutzen und zu vernetzen und so das Ziel der Integration in die Gesellschaft zu erreichen. Letztlich kann mit der Einführung dieser neuen rehabilitativen Angebotsform auch erwartet werden, daß bisher mit stationären Rehabilitationsmaßnahmen nicht erreichte Versicherten-Gruppen im Sinne einer niedrigeren Zugangsschwelle angesprochen werden.

1.7 Die psychosoziale Rehabilitation und Rehabilitationspsychologie

Im Gegensatz zur medizinischen, beruflichen und schulischen Rehabilitation verfügt die *psychosoziale Rehabilitation* nicht über ein ausgebautes Netz institutioneller Einrichtungen öffentlicher, kirchlicher und privater Träger. Denn eine von den anderen Bereichen losgelöste psychosoziale Rehabilitation erschiene wenig sinnvoll und würde einem integrierten Rehabilitationsansatz widersprechen. In den siebziger und achtziger Jahren wurden innerhalb der medizinischen, beruflichen und schulischen Rehabilitation allmählich psychologische Dienste geschaffen, deren Kapazität aber bisher für die vielfältigen Anforderungen nicht ausreicht. Dabei muß gesehen werden, daß psychosoziale Leistungen in der Rehabilitation nicht nur von Psychologen erbracht werden. Psychologisches Denken sollte jedoch in allen Bereichen der Rehabilitation Eingang finden. Auch im wissenschaftlichen Bereich hat sich in dieser Zeit die *Rehabilitationspsychologie* als Teil-

disziplin der Psychologie profiliert (vgl. Koch, Lucius-Hoene & Stegie, 1988). An einigen Universitäten wurden Professuren für Rehabilitationspsychologie geschaffen. Während auf der theoretischen Ebene das Profil einer eigenständigen Disziplin Rehabilitationspsychologie noch wenig prägnant erscheint, ergibt sich in der Praxis der Rehabilitation ein vielfältiges und breitgefächertes Aufgabenfeld für den Psychologen. Die Tätigkeit des Rehabilitationspsychologen wird von nahezu allen Teildisziplinen der Psychologie bestimmt, insbesondere von der Allgemeinen, Pädagogischen und Klinischen Psychologie sowie der Entwicklungs-, Sozial- und Arbeitspsychologie. Dabei kommt es in bestimmten Praxisfeldern der Rehabilitationspsychologie zu Überschneidungen von Aufgabenkompetenzen mit der Klinischen Psychologie und der Arbeits- bzw. Berufspsychologie. Die Hauptaufgaben der psychosozialen Rehabilitation sieht Witte (1988) in einer Regelung des Verhältnisses zwischen dem Behinderten und seiner Umwelt. Im Sinne einer Reakkomodation sind für den Behinderten durch psychologische Hilfen Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit zu stärken und Möglichkeiten der Selbstverwirklichung zu vermitteln. Daneben sind Anstrengungen reassimilativer Art notwendig, d. h. die Umweltbedingungen sind so zu gestalten, daß sie für die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Behinderten einen optimalen Handlungs- und Bewegungsraum darstellen.

Unterteilt man den Gesamtprozeß der Rehabilitation unter medizinischer, beruflicher und sozialer Perspektive in vier Phasen, so ergeben sich für jede Phase unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte für den Psychologen:

In der *Akutphase* mit dem Schwerpunkt auf rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen stellen sich psychodiagnostische Aufgaben sowie Aufgaben im Bereich psychologisch-psychotherapeutischer Gespräche, z. B. zur Linderung depressiver Reaktionen oder zur Motivierung der Patienten, Lösungsmöglichkeiten aktiv für sich zu suchen. In der Phase *Rehabilitationsvorbereitung und -findung* stehen verschiedenartige psychodiagnostische Aufgaben als Hilfe der Planung der weiteren Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Berufswahl) im Vordergrund. Darüber hinaus fällt in dieser Zeit häufig auch die Entscheidung über notwendige unterstützende psycho-

therapeutische Maßnahmen. Die Phase der *beruflichen und schulischen Rehabilitation* ist durch psychologische Maßnahmen gekennzeichnet, die der begleitenden Diagnostik, der Erleichterung des Lern- und Umschulungsprozesses und der psychischen Stützung durch Beratung und Therapie dienen. In der letzten Phase der Rehabilitation, der *sozialen und beruflichen Integration*, sollte der Psychologe Eingliederungshilfen geben, die das Zurechtfinden nach Abschluß der Rehabilitationsmaßnahmen erleichtern. Strukturelle Gegebenheiten des deutschen Rehabilitationswesens, insbesondere das Defizit an dezentral ambulanten rehabilitativen Hilfen, verhindern meist psychologische Maßnahmen in diesem Stadium.

Die Arbeitstechniken des Psychologen in der Rehabilitation – sei es nun im Bereich der psychologischen Diagnostik und Evaluation, in Beratung oder Psychotherapie – sind keineswegs spezifisch; spezifisch sind eher die Empfänger dieser Hilfen, ihre Probleme und die Bedingungen, unter denen diese Leistungen erbracht werden müssen: Behinderte und Schwerkranke, deren vielfältige Lebenseinschränkungen und der meist institutionelle Rahmen (vgl. Janzowski, 1988). Auf einige exemplarische Arbeitsfelder wird im dritten Teil des Beitrags differenzierter eingegangen.

2. Ausgewählte Probleme einzelner Zielgruppen der Rehabilitation

Die in diesem Kapitel vorgestellten Zielgruppen der Rehabilitation wurden ausgewählt, um die Verschiedenartigkeit der Reha-Felder und die Breite psychologischer Tätigkeit in der Rehabilitation deutlich zu machen. Die mit diesen Zielgruppen verbundenen unterschiedlichen Aufgabenstellungen, die Phasen und die verschiedenen Arten der Rehabilitation lassen sich an den Beispielen der Rehabilitation von behinderten Kindern, der Krankheitsverarbeitung bei chronischen Erkrankungen, der beruflichen Integration von psychisch Kranken sowie der gesellschaftlichen Integration von Körperbehinderten aufzeigen.

2.1 Frühförderung von Kindern mit angeborener Behinderung und Familien mit behinderten Kindern

2.1.1 Frühförderung

Nach Warnke beinhaltet Frühförderung «Früherkennung, Frühbehandlung, spezielle Erziehung und Integration Behinderter oder von einer Behinderung bedrohter Säuglinge und Kleinkinder» (Warnke, 1988, S. 479). Die Frühförderung findet vornehmlich in sozialpädiatrischen oder neuropädiatrischen Zentren und speziellen Beratungsstellen, teilweise auch in spezialisierten Gemeinschaftspraxen und in Erziehungsberatungsstellen statt. In den alten Bundesländern gab es 1990 knapp 700 dezentrale Frühförderstellen, die Frühförderung durchführen sowie etwa 30 sozial- oder neuropädiatrische Zentren, die vornehmlich diagnostisch und medizinisch-therapeutisch arbeiten. Dabei gilt es in der Früherkennung, nicht erst dann entwicklungsneurologische und entwicklungspsychologische Untersuchungen durchzuführen, wenn bereits Auffälligkeiten beim Kind manifest geworden sind, sondern bereits Risikowerte während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt zum Anlaß entsprechender Diagnostik zu nehmen. Zu diesen Risikofaktoren zählen beispielsweise ein Geburtsgewicht kleiner als 2500 g, Atemnotsyndrom bei der Geburt oder ein andauernder abnormer neurologischer Befund in der Neugeborenenperiode (vgl. Brack, 1986). Eine Schwäche des Risikokonzepts, die nicht exakte Einschätzung potentiell entwicklungsgefährdeter Kinder, kann durch Einbeziehung familiärer und psychosozialer Faktoren minimiert werden. Die Aufgabe der entwicklungspsychologischen Diagnostik ist es, Auffälligkeiten in bestimmten als bedeutsam erachteten Verhaltensbereichen festzustellen. Dafür häufig verwendete Verfahren sind der Denver-Entwicklungstest, die Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik sowie der Griffith-Test, um nur einige zu nennen. Die Verfahren sollen Informationen liefern zu Bereichen wie Sprachverständnis, Sozialverhalten, Selbständigkeitsentwicklung etc. (vgl. die Übersicht von Brack, 1986).

Die Frühbehandlung behinderter Kinder hat das Ziel, Entwicklungsstörungen zu normalisieren und bei bleibender Behinderung den Spiel-

raum eigener Aktivität des Kindes möglichst groß zu erhalten. Dabei muß die Fördermaßnahme grundsätzlich vom individuellen Entwicklungsstand des Kindes ausgehen. Individuelle Behandlungspläne, die die Aktivitäten der verschiedenen an der Förderung beteiligten Berufsgruppen sinnvoll verbinden, sind zu erstellen. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit den Eltern und Geschwistern des behinderten Kindes von grundlegender Bedeutung, da die Förderung – soweit möglich – im familiären Rahmen durchgeführt wird. So werden die Eltern beispielsweise bei krankengymnastischen Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage durch fachliche Anleitung in die Behandlung einbezogen. Eine aktive Mitarbeit der Familie erhöht die Heilungs- oder Linderungschancen für das behinderte Kind. Die verschiedenen Bereiche der Frühbehandlung sind in Tabelle 2 stichwortartig notiert.

Insgesamt kann festgehalten werden: Je früher eine geeignete Behandlung bei behinderten Säuglingen oder Kindern eingeleitet wird, desto größer sind die Chancen entweder einer Normalisierung der Störung oder zumindest einer deutlichen Linderung der Symptomatik. In dem beschriebenen großen Aufgebot an Fachkräften verschiedenster therapeutischer Richtungen kann die wichtige Funktion der Familie

leicht übersehen werden. Basis der Frühförderung ist die Zusammenarbeit mit der Familie. Nach Lambert, Piret, Laliere und Scohy (1994) hat ein Früherziehungs- und Frühförderprogramm aber nur dann einen Sinn und seine Wirkung, wenn es die kindliche Entwicklung nicht als isoliertes Phänomen, sondern eingebettet in das gesamte familiäre Ökosystem betrachtet. Dies hat sich jedoch bis heute in den Bereichen sozialer und erzieherischer Tätigkeiten noch keineswegs durchgesetzt.

2.1.2 Die psychosoziale Adaptation des behinderten Kindes

Die psychosoziale Adaptation des behinderten Kindes ist aus rehabilitationspsychologischer Sicht ein zentraler Punkt. Psychische Störungen im Sinne einer Fehladaptation treten bei chronisch kranken und behinderten Kindern 2 bis 3 mal so häufig auf wie bei gesunden Kindern. Dies gilt insbesondere, wenn die Erkrankungen mit Hirnschädigungen verbunden sind. Steinhausen (1984) beschreibt ein Modell psychosozialer Adaptation bei chronischen Krankheiten und Behinderungen von Kindern, dessen Elemente in Tabelle 3 kurz dargestellt werden sollen.

Tabelle 2: Bereiche der Frühbehandlung

Ärztliche Frühbetreuung:	Einleitung und Koordination der Frühförderungsmaßnahme, Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen (medikamentös, chirurgisch, orthopädisch, kinderpsychiatrisch, neuropsychiatrisch etc.).
Krankengymnastik:	Förderung sensumotorischer Fähigkeiten und Behandlung cerebraler Bewegungsstörungen.
Psychologische Betreuung:	Psychotherapeutische Behandlung psychopathologischer Störungen des Kindes; Durchführung konkreter Übungen zur Motorik, zur Sprachverbesserung, zur Förderung des Sozialverhaltens; Eltern- und Familienarbeit (je nach Einzelfall Beratung, Training, Therapie); Anleitung der Eltern als Mediatoren in der psychotherapeutischen und konkret übenden Behandlung.
Sozialarbeit:	Information und Unterstützung bei sozialrechtlichen Problemen (Versicherungsschutz, Sozialhilfe, Erwerbsfähigkeit, ökonomische Unterstützungen); Hilfe bei der Vermittlung von Pflegediensten.
Logopädie:	beim hörbehinderten Kind und bei Störungen oraler Funktionen.
Heilpädagogische Übungsbehandlungen:	zur Förderung feinmotorischer Fertigkeiten, taktiler Wahrnehmung und geistig emotionaler Entwicklung.
Pädagogische Frühbetreuung:	behinderter Kinder.

2.1.3 Schwierigkeiten der Familien mit behinderten Kindern

Die erste Leistung, die die Familie zu erbringen hat, besteht in der Verarbeitung der Diagnose. In seinem umfassenden Übersichtsartikel beschreibt Stegie die Diagnosemitteilung als «Auslöser von Schocks und persönlicher Desintegration der Eltern» (Stegie, 1988, S. 121). Der sich daran anschließende Prozeß mit Phasen der Verleugnung, Schuldzuweisung, der Aggression, der Wut und der Trauer erinnert an die Verarbeitung von Diagnosen schwer- und todkranker Menschen. In der Tat nimmt Trout (1983) an, daß viele Eltern angesichts des neugeborenen behinderten Kindes um ein verlorenes Kind trauern, nämlich um das Kind, das sie sich in ihrer Phantasie immer gewünscht hatten. Trout betont die Bedeutsamkeit des Trauerprozesses, da die Eltern erst danach eine stärkere emotionale Bindung zu ihrem behinderten

Kind aufbauen können. Diese sozial-emotionale Beziehung ist – wie bereits betont – eine wichtige Voraussetzung im Hinblick auf eine Reduktion der Beeinträchtigung des Kindes. Die psychosozialen Auswirkungen der Behinderung des Kindes bei den Eltern betreffen vornehmlich zwei Bereiche. Zum einen ist zu nennen die praktische Versorgung und Pflege des behinderten Kindes, die (besonders für die Mütter) häufig dazu führt, daß Beruf und Freizeit nurmehr sehr eingeschränkt möglich sind. Zusätzlich sind die häufig notwendigen medizinischen, pädagogischen und psychologischen Sondermaßnahmen mit nicht unerheblichen finanziellen Kosten verbunden. Nach Engelbert (1994) finden sich große Diskrepanzen zwischen finanziellem Bedarf und tatsächlichem Einkommen bei Familien mit behinderten Kindern. Sie haben ein deutlich geringeres durchschnittliches Einkommen als vergleichbare andere Familien. Zum zweiten hat die Behin-

Tabelle 3: Modell psychosozialer Adaptation (Steinhausen, 1984, 1988)

Allgemeine Krankheitserfahrungen	Jedes chronisch kranke und behinderte Kind muß sich mit den Erfahrungen von Krankenhausaufenthalten, Medikamentenverordnungen, Operationen, Schmerzen, Einschränkungen und seinem Anderssein als gesunde Kinder auseinandersetzen; dies nicht nur zeitbegrenzt, sondern permanent.
Spezifische Krankheitsaspekte	Hier sind zu nennen der Zeitpunkt des ersten Auftretens der Beeinträchtigung (frühmanifest – spätmanifest), der Krankheitsverlauf (progredient mit letalem Ausgang – reversible oder kontrollierbare Beeinträchtigung), die Sichtbarkeit der Behinderung (Stigmatisierungsproblematik) sowie der Schweregrad der Krankheit. Dabei darf jedoch nicht vorschnell geschlossen werden, daß bei größerer somatischer Beeinträchtigung auch die psychische Situation des Kindes ungünstiger ist.
Einschränkungen gewöhnlicher Lebenserfahrungen	Der Aufbau sozialer Kontakte gestaltet sich für sinnesbehinderte Kinder aufgrund der Einschränkungen in der Kommunikation und für körperlich behinderte Kinder aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität als erschwert.
Stand der emotionalen, motivationalen, kognitiven und sozialen Entwicklung	Zum Verständnis der Möglichkeiten der Krankheitsverarbeitung des Kindes ist auf jeder Entwicklungsstufe der Stand seiner emotionalen, motivationalen, kognitiven und sozialen Entwicklung zu berücksichtigen.
Reaktionen von Eltern und Geschwistern	Die in der Familie häufig vorherrschenden Reaktionen auf die Behinderung wie Wut, Trauer, Rationalisierung, Verleugnung oder Schuldvorwürfe, die die Krankheitsbewältigung seitens der Familie darstellen können, haben großen Einfluß auf die Krankheitsverarbeitung des Kindes. Fehlt dem Kind in seiner meist schwierigen psychischen Situation die Unterstützung der Familie, wirkt sich das im allgemeinen negativ auf die Krankheitsverarbeitung aus.
Reaktion der sozialen Umwelt	Die soziale Stigmatisierung behinderter Kinder durch die Umwelt führt häufig nicht nur zur sozialen Isolation des Kindes, sondern zur sozialen Isolation der gesamten Familie.

derung des Kindes Auswirkungen auf die partnerschaftliche Beziehung, die Beziehung zwischen den Eltern und ihren nichtbehinderten Kindern sowie auf weitere soziale Kontakte. Diese Betrachtung macht deutlich, «wie psychosoziale Auswirkungen in dem einen Bereich zugleich Mediatoren für die Belastungen im anderen Bereich sind und umgekehrt» (Stegie, 1988, S. 123). Die früher postulierte These, daß Familien mit behinderten Kindern aufgrund der Belastungen dann auch zu «behinderten Familien» werden, läßt sich durch die neuere Forschung nicht belegen. Denn neben den großen Belastungen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten für die Eltern und Geschwister werden auch Stärken und positive Erfahrungen beschrieben. Hierzu gehören z. B. Offenheit, Toleranz und Einfühlungsvermögen (vgl. Engelbert, 1994).

Die größte Belastung für die Familie besteht in den immer wiederkehrenden Krisen, den je nach Entwicklungsperiode verschiedenen Anforderungen oder der Konfrontation mit der Tatsache, daß die Behinderung nicht aufhebbar ist. Dabei werden von Eltern behinderter Kinder besonders diejenigen Abschnitte als problematisch erlebt, die bei gesunden Kindern typische Entwicklungsperioden darstellen, wie z. B. laufen oder sprechen lernen, Einschulung oder Pubertät. Ähnliche Belastungen erleben die Eltern, wenn ein jüngeres Geschwister das behinderte Kind in der Entwicklung überholt oder wenn Fragen der Schul- oder Heimunterbringung zu klären sind. In diesen Situationen sind spezifische Unterstützungen notwendig, die am individuellen Bedürfnis der Familien ausgerichtet sind (Thurmair, 1990). Eine generelle Pathologisierung von Familien mit behinderten Kindern würde allerdings einer differenzierten Sichtweise widersprechen und ist als schädlich zu betrachten.

Auch zur Rolle der Geschwister existiert eine umfangreiche Forschung. Bei älteren Schwestern und jüngeren Brüdern behinderter Kinder zeigte sich ein erhöhtes Risiko psychosozialer Störungen (bei älteren Schwestern aufgrund der anfallenden Pflegeaufgaben, bei jüngeren Brüdern aufgrund der fehlenden Aufmerksamkeit seitens der Eltern). Die Gefühle der Geschwister gegenüber ihren behinderten Geschwistern korrelierten hoch mit dem Gefühl, von den Eltern akzeptiert zu werden. Insgesamt ist die Situation der Geschwister von

behinderten Kindern häufig schwierig, da die «gesunden» Geschwister meist wenig beachtet werden («Dir fehlt ja nichts»). Die besondere soziale Belastung zeigt sich vor allem im späteren Kindes- und Jugendalter (vgl. Strasser, Wisnet, Klingshirn & Schädler, 1993).

2.2 Prozesse der Krankheitsverarbeitung bei chronisch körperlich Kranken

Durch die veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen in unserer westlichen Zivilisation ist epidemiologisch ein deutlicher Zuwachs an chronisch körperlichen Erkrankungen festzustellen. Chronisch körperlich Kranke sind die Hauptzielgruppe der Rehabilitation und daher auch eine wichtige Zielgruppe klinisch-psychologischer Tätigkeit. Wir unterscheiden eine Vielzahl von chronisch körperlichen Erkrankungen, die eine unterschiedliche Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik und Prognose aufweisen. Alle diese Erkrankungen sind jedoch gekennzeichnet durch einen länger dauernden Krankheitsprozeß, wobei Heilung oder vollständige Beseitigung der Erkrankung oft nicht möglich sind und teilweise die Erkrankungen sogar degenerativ verlaufen können. Die wichtigsten chronischen Erkrankungen sind Herzinfarkt, Krebs, chronische Nierenerkrankung oder Rheuma. Für das betroffene Individuum stellt die chronisch körperliche Erkrankung eine sehr starke Belastung dar. Diese Belastungen sind je nach Art und Schwere der Erkrankung unterschiedlich ausgeprägt und entstehen durch die invasive und sich über längere Zeiträume hinziehende Behandlung oder durch die teils vorübergehenden teils bleibenden Beeinträchtigungen, die als Folge der Krankheit auftreten können. Von den Auswirkungen, die die chronische Erkrankung auf die verschiedenen praktischen Lebensbereiche hat, sind auch die Partner, Angehörigen oder das weitere soziale Umfeld des Kranken betroffen.

2.2.1 Begriffsbestimmung und Definition der Krankheitsverarbeitung

In Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984) definiert Heim (1988) Krankheitsverarbeitung

als das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten. Die Begriffe Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung werden in der Literatur weitgehend synonym verwendet, wobei der englischsprachige Ausdruck «Coping» die Bewältigung belastender Ereignisse allgemein bezeichnet.

Auf der Basis der sozialen Streßtheorie entwickelten Lazarus und Folkman in den sechziger Jahren eine transaktionale Theorie der Belastung, auf die sich alle neueren Ansätze mehr oder weniger direkt beziehen (Lazarus & Lauenier 1978; Lazarus & Folkman 1984). Trotz der Vielfalt an Konzepten besteht eine weitgehende Übereinkunft darüber, daß die Bewältigung einer Krankheit auf verschiedenen Ebenen (kognitiv, emotional und handlungsbezogen) erfolgen kann. Ebenso spielen die Einstellungen und Haltungen im Sinne von subjektiven Krankheitstheorien (Kausalattributionen, Kontrollüberzeugungen) eine zentrale Rolle.

Die Krankheitsbewältigung insgesamt läßt sich als ein komplexer Prozeß beschreiben, der vom Zusammenwirken subjektiver und situativer Faktoren geprägt ist, wobei im Hinblick auf die Wahl der Verarbeitungsformen die individuelle Einschätzung und Bewertung der inneren oder äußeren Belastungen von zentraler Bedeutung ist (Beutel, 1988). In der Regel werden mehrere Bewältigungsstrategien simultan oder nacheinander angewandt. Die Bewältigung einer Krankheit verläuft prozeßhaft, wobei das Individuum je nach Phase und akuter Belastung unterschiedliche Verarbeitungsformen einsetzen kann. So kann es beispielsweise zu einem gewissen Zeitpunkt sinnvoll sein, Verarbeitungsstrategien im Sinne der Abwehr und Verdrängung einzusetzen, welche kurzfristig zu einer subjektiven Erleichterung führen, während eine mittel- und langfristige Adaptation eher durch Formen der aktiven Auseinandersetzung begünstigt werden. Nach neueren Arbeiten ist anzunehmen, daß weniger einzelne Verarbeitungsstrategien für sich als günstig für die Anpassung anzusehen sind, sondern vielmehr die Fähigkeit eines Individuums, ein breites Spektrum von verschiedensten Verarbeitungsformen flexibel einzusetzen. Die Bewältigungs- und Anpassungsprozesse benötigen Zeit; je

nach Art und Schweregrad der Krankheit können sich diese Prozesse über Jahre erstrecken bzw. das Individuum lebenslang begleiten.

Aufgrund der genannten Heterogenität in der Theorienbildung zeigt sich in der Erforschung der Krankheitsverarbeitung eine Reihe von Problemen. So wird die Krankheitsverarbeitung einerseits unter dem Aspekt des Prozeßgeschehens untersucht, andererseits als Kriterium einer erfolgreichen Adaptation (Beutel & Muthny, 1988) angesehen; sofern dies nicht explizit getrennt wird, entstehen als Folge oft begriffliche Unklarheiten und Konfundierungen, die eine systematische Erforschung der Krankheitsverarbeitung erschweren. Da die Ziele des Bewältigungsprozesses je nach Beurteiler (Arzt, Patient und soziales Umfeld) und je nach Zeit (kurz-, mittel- oder langfristig) unterschiedlich sein können (Heim, 1988), sollten die Kriterien zur Beurteilung des Adaptationserfolges auf verschiedenen Ebenen (Dimensionen der Lebensqualität) angesiedelt sein und unterschiedliche Beurteilungsperspektiven (Selbst- und Fremdeinschätzung) einbeziehen.

Die Krankheitsverarbeitung läßt sich auch in den neunziger Jahren als eine Forschungsrichtung kennzeichnen, deren uneinheitliche Theorienbildung und die Vielfalt an Erfassungsmethoden (vgl. Schüßler, 1993; Heim & Perrez 1994) die Produktivität eines jungen, sich in Entwicklung befindenden Forschungsbereiches widerspiegeln. Große Fortschritte wurden in der Entwicklung von Erfassungsmethoden gemacht, wenngleich auch hier viele Fragen wie etwa die der Änderungssensitivität bzw. Validität noch offen sind. Es fehlen nach wie vor noch prospektive Längsschnittstudien, von denen man sich Erkenntnisse für den direkten Umgang mit den Patienten erhofft. Von Untersuchungsansätzen, die sich einer multimodalen Erfassungsmethode verpflichtet fühlen und für die komplexen somato-psychischen Wechselwirkungen angemessen erscheinen, sind wir trotz vieler Fortschritte noch weit entfernt.

2.2.2 Krankheitsverarbeitung und Möglichkeiten psychologischer Behandlung bei Krebserkrankung

Die geschilderten Grundzüge der Krankheitsverarbeitung sollen im folgenden am Beispiel

der Krebserkrankung konkretisiert und exemplarisch dargestellt werden.

Die Phase der Diagnosestellung im Vorfeld der Unsicherheit über die Bösartigkeit einer Tumorerkrankung ist für den Patienten eine Zeit der Unsicherheit und des bangen Wartens auf das endgültige Untersuchungsergebnis. Die Diagnose «Krebs» stellt für die Mehrzahl der Patienten einen schweren Schock dar, der durch schwerwiegende meist jedoch vorübergehende emotionale Störung begleitet wird.

Wie bei kaum einer anderen Erkrankung ist die Therapie der Krebserkrankung (chirurgische Therapien, Strahlentherapie und Chemotherapie mit aversiven und zum Teil lebensbedrohlichen Nebenwirkungen) mit schweren Beeinträchtigungen und Belastungen für den Patienten verbunden. Je nach Art und Verlauf der Erkrankung und der angewendeten Behandlungsverfahren ist seine Lebensqualität mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigung kann vorübergehend, aber auch bleibend sein. In einzelnen Fällen kann dies eine körperliche Behinderung oder Verstümmelung darstellen (z. B. künstlicher Darmausgang), durch einen bleibenden Funktionsverlust bestimmt sein (z. B. Sterilität) oder durch den Verlust einzelner Gliedmaßen (z. B. Amputation) gekennzeichnet sein. Die Phase nach Abschluß der Primärtherapie ist je nach Art und Schwere der Erkrankung bestimmt durch das Hoffen auf die vollständige Beseitigung aller Tumorherde und die Angst vor einem möglichen Rezidiv. Die Phase der Progredienz oder die Endphase ist gekennzeichnet durch das Bemühen um eine Sinngebung, Trauerarbeit, Selbstwertgefühl, Veränderung und Verletzung (vgl. Meerwein, 1985).

Häufige psychische Reaktionen auf die Krebserkrankung sind Depressionen, starke Angstgefühle und eine allgemeine Verunsicherung, die überwiegend als Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.xx nach ICD-10 bzw. 293.89 nach DSM-IV) klassifiziert werden können. Störungen im Sinne der «Major Depression» (DSM-IV, 296.xx) sind eher selten und bedürfen neben der psychologischen einer ergänzenden psychopharmakologischen Behandlung. Die Suizidrate ist bei Krebspatienten nicht höher als in der Normalbevölkerung (Breitbart, 1989). Die Probleme in der Partnerschaft liegen vor allem im Bereich

der Kommunikation und Sexualität, häufig sind jedoch auch die gesamten familiären Interaktionsstrukturen betroffen (Baider, Cooper & Kaplan De-Nour, 1996). Die Behandlungscompliance des Patienten ist aufgrund der häufig sehr invasiven Behandlungsmethoden in der Onkologie von besonderer Bedeutung und wird in engem Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung diskutiert (Haubl, 1994).

Auch im Falle der Krebserkrankung verläuft die Krankheitsverarbeitung prozeßhaft und ist von einer Vielzahl von Faktoren der Krankheits- und Behandlungssituation abhängig. Als häufigster Verarbeitungsmechanismus wird die Verbindung von aktiver Auseinandersetzung und Verleugnung in der Literatur immer wieder hervorgehoben (Beutel, 1988). Im Hinblick auf die mittel- bis langfristige Anpassung an eine Erkrankung konnte in einer Metaanalyse verschiedener psychoonkologischer Evaluationsstudien aufgezeigt werden, daß geeignete Verarbeitungsmechanismen das aktive Zupacken, Zuwenden, Auflehnen oder die emotionale Entlastung sind, während fatalistisches Akzeptieren, passive Kooperation, Resignation und Selbstbeschuldigung als eher ungeeignet gelten (vgl. Heim, 1988). Insgesamt ist jedoch festzuhalten, daß die Erforschung der Effekte der verschiedenen Formen der Bewältigung bisher zu recht unterschiedlichen Ergebnissen geführt hat und daher die Frage nach dem Erfolg der verschiedenen Bewältigungsstrategien weiterhin offen bleiben muß (Greer, 1991; Buddeberg, 1992).

Da die psychischen Probleme des Krebspatienten in der Regel durch die Bedingungen und Belastungen der Erkrankung, ihres Verlaufs und den Folgewirkungen bestimmt und seltener als Resultat einer neurotischen Fehlentwicklung anzusehen sind, zeigen die psychologischen Interventionsansätze konzeptionelle Unterschiede zur psychotherapeutischen Arbeit von Patienten mit primär psychischen Störungen (Koch, 1986). Selbst wenn für die praktische Arbeit einzelne psychotherapeutische Richtungen eine eher untergeordnete Rolle spielen, sind die Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie oder Hypnotherapie diejenigen Richtungen, die die psychologische Tätigkeit konzeptionell am stärksten beeinflußt haben. Natürlich bestimmt auch das therapeutische Setting (Akutklinik, Rehabilita-

tionseinrichtung, Beratungsstelle, therapeutische Praxis, etc.) sowie die Perspektive des Patienten die Wahl der möglichen psychotherapeutischen Methoden. Psychotherapeutische Hilfestellungen erstrecken sich einerseits auf das Gebiet der supportiven Psychotherapie als auch auf problemzentrierte spezifische Interventionen bspw. in Richtung auf Umstellung von Lebensgewohnheiten, Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance, Hilfen bei emotionaler und kognitiver Verarbeitung sowie Verfahren zum Abbau von Ängsten vor medizinischen Maßnahmen. Ergänzend hierzu werden wichtige psychologische Aufgaben im Bereich der psychosozialen Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals (Broda & Muthny, 1990) sowie der Supervision gesehen.

2.3 Die berufliche Integration von psychisch Kranken

Während in Abschnitt 1 die allgemeinen Rahmenbedingungen und Gesetzesgrundlagen der beruflichen Rehabilitation erörtert wurden, sollen in diesem Abschnitt spezifische Probleme der beruflichen Integration am Beispiel der Zielgruppe «psychisch Kranker» dargestellt werden.

2.3.1 Die Ausgangssituation beruflicher Integration

Wie kein anderer Bereich der Rehabilitation ist die berufliche Wiedereingliederung von Kranken und Behinderten von der allgemeinen Wirtschaftslage und den damit verbundenen Problemen der Arbeitslosigkeit abhängig. Nach der gegenwärtigen Situation auf dem Arbeitsmarkt ist davon auszugehen, daß jeder zweite stationär psychiatrisch behandelte Patient arbeitslos ist bzw. wird (Wedekind & Kuhnt, 1991). Die Chancen einer beruflichen Reintegration werden hierbei weniger durch behinderungsspezifische Faktoren bestimmt als durch eine Reihe von berufsbezogenen Variablen wie Qualifikation, Dauer der Arbeitslosigkeit, Anzahl früherer Anstellungen und Zuverlässigkeit (Schwefel, 1986). Gerade psychisch Kranke sind im besonderen Maße von diesen Problemen betroffen, da ihre Leistungsfähigkeit sehr schwankend ist, Arbeitgeber sie für weni-

ger anpassungsfähig, unehrlich sowie aggressiv halten und ihnen höhere Fehlzeiten zuschreiben (vgl. hierzu Eickelmann, 1987). Aus den Erfahrungen in der Arbeitstherapie wissen wir, daß psychisch Kranke weniger mit instrumentellen als vielmehr mit den sozioemotionalen Arbeitsanforderungen Schwierigkeiten haben (Haerlin & Kleffmann, 1994). Die je nach dem Grad der psychischen Behinderung eingeschränkte, in der Regel schwankende und schwer kalkulierbare Leistungsfähigkeit und die eingeschränkte Anpassungsfähigkeit von psychisch Kranken erschweren eine Aufnahme auf den freien Arbeitsmarkt, so daß aufgrund der vielschichtigen Probleme ein hoher Bedarf an unterschiedlichen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker besteht (Wedekind & Kuhnt, 1991).

Die Situation des Arbeitsmarktes und die Probleme der Arbeitslosigkeit führen dazu, daß die Frühberentung häufig den Versuchen einer beruflichen Rehabilitation vorgezogen wird (Thom & Wulff, 1990). Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zeigen, daß die Frühberentung infolge einer psychischen Erkrankung bei Männern nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen an zweiter Stelle steht; bei den Frauen liegen die psychischen Erkrankungen je nach Versichertengruppe an dritter bzw. vierter Position. Ebenso ist das Durchschnittsalter bei Frühberentung im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern am niedrigsten (vgl. Schuntermann, 1988).

2.3.2 Institutionen der beruflichen Integration psychisch Behinderter

Betriebliche und außerbetriebliche Maßnahmen zur beruflichen Integration finden vorrangig in den Berufsbildungswerken, den Berufsförderungswerken und den Werkstätten für Behinderte statt (vgl. Tews, 1988). Die traditionellen Einrichtungen der Berufsförderung (Berufsfindung, Berufsbildung) nehmen jedoch bis auf wenige Ausnahmen keine psychisch Kranken auf. Für psychisch Kranke sind daher die psychiatrische Arbeitstherapie, die Werkstätten für Behinderte, die Firmen für psychisch Kranke und die ambulanten arbeitsbegleitenden Diensten die wichtigsten Träger der beruflichen Integration.

Die psychiatrische *Arbeitstherapie* zielt darauf ab, den psychisch Kranken bereits während der stationären Behandlung auf Arbeitsfertigkeiten zu trainieren und auf spätere beruflichen Anforderungen vorzubereiten, indem der Betroffene unter weitestgehend normalen Arbeitsbedingungen Erfahrungen sammeln kann; darüber hinaus hat die Arbeitstherapie auch eine tagesstrukturierende Funktion. Organisatorisch sind die Arbeitstherapieeinheiten teilweise im psychiatrischen Krankenhaus integriert, teilweise werden sie auch als externe ausgelagerte Abteilungen geführt, was vor allem unter Normalisierungsgesichtspunkten von großer Bedeutung ist (Reker & Eikelmann, 1993; Hohm, 1993).

Die *Werkstatt für Behinderte* (WfB), traditionell eine Einrichtung für geistig Behinderte, wurde konzeptionell seit Ende der siebziger Jahre auf die Bedürfnisse und spezifischen Probleme psychisch Kranker ausgerichtet. Ziel der Werkstatt für psychisch Behinderte liegt in der Vermittlung von speziellen Arbeitsfertigkeiten mit dem Ziel der Weitervermittlung, aber auch in der Bereitstellung von beschützten Dauerarbeitsplätzen. In der Regel werden eigene Abteilungen oder Einrichtungen für psychisch Behinderte eingerichtet, wobei der Anteil der psychisch Kranken an der gesamten WfB-Population immer noch sehr gering ist (Wedekind & Kuhnt, 1991).

Als eine spezifische Antwort auf die anwachsende Arbeitslosigkeit wurden seit Ende der siebziger Jahre und Anfang der achtziger Jahre die sogenannten *Firmen für psychisch Kranke* auf Initiative von freien Trägern bzw. Initiativen aufgebaut (Seyfried, 1990). Gemeinsames Ziel der Firmen für psychisch Kranke ist es, auf der Basis von wirtschaftlichen Unternehmen und Betrieben des freien Arbeitsmarktes psychisch Kranke in Arbeit zu integrieren. Das Spektrum der Arbeitsangebote dieser Betriebe reicht vom Bäckereibetrieb über die Druckerei und Industriefertigung bis hin zum Buchhaltungsbüro oder Restaurant, wobei dem Dienstleistungssektor die größte Bedeutung zukommt; teilweise kooperieren diese Firmen mit größeren Betrieben in Form von ausgelagerten Fertigungsbereichen. Die Firmen für psychisch Kranke stehen zwischen dem beschützten und freien Arbeitsmarkt und versuchen, in ihrem strukturellen Ausbau den Besonderheiten psychisch Kranker im Arbeitsleben Rechnung zu tragen.

Die Aufgabe von *ambulanten arbeitsbegleitenden Diensten* besteht im wesentlichen darin, Arbeitsverhältnisse für psychisch Kranke auf dem freien Arbeitsmarkt durch eine begleitende Betreuung zu erhalten sowie durch gezielte Aufklärungsarbeit in Betrieben neue Arbeitsplätze für psychisch Kranke zu schaffen. Diese arbeitsbegleitende Betreuung dient im Sinne der Prävention auch dem Ziel, eine Aussonderung von vorneherein zu verhindern. Die Betreuungsaufgaben erstrecken sich auf die Bereiche der Einzelbetreuung, Beratung, Aufklärung von Kollegen und Vorgesetzten, des Abbaus von Vorurteilen sowie der Krisenintervention (Heuser, 1992).

Die verschiedenen Initiativen und Konzeptionen zur Reintegration psychisch Kranker machen deutlich, daß die berufliche Rehabilitation nicht gleichbedeutend ist mit einer vollständigen Integration auf dem freien Arbeitsmarkt, sondern eine berufliche Integration auf unterschiedlichen Stufen (beschützte und teilgeschützte Arbeitsplätze auf dem freien oder Sonderarbeitsmarkt) über die Erreichung von Teilzielen stattfinden kann. Je nach Ausmaß der Behinderung oder Einschränkung ist das Anstreben einer beruflichen Integration auf dem freien Arbeitsmarkt nicht nur unrealistisch, sondern kann sich durch die Überforderung auch negativ auf den Krankheitsverlauf des Einzelnen auswirken. So benötigen psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene ohne berufliche Vorerfahrung andersartige Arbeitsangebote als Langzeitpatienten, die durch eine langandauernde Hospitalisierung seit vielen Jahren aus dem Arbeitsleben ausgegliedert sind. Vor diesem Hintergrund sind die hier vorgestellten Arbeitsangebote als sich wechselseitig ergänzende Ansätze zu verstehen, psychisch Behinderte in unterschiedlicher Weise in das Arbeits- oder Berufsleben zu integrieren.

2.3.3 Berufliche Integration zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Die Erforschung des Erfolgs einer beruflichen Integration zeigt trotz Heterogenität der Befunde vor allem zwei prognostisch bedeutsame Merkmale (vgl. Weis, 1989):

- Psychopathologisches Zustandsbild

- Prämorbide soziale und berufliche Integration bzw. Desintegration.

Die Verlaufsstudien machen hierbei deutlich, daß es je nach Verlaufstypen unterschiedliche Ausgänge im Sinne der Erfolgsparameter geben kann. Die Differenzierung unterschiedlicher Verlaufgruppen erklärt oftmals auch die Heterogenität der in verschiedenen Forschungsarbeiten als valide identifizierten Prädiktoren. Gerade für die berufliche Integration muß verstärkt berücksichtigt werden, daß berufsspezifische Prognosefaktoren durch die vorhandenen kulturabhängigen Arbeitsnormen zu einem beträchtlichen Anteil als Spezifika der Arbeitssituation und weniger als typisch für die Art und den Verlauf der psychischen Erkrankung anzusehen sind.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Schwierigkeiten einer Integration in das Arbeitsleben wurde das Erfolgskriterium und Rehabilitationsziel «Arbeit» seit den achtziger Jahren immer mehr einer kritischen Überprüfung unterzogen. Wie oben aufgezeigt, bedeutet berufliche Rehabilitation nicht in jedem Falle die vollständige Reintegration auf dem freien Arbeitsmarkt, sondern das Ziel einer beruflichen Integration muß immer in Bezug auf die jeweilige Zielgruppe und den jeweiligen Grad individueller Beeinträchtigung gesehen werden. Gerade bei denjenigen Krankheitsgruppen, die beruflich nicht mehr voll eingegliedert werden können, unterbleiben häufig sinnvolle berufliche Fördermaßnahmen, obwohl mit Hilfe derartiger Maßnahmen eine Integration in beschützte Arbeitsformen möglich wären. Für diese Gruppen stellt sich im Sinne der Erreichung von Teilzielen die Frage nach einem ihren verbleibenden Fähigkeiten angepaßten Arbeitsplatz oder einer adäquaten Tagesstrukturierung durch Beschäftigungsangebote oder sinnvolle Freizeitgestaltung. In diesem Sinne lassen sich drei Untergruppen psychisch Kranker unterscheiden, die aufgrund der subjektiven Beeinträchtigung und Krankheitsgeschichte unterschiedliche Maßnahmen der beruflichen Integration benötigen (Schwendy, 1986):

(1) Chronisch psychisch Kranke mit Langzeithospitalisierung mit relativ starken Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und langandauernder beruflicher Desintegration;

(2) Psychisch Kranke jüngeren Alters («new chronic patient»), in der Regel ohne Berufs- oder Schulausbildung sowie berufliche Sozialisierungserfahrungen;

(3) Psychisch kranke Erwachsene mit wenigen stationären Aufenthalten von kürzerer Dauer sowie Berufsausbildung und prämorbid guter Integration und Berufserfahrung.

Gerade für die erste Gruppe kommen verstärkt die Angebote der Tagesstrukturierung oder beschützten Arbeitsplätze in Frage, da eine vollständige berufliche Integration aufgrund der Beeinträchtigung und Dauer der Desintegration schwer erreichbar erscheint. Für die zweite Gruppe sind es vorrangig Maßnahmen der Berufsfindung und Ausbildung, um die Ausgangsbedingungen für eine berufliche Reintegration herzustellen, während die dritte Gruppe mit Hilfe von entsprechenden Integrationshilfen je nach Grad der Beeinträchtigung teilgeschützte oder frei Arbeitsplätze ausfüllen kann. Diese Unterteilung ist als erste Annäherung zu verstehen, wobei die Grenzen zwischen den Gruppen fließend sind. Wie am Beispiel psychisch Kranker aufgezeigt, existieren eine Vielzahl von unterschiedlichen Möglichkeiten zur beruflichen Integration. Die diagnostische Abklärung der verbleibenden Arbeitsfähigkeiten ist hierbei von großer Bedeutung. Von einer klaren Indikationsstellung und Zuweisung zu den verschiedenen Arbeitsangeboten bzw. Beschäftigungsformen sind wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch noch weit entfernt.

2.4 Gesellschaftliche Integration von Körper- und Sinnesbehinderten

In diesem Abschnitt soll geklärt werden, was unter gesellschaftlicher Integration behinderter Menschen zu verstehen ist, inwieweit sie verwirklicht ist und welche Möglichkeiten zur Förderung der Integration Behinderter bestehen. «Integration darf nicht als Eingliederung behinderter Menschen durch nichtbehinderte Menschen in eine Gesellschaft der Nichtbehinderten verstanden werden» (Begemann, 1993, S. 153). Häufig wird die Integration Behinderter mit der sozialen Rehabilitation gleichgesetzt. Diese Gleichsetzung verkürzt den Gedanken

der Integration – denn soziale Integration ist mehr als die einseitige Anpassung und Wiedereingliederung behinderter Menschen; sie «beinhaltet ein wechselseitiges, emanzipatorisches und solidarisches Verändern des bisherigen Zustands durch Behinderte wie Nichtbehinderte» (Cloerkes, 1988, S. 92) und umfaßt somit medizinische wie auch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen.

2.4.1 Die Realität der Integration Behindertener

Die empirische Forschung zeigt, daß große Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit bestehen.

- Behindertengerechte bauliche Maßnahmen fehlen weitgehend, trotz anderslautender Lippenbekenntnisse. Ernüchternd wirkt die nach Cloerkes (1988) zitierte Untersuchung des Arbeitskreises Planen und Bauen (1982), die exemplarisch für die Stadt Hanau zeigt, daß Rollstuhlfahrer nur in 44 Prozent der Apotheken, in 28 Prozent der Ladengeschäfte, in 15 Prozent der amtlichen Stellen, in 5 Prozent der Arztpraxen, in 2 Prozent der Gastwirtschaften und in 0 Prozent der öffentlichen Toiletten gelangen können.
- Eine zweite zentrale Barriere zur gesellschaftlichen Integration Behindertener ist durch die überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit gegeben. Zwar sieht das Schwerbehindertengesetz der BRD vor, daß bei Betrieben mit mehr als 16 Mitarbeitern 6 Prozent der Arbeitsplätze an Behinderte vergeben werden sollten, bis heute machen aber viele Betriebe und z. B. auch öffentliche Arbeitgeber von der Möglichkeit Gebrauch, sich mit Hilfe einer Ausgleichsabgabe (im Falle eines öffentlichen Arbeitgebers aus Steuergeldern) von dieser Verpflichtung freizukaufen. So berichtet Niehaus (1994), daß in der ersten gesamtdeutschen Statistik 1991 158 000 beschäftigungspflichtige Arbeitgeber gezählt wurden. 75 Prozent der Arbeitgeber stellten keinen einzigen oder anteilig zu wenig Schwerbehinderte ein. Von 1,3 Millionen Pflichtplätzen waren 1992 nur 838 000 mit Schwerbehinderten besetzt (Stadler, 1995). Von 6,3 Millionen behinderten Menschen zählten 1989 nur 1,7

Millionen zu den Erwerbstätigen. Dabei sind schwerbehinderte Frauen im Vergleich mit schwerbehinderten Männern deutlich häufiger erwerbslos. Da die Erwerbsbeteiligung Behinderter in besonderem Maße von der konjunkturellen Lage abhängt, dürfte sich bei der zur Zeit herrschenden hohen Arbeitslosigkeit in der Gesamtbevölkerung die Situation für behinderte Menschen noch ungünstiger darstellen.

- Die persönlichen Einstellungen und Verhaltensweisen von Nichtbehinderten gegenüber Behinderten stellen die wohl größte Barriere bei der Integration Behindertener dar. In einer Analyse von über 400 Einzeluntersuchungen zu diesem Themenbereich kommt Cloerkes (1980) zu der Feststellung, daß die dort berichteten Einstellungen Nichtbehinderter gegenüber Behinderten von generell negativen bis zu ausgesprochen positiven Einstellungen reichten. In den Untersuchungen zeigen sich weitgehend stabile «Beliebtheithierarchien» der verschiedenen Behindertenarten. Diejenigen Behindertenarten, die den sozialen Normen Nichtbehinderter noch am ehesten entsprechen (Bandscheibengeschädigte, Asthmatiker), rangieren am höchsten; Behinderte, die diesem normativen Anspruch im Urteil der Majorität nicht Folge leisten können, wie psychisch oder geistig Behinderte, nehmen die niedrigsten Plätze ein. Insgesamt treten Vorurteile gegenüber Behinderten dann verstärkt auf, wenn insgesamt die Vorurteile gegen Problemgruppen der Gesellschaft zunehmen (Markowetz, 1993).

Wie die Einstellungsforschung gezeigt hat, werden negative Einstellungen nicht notwendigerweise in diskriminierendes Verhalten umgesetzt. Nichtbehinderte befinden sich gegenüber Behinderten häufig in einem Dilemma. Auf der einen Seite existieren negative Einstellungen, die nicht zuletzt durch das von der Gesellschaft geprägte Bild der Behinderten bestimmt sind. Auf der anderen Seite existiert ein sozialer Druck, sich «behindertengerecht» zu verhalten (man denke nur an das «Jahr der Behinderten» oder an Fernsehsendungen wie «Der große Preis» für die Aktion Sorgenkind). Cloerkes (1984) spricht vom «normativen Konflikt», in dem sich der einzelne Nichtbehinderte befindet. Durch die paradoxe Konstellation, geprägt von Verhaltensunsicherheit und ambivalenten Ge-

fühlen, wird eine natürliche und unkomplizierte Interaktion zwischen Nichtbehinderten und Behinderten deutlich erschwert. Der Versuch, solche Kontakte möglichst zu vermeiden, ist die Folge. Die daraus entstehende soziale Isolation behinderter Menschen stellt die größte Barriere bei ihrer gesellschaftlichen Integration dar. Dabei trägt die ausgrenzungsorientierte Behindertenpolitik, die zwar in vielen Bereichen Erleichterung für Behinderte und deren Angehörige schafft, dazu bei, daß das Bild behinderter Menschen sich nicht grundlegend ändern kann. Vorschulische und schulische Integration als Regelfall werden nicht gefördert (Markowetz, 1993). Nach der Klassifikation diskriminierenden Verhaltens von Pettigrew (1985) gilt neben Verbalinjurien und physischen Angriffen die Kontaktvermeidung als eine der diskriminierenden Verhaltensweisen.

2.4.2 Verbesserung der mangelnden gesellschaftlichen Integration

Zunächst ist zu betonen, daß, entgegen der Hoffnung einiger Fachleute, durch eine detaillierte Informierung der Bevölkerung Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber Behinderten abbauen zu können (von Bracken, 1976), die Aufklärungskampagnen kaum etwas im Hinblick auf eine Einstellungsänderung bewirkten. Eine empirische Studie des IMW-Forschungsinstituts zeigte, daß die großangelegten Aufklärungskampagnen im Jahr der Behinderten bei ca. 40 Prozent der Bevölkerung ohne jeden Effekt waren (IMW, 1982). Sozialpsychologisch lassen sich hierfür Gründe benennen, die hier allerdings nur stichwortartig aufgeführt werden können:

- Bisherige negative Einstellungen werden durch selektive Wahrnehmung stabilisiert.
- Information löst möglicherweise Angst aus, die zu Abwehr und damit zu noch höherer Rigidität führen kann.

Auch die naive Annahme, man müsse zum Abbau von negativen Einstellungen gegenüber Behinderten diese nur mit Nichtbehinderten in Kontakt bringen, kann so nicht beibehalten werden. Natürlich gilt wie auch für die Informationskampagnen: Ohne Kontakt und ohne

Information findet keine Einstellungsänderung statt, aber Information und Kontakt sind keine hinreichenden Bedingungen für die gesellschaftliche Integration Behinderte. Ähnlich wie beim gutgemeinten Informationsversuch kann sich auch der Kontakt zwischen Behinderten und Nichtbehinderten als Bumerang erweisen. So lehnten beispielsweise nicht-behinderte Kinder lernbehinderte Kinder bei vermehrtem Kontakt verstärkt ab (Kniel, 1979). Das hier aufgezeigte Gesamtbild ist nicht erfreulich. Ermutigend ist jedoch, daß mehrere amerikanische Untersuchungen durch eine differenziertere Betrachtungsweise der qualitativen Bedingungen des Kontakts zu positiveren Ergebnissen kommen (vgl. Sandler & Robinson, 1981).

Eine positive Einstellungsänderung gegenüber Behinderten ist am ehesten zu erwarten, wenn behinderte Menschen in der Öffentlichkeit positiv dargestellt werden. So hat 1996 z. B. erstmals die Behindertenolympiade in den gleichen Sportstätten wie die olympischen Spiele in Atlanta stattgefunden. Die entsprechenden Verbände erhielten erstmals Unterstützung durch TV-Gelder und Sponsoren. Ist die Bereitschaft zur Einstellungsänderung vorhanden, wird in der Kombination von Information und konkretem Kontakt mit Behinderten der günstigste Weg zur Verhaltensänderung gesehen.

Schließlich soll betont werden, daß sämtliche Integrationsbemühungen daran scheitern können, daß die gesellschaftliche Werte- und Normenstruktur einer Integration entgegensteht. Solange Leistungsideale, Wirtschaftswachstumsideale, Gesundheitsideale, Schönheitsideale usw. als anzustrebende Normen für ein «vollwertiges» gesellschaftliches Mitglied existieren, finden behinderte Menschen nur schwerlich ihren Platz, weil sie viele dieser Normen nicht erfüllen können. Deshalb sind für eine ernstgemeinte Integration Behinderte neben dem Abbau von Mobilitätsbarrieren für Körper- und Sinnesbehinderte, neben einer verbesserten Information und Kontaktbemühungen auch gesellschaftliche Ideale kritisch zu beleuchten und gegebenenfalls zu verändern. Übersieht man die soziokulturellen Aspekte der Integrationsfrage, wird man im Bemühen um Integration immer wieder scheitern.

3. Evaluationsforschung in der Rehabilitation

Von den US-amerikanischen Entwicklungen beeinflusst, existiert die Evaluationsforschung in der Bundesrepublik seit etwa 15 Jahren (vgl. Wittmann, 1985). Ziel der Evaluationsforschung ist die Unterstützung von Entscheidungsprozessen bei der Planung und Durchführung von Projekten im Bildungs- und Gesundheitsbereich.

Für den Bereich der Rehabilitationspsychologie ist die Evaluation von Programmen von großer Bedeutung. Dabei wird zwischen formativer und summativer sowie zwischen interner und externer Evaluation unterschieden. Während bei der summativen Evaluation bereits abgeschlossene Projekte hinsichtlich Zielsetzung und Effektivität geprüft werden, wird die formative Evaluation während der Entwicklung und der Anwendung eines Programmes durchgeführt. Bei interner Evaluation führt das Personal einer Einrichtung die Forschungsarbeit selbst durch, bei externer Evaluation besteht Unabhängigkeit zwischen dem Forschungsteam und dem Personal der zu evaluierenden Einrichtung. In der Praxis lassen sich fließende Übergänge zwischen den Evaluationsarten finden. Der Anspruch der strikten Unabhängigkeit ist bei formativer Evaluation kaum zu realisieren, da der Forscher nur in guter Zusammenarbeit mit dem Personal einer Einrichtung die für ihn notwendigen sensiblen Daten erheben kann. Bei summativer Evaluation scheint hingegen ein externes Team notwendig.

Für eine Programmevaluation sind nach Attkisson und Broskowski (1978) folgende fünf Evaluationsbereiche zu untersuchen:

- materieller, zeitlicher und organisatorischer Aufwand des Programms;
- Leistung des Programms und Qualität der Durchführung des Programms;
- Angemessenheit des Programms in Bezug auf die bestehenden Bedürfnisse;
- Verhältnis von Aufwand zu Leistungen, die das Programm erbringt (Leistungsfähigkeit);
- Analyse des spezifischen Prozesses, der den Eingangsaufwand in das Ergebnis umwandelt.

Nach Coursey (1977) lassen sich sechs Teilschritte eines Evaluationsprozesses, der die oben genannten Bereiche untersucht, aufzählen:

- (1) Definition der Komponenten und Beschreibung des Programms;
- (2) Ableitung der Bewertungskriterien, Definition der evaluativen Fragestellungen und Entwicklung einer Methodologie;
- (3) Operationalisierung und Bestimmung der zu messenden Merkmale und Meßoperationen;
- (4) Handhabung des Evaluationsprojekts (Finanzierung, Personal, Datensammlung);
- (5) Feedback und Ergebnisse für das Programm, dessen Personal und den Auftraggeber;
- (6) Bewertung des Evaluationsprojekts.

In Bezug auf die Festlegung der Standards für Programmevaluation, die das Anspruchsniveau für Evaluationsforschung festlegen, sei hier auf Bengel und Koch (1988) verwiesen, die in Auszügen die Standards der American Evaluation Research Society wiedergeben.

In der Evaluationsforschung werden vier Modelle unterschieden (vgl. Coursey, 1977) (s. Tab. 4).

Dabei ist das systemanalytische Modell bislang nur in Ansätzen verwirklicht und beschreibt die Idealvorstellung von Evaluation. Das kostenanalytische Modell läßt sich in Kosten-Effektivitäts-Analysen und Kosten-Nutzen-Analysen differenzieren. Während bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse die Kosten und Wirkungen eines Programms mit Alternativprogrammen verglichen werden, müssen bei der Kosten-Nutzen-Analyse den Effekten und dem Nutzen eines Programms monetäre Werte zugeordnet werden. Diese Analysen sind gerade in Zeiten angestrebter oder bereits verwirklichter Einsparungen im Gesundheitssektor von Bedeutung und widersprechen unseres Erachtens nicht dem Ziel der Evaluation im Gesundheitsbereich, die Qualität von Behandlungsmöglichkeiten zu prüfen und zu optimieren. Beim Zielmodell werden die Ziele des Programms bei Beginn der Evaluation festgelegt und mit den

Tabelle 4: Modelle der Evaluation (Bengel & Koch, 1988, S. 327)

1. Modelle der Ergebnisevaluation	Vergleich von behandelten und nicht (bzw. alternativ) behandelten Gruppen
2. Zielmodell	Vergleich der tatsächlichen Effekte mit vorher definierten Zielen
3. Kostenanalytisches Modell	Bewertung von Kosten im Verhältnis zum Nutzen
4. Systemanalytisches Modell	Beschreibung von Struktur und zeitlichem Ablauf des Programms (Systems) mit Methoden der Systemtheorie und Bewertung nach Aufwand, Leistung, Angemessenheit, Leistungsfähigkeit und unter Prozeßgesichtspunkten

tatsächlichen Ergebnissen nach Anwendung des Programms verglichen. Damit kann der forschungsmethodischen Schwierigkeit der Kriteriendefinition begegnet werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir auf Möglichkeiten des Mißbrauchs von Evaluationsstudien hinweisen. Auf diese Gefahren muß der Evaluationsforscher besonders dann achten, wenn es sich um typische Auftragsforschung handelt:

Eye-Wash beschreibt den Versuch, ein schlechtes Programm dadurch zu retten, daß in der Evaluation nur die positiven Aspekte berücksichtigt werden.

White-Wash stellt den Versuch dar, die Mißerfolge eines Programms zu kaschieren.

Submarine kennzeichnet den Versuch, durch einseitige Betonung von negativen Resultaten ein Programm zu Fall zu bringen.

Postponement beschreibt den Versuch, ein notwendiges Handeln aufzuschieben mit der Begründung, daß noch weitere Fakten gesammelt werden müßten.

Posture beschreibt, daß die Evaluation lediglich als Ritual durchgeführt wird, die daraus resultierenden Ergebnisse bei der Entscheidungsfindung jedoch nicht berücksichtigt werden.

Wesentliche Aufgabe der Evaluationsforschung in der Rehabilitation ist es, die Effektivität und Effizienz der verschiedenen rehabilitativen Angebote und Maßnahmen zu überprüfen und dadurch die Rehabilitation weiterzuentwickeln und wissenschaftlich zu begründen. Inhaltliche Schwerpunkte sind hierbei Fragen der Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen, Fragen des Bedarfs und der individuellen Bedürf-

tigkeit, die differentielle Indikationsstellung für stationäre, teilstationäre oder ambulante Maßnahmen sowie die Auswirkungen der Maßnahmen auf die verschiedenen Parameter der Lebensqualität, die soziale Integration und Krankheitsbewältigung. Während in früheren rehabilitationswissenschaftlichen Studien der Erfolg der Rehabilitation auf der Basis von einfachen Erfolgskriterien (wie bspw. die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit) untersucht wurde, werden in neueren Forschungsarbeiten multiple Erfolgskriterien eingesetzt und der Rehabilitationsprozeß stärker in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt. Exemplarisch sollen in Kasten 1 einige Evaluationsstudien aus verschiedenen Bereichen der Rehabilitation kurz vorgestellt werden.

4. Literatur

- Arbeitskreis Planen und Bauen für Behinderte e.V. (1982). *Unveröffentlichtes Arbeitspapier*. Hanau.
- Attkisson, C. C. & Broskowski, A. (1978). Evaluation and the emerging human service concept. In C. Attkisson, W. A. Hargreaves, M. J. Horowitz & J. E. Sorensen (Eds.), *Evaluation of human service programs* (pp. 3–25). New York: Academic Press.
- Badura, B., Grande, G., Janssen, H. & Schott, T. (1995). *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation*. Weinheim: Juventa.
- Baider, L., Cooper, G. & Kaplan De-Nour, A. (Eds.). (1996). *Cancer and the family*. Chichester: Wiley & Sons.
- Bauer, U., Wolfram, H., Strzata, A., Neise, U. & Kühne, G. E. (1995). Langzeitkatamnesen Alkoholabhängiger über 10 bis 14 Jahre nach stationärer viermonatiger Entwöhnungsbehandlung. Erfolgsmerkmale und Mortalität. *Sucht*, 41, 384–394.

Kasten 1

Exemplarische Evaluationsstudien aus verschiedenen Bereichen der Rehabilitation

Stationäre psychosomatische Rehabilitation

Zielke (1995) führte eine umfassende multizentrische Studie zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer stationären Verhaltenstherapie (psychosomatische Rehabilitation) durch. Hierbei wurden nicht nur subjektive Parameter der Befindlichkeits- und Verhaltenzebene erfaßt, sondern auch die medizinischen Behandlungskosten evaluiert. Zwei Jahre nach der Rehabilitation sank die Zahl der Tage, an denen die Patienten krankgeschrieben waren, um mehr als die Hälfte. Hierbei zeigte sich, daß die psychosomatische Therapie nicht nur die Krankheitsursachen und die Krankheitsfolgen weitgehend beseitigt, sondern daß sich das Krankheitsverhalten der Patienten auch langfristig veränderte. Aus den Analysen des über vierjährigen Untersuchungszeitraumes ergab sich, daß die behandelten Patienten seltener krank wurden, im Krankheitsfall die Dauer der Krankenschreibung kürzer war und sich der Medikamentenkonsum deutlich verringert hat. Ferner wurden Verbesserungen der Lebensqualität festgestellt, die Patienten erlebten sich stärker belastbar und den täglichen Anforderungen besser gewachsen. Differenzierte Kosten-Nutzenberechnungen stationärer psychosomatischer Behandlungen belegen die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser spezifischen Behandlungsansätze und weisen eine hohe Ergebnisqualität der verhaltensmedizinischen Rehabilitation nach.

Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Bauer, Wolfram, Strzata, Neise und Kühne (1995) untersuchten den langfristigen Erfolg stationärer Entwöhnungsbehandlungen im Bereich der Sucht-Rehabilitation. In dieser Studie waren 37 Prozent der Patienten nach der stationären Behandlung durchgehend abstinent. Die Langzeitabstinenz ging mit einem guten Gesundheitszustand und einer erhöhten Lebenszufriedenheit sowie guter beruflicher und sozialer Integration einher. 15 Prozent der Patienten konnten als gebessert angesehen werden; unter den zwischenzeitlich Verstorbenen des untersuchten Kollektivs war die Anzahl der Abbrecher signifikant erhöht.

Kardiologische Rehabilitation

Badura, Grande, Janssen und Schott (1995) verglichen ambulante und stationäre kardiologische Anschlußheilbehandlungen an zwei Rehabilitations-Einrichtungen. Sie kommen zur zusammenfassenden Schlußfolgerung, daß ambulante und stationäre Anschlußheilbehandlungen Erfolge bei der Verbesserung des körperlichen Zustandes haben. Psychische Befindlichkeit und Selbstkonzeptmerkmale stabilisierten sich kontinuierlich, wenn die somatischen Krankheitsfolgen geringer waren. Nach Ansicht der Autoren wird den psychischen Faktoren in der kardiologischen Rehabilitation zu wenig Beachtung geschenkt, was sich insbesondere bei körperlich stark beeinträchtigten Patienten negativ auswirkte.

- Begemann, E. (1993). Gesellschaftliche Integration «behinderter» Menschen erfordert eine solidarische Kultur. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 44, 153–169.
- Bengel, J. & Koch, U. (1988). Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegic (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 321–347). Berlin: Springer.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Edition Medizin.
- Beutel, M. & Muthny, F. (1988). Konzeptionalisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung – Hintergrundtheorien, Methodenprobleme und künftige Möglichkeiten. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 38, 19–27.
- Bintig, A. (1980). *Wer ist behindert? Problematisierung der Begriffe und Definition von Behinderung in Verwaltung, Wissenschaft und Forschung*. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Brack, U. B. (Hrsg.). (1986). *Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bracken, H. von (1976). *Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen*. Berlin: Marhold.

- Brackhane, R. (1988). Behinderung, Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie: Terminologische Vorbemerkungen und Begriffserklärungen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 20–34). Berlin: Springer.
- Breitbart, W. (1989). Suicide. In J. Holland, J. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 291–299). New York: Oxford University Press.
- Broda, M. & Muthny, F. (1990). *Umgang mit chronisch Kranken*. Ein Lehr- und Handbuch der psychosozialen Fortbildung. Stuttgart: Thieme.
- Buddeberg, C. (1992). *Brustkrebs. Psychische Verarbeitung und somatischer Verlauf*. Stuttgart: Schattauer.
- Cloerkes, G. (1980). Soziokulturelle Bedingungen für die Entstehung von Einstellungen gegenüber Behinderten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 49, 259–273.
- Cloerkes, G. (1984). Die Problematik widersprüchlicher Normen in der sozialen Reaktion auf Behinderte. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 53, 25–40.
- Cloerkes, G. (1988). Behinderung in der Gesellschaft: Ökologische Aspekte und Integration. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 86–100). Berlin: Springer.
- Coursey, R.D. (1977). *Program evaluation for mental health*. New York: Grune & Stratton.
- Eikelmann, B. (1987). Arbeit – ihre Bedeutung in Therapie und Rehabilitation chronisch seelisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 14, 18–22.
- Engelbert, A. (1994). *Familien mit behinderten Kindern*. 5. Familienbericht (S. 138–179). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43–49.
- Haerling, Ch. (1991). Brücken und Sackgassen zwischen Psychiatrie und Arbeit. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 03/91, 42–47.
- Haerling, Ch. & Kleffmann, A.L. (1994). Diagnostik in der Arbeitstherapie und Rehabilitation – Mehr als nur das Ausfüllen von Checklisten. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 01/94, 42–46.
- Haubl, R. (1994). Zur Rationalität non-complianter Krankheitsbewältigung. In E. Heim, M. Perrez (Hrsg.). (1994): *Krankheitsbewältigung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Bd. 10, S. 96–113). Göttingen: Hogrefe.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 38, 8–18.
- Heim, E. & Perrez, M. (Hrsg.). (1994). *Krankheitsbewältigung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Bd. 10. Göttingen: Hogrefe.
- Heuser, K. (1992). Psychosoziale Dienste für psychisch Behinderte am Beispiel Rheinland. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 5, 189–193.
- Hohm, H. (1993). Perspektiven der Arbeitstherapie im psychiatrischen Großkrankenhaus. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 01/93, 29–33.
- IMW-Forschungsinstitut (1982). Begleitende Untersuchungen zu Wirkungen und Erfolg des «Internationalen Jahres der Behinderten 1981». Ausgewählte Ergebnisse der Gesamtanalyse. In K.-L. Holtz (Hrsg.), *War's das? Eine Bilanz zum Jahr der Behinderten* (S. 192–207). Heidelberg: Schindele.
- Janzowski, F. (1988). Psychologische Hilfen in der Rehabilitation. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 280–297). Berlin: Springer.
- Jochheim, K.A. (1979). The Classification of Handicaps. *International Journal of Reha Research*, 3 (Suppl. 1, Vol. 2).
- Kniel, A. (1979). *Die Schule für Lernbehinderte und ihre Alternativen*. Eine Analyse empirischer Untersuchungen. Rheinstetten: Schindele.
- Koch, U. (1986). Verhaltensmedizin im Bereich chronischer Erkrankungen. In J.C. Brengelmann & G. Bühlinger (Hrsg.), *Therapieforschung für die Praxis* (Band 6, S. 27–49). München: Röttger.
- Koch, U. & Haag, G. (1988). Rehabilitation als Hilfe zur Bewältigung der Behinderung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1, 55–65.
- Koch, U., Lucius-Hoene, G. & Stegie, R. (Hrsg.). (1988). *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Lambert, J., Piret, M., Laliere, Ch. & Scohy, Ch. (1994). Früherziehung in gegensätzlichen familiären Umfeldern. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 63, 588–603.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress related transactions between persons and environment. In L.A. Perwiss, M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*, (pp. 287–327). New York: Plenum.
- Markowetz, R. (1993). Zum Bild behinderter Menschen in der Öffentlichkeit. *Selbsthilfe*, 5/6, 6–11.
- Matthesius, R.G., Jochheim, K.A., Barolin, G. & Heinz, Ch. (Hrsg.). (1994). *Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen*. Ullstein Mosby: Wiesbaden.
- Meerwein, F. (Hrsg.). (1991). *Einführung in die Psycho-Onkologie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Niehaus, M. (1994). Soziale Integration: Zur Teilhabe behinderter Frauen am Erwerbsleben. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 45, 774–780.
- Nippert, I. (1988). *Die Geburt eines behinderten Kindes. Belastung und Bewältigung aus der Sicht betroffener Mütter und ihrer Familien*. Stuttgart: Enke.
- Pettigrew, T.F. (1985). Vorurteil. In D. Elschenbroich (Hrsg.), *Einwanderung, Integration, ethnische Bindung. Harvard encyclopedia of American ethnic groups. Eine deutsche Auswahl* (S. 81–109). Basel: Stromfeld.
- Reker, T. & Eikelmann, B. (1993). Die gegenwärtige Praxis der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation – Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in beschützten Arbeitsverhältnissen in der Region Westfalen. *Psychiatrische Praxis*, 20, 95–101.
- Sandler, A. & Robinson, R. (1981). Public attitudes and community acceptance of mentally retarded persons: A review. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 16, 97–103.
- Schüssler, G.U. (1993). *Bewältigung chronischer Krankheiten. Konzepte und Ergebnisse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schuntermann, M. (1988). Die Bedeutung der psychiatrischen Krankheiten im Berentungsgeschehen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. In M. Zielke, J. Sturm & N. Mark (Hrsg.), *Die Entzauberung des Zaubergebergs*.

- Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit* (S. 93–122). Dortmund: Verlag Modernes Leben.
- Schwefel, D. (1986). Unemployment, health and health-service in german speaking countries. *Social Science Medicine*, 22/4, 409–430.
- Schwendy, A. (1986). Berufliche Förderung und Eingliederung seelisch Behinderter – Ein Überblick über die derzeitige Situation. In G. Bosch, C. Kulenkampff (Hrsg.), *Koplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten. Aktion psychisch Kranke. Tagungsberichte* (Bd. 11, S. 105–113). Köln: Rheinland.
- Seyfried, E. (1990). Neue Formen der Arbeit für psychisch Kranke. *Psychiatrische Praxis*, 17, 71–77.
- Stadler, H. (1995). Schule – und wie weiter? Zur beruflichen Integration schwerkörperbehinderter Jugendlicher – Versuch einer Standortbestimmung. *Die Rehabilitation*, 34, 81–90.
- Stegie, R. (1988). Familien mit behinderten Kindern. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 120–139). Berlin: Springer.
- Stegie, R. & Koch, U. (1982). Rehabilitation Psychology in the Federal Republic of Germany. *The German Journal of Psychology*, 6, 221–255.
- Steinhausen, H.-C. (1984). Psychische Störungen bei Behinderungen und chronischen Krankheiten. In H. Remschmidt & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis* (Bd. III: Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen, S. 322–348). Stuttgart: Thieme.
- Strasser, E., Wisnet, Ch., Klingshirn, E. & Schädler, J. (1993). Dir fehlt ja nichts! Die Situation der Geschwister. *Frühförderung Interdisziplinär*, 12, 115–123.
- Tews, H.P. (1988). Berufliche Rehabilitation. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 186–211). Berlin: Springer.
- Thom, A. & Wulff, E. (Hrsg.). (1990). *Psychiatrie im Wandel*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Thurmair, M. (1990). Die Familie mit einem behinderten Kleinkind. *Frühförderung Interdisziplinär*, 9, 49–62.
- Trout, M.D. (1983). Birth of a sick or handicapped infant: Impact on the family. *Child Welfare*, 62, 337–348.
- Warnke, A. (1988). Früherkennung und Frühbehandlung. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 479–498). Berlin: Springer.
- Wedekind, R. & Kuhnt, S. (1991). *Psychisch krank – ohne Arbeit, ohne Ausweg – zur beruflichen und sozialen Lage entlassener psychiatrischer Krankenhauspatienten und zum Bedarf an Arbeit und beruflicher Rehabilitation*. Stuttgart: Enke.
- Weis, J. (1989). *Arbeitsbelastungen und Arbeitsbewältigung bei psychisch Kranken*. Eine arbeitsanalytische Studie zur Praxis der beruflichen Rehabilitation. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Witte, W. (1988). *Einführung in die Rehabilitationspsychologie* (bearbeitet und herausgegeben von R. Brackhane). Bonn: Huber.
- Wittmann, W. (1985). *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin: Springer.
- Wöhrl, H.G. (1988). Berufsgruppen in der Rehabilitation: Funktionen und Kooperationsmodelle. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 212–249). Berlin: Springer.
- Zielke, M. (1995). Veränderung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit als Kriterium zur Beurteilung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit stationärer Verhaltenstherapie. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 7, 104–130.