

Nr. 1 / 2007

Assessment im Kontext der Teilhabe am Arbeitsleben

Torsten Alles, Ricardo Baumann,
Bettina Begerow, Annette Röhrig

In der Reihe Forschungsberichte stellt das iqpr Arbeitsergebnisse aus laufenden und abgeschlossenen Projekten der Fachöffentlichkeit vor.

Der vorliegende Forschungsbericht ist im Rahmen des Projektes "Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben" entstanden. Das Projekt wurde gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. Die Projektleitung hatten Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse, Matthias Mozdzanowski, Dr. Hans-Martin Schian, Univ.-Prof. Dr. Klaus Schüle und Prof. Dr. habil. Andreas Weber.

Impressum

iqpr Forschungsbericht

Nr. 1/2007

Herausgeber

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

ISBN

3-9811175-2-2
978-3-9811175-2-3

Zitervorschlag

Röhrig, A (2007) Datenbank Assessmentinstrumente. In: iqpr Forschungsbericht Nr. 1/2007 Assessment im Kontext der Teilhabe am Arbeitsleben. iqpr, Köln. S. 4-6

Alles, T; Begerow, B (2007) Assessmentprozedur. In: iqpr Forschungsbericht Nr. 1/2007 Assessment im Kontext der Teilhabe am Arbeitsleben. iqpr, Köln. S. 7-44

Baumann, R (2007) Das IMBA-basierte Verfahren ASKOR zur Erfassung von Schlüsselqualifikationen in der Praxis der beruflichen Rehabilitation – Entwicklung und empirische Untersuchung des Verfahrens. In: iqpr Forschungsbericht Nr. 1/2007 Assessment im Kontext der Teilhabe am Arbeitsleben. iqpr, Köln. S. 45-56

Rechte

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des iqpr

Technische Herstellung

Torsten Alles

iqpr im Internet

www.iqpr.de

Rückfragen zum Inhalt an

Torsten Alles

alles@iqpr.de

Ricardo Baumann
baumann@iqpr.de

Bettina Begerow
begerow@iqpr.de

Annette Röhrig
roehrig@iqpr.de

Köln, März 2007

Inhaltsverzeichnis

Seite

1	Exposée.....	1
1.1	Datenbank Assessmentinstrumente.....	1
1.2	Assessmentprozeduren zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	2
1.3	Das IMBA-basierte Verfahren ASKOR zur Erfassung von Schlüsselqualifikationen in der Praxis der beruflichen Rehabilitation – Entwicklung und empirische Untersuchung des Verfahrens.....	3

Annette Röhrig

2	Datenbank Assessmentinstrumente.....	4
---	--------------------------------------	---

Torsten Alles, Bettina Begerow

3	Assessmentprozedur.....	7
3.1	Assessmentprozeduren.....	7
3.1.1	Assessmentprozeduren und ihre Bedeutung für die Teilhabe am Arbeitsleben	7
3.1.1.1	Die sechs Schritte einer Assessmentprozedur.....	8
3.1.1.2	Die Qualitätsanforderungen	9
3.1.2	Analyse derzeitiger Anwendungen von Assessment in der medizinischen Rehabilitation	10
3.1.3	Praktische Umsetzung einer optimierten Assessmentprozedur für den Kontext der medizinische Rehabilitation – APTEI-med	13
3.2	Implementierung und Evaluation einer Assessmentprozedur bei der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Standort: Norddeich.....	19
3.2.1	Ziele des Projektes.....	19
3.2.2	Aufbau und Ablauf des Projektes.....	20
3.2.3	Strukturanalyse Klinik Norddeich – Modul 1	21
3.2.3.1	Informationen, die im Vorfeld des Aufenthaltes verfügbar sind.....	21
3.2.3.2	Patientenaufnahme	21
3.2.3.3	Intervention	23
3.2.3.4	Patientenentlassung.....	23
3.2.3.5	Dokumentation und Entlassungsbericht.....	23
3.2.4	Konzept APTEI-med (Norddeich) – Modul 2.....	23
3.2.4.1	Präklinischer Fragebogen	26
3.2.4.2	Eingangsassessment.....	30
3.2.4.3	Eingangsteambesprechung	31
3.2.4.4	Fallgruppenkonzept APTEI	31
3.2.4.5	Patienten-Infogespräch	32

3.2.4.6	Anforderungsorientierte Intervention	33
3.2.4.7	Ausgangsassessment	33
3.2.4.8	Ausgangsteambesprechung	33
3.2.4.9	Patientenentlassungsgespräch	33
3.2.4.10	E-Bericht	34
3.2.5	Implementierung – Modul 4	34
3.2.6	Evaluation APTEI-med (Norddeich) – Modul 3 und 5.....	35
3.2.6.1	Probandengut	35
3.2.6.2	Evaluation der anforderungsspezifischen Individualisierung.....	36
3.2.7	Zwischenergebnisse der Evaluation – Modul 6	37
3.3	Resümee	44

Ricardo Baumann

4	Das IMBA-basierte Verfahren ASKOR zur Erfassung von Schlüsselqualifikationen in der Praxis der beruflichen Rehabilitation – Entwicklung und empirische Untersuchung des Verfahrens	45
4.1	Hintergrund	45
4.2	Ziel der Entwicklung und Erprobung von ASKOR	46
4.3	Entwicklung des Assessment Centers ASKOR.....	46
4.4	Durchführung von ASKOR	51
4.5	Ergebnisse der Durchführung.....	56

1 Exposée

1.1 Datenbank Assessmentinstrumente

Die im Projekt „PRVE“ geschaffene „Online-Datenbank Assessmentinstrumente“ (www.assessment-info.de), die eine Sammlung von Instrumenten zu den Analysebereichen der Teilhabe enthält, wurde im gesamten Projektzeitraum des Anschlussprojektes „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ kontinuierlich gepflegt und aktualisiert. Der Datenbankbestand wurde um wichtige relevante Assessmentinstrumente erweitert. Die telefonischen und digitalen Anfragen von Nutzern der Internetseite wurden bearbeitet und die Applikationen des Internetauftritts anwenderfreundlich verbessert.

Innerhalb des Projektes „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ entstand zudem ein Handbuch mit dem Titel „Assessmentinstrumente zur Teilhabeeinschätzung, ICF-orientierte Online-Datenbank. Kurzbeschreibungen 55 extrahierter Instrumente zu arbeitsrelevanten Analysebereichen“. Auslöser für das Buch waren zum einen mehrfache Anfragen von Anwendern nach konkreten Assessmentinstrumenten, die bei Fragen zur „Teilhabe am Arbeitsleben“ eingesetzt werden können, und zum anderen der häufig in der Sozialmedizin beklagte Mangel von ICF-orientierten Assessmentinstrumenten.

Dieses Handbuch soll zudem der „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ dienen, indem es zum einen anhand der Online-Datenbank-Erläuterungen eine ganzheitliche Sichtweise zur Teilhabeeinschätzung beschreibt, und zum anderen einen Extrakt von Verfahren der „Datenbank Assessmentinstrumente“ anführt, welche sich zumindest in einigen Verfahrensterns mit den arbeitsrelevanten Kontextfaktoren beschäftigen. Arbeitsrelevante Kontextfaktoren sind in der Datenbank als Analysebereiche in dem Interaktionsfeld „Person <> Arbeitsleben“ (siehe Kap. 2, Abb. 1) zu finden. Die 55 extrahierten Instrumente sind alle diesem Interaktionsfeld zugeordnet. Diese Instrumente werden in einem eigens für das Buch entwickelten Format kurz und anwendungsorientiert beschrieben. Auch sind die weiteren 123 Assessmentverfahren der „Datenbank Assessmentinstrumente“ in dem Buch, der ganzheitlichen Betrachtungsweise wegen, in einer Tabelle mit der Zuordnung zu den Analysebereichen angeführt. Sie sind jedoch nicht in der Kurzform beschrieben.

Das Buch informiert auch über weitere Grundgedanken der „Online-Datenbank Assessmentinstrumente“. Die Datenbank wurde geschaffen, um Akteuren in den Feldern Prävention und Rehabilitation eine anwenderorientierte Darstellung und Beschreibung von Assessmentinstrumenten zu bieten. Dafür wurden auf der Basis eines ganzheitlichen ICF-Ansatzes schwerpunktmäßig Assessmentinstrumente für die Aktivitäts- und Partizipationsdiagnostik recherchiert, Strukturassessments wurden hingegen außer Acht gelassen (siehe PRVE-Bericht, S. 230). Eine anwenderorientierte Beschreibung der Instrumente wurde kreiert und für die einzelnen Instrumente ausgeführt.

Um die der Datenbank zugrunde liegende ICF-Orientierung (siehe PRVE-Bericht, S. 230ff) deutlich zu machen und den Anwendern aufzuzeigen, dass existente Assessmentinstrumente bereits ICF-Orientierungen aufweisen, wurde von uns eine Gegenüberstellung der Analysebereiche der Datenbank mit den ICF-Kategorien und -Domänen vorgenommen. Anschließend wurden inhaltkongruenten Analysebereichen die entsprechenden ICF-Kodes zugeordnet. Den eigens in dem Buch beschriebenen 55 Assessmentinstrumenten zur

Einschätzung arbeitsrelevanter Analysebereiche wurden daraufhin ebenfalls die den Analysebereichen entsprechenden ICF-Kodes zugeordnet. Leider konnte diese Zuordnung bisher nicht in die Online Datenbank eingebaut werden und auch nicht auf die verbleibenden 123 Verfahren übertragen werden. Dies war ursprünglich auch nicht vorgesehen, wäre aus heutiger Sicht jedoch wünschenswert und auch relativ zügig durchführbar.

Nähere Inhalte der Arbeiten für die Online-Datenbank und für das Handbuch sind in Kap. 2 nachzulesen. Eine pdf-Version des Buches (e-book) wird ins Netz gestellt werden.

1.2 Assessmentprozeduren zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Der Nutzen, den Assessment für die Abläufe in der Rehabilitation darstellt, wird beeinflusst durch dessen Konzeption und Einbettung in den Gesamtprozess. Untersuchungen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zur Anwendung von Assessment brachten deutliche Unterschiede in Durchführung und Benefit hervor.

Die Konzeption von Assessment als Prozess begleitendes und Therapie steuerndes Medium ermöglicht die Integration verschiedener Berufsgruppen sowie verschiedener Leistungen, ermöglicht Transparenz und Datennutzung sowie den Dialog mit dem Rehabilitanden. Die Assessmentprozedur ist somit eine ökonomische und dennoch individuenbezogene Form der Therapieführung. Die zu beachtenden Kriterien sowie das Prozedurkonzept sind in Kap. 3.1 beschrieben.

Speziell für die Ablaufoptimierung in der Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde die Assessmentprozedur APTEI entwickelt, und für den Bereich der medizinischen Rehabilitation steht das Modul APTEI-med zur Verfügung (Assessmentprozedur zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der medizinischen Rehabilitation). Das Konzept und der Ablauf der APTEI-med sind in Kap. 3.2 bebildert und beschrieben.

Um dieses Konzept der praktischen Erprobung zu unterziehen, wurde eine Kooperation mit dem Bereich der medizinischen Rehabilitation angestrebt. In Zusammenarbeit mit einer stationären Einrichtung zur Durchführung medizinischer Heilverfahren werden nun Patienten im erwerbsfähigen Alter hauptsächlich mit der Indikation Rückenschmerz bei ihrer Rückkehr in Arbeit bzw. in ihrem erfolgreichen Verbleib in Arbeit unterstützt. Dazu war es zunächst nötig, die APTEI-med mit den Abläufen und Verfahren der Klinik abzugleichen. Zum Teil wurden etablierte Abläufe belassen und an APTEI-med angepasst, vielfach wurden auch neue Abläufe und Instrumente in die bestehende Klinikroutine integriert. Im Anschluss an die Konzeptanpassung an diese Einrichtung wurde das Klinikpersonal informiert und geschult, um diese neuen Abläufe und auch die Anwendung des prozesshaften Assessments zu erlernen.

Nach der Integration dieses neuen Ablaufes in den Routinebetrieb amortisiert sich diese Arbeitsinvestition und der Nutzen wird erkennbar für Patienten und Personal: Besserer Informationsfluss, ein klares Therapieziel und ein transparenter Weg für den Patienten zur Förderung der Eigeninitiative, eine optimal zielgerichtete Therapiesteuerung und nachweisbare Therapierfolge.

Die nächste Aufgabe besteht darin, diese Effekte messbar zu machen in Kriterien und Zahlen, die für Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer relevant sind. Eine Evaluation von APTEI-med findet derzeit in der Kooperationseinrichtung statt. Die Datenerfassung ist

noch nicht abgeschlossen, so dass derzeit nur Zwischenergebnisse präsentiert werden können. Eine umfangreiche Veröffentlichung zur Studie mit endgültigen Ergebnissen wird Mitte 2007 erscheinen.

Mit dem erfolgreichen Qualitätsnachweis wird ein Produkt geliefert, das den künftigen Herausforderungen der medizinischen Rehabilitationsversorgung bestens entspricht.

Eine generelle Förderung des Konzeptes der Assessmentprozedur könnte sämtliche Teilhabe fördernde Maßnahmen im Hinblick auf Zuweisung, Steuerung und Kontrolle wesentlich verbessern.

1.3 Das IMBA-basierte Verfahren ASKOR zur Erfassung von Schlüsselqualifikationen in der Praxis der beruflichen Rehabilitation – Entwicklung und empirische Untersuchung des Verfahrens

Mit ASKOR wurde ein eintägiges Assessment Center zur Erfassung von überwiegend IMBA-basierten Schlüsselqualifikationen mit dem Schwerpunkt sozialer Kompetenzen entwickelt. Grundlage für die Entwicklung des Assessment Centers waren einerseits die Bedürfnisse der Akteure in der beruflichen Rehabilitation und andererseits der aktuelle Wissensstand zu Assessment Centern in Forschung und Praxis (Best Practice). Das Assessment Center wurde im Rahmen einer Maßnahme zur betrieblichen Integrationsförderung und einer kaufmännischen Umschulung für Menschen mit Behinderungen mit insgesamt 53 Teilnehmern durchgeführt. In einem dialogorientierten Feedbackgespräch wurden Stärken und Schwächen vor dem Hintergrund von Fremd- und Selbsteinschätzung erörtert. Es wurden Anregungen für Interventionen zur Verbesserung der Integrationschancen gegeben. Darüber hinaus erhielten die Teilnehmer einen schriftlichen Ergebnisbericht. Die im AC eingeschätzten Ausprägungen von Schlüsselqualifikationen lassen sich in ein IMBA-Profil übertragen. Ein Abgleich mit Anforderungen unterschiedlicher Berufe entsprechend der IMBA-Datenbank „Berufsprofile“ ist möglich. Das AC erwies sich in Durchführung und Auswertung als praktikabel und führte zu handlungsrelevanten Ergebnissen. Die Ausprägungen der Schlüsselqualifikationen wurden von unterschiedlichen Beobachtern, bezogen auf dieselben Teilnehmer, überwiegend gleich oder ähnlich eingestuft (Interraterreliabilität). Es zeigte sich eine hohe Akzeptanz des Verfahrens bei den Kunden (Teilnehmer und Verantwortliche der betrieblichen Integrationsförderung und der kaufmännischen Umschulung). Die Teilnehmer erlebten ASKOR mehrheitlich als hilfreich bei der beruflichen Planung. Gute Übereinstimmungen zeigten sich beim Vergleich der AC-Einschätzungen mit unabhängigen Einschätzungen durch Mitarbeiter der betrieblichen Integrationsförderung, die mit den Teilnehmern zum Zeitpunkt des AC bereits mehrere Wochen gearbeitet hatten. Nach derzeitigem Stand lassen die Ergebnisse des Assessment Centers eine Prognose über den Integrationserfolg von Rehabilitanden zu.

2 Datenbank Assessmentinstrumente

Annette Röhrig

Die im Projekt PRVE geschaffene „Online-Datenbank Assessmentinstrumente“ ist eine Sammlung von Assessmentverfahren, die zur Einschätzung der Teilhabe von Personen, vor allem der Einschätzung der Teilhabe am Arbeitsleben, eingesetzt werden können. Die Verfahrensbeschreibungen wurden anwenderorientiert konzipiert und in einer Online-Datenbank mit mehreren Zugängen und Hintergrundinformationen bereitgestellt. Die Online-Datenbank (www.assessment-info.de) wurde im gesamten Projektzeitraum stetig gepflegt und aktualisiert. Der Bestand der Datenbank wurde um ca. 45 Verfahrensbeschreibungen erweitert. Zunächst wurde der Datenbestand mit 33 von uns durchgeführten Beschreibungen „klassischer Verfahren“ aufgefüllt, da die kontaktierten Autoren dazu nicht bereit waren. Danach wurde nach Assessmentinstrumenten recherchiert, die das Selbstkonzept arbeitender Personen einschätzen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Recherche und der Aufnahme bzw. Selbstbeschreibung von weiteren Verfahren, die an der Schnittstelle medizinische/berufliche Rehabilitation auch eine Einschätzung der Teilhabe am Arbeitsleben vornehmen.

Rückmeldungen von Nutzern der Internetseite www.assessment-info.de zeigten uns, dass Anwender sich einen noch deutlicheren Bezug zur ICF bzw. eine „direkte“ Zuordnung der Assessmentinstrumente zu den ICF-Klassifikationen wünschen. Diese Nachfrage erschien uns hinsichtlich der im Projekt angestrebten anwenderfreundlichen Optimierung als eine der wichtigsten Anregungen. Zudem hörten wir immer wieder, dass es an Assessmentinstrumenten mangle, um in arbeitsrelevanten Bereichen eine ICF-orientierte ganzheitliche Einschätzung vornehmen zu können. Eine weitere wichtige Anregung war eine mehrfach geäußerte Nachfrage nach einer Printversion der Datenbank.

In einem nun existenten Buch wurde versucht, diesen Anregungen gerecht zu werden. Dieses Buch ist keine „Eins-zu-eins-Übertragung“ der Online-Datenbank, sondern ein neues Produkt, welches zur Unterstützung der „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ einen Extrakt von Assessmentverfahren der Datenbank in Kurzform anwenderorientiert beschreibt. Es handelt sich bei den in dem Buch beschriebenen Verfahren um die 55 Assessmentinstrumente, die dem (Haupt)Analysebereich „Person <> Arbeitsleben“ (siehe Abb. 1) zugeordnet wurden. Somit wurden für das Buch diejenigen Verfahren näher beschrieben, die sich in Teilbereichen mit der Einschätzung von Kontextfaktoren bezogen auf das Arbeitsleben beschäftigen. Die neu konzipierten Beschreibungen der Verfahren wurden auf die für eine Einsatzplanung von Assessmentinstrumenten nötigsten Informationen hin abgeändert.

Die verbleibenden 123 Verfahrensbeschreibungen der Online-Datenbank, die den anderen Analysebereichen der Teilhabe (Person: Körperliche Fähigkeiten, Soziale Fähigkeiten, ...; Arbeit: Körperliche Anforderungen, Soziale Anforderungen, ...; Interaktionsfelder Person <> Gesundheit/Krankheit und Person <> Alltagsleben; siehe Abb. 1)) zugeordnet sind, werden in dem entstandenen Buch nicht in Kurzform beschrieben. Um jedoch auch in dem Buch eine ICF-orientierte, ganzheitliche Betrachtungsweise einer Einschätzung von Teilhabe zu ermöglichen, werden diese Verfahren über eine Tabelle mit den zugeordneten Analyseberei-

chen der Teilhabe gelistet. Es wird im Buch darauf hingewiesen, dass alle Instrumentenbeschreibungen im Internet einzusehen sind.

Um Assessmentanwendern die Übertragung der ICF-orientierten Analysebereiche der Datenbank auf die ICF-Klassifikationen aufzuzeigen, wurde von uns eine Gegenüberstellung der Analysebereiche mit den ICF-Kodierungen vorgenommen. Von den 131 Analysebereichen der Datenbank Assessmentinstrumente wurden 62 mit den entsprechenden ICF-Kodes versehen. Den gut 20 Analysebereichen der Datenbank, die sich mit der Analyse von Arbeit beschäftigen, konnten natürlich keine ICF-Kodes zugeordnet werden. In der Online-Datenbank wurden schon bei der Konzeption die Analysebereiche nach einer ganzheitlichen und ICF-orientierten Sichtweise kreiert (siehe PRVE-Bericht, S. 230ff). Es entstand z.B. der Analysebereich „Weitere personbezogene Kontextfaktoren“. Die Analysebereiche dienen neben der Klassifikation der Verfahren auch der Recherche und Auswahl der Assessmentinstrumente. Da für den zuletzt genannten Kontextfaktor in der ICF bisher keine nähere Klassifikation vorgenommen wurde, konnte zu den sechs (Unter)Analysebereichen des Analysebereiches „Weitere personbezogene Kontextfaktoren“ natürlich auch keine ICF-Kode-Zuordnung vorgenommen werden.

Die den Analysebereichen inhaltkongruenten ICF-Kodes wurden den 55 im Buch beschriebenen Verfahren direkt zugeordnet. Auch können die ICF-Kodes über für das Buch erstellte und im Buch abgebildete Übertragungslisten den nicht direkt beschriebenen anderen 123 Assessmentinstrumenten der Online-Datenbank zugeordnet werden.

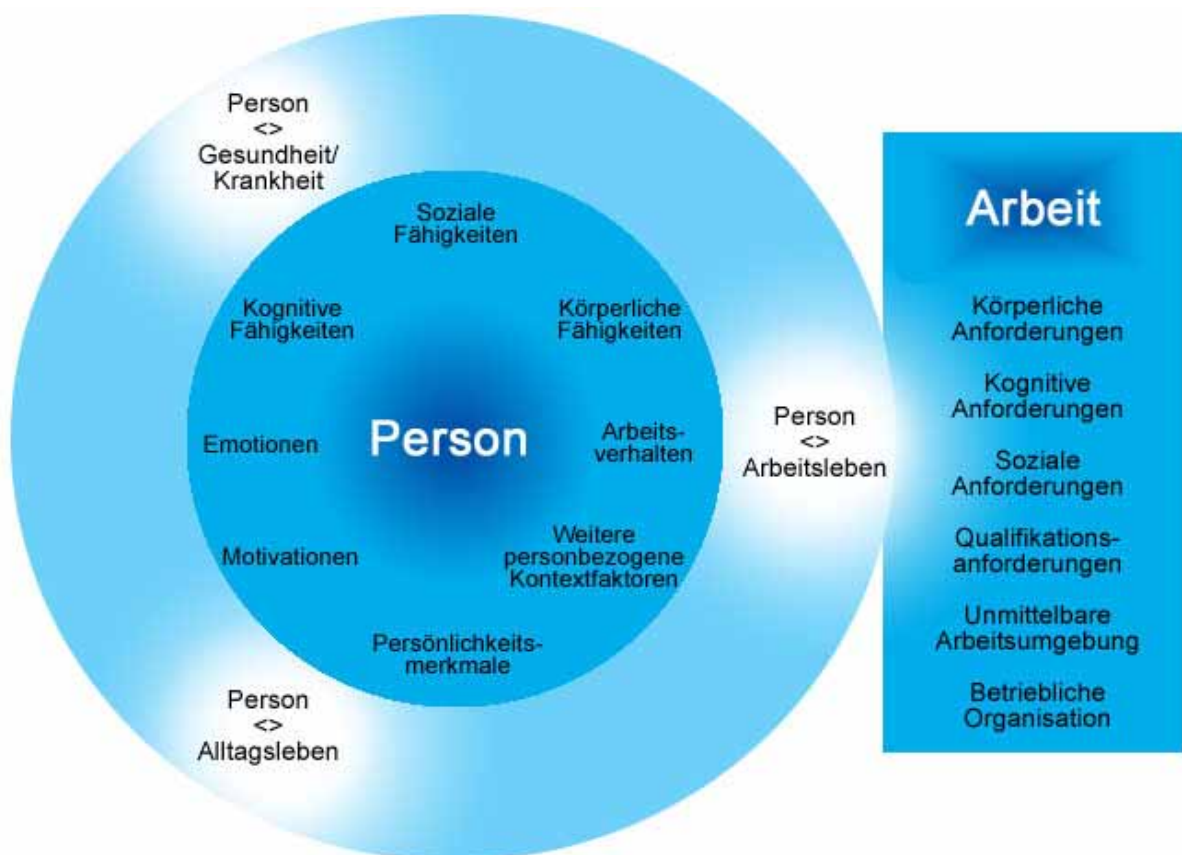


Abb. 1 Modell der Analysebereiche der Teilhabe (Quelle: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/modellzugang/modellzugang-de.asp>)

Neben geschilderten Schwerpunkten soll das entstandene Buch einen Einblick geben, welche Analysebereiche generell bei der komplexen Fragestellung der Einschätzung der „Teilhabe einer Person“ existieren, und auf welche Analysebereiche gerade unter dem Gesichtspunkt der Einschätzung der Teilhabe am Arbeitsleben schwerpunktmäßig geachtet werden sollte. Zugleich liefert das Buch wichtige anwenderbezogene Informationen über existente und einsetzbare Assessmentinstrumente für eine Einschätzung innerhalb des Analysebereichs Person <> Arbeit. Dies schließt den Kreis zu der Ursprungsidee der Online-Datenbank: eine Informationsquelle zu schaffen, die Anwender in den Feldern berufliche Rehabilitation, betriebliche Gesundheitsförderung und sozialmedizinische Begutachtung die möglichen Instrumente fragestellungs- und anwendungsorientiert präsentiert.

Eine pdf-Version des Buches (e-book) wird ins Internet gestellt werden. Printversionen sind in schwarz-weiß oder auch in Buntdruck möglich. Für die Erstellung des Buches und zum Abschluss des Projektes wurde im Jahre 2006 an einer Komplettüberholung und -aktualisierung der 178 Verfahren der Online-Datenbank gearbeitet, die nun abgeschlossen ist.

3 Assessmentprozedur

Torsten Alles, Bettina Begerow

3.1 Assessmentprozeduren

Wie den Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zu entnehmen ist, ist der Einsatz von Assessmentverfahren, strukturierten Befundberichten sowie Screeningverfahren zur Konkretisierung des Teilhabebedarfs dringend zu fordern¹.

Aus der Gesamtheit möglicher Leistungen zur Teilhabe frühzeitig eine adäquate Auswahl zu treffen, die jeweilige Maßnahme zu planen, durchzuführen und zu evaluieren, ist die Basis für wirtschaftliche, zielgerichtete und individuell erfolgreiche Rehabilitation.

Häufig kommt in diesem Zusammenhang Assessment zur Anwendung, um eine diagnostische Grundlage für die Behandlung zu schaffen und deren Erfolg zu prüfen. In der weiteren Darstellung wird gezeigt, auf welche Weise Assessment in einen optimal strukturierten Prozess eingebettet werden kann, um die Grundlage zur Überwindung von Schnittstellenproblemen zu schaffen und Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft ermöglichen zu können.

Die methodisch-wissenschaftlichen Kriterien für eine Assessmentprozedur als Bestandteil der Rehabilitation entstanden durch Auseinandersetzung mit der gesetzlichen Vorgabe zu Regelungen der Teilhabe am Arbeitsleben und mit Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Empfehlungen der WHO. Eine Untersuchung in Einrichtungen für medizinische Rehabilitation zeigt den Ist-Zustand gegenwärtiger Praxis auf und legt notwendige Unterstützungen und Veränderungen für den routinierten Ablauf nahe. Dieses Ergebnis mündete in einer spezifischen Konzeption für die Abläufe der medizinischen Rehabilitation.

3.1.1 Assessmentprozeduren und ihre Bedeutung für die Teilhabe am Arbeitsleben

Der derzeit gängige Einsatz von Assessment in der Rehabilitation beschränkt sich vielfach auf die isolierte Anwendung einzelner Instrumente. Ein derartiges Vorgehen schöpft jedoch nicht den Nutzen aus, der durch konzeptionelles Assessment erreicht werden kann. Die zu beachtenden Kriterien sowie das Prinzip einer strukturierten Assessmentprozedur sind in Kap. 3.1.1.1 erläutert.

Der Ablauf der Assessmentprozedur ist in Leitlinienschritte eingeteilt, die von wiederkehrender und übertragbarer Anwendbarkeit sind. Damit ist der Assessmentprozedur ein Prinzip zugrunde gelegt, das sowohl ihre einfache Nutzung ermöglicht, wie z. B. für eine Stuserhebung zur Planung einer Rehabilitationsmaßnahme (Micro-Zyklus), als auch ihre wiederholte Durchführung, wie z. B. zur Verlaufsprüfung und Behandlungsanpassung innerhalb einer Rehabilitationsmaßnahme (Meso-Zyklus), als auch ihre Einsetzbarkeit diagnostisch begleitend über den gesamten Förderprozess der Teilhabe (Macro-Zyklus).

Das bedeutet auch, dass dieses Prinzip ein allgemeinpraktikables Vorgehen im Rahmen aller Teilhabe fördernden Maßnahmen darstellt. Es kann eingesetzt werden, um frühen

¹ BAR: (2004): Gemeinsame Empfehlungen frühzeitige Bedarfserkennung, Berlin

Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu erkennen und ist hilfreich für zielorientierte Zuweisungen zu Maßnahmen, Therapiesteuerung und Qualitätssicherung. Spezieller Förderbedarf von Gruppen kann ebenso identifiziert werden wie der von Einzelpersonen. Durch die integrative Dokumentation und Kommunikation gewährt die Assessmentprozedur allen beteiligten Akteuren einen aktuellen Zugang zu Daten und unterstützt somit zügige, ökonomische und nahtlose Abläufe.

Unabhängig vom Setting, in dem Teilhabe am Arbeitsleben gefördert wird, von der Indikation oder dem Verfahrensumfang sollte Assessment immer nach dem Vorbild der beschriebenen Prozedur gestaltet werden. Mit Hilfe **systematischer Assessmentprozeduren kann die höchst erreichbare methodische Qualität für die Einleitung adäquater Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe geschaffen werden. Assessmentprozeduren spielen daher eine wesentliche Rolle für eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Arbeitsleben.**

3.1.1.1 Die sechs Schritte einer Assessmentprozedur

Schritt 1 – Konkretisierung der Fragestellung

Die Konkretisierung der Fragestellung in Bezug auf die Personorientierung und die Festlegung der Zielgröße mit anschließender Analyse und Bestimmung der zu erfassenden Kriterien stellt sicher, dass die gewählten Kriterien geeignet sind, die gewünschten Zielparame-ter unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Wünsche des Betroffenen zu erfassen.

Schritt 2 – Auswahl geeigneter Assessmentinstrumente

Bei der Auswahl geeigneter Assessmentinstrumente zur Erfassung der Kriterien sind, bezogen auf die jeweilige Fragestellung, das zu untersuchende Individuum und die institutionellen Strukturen und Ressourcen zu berücksichtigen. Gleichfalls erfolgt die Bestimmung, wer wann diese Instrumente anwendet.

Schritt 3 – Auswertung der einzelnen Test-/Untersuchungsergebnisse

Die Auswertung der einzelnen Test-/Untersuchungsergebnisse ermöglicht einen Vergleich z.B. mit Referenzwerten der entsprechenden Altersgruppe oder mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungskollektiven und eine Einschätzung des Istwerts.

Schritt 4 – Datenintegration und Gesamtbeurteilung

Mit der Datenintegration und Gesamtbeurteilung in Bezug auf die spezifische Fragestellung und einem vorher festgelegten Beurteilungsmaßstab werden die Testergebnisse spezifischen Kontextfaktoren und funktionellen Anforderungen des Arbeitsplatzes zugeordnet. Dabei sollte ein Profilabgleich zwischen den erfassten Fähigkeiten und dem angestrebten Sollwert, hier z.B. den Anforderungen des Arbeitsplatzes, vorgenommen werden.

Schritt 5 – Ergebnisdokumentation

Die kontinuierliche, zeitnahe Dokumentation aller Datenerhebungen und sonstiger relevanter Informationen ermöglicht aktuell angepasste Behandlungen und diagnostische Zwischenkontrollen seitens aller beteiligten Akteure. Die Ergebnisdokumentation sollte standardisiert erfolgen, möglichst innerhalb einer elektronischen Vernetzung.

Die Dokumentation sollte auch im Hinblick auf Berichtswesen von jeder zuständigen Disziplin selbständig und standardisiert abgefasst werden. Zur Verbesserung der Transparenz der Abläufe, der Motivation zur Selbststeuerung und der Übernahme von Eigenverantwortung des Leistungsempfängers ist es hilfreich, ihn über Inhalte der Dokumentation zu informieren oder teilhaben zu lassen. Diese Dialogorientierung erleichtert die Interaktion und Kommunikation zwischen Assessor/Leistungserbringer und Leistungsempfänger und entwickelt Verbindlichkeiten, die den Erfolg der Maßnahme maßgeblich mitentscheiden. Gleichfalls stellt die Ergebnisdokumentation einen elementaren Baustein im Gesamtprozess der Teilhabeförderung dar. Nur eine lückenlose, standardisierte und nachvollziehbare Dokumentation erlaubt allen beteiligten Akteuren eine zielgerichtete Teilhabeförderung und ein optimales Ergebnis. Idealerweise soll die Dokumentationsform Zusatzoptionen für zufällige und unspezifische Datenerhebungen beinhalten, aus denen oftmals sehr wertvolle qualitative Informationen für individuelle Handhabung hervorgehen.

Schritt 6 – Ergebnisevaluation

Die Ergebnisevaluation ist die systematische Bewertung der einzelnen Abschnitte (Prozedurschritte) sowie der gesamten Prozedur.

Es werden zunächst alle separierten Stationen, d.h. alle einzelnen Schritte, auf Vorbereitung, Durchführung und Überleitung zur jeweils nächsten Station geprüft und ihr Inhalt in Bezug auf den Nutzen für die Fragestellung wird bewertet. Dabei werden die einzelnen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sowie Qualitätsmerkmale innerhalb der Prozesse, wie Dialogorientierung, Zielorientierung und Dokumentation, evaluiert. Daraufhin werden alle Ergebnisse zusammengeführt und wird die Prozedur als Gesamtablauf bewertet.

Suboptimale Teilaspekte müssen einer Ursache zugeordnet, neu angepasst und reevaluiert werden. Auf diese Weise kann der Gesamtprozess schrittweise optimiert und stabilisiert werden, und es kann eine Evaluation des generellen Konzeptes erfolgen. Die Evaluation dient der Validierung der gewonnenen Informationen und legitimiert ihre weitere Verwendung, z.B. für Planung und Durchführung der rehabilitativen Interventionen.

3.1.1.2 Die Qualitätsanforderungen

Im Folgenden werden Qualitätsanforderungen beschrieben, die sowohl prozedurübergreifend als auch instrumentbezogen sind.

Assessmentprozeduren unterliegen einem **mehrstufigen Aufbau**. Die erste Stufe ist ein **Screening** und dient als erstes Filterverfahren der Vorbereitung für die zweite Stufe, in der **detaillierte Analysen** durchgeführt werden. Diesem **Prinzip der Ökonomie** folgend können auch mehrere Analyseschritte zu einer differenzierten Datenerhebung führen. Standardisierte Instrumente sollen der Erhebung bis möglichst weit in die Detailsbene dienen.

Der Ablauf der Prozedur folgt **standardisierten Vorgaben**, die jedoch durch **Modifikation an die individuellen Bedürfnisse und Neigungen** des Probanden oder Abläufe der entsprechenden Einrichtung angepasst werden können. Diese Anpassung ist für die Vergleichbarkeit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse entsprechend zu dokumentieren. Wenn **beide Prinzipien kombiniert** werden, ist das Ergebnis verlässlich und zugleich detailliert und entspricht dem Grundsatz der Personenorientierung. Aus

ökonomischen Gesichtspunkten heraus bietet sich ein modularer Aufbau des Assessmentangebotes an.

Das kontinuierliche Prozessassessment und daran adjustierte Interventionen unterstützen die Annäherung an den gewünschten Sollwert. Prognostische Verlaufseinschätzungen bedürfen einer **Prozessdiagnostik**, die den gesamten Rehabilitationsprozess darstellen kann.

Assessment unterstützt durch die Integration verschiedener Berufsgruppen die **Kommunikation und Interaktion** sowie den Gedanken der Multidisziplinarität und **Ganzheitlichkeit**. Das schließt die Berücksichtigung der ICF-Komponenten (Körperfunktionen und -Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, sowie die Einflussnahme durch die Kontextfaktoren, Umwelt- und Personenfaktoren) inklusive ihrer Interaktion ein.

Es sollen **qualitative und quantitative Verfahren** der Datenerhebung **kombiniert** werden. Zwar eignen sich quantitative Erhebungsmethoden besser für die statistische Verarbeitung, qualitative Erhebungen halten jedoch oftmals unverzichtbare zusätzliche Informationen bereit.

Die Auswahl der Instrumente soll **zielorientiert** sein, um **ökonomisches Vorgehen** zu gewährleisten, und die festgelegten zu analysierenden Kriterien müssen abgebildet werden. Handelt es sich bei diesen Kriterien um abstrakte Begriffe oder komplexe Kategorien, wie z.B. Gesundheit oder Leistungsfähigkeit, müssen diese über Konzeptspezifikationen präzisiert werden.

Die Instrumentenauswahl muss hinsichtlich **personeller und institutioneller Ressourcen** getroffen werden. Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen, Ressourcen und Wünsche des Rehabilitanden einzubeziehen sind und die körperliche, geistige und psychische Beanspruchung angemessen bleibt. Weiterhin müssen seitens der Institution die Anwendungserfahrungen mit bisherigen Instrumenten, personelle Qualifikationen und zeitliche Voraussetzungen berücksichtigt werden. Sinnvoll erscheint es, Assessmentinstrumente auszuwählen, die bereits auf Testgütekriterien geprüft und in den jeweiligen Settings erfolgreich eingesetzt wurden. Insgesamt jedoch sollte der Wert eines Tests an seinem Beitrag zur Optimierung von Entscheidungsstrategien bemessen werden.

3.1.2 Analyse derzeitiger Anwendungen von Assessment in der medizinischen Rehabilitation

Im Vorfeld der speziellen Konzeption einer Assessmentprozedur als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation wurde eine Untersuchung zu Anwendungen von Assessment in stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Analyse dieser Praxisbeispiele ist im Folgenden skizziert.

Das Kriterium zur Auswahl der leistungserbringenden Einrichtungen war die Anwendung eines erweiterten berufsorientierten Ansatzes innerhalb der medizinischen Rehabilitation. Hierzu zählten unter anderem das Vorhandensein von Untersuchungs- und Behandlungskonzepten nach Grundsätzen der Medizinisch-Beruflich-Orientierten Rehabilitation (MBO), der Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation (MBR), der BerufsGenossenschaftlich-Stationären Weiterbehandlung (BGSW) oder der ArbeitsplatzSpezifischen Rehabilitation (ASR). Kliniken und Ambulante Rehabilitationszentren dieser Schwerpunkte wurden ausgewählt und mit der

Anfrage auf eine Kurzhospitalisation kontaktiert. Zwölf Einrichtungen willigten in eine Kooperation ein und stellten mindestens einen Mitarbeiter für eine Befragung in ihrem Hause zur Verfügung.

Die Besuche dauerten im Mittel vier Stunden und beinhalteten eine Befragung anhand einer Checkliste und eine Visitation der Klinik. Durch die Besuche vor Ort war es möglich, auf die unterschiedlichen Bedingungen der Einrichtungen einzugehen. Die Checkliste umfasste im Wesentlichen:

- Verständnis von Assessment sowie Anwendung von Assessment z.B. bei der Patientenaufnahme und -entlassung, den klinikspezifischen Stellenwert von Assessment sowie die Auswahl der Instrumente
- Informationsfluss und Kommunikation, sowohl im Team, mit dem Patienten, als auch zu Kostenträgern, Arbeitgeber und anderen Leistungserbringern
- Dokumentationsformen

Die Auswertung brachte hervor, dass weder der Ablauf der Patientenkontakte, noch die Verläufe und Anwendungen von Assessment oder die Dokumentation und Teamkommunikation standardisierten Strukturen unterliegen. Demzufolge wurden keine Prozessstrukturen oder eine Assessmentprozedur für eine zielorientierte Untersuchung und entsprechende Behandlung vorgefunden. Der Grund dafür liegt in fehlenden einheitlichen Vorgaben für berufsbezogenes Assessment in der medizinischen Rehabilitation. Folglich kann ein Therapieziel nicht optimal definiert und nicht standardisiert überprüft werden.

Die Implementierung neuer Strukturen, Konzepte und Abläufe im Rahmen von Pilotprojekten und die damit verbundene hohe Qualität an beruflicher Orientierung sind häufig anzutreffen. Nach Ende der Projektphasen und dem damit verbundenen Wegfall der zusätzlichen finanziellen Förderung werden diese neuen Ausrichtungen jedoch meist nicht oder nur partiell beibehalten.

Die Anwendung von Assessmentprozeduren nach oben beschriebenem Verständnis wurde lediglich bei zwei von zwölf stationär behandelnden und einer ambulanten Einrichtung vorgefunden. Eine der beiden stationär behandelnden Kliniken stellt einen Profilvergleich aus Anforderung und Fähigkeit voran, der mit Hilfe eines itemspezifischen Ampel-Farbcodes Überforderungen anzeigt. Die ermittelten Überforderungen liefern die Basis für ein engpassorientiertes Behandlungskonzept. Die beiden anderen Einrichtungen setzen verschiedene Assessmentinstrumente in einem interdisziplinären Team ein. Die Instrumente werden prozessbegleitend eingesetzt. Auffallend in der ambulanten Einrichtung sind ein relativ hoher Grad an eigener Modifikation der Erhebungsverfahren und die bedarfsorientierte Individualisierung für jeden einzelnen Patienten.

Auch an anderen Einrichtungen, die nicht mit Hilfe von prozedurhaften Abläufen untersuchen und behandeln, gibt es deutliche Hinwendungen zum interdisziplinären Einsatz standardisierter Erhebungsverfahren als Grundlage der Therapieplanung. Es handelt sich z. B. um Instrumente aus den Bereichen der Bewertung funktioneller Kapazitäten, zur Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, oder um gerätegestützte Kraftmessungen.

Einige der Kliniken nutzen als Vorbereitung für die Patientenaufnahme und -behandlung Daten aus einem im Vorfeld versandten z. T. umfangreichen Patientenfragebogen.

Kooperationsmodelle mit Beruflichen Rehabilitationseinrichtungen bieten die Möglichkeit, externe Kompetenz für die Klärung detaillierter berufsspezifischer Fragestellungen zu nutzen. Leider sind nicht alle dieser Modelle dauerhaft erfolgreich. Genannte Gründe für einzelne Misserfolge lagen in der Kostenübernahme für den Patiententransfer und in logistischen Problemen bei der Zusammenstellung geeigneter Patientengruppen.

Das vorhandene Datenmanagement ist überwiegend unstrukturiert, es existieren unterschiedliche Datenquellen und Formate, die nicht allen Beteiligten aktuell zur Verfügung stehen. Optimale Datenverwaltung und Nutzung würde ein vernetztes EDV-System darstellen, welches alle Ergebnisse von Assessment, Teambesprechungen und Patientenkontakten erfasst.

Die Kommunikation im Team wird durchgängig durch wöchentliche Teambesprechungen realisiert. Ein Mangel an psychologischer und sozialpädagogischer Disziplin ist vielfach zu konstatieren. Die Protokollierung der Teambesprechungen folgt selten standardisierten Abläufen.

Die Entlassungsberichte orientieren sich nach Angaben des Personals weitestgehend an den Vorgaben des VDR².

Die Kommunikation mit dem Leistungsträger wird in der Regel über den Reha-Fachberater vor Ort realisiert. Die Zusammenarbeit mit diesem trägerspezifischen Service funktioniert nach Angaben der Einrichtungen meist reibungslos. Ein Kontakt zum Arbeitgeber wird aus vielfältigen Gründen heraus nur äußerst selten aufgenommen. Neben grundsätzlichen Bedenken seitens der Einrichtung mangelt es ebenfalls häufig am Einverständnis des Patienten.

Wenige Beispiele enger Kooperation mit Großbetrieben belegen eine Verbesserung der beruflichen Integration durch optimierten Informationsaustausch.

Insgesamt waren diese Hospitationen sehr hilfreich für die Einschätzung des routinierten Ablaufes in der medizinischen Rehabilitation. Die teilnehmenden Einrichtungen sind als überdurchschnittlich gut in Bezug auf den Einsatz von Assessment zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zu bewerten, und so konnten gelebte Ansätze im Bereich Assessment bei der theoretischen Konzeption berücksichtigt werden. Sehr deutlich ist jedoch, dass die medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation in Deutschland im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas überarbeitet und vereinheitlicht werden muss. Ein Vorschlag, der gesetzliche Vorgaben mit den wertvollen Anregungen aus der Praxis vereint, ist die folgende Umsetzung des Prinzips „Assessmentprozedur“ im Konzept APTEI-med.

² Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2001): Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin

3.1.3 Praktische Umsetzung einer optimierten Assessmentprozedur für den Kontext der medizinische Rehabilitation – APTEI-med³

Die optimierte Umsetzung des Prozedurprinzips beinhaltet die Leitlinien der oben beschriebenen Assessmentprozedur im klinischen Kontext.

Die Übersicht in Abb. 2 zeigt den groben Ablauf.

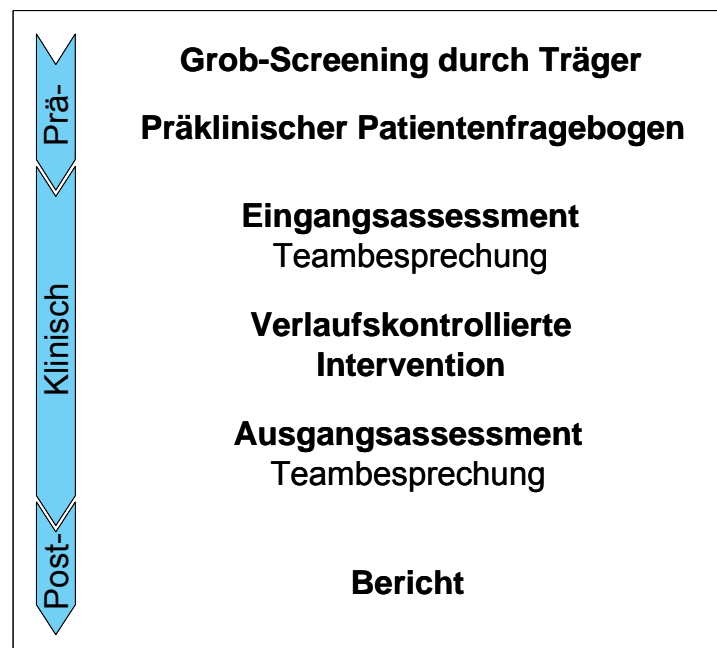


Abb. 2: Ablauf einer Assessmentprozedur im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

Günstig für den effektiven Einsatz dieser optimierten Assessmentprozedur ist ein erstes **Grob-Screening durch den Träger**, welches dazu dient, spezifische Rehabilitationsbedarfe zu ermitteln, um diese bei den Patientenzuweisungen an die verschiedenen Leistungserbringer zu berücksichtigen. Somit werden Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen, die eine medizinische Rehabilitation mit zusätzlicher berufsspezifischer Intervention benötigen, auch einer derart ausgerichteten Einrichtung zugeteilt. Zurzeit arbeiten mehrere Forschungsgruppen an der Entwicklung solcher Screening-Instrumente, wie beispielsweise am „Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“⁴.

Nachdem der Leistungserbringer Kenntnis über den bevorstehenden Aufenthalt eines Patienten erhält, versendet er einen **Präklinischen Patientenfragebogen** an die Heimatadresse. Dieser Fragebogen bereitet den Patienten auf die Maßnahme vor und bringt vor Ankunft des Patienten weitere Informationen für die gezielte Patientenaufnahme und einen zügigen Einstieg in die klinische Assessmentprozedur hervor.

³ APTEI-med: **Assessment**prozedur zur Förderung der **Teil**habe am Arbeitsleben, Modul für die **medizinische** Rehabilitation

⁴ Streibelt M. et al. (2005): DRV-Schriften: Band 59 (Suppl);

Inhaltlich werden drei Kategorien unterschieden:

- patientenspezifische Themen
- beschäftigungsrelevante Themen
- rehabilitationsspezifische Themen

Eine detaillierte Auflistung der möglichen Fragebogeninhalte zeigen Abb. 9 bis Abb. 11.

Das **Eingangsassessment** (s. Abb. 2) beginnt mit der beschäftigungsspezifischen Anforderungsanalyse in Form eines Patienteninterviews durch einen Arbeitsmediziner. Hierbei wird eine genaue Beschreibung der beruflichen Tätigkeiten aufgenommen und daraufhin ein komplettes Anforderungsprofil (AP) erstellt. Hilfreich sind an dieser Stelle vom Patienten mitgebrachte Dokumente (auch Fotos) von seinem Arbeitsplatz. Der direkte Kontakt zum Arbeitgeber könnte an dieser Stelle die Anforderungsanalyse optimieren, da eventuelle Unklarheiten über die tatsächliche Arbeitsbelastung ausgeräumt werden könnten. Der direkte Kontakt wird selten seitens der Patienten akzeptiert und entfällt deshalb in der Regel. Die direkte Zuweisung des Patienten durch den Betriebsmediziner würde den Prozess vereinfachen. Der Kontakt und die Informationsweitergabe an den zuweisenden Arzt sind selbstverständlich und bedürfen keiner gesonderten Einwilligung. Ebenfalls könnte dies die Motivation der Rehabilitanden für die Erreichung arbeitsbezogener Therapieziele erhöhen und ihnen die Sinnhaftigkeit von APTEI-med zusätzlich eröffnen. Die Klassifizierung der Arbeitsbelastung soll eine Orientierung über die Art und die Intensität der arbeitsspezifischen Anforderungen bzw. Belastungen erlauben und einen Hinweis für die Zuweisung zu einem entsprechenden Modul der späteren berufsgruppenspezifischen Intervention liefern.

Im Folgenden wird der Patient durch seinen betreuenden Arzt aufgenommen. Dabei werden die Informationen aus dem Fragebogen durch eine körperliche Untersuchung und weitere klinische Befragungen und Untersuchungen ergänzt und wird ein partielles Fähigkeitsprofil aus allgemeinmedizinischer Sicht erstellt. Von hier aus durchläuft der Patient die Stationen der Bewegungslehre (betreut durch Sportwissenschaftler und Physiotherapeuten), der Psychologie und der Sozialpädagogik (betreut durch Renten- oder Sozialberater, Sozialhelfer, Integrationshelfer), in denen ebenfalls bereits durch Aktenscreening Vorinformationen dokumentiert wurden. Durch diese Disziplinen erfolgt jeweils eine zweistufig aufgebaute, ökonomische und an die Bedürfnisse des Patienten angepasste Assessmentanalyse. Das erste obligate Untersuchungsprogramm (Screening) gewährt einen groben Überblick und dient der Auswahl möglicherweise notwendiger weiterer Detail-assessments. Diesem Prinzip folgend können auch mehrere Analyseschritte zu einer differenzierten Datenerhebung führen. Standardisierte Instrumente sollen der Erhebung bis möglichst weit in die Detailsbene dienen. Erfolgt eine Spezialisierung der Erhebung durch individuell angepasste Modifikation, wie es u. a. bei der bewegungspraktisch-berufsbezogenen Untersuchung (FCE⁵) der Fall sein kann, ist diese Abweichung zu dokumentieren. Diese Ergebnisse komplettieren das Fähigkeitsprofil (FP).

⁵ Schliehe F., Schuntermann M., Schian H.-M.: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. In: VDR (Hrsg.)(2003): DRV-Schriften, 44 (Suppl), Frankfurt

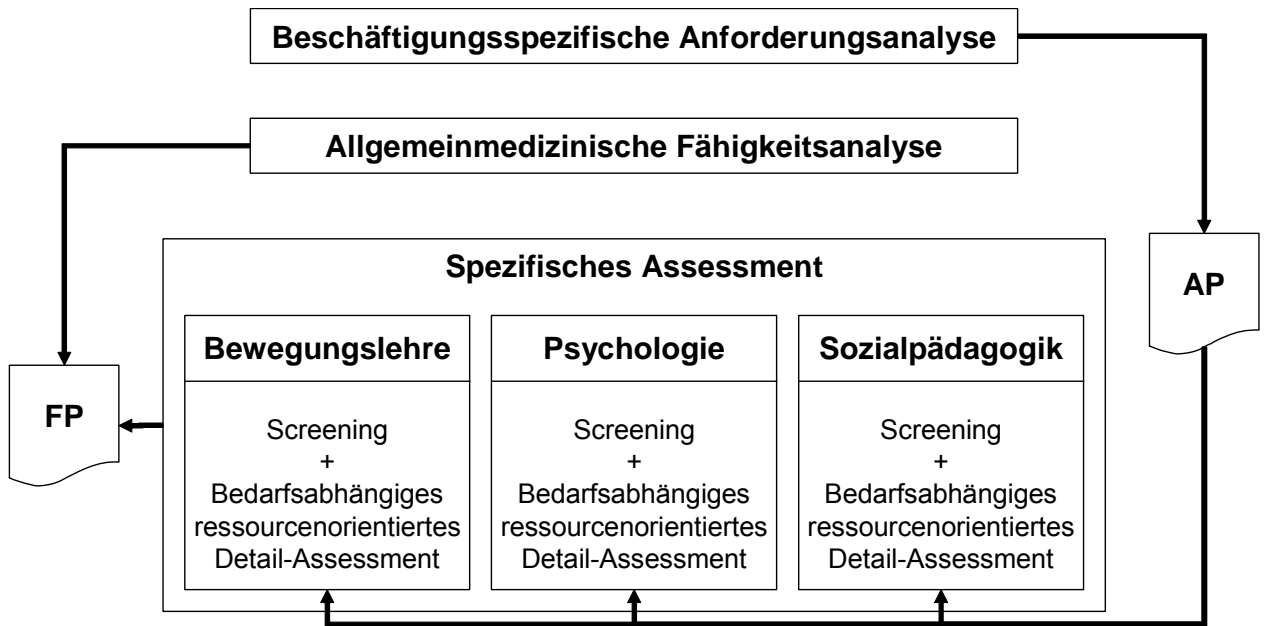


Abb. 3: Ablaufschema Eingangsassessment

Jede Disziplin wertet die Ergebnisse umgehend aus, um sie in der ersten **Teambesprechung**, die in direktem Anschluss gemeinsam stattfindet, zu einem gesamten Fähigkeitsprofil zusammenzufügen. Durch den Profilvergleich (PV) wird dann die Diskrepanz zwischen Anforderungen und Fähigkeiten festgelegt. Es geht darum, sowohl Überforderungen, die in berufsspezifischen Einschränkungen, als auch Unterforderungen, z.B. hervorgerufen durch geistige Unterforderung, die in beruflicher Unzufriedenheit münden, zu identifizieren. Eine Möglichkeit für einen derartigen Profilvergleich bietet das Instrument zur Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt (IMBA)⁶.

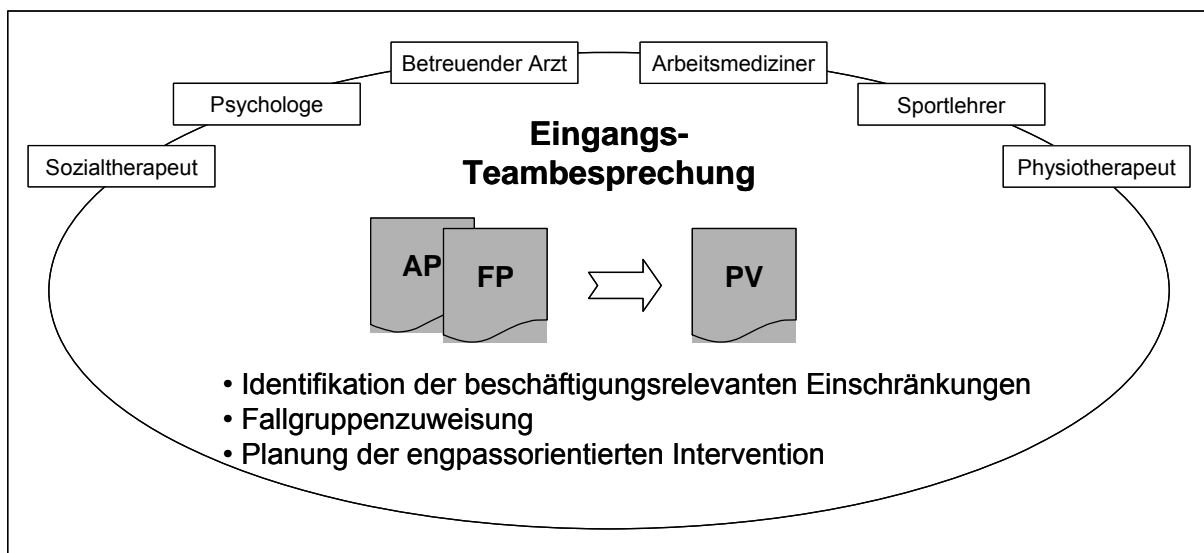


Abb. 4: Eingangs-Teambesprechung

⁶ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.)(1996):
IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt, Essen, Siegen

Das Ergebnis der Teambesprechung besteht darin, die allgemeinen und speziellen Therapieziele für den Patienten vorzuschlagen, ihn im System der Fallgruppen zu platzieren und ihn dem geeigneten Interventionsmodul mit individuellen spezifischen Anpassungen zuzuweisen. Dabei sind die individuellen Wünsche und Ziele des Patienten angemessen zu berücksichtigen.

Unmittelbar nach der Teambesprechung erfolgt ein Informationsgespräch zwischen betreuendem Arzt und Patient. Der Patient wird um eine Einschätzung darüber gebeten, wie er seine eigenen Fähigkeiten im Vergleich zu den im Assessment erlebten Anforderungen bewertet. Anschließend wird ihm das Ergebnis aus der Fremdbeurteilung des Teams dargelegt und das geplante Interventionsvorhaben mit kurz-, mittel- und langfristigen Rehabilitationszielen mit ihm abgestimmt.

Die Fallgruppen ermöglichen eine frühzeitige und gezielte Einleitung individuell benötigter Teilhabeleistungen (s. Abb. 5). Die Fallgruppen werden im Wesentlichen wie folgt definiert:

- I ausschließlich durch die Leistungen der derzeitigen genehmigten Maßnahme, die weitestgehend intern abzudecken ist, ist der Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. eine dauerhafte Wiedereingliederung erreichbar
- II durch zusätzliche, auch externe Leistungen zur Teilhabe kann eine dauerhafte Rückkehr ins Erwerbsleben erreicht werden
- III eine negative Prognose für eine Rückkehr ins Erwerbsleben liegt vor. Der Fokus der Behandlung liegt auf dem Erhalt der Alltagsfähigkeit

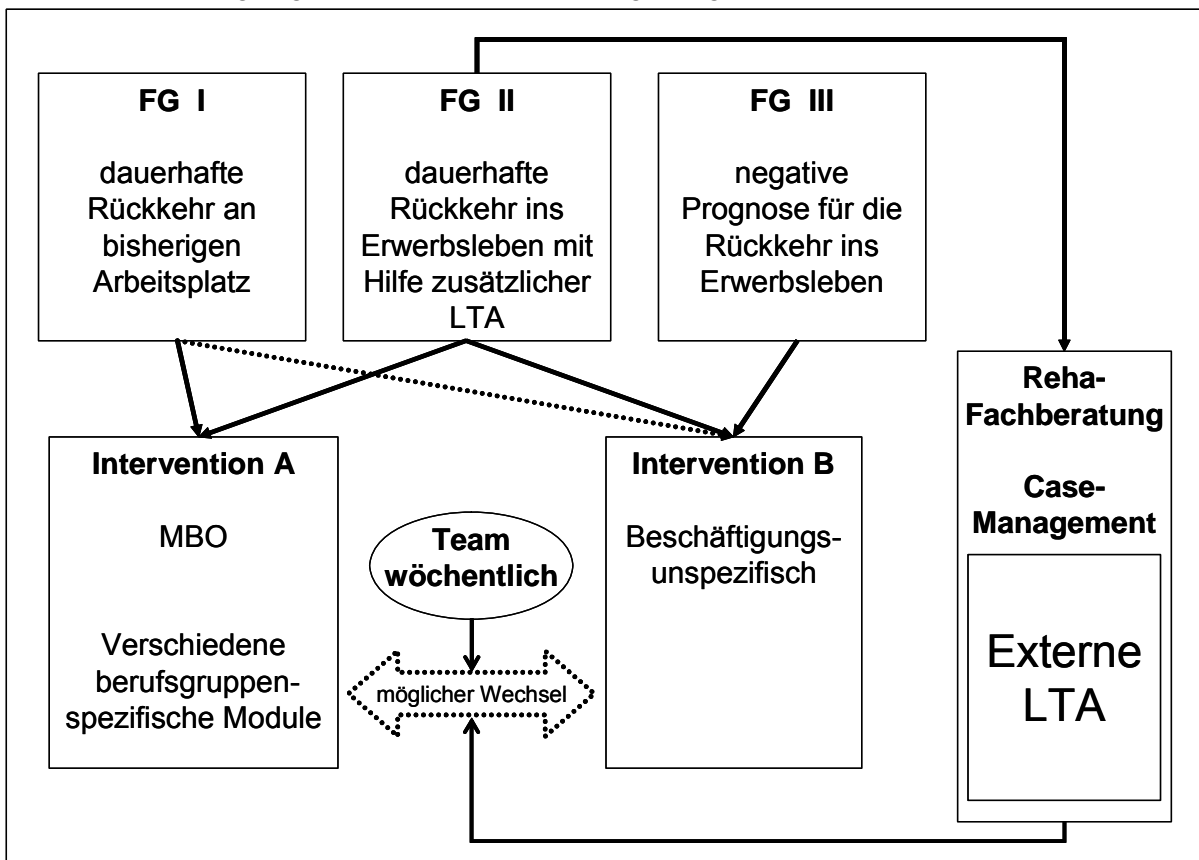


Abb. 5: Das Fallgruppenkonzept und die Zuweisung zu Interventionen

Bei der Zusammenstellung von **Therapiegruppen** ist eine homogene Gruppengestaltung ein wichtiges Kriterium. Auf diese Weise können alle Patienten optimal gefördert werden. Die Gruppeneinteilung kann nach unterschiedlichen Kriterien vorgenommen werden. Zum einen besteht die Möglichkeit, nach beruflichen Anforderungen zu unterscheiden, wie z.B. körperlich schwere von sitzenden Tätigkeiten abzugrenzen. Je nach Patientenanzahl besteht wiederum die Möglichkeit, diese beiden Kategorien weiter zu unterteilen. Körperlich schwere Tätigkeiten können unterschieden werden in Pfl egetätigkeiten, Bauhandwerk und Industrie, wohingegen sitzende Tätigkeiten die Dimensionen Bürotätigkeit und Fahrtätigkeit beinhalten könnten.

Eine andere Art der Gruppeneinteilung setzt problemorientierte Schwerpunkte. So könnten motorische Problembereiche, wie Sitzen, geneigt/gebückt arbeiten, Heben/Tragen, Stehen/Gehen, in Zwangshaltungen/über Kopf arbeiten unterschieden werden.

Bei ausreichender Patientenanzahl und organisatorischer Flexibilität können diese Einteilungskriterien sogar kombiniert werden, so dass nach Anforderungs- und Problemorientierung Gruppen gebildet werden.

Ein Code auf der Patientenakte oder dem Therapieplan ermöglicht eine schnelle Orientierung und eine angepasste Behandlung im Rahmen der Einzeltherapie.

Die wöchentliche **Teambesprechung** dient der Vorgangsüberprüfung und der eventuellen Einleitung von Zwischenassessments. Auf diese Weise können Anpassungen oder Korrekturen des Interventionskurses vorgenommen werden.

Nach einer knapp 20-tägigen Behandlungsphase erfolgt das **Ausgangsassessment**, das ausgehend vom betreuenden Arzt gefolgt von den übrigen Disziplinen ein zweites, vergleichendes Fähigkeitsprofil hervorbringt. Zu diesem Messzeitpunkt werden jeweils nur die Detailassessments und nicht die Screenings durchgeführt. Das Ergebnis des Ausgangsassessment bietet zum einen die Möglichkeit des Vergleichs der beiden Messzeitpunkte zur Darstellung des Rehabilitationserfolges und einer internen Qualitätssicherung. Zum anderen kann es als erneuter Ist-Soll-Wert-Vergleich zwischen dem basal angefertigten Anforderungsprofil und dem neuen Fähigkeitsprofil herangezogen werden.

Der erneute Profilvergleich findet in der **Ausgangsteambesprechung** statt. Ihm kann entnommen werden, ob das festgelegte Rehaziel erreicht wurde, und er liefert die Basis für gesicherte Aussagen über die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit und die Arbeitsfähigkeit. Bei negativer Bilanz muss eine Begründung für das Nicht-Erreichen des Rehaziels gefunden und dokumentiert werden. Die Ausgangsteambesprechung dient außerdem der interdisziplinären Berichterstellung.

Im Anschluss wird der Patient zu seinem betreuenden Arzt zum **Ausgangsgespräch** eingeladen, um Verlauf und Ergebnis des Verfahrens zu besprechen. Dem Patienten wird im Idealfall an dieser Stelle der vorläufige Endbericht zur Einsicht und zur Unterschrift vorgelegt.

Das abschließende **Berichtswesen** sollte nach folgenden Prinzipien angefertigt werden:

- Der Leitfaden des VDR bildet die Grundlage
- Ergebnisse des Ein- und Ausgangsassessments sollten als Ergebnis-Scores oder Absolutzahlen erscheinen
- Die Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich somatisch-funktioneller und psychosozialer Parameter vor Antritt und nach Beendigung des Verfahrens sollte integriert werden
- Die Generierung des Berichtes sollte auf der Basis der zusammengeführten und fortlaufenden dokumentierten Zwischenergebnisse erfolgen

Innerhalb der beschriebenen APTEI-med werden die Schritte der Assessmentprozedur auf verschiedenen Ebenen sowie aus verschiedenen Perspektiven vollzogen.

Auf Seiten des Leistungserbringers beginnt die Prozedur mit der Auswertung des präklinischen Fragebogens sowie der Akteneinsicht. Hier sind Diagnosen, Beschwerdebild und vorherige Befunde genannt, aus denen grobe Therapieziele abschätzbar sind. Im Gespräch mit dem Patienten im Rahmen der allgemeinmedizinischen Fähigkeitsanalyse **konkretisieren** sich die **Fragestellung** und das anzustrebende Ziel der Maßnahme. Außerdem wird dem Patienten erläutert, welche Messungen zur Abbildung der gewünschten Parameter sinnvoll und durchführbar sind. Gegebenenfalls müssen die einzusetzenden Methoden und **Instrumente** nochmals abgeklärt und die Zeitpunkte der Durchführung **festgelegt werden**. Dieser Schritt ist verteilt auf die Fachdisziplinen im Rahmen des spezifischen Assessments. Nach einer ersten Testreihe (Screening) wird eingeschätzt, ob die gewünschten Aussagen getroffen werden können oder die nötige Analysetiefe noch nicht erreicht ist. Nach Abschluss der Tests wird ein **Vergleich zu Referenzwerten** oder Altersgruppen gezogen und der Istwert eingeschätzt. Bei der **Datenintegration und Gesamtbeurteilung** im Eingangsteam findet ein Abgleich zwischen Anforderungen (Sollwert) und Fähigkeiten (Istwert) statt. Daraus ergeben sich die exakten Therapieziele, welche wiederum die Auswahl der Interventionen und das weitere Vorgehen bestimmen. An dieser Stelle besteht die Möglichkeit, den Ablauf des Eingangsassessments zu evaluieren. Die **Dokumentation** der Daten erfolgt kontinuierlich nach den Tests und wird dem gesamten Team zur Orientierung und Diskussion bereitgestellt. Gleiches gilt für den Verlauf der Therapie und die Veränderungen im Hinblick auf das Therapieziel. Auf diese Weise dient eine lückenlose Dokumentation nicht nur der Datentransparenz, sondern ist gleichzeitig ein wesentlicher Baustein für das Berichtswesen.

Die **Evaluation** und Bewertung der Assessmentprozedur vollzieht sich in an mehreren Stellen. Vor allem die Teambesprechungen bieten die Möglichkeit, die durchgeführten Assessments auf ihren Beitrag zum Gesamtprozess hin zu überprüfen und anzupassen.

3.2 Implementierung und Evaluation einer Assessmentprozedur bei der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Standort: Norddeich

Für die praktische Erprobung und Evaluation des Konzeptes APTEI-med wurde ein Kooperationspartner gefunden, der sich bereit erklärte, ohne externe finanzielle Unterstützung das Konzept umzusetzen. Im Sinne einer Pilotstudie sollten Erfahrungen gesammelt werden, die eine Umsetzung in weiteren Kliniken mit unterschiedlichen Indikationen begründen. Die Klinik Norddeich der Dr. Becker Klinikgesellschaft hat mit ihrem Fachbereich Orthopädie die Herausforderung angenommen, die vielfältigen Aspekte und damit verbundenen Umstrukturierungen von APTEI-med erstmalig umzusetzen.

In der Gestalt des umfangreichen Subprojektes „Implementierung und Evaluation einer Assessmentprozedur in der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Standort: Norddeich“ begann im Spätsommer 2005 der aufwändige Prozess der Implementierung dieses facettenreichen Assessmentprozesses inklusive eines darauf abgestimmten Therapiekonzeptes.

Die folgenden Kapitel beschreiben ausführlich die konkrete Umsetzung von APTEI-med in der Klinik Norddeich. Wie auch konzeptionell vorgesehen, weicht die praktische Umsetzung von APTEI-med von der oben beschriebenen theoretischen Konstruktion in Details ab. Dies ist begründet durch die Anpassung an die personellen, organisatorischen und räumlichen Gegebenheiten des Kooperationspartners, die (noch) nicht vorhandene Vorselektion der Patienten durch den Kostenträger und Anpassungen zu Gunsten der Evaluation.

3.2.1 Ziele des Projektes

Ziel des Kooperationsprojektes war die praktische Erprobung und Evaluation des Konzeptes APTEI-med in einer stationären orthopädischen Rehabilitationseinrichtung ohne spezielle berufliche Orientierung (MBO, MBR, BGSW oder dergleichen).

Neben den in Kap. 3.1.1 beschriebenen allgemeinen Zielen von APTEI standen vor allem die folgenden Aspekte im Vordergrund:

- Standardisierte, individuelle, ziel- und ressourcenorientierte, ökonomische und ganzheitliche Verifizierung des Rehabedarfs zur optimalen Therapieplanung
- Erfolgskontrolle der Intervention
- Optimierte standardisierte Dokumentation
- Allgemeine Qualitätssicherung des Rehaangebotes

Der wissenschaftliche Nachweis der Qualitätsverbesserung erfolgt über die Evaluation der Aktivitätsverbesserung aufgrund anforderungsorientierter Individualisierung. Detaillierte Hinweise zum Evaluationsdesign befinden sich in Kap. 3.2.6.

3.2.2 Aufbau und Ablauf des Projektes

Das Projekt „Implementierung und Evaluation einer Assessmentprozedur in der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Standort: Norddeich“ ist grob in sechs Module untergliedert.

Modul 1 – Strukturanalyse Klinik Norddeich

- Analyse der vorhandenen Strukturen und Ressourcen (inkl. EDV-Infrastruktur und -nutzung) der Klinik Norddeich und des Dr. Becker PhysioGym Norddeich⁷
- Analyse personeller Ressourcen seitens der Klinik und PhysioGym

Modul 2 – Anpassung von APTEI-med an Klinik Norddeich und Entwicklung des Evaluationskonzeptes

- Synopse vorhandener Strukturen mit den Anforderungen des Konzeptes APTEI-med
- Bedarfsgerechte Detailausarbeitung von APTEI-med~Norddeich
- Erstellung der konkreten Anforderungen seitens organisatorischer und struktureller Änderungen für die Klinik
- Entwicklung des Evaluationsdesigns
- Erstellung des Datenschutzkonzeptes
- Einholen der Zustimmung zur Studie bei der DRV-Bund

Modul 3 – Datenerhebung T0

Analyse ohne APTEI-med

- Patientenbefragung: Selbsteinschätzung der Funktionsfähigkeit und Aktivität zu Beginn und Ende der Reha

Modul 4 – Implementierung von APTEI-med~Norddeich

- Implementierung in den Klinikalltag
- Schulung der Mitarbeiter (Klinik und PhysioGym)
- Installation der Assessments

Modul 5 – Datenerhebung T1

Analyse mit APTEI-med

- Patientenbefragung: Selbsteinschätzung der Funktionsfähigkeit und Aktivität zu Beginn und Ende der Reha

Modul 6 – Auswertung und Berichterstellung

- Veröffentlichung im Projektbericht „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“
- Veröffentlichung als Artikel in Fachzeitschrift
- Veröffentlichung der Ergebnisse innerhalb eines Dissertationsvorhabens

⁷ Dr. Becker PhysioGym Norddeich ist das der Klinik angegliederte Therapiezentrum der Klinik Norddeich

Der zeitliche Ablauf des Projektes ist in folgender Abb. 6 dargestellt.

ID	Aufgabenname	Q3 05		Q4 05		Q1 06			Q2 06			Q3 06		Q4 06				
		Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	
1	Modul 1 Strukturanalyse Klinik Norddeich	■																
2	Modul 2 Anpassung APTEI-med an Norddeich			■														
3	Modul 3 Datenerhebung T0							■										
4	Modul 4 Implementierung					■												
5	Modul 5 Datenerhebung T1							■										
6	Modul 6 Auswertung / Berichterstellung													■				

Abb. 6: Projektzeitplan

3.2.3 Strukturanalyse Klinik Norddeich – Modul 1

Folgendes Kapitel fasst kurz die für APTEI relevanten Ergebnisse der Strukturanalyse zusammen.

3.2.3.1 Informationen, die im Vorfeld des Aufenthaltes verfügbar sind

Prästationärer Patientenfragebogen (Klinik)

Die Versendung des prästationären Patientenfragebogens der Klinik erfolgt zusammen mit der Einbestellung des Patienten maximal drei Monate vor Aufenthalt. Die Rücksendung wird innerhalb einer Woche erwünscht. Für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit beinhaltet der Bogen nur eine Frage, welche die bewältigbare Wegstrecke erfragt.

Prästationärer Selbstauskunftsbogen (DRV-Bund)

Teil des Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei dem DRV-Bund ist ein Selbstauskunftsbogen. Er wird der Klinik zur Verfügung gestellt und liegt mindestens drei Wochen vor Antritt der Rehabilitation vor, ist aber oftmals nicht vollständig ausgefüllt. Nutzbar für APTEI sind die Auskünfte zur beruflichen Tätigkeit, denn sie geben erste Hinweise auf das Anforderungsprofil.

Weitere Akten und Informationen

Eine Woche vor Aufnahme liegt zumeist die komplette Akte des Patienten vor. In Abhängigkeit von Versicherungsträger und Fall sind mehr oder weniger Informationen in den Akten enthalten. Auf Basis dieser Akten werden die Patienten auf die Ärzte verteilt und die ersten Therapietage vorterminiert.

3.2.3.2 Patientenaufnahme

Aufnahme durch den Stationsarzt

Die einstündige Untersuchung ist ganzheitlich und deckt alle Inhalte des umfangreichen klinikeigenen Aufnahmeprotokolls⁸ ab. Nach der Aufnahmeuntersuchung liegen die klinikei-

⁸ Das Aufnahmeprotokoll umfasst:

genen Formulare Aufnahmeprotokoll, Evaluationsbogen Lendenwirbelsäule⁹, Anmeldung Sozialberatung, der Therapiebegleitbogen Physiotherapie und die Anmeldung für den psychologischen Dienst ausgefüllt vor. Die Protokollierung geschieht parallel während bzw. im Nachgang des Aufnahmegesprächs. EDV wird an dieser Stelle nicht genutzt.

Aufnahme im Fachbereich Bewegungslehre

Dem Fachbereich Bewegungslehre steht lediglich der Therapiebegleitbogen zur Verfügung, welcher Angaben zu Diagnosen und Therapiestabilität, verordneten Therapien und den Behandlungsschwerpunkten beinhaltet. Einsicht in die Patientenakten durch die Therapeuten besteht nicht. Die Befundung der Physiotherapie umfasst einige physiotherapeutische Funktionstests. Die Sporttherapie führt keine Befundung durch. Die Zusammenstellung der Übungen der MTT (**M**edizinische **T**rainings**t**herapie) basiert auf den Angaben des Therapiebegleitbogens. Die Abgrenzung der Bereiche Physiotherapie und Sporttherapie, soweit organisatorisch machbar, wird über die Therapieinhalte vorgenommen, wobei die Sporttherapie i.d.R. die Gruppen mit sozialen und kognitiven Inhalten und MTT übernimmt.

Aufnahme im Fachbereich Psychologie

Patienten erhalten nur nach Zuweisung durch den Arzt eine psychologische Untersuchung und Therapie. Etwa 80% der dem Fachbereich Psychologie zugewiesenen Patienten haben die Indikation Rückenschmerzen. Für Einzelgespräche stehen in der Regel zwei bis drei Stunden, im Einzelfall sechs bis sieben Stunden zur Verfügung.

Für die Patientenaufnahme in diesem Bereich stehen nur wenige Informationen zur Verfügung. Diese werden über die Anmeldung zum psychologischen Dienst transportiert und umfassen optional die medizinische Diagnose, Indikation/Zielsetzung aus Sicht von Arzt und Patient und ggf. Bemerkungen. Innerhalb von 45 Minuten wird die individuelle Problematik im Gespräch erörtert. Assessmentinstrumente werden selten eingesetzt. Alle Gesprächsinhalte werden handschriftlich vermerkt und für den Bericht vervollständigt. Teilweise gibt es Überschneidungen zur sozialpädagogischen Diagnostik.

Aufnahme im Fachbereich Sozialpädagogik

Auch im Sozialdienst werden Patienten nur bei Zuweisung durch den Arzt vorstellig. Vorinformationen stehen selten zur Verfügung. Im Erstgespräch werden die Inhalte aus Kapiteln VI-4. – allgemeine Sozialanamnese und VI-5. – Arbeits- und Berufsanamnese aus dem Ärztlichen Reha-Entlassungsbericht¹⁰ erhoben. Alle Ergebnisse werden handschriftlich notiert.

-
- Allgemeine und klinische Anamnese
 - Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen
 - Gegenwärtige Therapien
 - Allgemeine Sozialanamnese
 - Berufsanamnese
 - Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik

⁹ Der Evaluationsbogen LWS ist eine klinikeigene Entwicklung, die die berufliche Belastung, anthropometrische Daten, Krankheitsursachen, Therapiestatus, Begleiterkrankungen, Analgetikaabgabe und den Oswestry low back pain disability questionnaire beinhaltet.

¹⁰ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

3.2.3.3 Intervention

Intervention

Die Intervention basiert auf einem klinikeigenen Therapieprogramm, welches individuell durch den Arzt mit Zusatztherapien ergänzt werden kann. Es gibt für die großen Indikationsgruppen und in Unterscheidung von Anschlussheilbehandlung und Heilverfahren jeweils eigene Standards. Diese sind orientiert an den Anforderungen der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) und sind gekennzeichnet durch klassische und etablierte Behandlungsformen.

Wöchentliche Visite

Zwischenkontrollen des Rehabilitationsverlaufes finden im Rahmen der Stationsarzt-Visite durch wöchentliche Arztgespräche statt.

3.2.3.4 Patientenentlassung

Abschlussuntersuchung durch den Stationsarzt

Nach höchstens 19 Therapietagen findet drei Tage bis einen Tag vor Abreise die Abschlusskonsultation statt. Hier werden die Problembereiche erneut untersucht und wird der Grad der Zielerreichung sowie ein Nachsorgekonzept angesprochen.

3.2.3.5 Dokumentation und Entlassungsbericht

Dokumentation

Zur Patientenverwaltung, Organisation und Abrechnung sowie für die Terminplanung stehen Software-Module zur Verfügung, die in ihrem Funktionsumfang nur teilweise und auch nur von einem Teil der Ärzte genutzt werden. Die Patientenakten sind auf der Station deponiert und stehen den Therapeuten nicht offen.

Sowohl der prästationäre Patientenfragebogen der Klinik, als auch der prästationäre Selbstauskunftsbogen der DRV-Bund, das Aufnahmeprotokoll und der Evaluationsbogen Lendenwirbelsäule liegen nur in Papierform vor und werden per Diktat für den E-Bericht eingearbeitet und beurteilt. Die Rehazielle werden auf dem Therapie-Begleitbogen festgehalten.

E-Bericht

Der E-Bericht entsteht auf Basis des ärztlichen Diktates im Schreibbüro und genießt bezüglich der zeitnahen Fertigstellung höchste Priorität.

3.2.4 Konzept APTEI-med (Norddeich) – Modul 2

Einer umfangreichen Strukturanalyse der Klinik folgte in Zusammenarbeit mit dem leitenden Arzt und dem Leiter des Therapiezentrums die Anpassung des Konzeptes APTEI-med an die speziellen Bedürfnisse und Bedingungen der Klinik Norddeich.

Der Gesamtablauf unterscheidet sich von dem in Kap. 3.1.3 dargestellten Ablauf dadurch, dass:

(2001). Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht; Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2001

- konkret das Profilvergleichsverfahren IMBA eingesetzt wird
- die Erstellung des Anforderungsprofils auf die einzelnen Professionen aufgeteilt und nicht zentral organisiert wird
- das Ausgangsfähigkeitsprofil und ein Ausgangsprofilvergleich entfallen
- das bedarfsabhängige, ressourcenorientierte Detailassessment im Fachbereich Bewegungslehre mit dem FCE-System ELA-LWS (Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten – LWS-Patienten) durchgeführt wird
- die Detailassessments und dementsprechend das Ausgangsassessment in den Fachbereichen Psychologie und Sozialpädagogik aufgrund der orthopädischen Indikationen nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden
- die beschäftigungsspezifische Intervention aufgrund der Indikation insbesondere im Bereich der Bewegungslehre angesiedelt ist

Die folgende Übersicht (Abb. 7) gibt Auskunft über den Gesamtablauf inklusive der Dokumentation und der parallelen Evaluation.

Den konkreten zeitlichen Ablauf des Rehabilitationsaufenthaltes aus Sicht des Patienten zeigt Abb. 8.

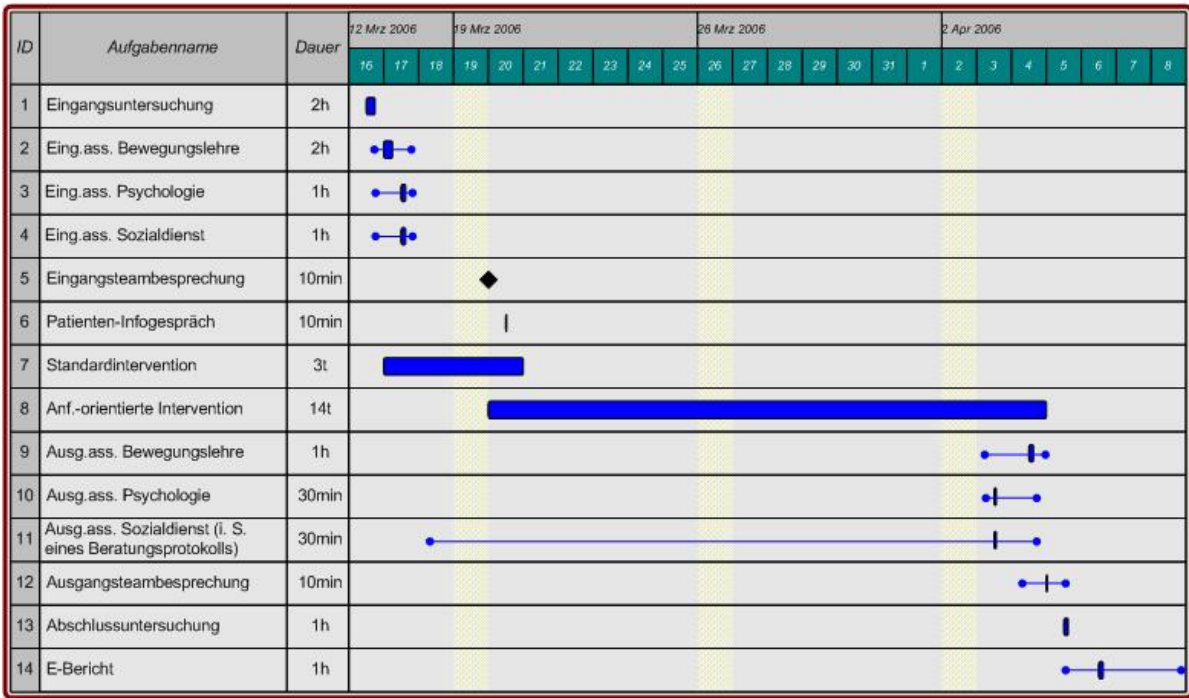


Abb. 8: Exemplarischer Zeitverlauf aus Patientensicht

Die folgenden Kapitel beschreiben konkret die Inhalte, die in der Klinik Norddeich im Laufe des Frühjahres 2006 implementiert wurden.

3.2.4.1 Präklinischer Fragebogen

Der präklinische Fragebogen (s. Kap. 3.1.3) wurde aus Kombination und Anpassung vorhandener Fragebögen zusammengestellt. Das Ergebnis ist ein dreiseitiger Fragebogen (s. Abb. 9, Abb. 10, Abb. 11), den der Patient zusammen mit weiteren Informationen zum Klinikaufenthalt erhält, mit der Bitte, den Bogen im Vorfeld des Aufenthaltes an die Klinik zu senden. Die Angaben zur Arbeitsanforderung und -bewältigung sind bei der Erstellung der IMBA-Profile hilfreich.

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
um Sie im Rahmen Ihrer medizinischen Rehabilitation optimal auf Ihre Alltagsbelastungen vorbereiten zu können, möchten wir Sie im Folgenden bitten, ein paar Fragen zu beantworten. Hierbei interessieren uns insbesondere Ihre beruflichen Belastungen. Die Beantwortung der Fragen ermöglicht es uns, Ihren Aufenthalt in unserem Haus optimal Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Selbstverständlich werden Ihre Aussagen vertraulich behandelt.

Hinweis: Falls der Platz bei der Beantwortung nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

1) **Name** **Vorname** **Geb. Datum**

2) **Sind Sie aktuell krankgeschrieben?**
 nein ja, seit wie vielen Wochen: _____

3) **Wie oft waren Sie in den letzten zwölf Monaten krankgeschrieben?**
 _____ mal, insgesamt _____ Wochen

4) **Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders?**
 Wo (in welcher Körperregion) und wann (bei welchen Tätigkeiten) treten diese Probleme auf?

5) **Wie gehen Sie mit diesen gesundheitlichen Problemen um?**
 Mit welcher Strategie reagieren Sie auf Ihre gesundheitlichen Probleme?

Meine Strategie ist:
 sehr erfolgreich mäßig erfolgreich wenig erfolgreich

6) **Worin sehen Sie die Hauptursache für Ihre aktuellen Beschwerden?**

Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berufliche Faktoren | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Verschleiß | <input type="checkbox"/> Seelische Probleme |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Überanstrengung | <input type="checkbox"/> Familie |
| <input type="checkbox"/> Andere Einflüsse, welche _____ | |

Abb. 9: Präklinischer Fragebogen Seite 1

7) Wie gestaltet sich Ihre derzeitige Erwerbssituation?

Berufstätig: ganztags teilzeit selbständig

Hausfrau/Hausmann

Arbeitslos/erwerbslos seit: _____

Erwerbsminderungsrente beantragt zugeteilt befristet bis: _____

Altersrente

Ausbildung

8) Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige bzw. letzte berufliche Tätigkeit:
 Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft

<input type="checkbox"/> Überwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> Erhöhte Unfallgefahr
<input type="checkbox"/> Überwiegend stehend/gehend	<input type="checkbox"/> Erschütterungen/Vibration
<input type="checkbox"/> Oft in gebückter Haltung/kniend	<input type="checkbox"/> Hohe Konzentration
<input type="checkbox"/> Oft mit erhobenen Armen/Überkopf	<input type="checkbox"/> Hohe Verantwortung
<input type="checkbox"/> Oft steigend/kletternd	<input type="checkbox"/> Schicht-/Akkordarbeit/ungünstige Arbeitszeiten
<input type="checkbox"/> Oft kriechend/rutschend	<input type="checkbox"/> schlechte klimatische Bedingungen (Kälte/Nässe/Zugluft)
<input type="checkbox"/> häufiges Heben/Tragen von Lasten	
<input type="checkbox"/> häufiges Schieben/Ziehen von Lasten	

Falls möglich, bringen Sie bitte weitere Dokumentationen (Tätigkeitsbeschreibung, Bilder, etc.) mit zur Aufnahmeuntersuchung.

9) Welche Einschränkungen beeinträchtigen Sie bei der Arbeit?

*) nicht vorhanden

	Schweregrad der Einschränkung				Beeinträchtigung bei der Arbeit			
	n.v.*	Gering	Mittel	Hoch	n.v.*	Gering	Mittel	Hoch
Sitzen								
Gehen								
Stehen								
Heben								
Tragen								
Schieben/Ziehen								
Vorneigen/bücken								
Kopf-/Halsbeweg.								
Rumpfbewegungen								

10) Insgesamt sind die körperlichen Anforderungen meiner Tätigkeit

gering gering bis mittel mittel mittel bis hoch hoch

11) Insgesamt sind die psychischen Anforderungen meiner Tätigkeit

gering gering bis mittel mittel mittel bis hoch hoch

Abb. 10: Präklinischer Fragebogen Seite 2

12) Im Vergleich zu anderen Kollegen bewältige ich die körperlichen Anforderungen meiner Tätigkeit

sehr gut gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

13) Im Vergleich zu anderen Kollegen bewältige ich die psychischen Anforderungen meiner Tätigkeit

sehr gut gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

14) Haben Sie das Gefühl, dass durch Ihre Beschwerden Ihr derzeitiger Arbeitsplatz in Gefahr ist?

ja nein vielleicht

15) Gibt es besonders belastende Umstände im beruflichen oder privaten Bereich?
 Beispiel: Mobbing, Schulden, zu pflegende Angehörige, Eheprobleme, ...

16) Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?
 Ich denke, dass ich an meinen Arbeitsplatz zurückkehre
 dass ich eine andere Arbeit machen werde
 dass ich überhaupt nicht mehr arbeiten kann
 dass ich Rente beantrage/bekomme
 dass ich arbeitslos sein werde

17) Welche Erwartung haben Sie an den Reha-Aufenthalt?
 z.B: Wiederherstellung der Gesundheit/ Krankheitsinformation/ Stressabbau/ Schmerzfreiheit im Alltag

18) Haben Sie einen Betriebs- oder Personalarzt?

nein ja: _____
 Name _____
 Straße, PLZ, Ort, Tel _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Arzt, die Sozialberaterin der Klinik Norddeich, bzw. der Reha-Berater mit dem o.a. Betriebs-/Personalarzt hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und ggf. weiterer Hilfestellungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes oder der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass der Betriebs-/Personalarzt zum Zwecke der Arbeitsplatzüberprüfung eine Mehrausfertigung des Entlassungsberichtes erhält (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

nein ja

Vielen Dank!

Abb. 11: Präklinischer Fragebogen Seite 3

3.2.4.2 Eingangsassessments

Beschäftigungsspezifische Anforderungsanalyse

Die Beschäftigungsspezifische Anforderungsanalyse wird mit Hilfe eines IMBA-Anforderungsprofils (IMBA-AP) dokumentiert. Die Anforderungsanalyse wird simultan zur Fähigkeitsanalyse auf die verschiedenen Fachdisziplinen aufgeteilt. Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, innerhalb der einzelnen Professionen ein konkretes Job-Match auch aufgrund der Ergebnisse des Detailassessments zu machen, da die Dokumentation in IMBA durch eine andere als die untersuchende Person nicht den Detaillierungsgrad aufweisen kann wie die direkte Erfassung durch den Assessor selbst. Das gesamte Anforderungsprofil entsteht sukzessive in der EDV und ist allen Beteiligten direkt zugänglich.

Die IMBA-Merkmalkomplexe sind folgendermaßen über die Fachdisziplinen verteilt:

Arzt (19 Merkmale):

- Information
- Umgebungseinflüsse

Bewegungslehre (20 Merkmale):

- Körperhaltung
- Körperfortbewegung
- Körperteilbewegung
- Komplexe Merkmale

Psychologie (24 Merkmale):

- Schlüsselqualifikationen

Sozialdienst (7 Merkmale):

- Arbeitsorganisation
- Arbeitssicherheit

Diese Aufteilung gilt gleichermaßen für die Anforderungs- als auch die Fähigkeitsprofile (IMBA-FP).

Allgemeinmedizinische Fähigkeitsanalyse – Aufnahmeuntersuchung

Der Inhalt der ärztlichen Untersuchung bleibt grundsätzlich unverändert. Im Verlauf der Aufnahmeuntersuchung muss der Arzt entscheiden, ob der Patient zu Fallgruppe A (Fallgruppenkonzept siehe Kap. 3.2.4.4) gehört, oder ob er das Eingangsassessment durchläuft. Auf Basis der erhobenen Informationen werden das Anforderungs- und Fähigkeitsprofil (IMBA-AP und IMBA-FP) in den oben beschriebenen Merkmalkomplexen erstellt. Hierzu müssen ggf. zusätzliche Informationen erhoben werden.

Eine Reduktion der Inhalte der ärztlichen Untersuchung durch Verlagerung in andere Fachdisziplinen ist aufgrund des erheblichen zeitlichen Mehraufwandes bei der Berichterstellung nicht möglich. Doppeluntersuchungen werden somit in gewissem Rahmen toleriert. Die ärztliche Dokumentation wird als Novum dem übrigen Team per EDV bereitgestellt.

Für das Eingangsassessment im Fachbereich Bewegungslehre sind in jedem Fall die eventuellen Einschränkungen für die FCE-Testung mit ELA festzulegen und dem Fachbereich zur Verfügung zu stellen.

Fachbereichsspezifisches Eingangsassessment Bewegungslehre

Das Eingangsassessment im Fachbereich Bewegungslehre bietet die Möglichkeit, durch seine detaillierte strukturelle und funktionelle Diagnose die Aufnahmeuntersuchung des Arztes zu unterstützen. Es umfasst die Ergänzung des IMBA-APs in vier Merkmalkomplexen, eine grobe Einschätzung dieser Merkmale für das IMBA-FP und ein Detailassessment mit Hilfe von FCE. Die verwendete FCE-Testbatterie ist ELA-LWS (Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten – LWS-Patienten). Einschränkungen bei der Testauswahl von ELA-LWS sind vom Arzt im Vorfeld festzulegen. Für die Durchführung des Eingangsassessments ist ein IMBA- und ELA-LWS¹¹-geschulter Mitarbeiter Voraussetzung.

Die Auswahl der Tests für ELA-LWS obliegt dem Fachbereich Bewegungslehre. Sie wird getroffen aufgrund des „vorläufigen“ IMBA-Profilvergleiches und Angaben des Patienten über körperliche Überbeanspruchungen bei der Arbeit.

Fachbereichsspezifisches Eingangsassessment Psychologie

Das Eingangsassessment im Fachbereich Psychologie besteht aus einem Screening der IMBA-Schlüsselqualifikationen und der Ergänzung des IMBA-AP und IMBA-FP. Bei entdeckten Überforderungen sind entsprechende Detailassessments indiziert. Hier bieten sich weitere explorative Gespräche oder spezifische Assessmentinstrumente an.

Fachbereichsspezifisches Eingangsassessment Sozialdienst

Zusätzlich zu den herkömmlichen Inhalten wird das Aufnahmegespräch durch den Sozialdienst ergänzt um die Dokumentation der Merkmalkomplexe Arbeitssicherheits- und Arbeitsorganisation des IMBA-AP und IMBA-FP.

3.2.4.3 Eingangsteambesprechung

Die Eingangsteambesprechung vereint alle am Eingangsassessment beteiligten MitarbeiterInnen der Klinik. Zu diesem Zeitpunkt liegen die Ergebnisse der Assessments aus den einzelnen Fachbereichen zumindest größtenteils per EDV vor. Der IMBA-Profilvergleich der vollständigen Profile ist möglich. Die gemeinsame Interpretation des Profilvergleiches zusammen mit den individuellen Einschätzungen und Erfahrungen der Mitarbeiter mit dem Patienten ermöglichen die Festlegung der Therapieziele, die Zuweisung des Patienten zu einer Fallgruppe (Fallgruppenkonzept siehe Kap. 3.2.4.4) und die Zusammenstellung des Therapieplans. Hierbei werden die individuellen Wünsche und Ziele des Patienten mit in die Entscheidung integriert. Die Teambesprechungen bieten eine gute Gelegenheit zum Abgleich unspezifisch und qualitativ erhobener Informationen mit den Ergebnissen des Assessments. Das ungezwungene Gespräch des Patienten mit dem Therapeuten bringt nämlich nicht selten Potenziale zum Vorschein, die der standardisierten Diagnostik verborgen bleiben.

3.2.4.4 Fallgruppenkonzept APTEI

Das in Abb. 5 vorgestellte Fallgruppenkonzept wurde für die Klinik Norddeich ein wenig angepasst. Um die Anpassung auch namentlich unterscheiden zu können, werden die angepassten Fallgruppen statt Fallgruppe I bis III Fallgruppe A bis C benannt.

¹¹ Hierzu gibt es eine eintägige praktische Schulung zum Umgang mit dem Testinventar

Der Unterschied der Fallgruppendefinitionen besteht vor allem darin, dass in der angepassten Definition die Vorselektion der Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen und der übrigen Patienten (bei denen keine APTEI indiziert ist) integriert wurde.

FALLGRUPPE A

„Patienten ohne besondere berufliche Problemlage“.

Die dauerhafte Rückkehr ins Erwerbsleben ist ohne besondere Hinwendung durch Assessment oder anforderungsorientierte Intervention erreichbar.

>> Diese Patienten durchlaufen NICHT die APTEI-med und erhalten die Standardtherapie.

FALLGRUPPE B1

„ausschließlich durch den Einsatz von APTEI-med und der anforderungsorientierten Intervention, die weitestgehend intern abzudecken ist, ist der Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. eine dauerhafte Wiedereingliederung erreichbar“

>> Diese Patienten durchlaufen die gesamte Assessmentprozedur und erhalten die anforderungsorientierte Intervention.

FALLGRUPPE B2

„durch zusätzliche, auch externe Leistungen zur Teilhabe kann eine dauerhafte Rückkehr ins Erwerbsleben erreicht werden“

- bei diesen Patienten ist eine intensive Beratung beim Reha-Fachberater der RV indiziert
- ein Zwischenbericht muss erstellt werden, um eine schnellstmögliche Beantragung für LTA zu ermöglichen
- fallspezifisch ist eine auf das „alte“ IMBA-AP bezogene engpassorientierte Therapie durch eine am allgemeinen Arbeitsmarkt oder auch an ADL orientierte Therapie zu ersetzen
- Motto: Reha vor Rente

>> Diese Patienten durchlaufen die gesamte Assessmentprozedur und erhalten (von Ausnahmen abgesehen) die anforderungsorientierte Intervention. Zusätzliche externe Leistungen werden „angestoßen“.

FALLGRUPPE C

„eine negative Prognose für eine Rückkehr ins Erwerbsleben liegt vor. Der Fokus der Behandlung liegt auf dem Erhalt der Alltagsfähigkeit“.

- ausgeprägtes Rentenbegehren
- eine auf das „alte“ IMBA-AP bezogene engpassorientierte Therapie ist durch eine ADL-orientierte Therapie zu ersetzen
- Motto: Reha vor Pflege

>> Diese Patienten durchlaufen lediglich das Eingangsassessment und erhalten die Standardtherapie. Das Ausgangsassessment entfällt.

Der Durchlauf des Eingangsassessments kann entweder ganz entfallen, falls der Arzt in der Aufnahme die Gruppenzuordnung bereits fest treffen kann, oder auch nach den einzelnen Fachbereichsassessments abgebrochen werden.

3.2.4.5 Patienten-Infogespräch

Das Patienten-Infogespräch findet im Anschluss an die Eingangsteambesprechung statt. Hier bespricht der Arzt die Ergebnisse des Eingangsassessments und der Eingangsteambe-

sprechung mit dem Patienten. Bei Diskrepanzen mit den Wünschen und Einschätzungen des Patienten ist eine Anpassung der Therapieziele und der Interventionsplanung möglich.

3.2.4.6 Anforderungsorientierte Intervention

Die Anforderungsorientierte Intervention wird im Rahmen dieser Pilotphase zusätzlich zur Standardtherapie angeboten. Sie besteht aus dem neu entwickelten Therapiemodul Aktivitätstraining. Hierbei handelt es sich um ein speziell für die Klinik entwickeltes Therapiemodul, welches an den FCE-Testinhalten orientiert anforderungsbezogene Elemente medizinischer Trainingstherapie beinhaltet. Es werden sieben einstündige Einheiten angeboten. Es existiert ein Betreuungsschlüssel von max. eins zu drei.

Das Aktivitätstraining beginnt erst nach der Eingangsteambesprechung.

Eine Ausweitung der anforderungsbezogenen Therapie auf andere Standard-Therapiemodule ist angedacht, aber noch nicht umgesetzt.

3.2.4.7 Ausgangsassessments

Fachbereichsspezifisches Ausgangsassessments Bewegungslehre

Das Ausgangsassessments im Fachbereich Bewegungslehre besteht aus der Wiederholung der eingangs durchgeführten ELA-LWS-Tests. Die Testergebnisse werden für den Bericht aufgearbeitet.

Fachbereichsspezifisches Ausgangsassessments Psychologie

Ein explizites Ausgangsassessments im Fachbereich Psychologie findet nur bei Patienten statt, die einer individuellen Gesprächstherapie bedürfen.

Fachbereichsspezifisches Ausgangsassessments Sozialdienst

In jedem Fall wird eine Art Beratungsprotokoll in Form eines Ergebnisberichtes erstellt. Dieses wird nach der letzten Beratungseinheit angefertigt und liegt somit nicht zwingend am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes.

Allgemeinmedizinische Fähigkeitsanalyse – Abschlussuntersuchung

Die allgemeine Fähigkeitsanalyse im Rahmen der ärztlichen Abschlussuntersuchung findet nach der Ausgangsteambesprechung statt und komplettiert das im Ausgangsteam besprochene Leistungsbild des Patienten. Diese Untersuchung ist kombiniert mit dem Patientenentlassungsgespräch, so dass die Ergebnisse direkt mit dem Patienten abgestimmt werden können.

3.2.4.8 Ausgangsteambesprechung

Bei der Ausgangsteambesprechung finden sich wieder alle am Assessmentprozess beteiligten MitarbeiterInnen zusammen und überprüfen die Erreichung der Therapieziele, stimmen vorläufig auf Basis der Assessmentergebnisse gemeinsam den Entlassungsstatus und Vorschläge für weitere Maßnahmen ab. Die Ausgangsteambesprechung liegt aus organisatorischen Gründen vor der Abschlussuntersuchung.

3.2.4.9 Patientenentlassungsgespräch

In Kombination mit der Abschlussuntersuchung, siehe Kap. 3.2.4.7.

3.2.4.10 E-Bericht

Der E-Bericht ist im Laufe des Rehabilitationsaufenthaltes sukzessive entstanden. Durch Zusammenführung der Ergebnisse der einzelnen Fachbereiche, die z. T. schon fertig für den E-Bericht formuliert werden, entsteht in direkter zeitlicher Nähe zur Entlassung ein Bericht, der detaillierte Ergebnisse des ganzheitlichen und anforderungsbezogenen Assessments enthält und so eine geschärfte sozialmedizinische Gesamtbeurteilung. Gleichfalls kann der IMBA-Profilvergleich als Anlage dienen.

3.2.5 Implementierung – Modul 4

Die Implementierung des Konzeptes APTEI-med umfasst vielfältige Schritte, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Zusammenstellen des Assessmentteams

In Abhängigkeit der Klinikgröße und des zu behandelnden Patientengutes wird ein Team aus den Fachbereichen Medizin, Bewegungslehre, Psychologie und Sozialdienst zusammengestellt. Dabei werden fachbereichsabhängige Ressourcenplanungen berücksichtigt. So umfasst beispielsweise das Assessment im Fachbereich Bewegungslehre einen doppelt so hohen Aufwand im Vergleich zu den anderen Fachbereichen. Auch eine ungleiche Verteilung der Assessments auf die Wochentage durch festgelegte Aufnahmetage beeinflusst die Anzahl der Teammitglieder. Im Fall der Klinik Norddeich gehören vier Ärzte, zwei Sportlehrer, vier Physiotherapeuten, ein Psychologe und eine Sozialarbeiterin zum Assessmentteam.

Schulung der Teammitglieder

Alle Teammitglieder müssen im Profilvergleichsverfahren IMBA inklusive Softwareanwendung geschult sein. Darüber hinaus müssen die Mitglieder des Fachbereichs Bewegungslehre in der FCE-Testbatterie ELA-LWS geschult sein und die Ärzte eine Kurzeinführung in ELA-LWS erhalten, um das Gefahrenpotenzial dieser Testung einschätzen zu können. Darüber hinaus sind mehrere Einheiten nötig, um vielfältige Detailfragen zum Gesamtprozess, vor allem zum zeitlichen Ablauf und zur Dokumentation in der EDV zu erläutern.

Schaffung räumlicher und materieller Voraussetzungen

Für die Durchführung der FCE-Testung und des Aktivitätstrainings wurde ein spezieller Raum eingerichtet. Die ELA-LWS-Tests benötigen neben einigen alltagsnahen Gegenständen insbesondere eine höhenverstellbare Eckwinkel-Regalkonstruktion, eine Vorrichtung für Überkopfarbeit, einen Balancierbalken, einen Schiebeschlitten, eine Leiter und eine lange Gymnastikmatte. Ergänzt durch einen Doppelseilzug mit diversen Adaptern dient der Raum ebenfalls der Durchführung des Aktivitätstrainings.

Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen

Damit alle Informationen zeitnah allen Teammitgliedern zur Verfügung stehen und ein möglichst ökonomischer Ablauf gewährleistet werden kann, ist eine vernetzte EDV-Infrastruktur zur Informationsverarbeitung unablässig. Im Falle des Kooperationspartners war eine Anbindung der Fachbereiche Psychologie, Sozialdienst und Bewegungslehre an das EDV-Netz allgemein und an das Patientenverwaltungssystem im Besonderen notwendig. Darüber hinaus wurde die IMBA-Software installiert, die eine gemeinsame Erstellung und Bearbeitung von IMBA-AP und IMBA-FP zu einem Patienten ermöglicht.

3.2.6 Evaluation APTEI-med (Norddeich) – Modul 3 und 5

Die Evaluation des Projektes „Implementierung und Evaluation einer Assessmentprozedur in der Dr. Becker Klinikgruppe, Standort: Norddeich“ hat die anforderungsspezifische Individualisierung in der stationären medizinischen Rehabilitation im Fokus.

Auf die Evaluation von unternehmenspraktischen Aspekten, Kosten/Nutzen-Analysen und QS-Kriterien wird an dieser Stelle verzichtet. Nach erfolgreichem Nachweis der Wirksamkeit sollen weitere Studien diese Aspekte beleuchten.

3.2.6.1 Probandengut

Im Sinne eines quasiexperimentellen Kontrollgruppendesigns werden folgende Gruppen definiert:

Untersuchungsgruppe

Einschlusskriterien:

- Alter: 18 bis 60 Jahre
- Status: Erwerbstätig
- Kostenträger ist die Rentenversicherung
- Heilverfahren und AHB
- Indikation
 - Ausschließlich LWS
 - Kreuzschmerz, Lumboischialgie mit und ohne Nervenkompressionszeichen, LWS-Syndrom; Prolaps + Protrusion LWS, LWS Spondylarthrosen/Sponylodesen, Wirbelgleiten (LWS)
- Aufenthalt in Klinik Mai bis November 2006
 - Aufnahmetag Mittwoch und Donnerstag
- Einwilligung zur Teilnahme an der Studie
- Diagnostik und Behandlung in den Bereichen medizinische Betreuung, Bewegungstherapie, Sozialarbeit und Psychologie ausschließlich durch Mitarbeiter des operativen Projektteams Norddeich. siehe Kap. 3.2.5.

Ausschlusskriterien:

- Keine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie
- Indikation
 - Multimorbidität; falls trotz Erfüllung der Einschlussindikation weitere Erkrankungen vorhanden sind, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen, z.B. rheumatische oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Vergleichsgruppe

Einschlusskriterien:

- s. Untersuchungsgruppe
- Aufenthalt in Klinik April bis November 2006
 - Aufnahmetag Montag und Dienstag

Ausschlusskriterien:

- s. Untersuchungsgruppe

Angestrebt werden zwei möglichst homogene Gruppen bei gleichzeitiger Beibehaltung des vorgegebenen Gruppenumfangs.

3.2.6.2 Evaluation der anforderungsspezifischen Individualisierung

Im Kern steht der Methodenvergleich zwischen der neu eingeführten anforderungsspezifischen Individualisierung versus der herkömmlichen indikations- und allgemein gesundheits-spezifischen Ausrichtung in der medizinischen Rehabilitation ohne anforderungsorientiertes Assessment.

APTEI-med stellt in diesem Zusammenhang das Instrument zur Operationalisierung der neuen Methode dar.

Theoretischer Ansatz

Ziel der medizinischen Rehabilitation bei Patienten der Rentenversicherung ist es, die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern (§ 26 SGB IX).

Wirkungskette

- Anforderungsspezifisches Assessment erlaubt die Formulierung anforderungsspezifischer Therapieziele
- Anforderungsspezifische Therapieziele steuern anforderungsspezifische Therapieinhalte
- Anforderungsspezifische Therapieinhalte erzeugen ein besseres (und schnelleres) Rehaergebnis im Sinne der Rentenversicherung, also bezüglich der Arbeitsfähigkeit und im Sinne des Patienten in Bezug auf Gesundheit und Selbstbestimmung

Begründung/Erläuterung

1. eine effektive und damit qualitativ hochwertige Therapie muss zielgerichtet sein
2. das Therapieziel steuert die Therapie und deren Inhalte
3. das übergeordnete Therapieziel für die angestrebte Patientengruppe lautet: Rückkehr zur Arbeit
 - a. ergo: das Therapieziel muss anforderungsspezifisch sein
 - b. die Anforderung ist individuell bei jedem Patienten
4. die Wahl des Therapieziels setzt eine gültige IST-Analyse voraus
5. eine gültige IST-Analyse wird mit Assessment bestmöglich realisiert
6. Assessment wird am besten in Form einer Prozedur gestaltet
7. APTEI-med erlaubt eine Ergebniskontrolle

Im Rahmen der Studie wird die Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Gruppenvergleich untersucht.

Fragestellung

Hat eine anforderungsorientierte Individualisierung mit Hilfe von APTEI-med bei einer stationären medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit Indikation Rücken im erwerbsfä-

higen Alter einen Einfluss auf die Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Vergleich zur Vergleichsgruppe?

Hypothese

Ein anforderungsorientiert individualisierter Rehabilitationsablauf mit Hilfe von APTEI-med wirkt sich bei einer stationären medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit Indikation Rücken im erwerbsfähigen Alter auf die Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit, repräsentiert über rückenstufenspezifische Funktions- und Aktivitätsscores, im Vergleich zur Vergleichsgruppe aus.

Da der Prozess der ärztlichen Urteilsfindung durch APTEI-med beeinflusst wird, kann das Rehabilitations-/Therapieergebnis nicht mit Hilfe des ärztlichen Urteils evaluiert werden. Die FCE-Tests sind ebenfalls ungeeignet, da einerseits nur eine individuelle Auswahl von Modulen eingesetzt wird und andererseits eine Messung mit einer Aufgabe/Übung, mit der auch trainiert wird, im testtheoretischen Sinne problematisch ist. Aus diesen Gründen werden Assessmentinstrumente eingesetzt, welche körperliche Aktivitäten mit Schwerpunkt Rücken erfassen. Zusätzlich wird ein generisches Instrument eingesetzt, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu erlauben.

Die eingesetzten Instrumente sind:

- PACT – Performance Assessment and Capacity Testing – Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten (Spinal Function Sort)
- FFbH-R – Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen
- SF 12 – Short Form 12 – Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand

Die Instrumente werden zu Beginn (T0), zum Ende (T1) und eine Woche nach Ende der Maßnahme (T2) bei Untersuchungs- und Vergleichsgruppe eingesetzt. Verglichen werden die individuellen relativen Änderungen. Der katamnestische Erhebungszeitpunkt hat den Vorteil, dass eine Bewertung nach Rückkehr in den Alltag getroffen werden kann und eine Urteilsverzerrung durch aktuelle Schmerzzustände oder das Ärgernis über den Entlassungsstatus oder dergleichen reduziert wird. Außerdem können die meist alltagsbezogenen Fragestellungen bei T2 besser beantwortet werden, und der erfasste Zeitraum liegt bei T0 und T2 beide Male außerhalb des Reha-Aufenthaltes und erlaubt somit eine bessere Vergleichbarkeit. Der postrehabilitative Erhebungszeitpunkt bleibt zu dem katamnestischen Zeitpunkt bestehen, um dem Risiko unzureichenden Rücklaufs der Bögen zu begegnen.

3.2.7 Zwischenergebnisse der Evaluation – Modul 6

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung lag die Zahl der erfassten Probanden noch unter den angestrebten Gruppengrößen von je 50 Patienten. Die endgültigen Ergebnisse werden im Sommer 2007 getrennt veröffentlicht. Dennoch weisen die vorliegenden Zwischenergebnisse auf einen deutlichen Erfolg des vorgestellten Verfahrens APTEI-med hin.

Die folgende Tabelle zeigt ausgewählte Parameter der beiden Studiengruppen zu Beginn der Reha (T0).

	Untersuchungsgruppe	Vergleichsgruppe	sig.
N	26	40	
Alter	Ø 45	Ø 48	n.s.
Geschlecht	30% m / 70% w	25% m / 75% w	n.s.
Dauer	78% 3Wo. / 22% 4Wo.	65% 3Wo. / 35% 4Wo.	n.s.
E-Status	82% AF / 18% AU	84% AF / 16% AU	n.s.
PACT	Ø 108,9	Ø 110,2	n.s.
FFbH-R	Ø 66,3	Ø 54,2	n.s.
SF12-KSK	Ø 36,3	Ø 33,2	n.s.
SF12-PSK	Ø 39,5	Ø 40,9	n.s.
ICD-10	M42 = 8,7% M51 = 30,4% M53 = 4,3% M54 = 56,5%	M43 = 3,3% M51 = 26,7% M53 = 20,0% M54 = 50,0%	n.s.

Tab. 1: Ausgangswerte der Studiengruppen zu Rehabeginn (PRÄ)

N = Anzahl der Patienten

Dauer = Aufenthaltsdauer in der Klinik

PACT = Mittelwert des PACT-Summenscores

FFbH-R = Mittelwert der Funktionskapazität ermittelt über den FFbH-R

SF12-KSK = Mittelwert der Körperlichen Summenskala des SF12

SF12-PSK = Mittelwert der Psychischen Summenskala des SF12

ICD-10 = Gruppierte Indikation nach ICD-10

Die beiden Studiengruppen unterscheiden sich in keinem der erfassten Merkmale bei einem angenommenen 5% Konfidenzintervall signifikant und können demnach einer vergleichenden Betrachtung unterzogen werden.

Das Niveau beider Gruppen zu T0 ist in Bezug auf die körperliche Leistungs- bzw. Funktionsfähigkeit und den allgemeinen Gesundheitszustand vergleichsweise niedrig.

Die körperliche Leistungsfähigkeit ist repräsentiert über den PACT-Summenscore. Eine den Auswertungsvorgaben entsprechende Übertragung der Summenscores in ein Arbeitsbelastungsniveau nach DOT¹² ergibt für beide Studiengruppen im Mittel ein Arbeitsbelastungsniveau *Sitzen*. Dies entspricht der niedrigsten Kategorie des DOT.

Die mittlere körperliche Funktionskapazität entspricht mit den ermittelten Werten zu Rehabeginn ebenfalls einem deutlich unterdurchschnittlichen Niveau, welches mit 80 Punkten definiert ist.

Die Werte der körperlichen Summenskala liegen deutlich unter den Referenzwerten. Sowohl im Vergleich zur deutschen Normstichprobe mit nicht weiter spezifizierten aktuellen oder chronischen Erkrankungen (46,32) als zur Normstichprobe mit aktuellen Rückenschmerzen (Ischias) (44,43) liegen beide Gruppen deutlich darunter. Die beobachteten Werte entsprechen annähernd den Werten von chronisch erkrankten Patienten, bei denen allerdings keine spezifischen Werte für Rückenleiden vorliegen.

Die Werte der Psychischen Summenskala sind ebenfalls sehr niedrig. Sie liegen sogar noch weit unter den Referenzwerten chronisch kranker Menschen.

¹² Dictionary of Occupational Titles (1977) des United States Department of Labor (DOL)

Auswertung PACT

Die subjektive Leistungsfähigkeit wurde mit dem PACT zu Beginn (T0) und Ende (T1) des Rehaufenthaltes erhoben. Die Ergebnisse sind in Abb. 12 dargestellt.

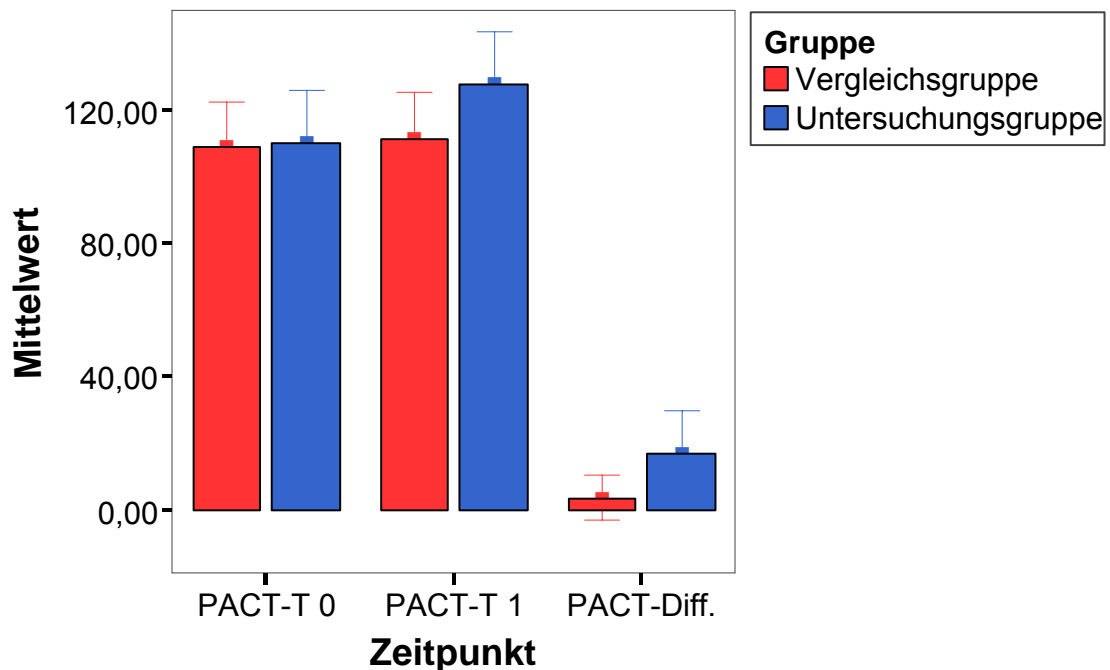


Abb. 12: Ergebnisse PACT
Fehlerbalken zeigen 95,0% Konfidenzintervall(e) des Mittelwerts

Das Balkenpaar PACT-Diff. zeigt den Mittelwert der Differenzen des PACT-Summenscores der einzelnen Patienten zwischen Beginn und Ende der Maßnahme. Die Balken berücksichtigen dementsprechend die individuellen Veränderungen jeder einzelnen Person. Wie an den Fehlerbalken zu erkennen und zusätzlich mit dem Student-T-Test nachgewiesen, ist der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf einem 5-prozentigen Signifikanzniveau statistisch bedeutsam.

Darüber hinaus ergab die Berechnung der Effektgröße nach Cohen's d einen Wert von 0,57. Die Referenzwerte für Cohen's d sind: 0,3 kleiner Effekt, 0,5 mittlerer Effekt und 0,7 für einen großen Effekt.

Die absolute Effektstärke beträgt 6,7%. Sie wird errechnet über den absoluten Gruppenunterschied der Werte PACT-Diff, relativiert an der zur Verfügung stehenden Skala (0-200). In der Sozialwissenschaft gelten Werte über 5% als bedeutsam.

Die ermittelten Effektstärken weisen darauf hin, dass die Rehabilitation mit Einsatz der beschriebenen APTEI-med einen nennenswerten Einfluss auf die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit hat.

Ein weiterer Beleg der erfolgreichen Therapie mit APTEI-med ist die Tatsache, dass während die Vergleichsgruppe durch den Klinikaufenthalt keine Veränderung des ursprünglichen Arbeitsbelastungsniveaus (*Sitzen*) erreichte, sich die Untersuchungsgruppe im Mittel auf das Arbeitsbelastungsniveau *Leicht* nach DOT verbessert hat.

Auswertung FFbH-R

Die körperliche Funktionskapazität wurde mit dem FFbH-R zu Beginn (T0), zu Ende (T1) und eine Woche nach Ende (T2) des Rehaaufenthaltes erhoben. Der Aufbau und Inhalt des FFbH-R machten den Zeitpunkt T2 möglich und notwendig. Möglich ist der katamnestische Zeitpunkt, weil der FFbH-R problemlos ohne fachliche Unterstützung ausgefüllt werden kann und keiner umfangreichen Begleitmaterialien bedarf, wie beispielsweise der PACT. Die Notwendigkeit ergibt sich daraus, dass durch die Befragung zu T2 die Vergleichbarkeit der Aussagen vor und nach der Reha verbessert wird, da sich beide Einschätzungen auf den Alltag der Patienten beziehen. Außerdem wurde erwartet, dass der Rücklauf zu T2 nicht vollständig ist und somit T1 nicht entfallen kann. Da der Rücklauf zu T2 nur etwa 50% betrug, wurde der Erfassungszeitpunkt *LATE* definiert, der den spätmöglichen Erfassungszeitpunkt (T1 oder T2) pro Patient berücksichtigt. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen lässt sich auch bei isolierter Berücksichtigung von T1 abbilden und nachweisen, jedoch erhöht die Einbeziehung von T2 aus oben genannten Gründen die Vergleichbarkeit der Zeitpunkte.

Die Zusammensetzung von *LATE* aus den Zeitpunkten T1 und T2 ist in Tab. 2 abgebildet:

Gruppe	Anteil T1	Anteil T2
Untersuchungsgruppe	37,5%	62,5%
Vergleichsgruppe	54,1%	45,9%

Tab. 2: Anteil der Erhebungszeitpunkte T1 und T2 an dem zusammengefassten Zeitpunkt LATE bei FFbH-R

Abb. 13 zeigt die Ergebnisse des FFbH-R im Gruppenvergleich.

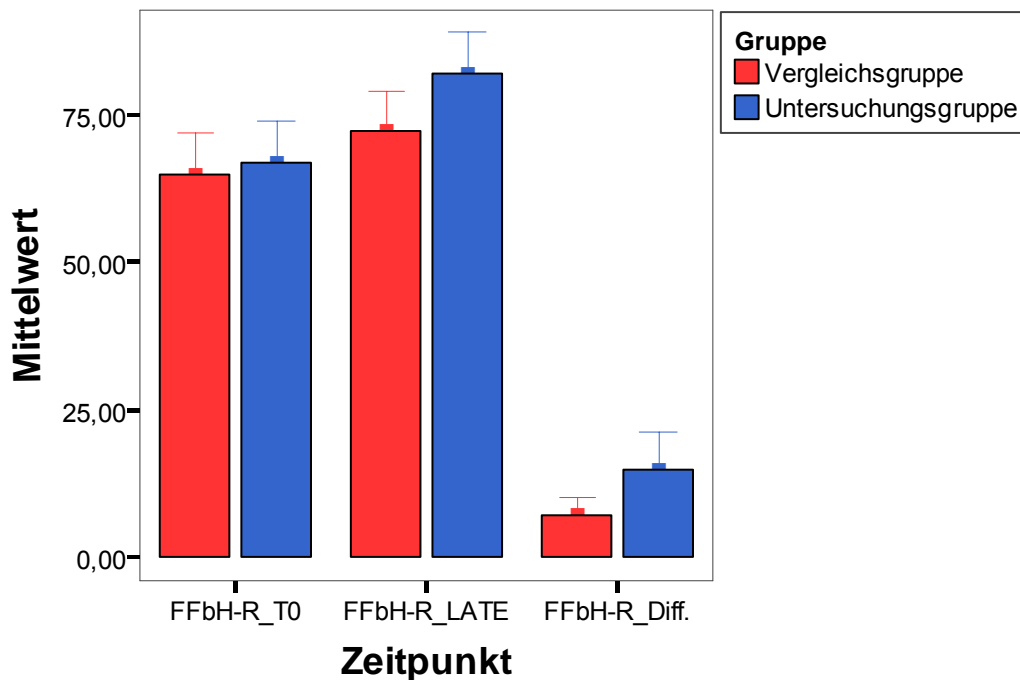


Abb. 13: Ergebnisse FFbH-R
Fehlerbalken zeigen 95,0% Konfidenzintervall(e) des Mittelwerts

Das Balkenpaar FFbH-R_Diff. zeigt den Mittelwert der Differenzen der Funktionskapazität der einzelnen Patienten zwischen *T0* und *LATE*. Die Balken berücksichtigen dementsprechend die individuellen Veränderungen jeder einzelnen Person. Wie an den Fehlerbalken zu erkennen und zusätzlich mit dem Student-T-Test nachgewiesen, ist der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf einem 5-prozentigen Signifikanzniveau statistisch bedeutsam.

Darüber hinaus ergab die Berechnung der Effektgröße nach Cohen's *d* einen Wert von 0,68. Die Referenzwerte für Cohen's *d* sind: 0,3 kleiner Effekt, 0,5 mittlerer Effekt und 0,7 für einen großen Effekt.

Die absolute Effektstärke beträgt 7,95%. Sie wird errechnet über die absolute Gruppenunterschied der Werte FFbH-R_Diff, relativiert an der zur Verfügung stehenden Skala (0–100). In der Sozialwissenschaft gelten Werte über 5% als bedeutsam.

Die ermittelten Effektstärken weisen darauf hin, dass die Rehabilitation mit Einsatz der beschriebenen APTEI-med einen großen bzw. bedeutsamen Einfluss auf die Verbesserung der körperlichen Funktionskapazität hat.

Ein weiterer Beleg der erfolgreichen Therapie mit APTEI-med ist die Tatsache, dass sich die Untersuchungsgruppe mit 82 Punkten im Mittel auf eine normale Funktionskapazität verbessert hat.

Auswertung SF12-KSK

Der allgemeine körperliche Gesundheitszustand wurde mit dem SF12-KSK (körperliche Summenskala) zu Beginn (T0), zu Ende (T1) und eine Woche nach Ende (T2) des Rehaufenthaltes erhoben. Die Argumente für den Zeitpunkt T2 und *LATE* entsprechen den oben genannten.

Die Zusammensetzung von *LATE* aus den Zeitpunkten T1 und T2 ist in Tab. 3 abgebildet:

Gruppe	Anteil T1	Anteil T2
Untersuchungsgruppe	41,7%	58,3%
Vergleichsgruppe	63,2%	36,8%

Tab. 3: Anteil der Erhebungszeitpunkte T1 und T2 an dem zusammengefassten Zeitpunkt *LATE* bei SF12-KSK

Abb. 14 zeigt die Ergebnisse der SF12-KSK im Gruppenvergleich.

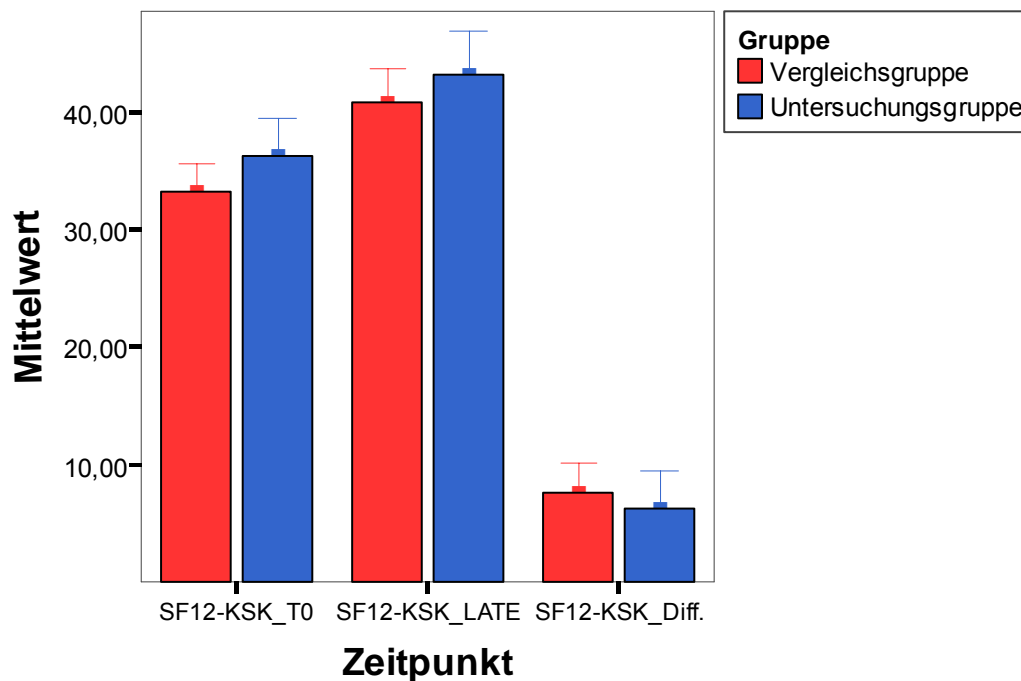


Abb. 14: Ergebnisse SF12-KSK
Fehlerbalken zeigen 95,0% Konfidenzintervall(e) des Mittelwerts

Das Balkenpaar SF12-KSK_Diff. zeigt den Mittelwert der Differenzen der Funktionskapazität der einzelnen Patienten zwischen T0 und *LATE*. Die Balken berücksichtigen dementsprechend die individuellen Veränderungen jeder einzelnen Person. Wie an den Fehlerbalken zu erkennen, ist der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf einem 5-prozentigen Signifikanzniveau statistisch nicht bedeutsam.

Der Einsatz dieses generischen Instrumentes zur Erhebung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigt, dass beide Therapieformen in vergleichbarer Weise signifikante Verbesserungen bewirken. Die Zugehörigkeit zur Studiengruppe hat allerdings keine Auswirkung auf das Ausmaß der Verbesserung.

Dieses Ergebnis unterscheidet sich deutlich von den Ergebnissen der Erhebung mit PACT und FFbH-R und zeigt, dass die Effekte einer spezifischen Intervention nur mit ebenso spezifischem Assessment nachgewiesen werden können. Eben diese spezifische Auswahl der eingesetzten Assessmentinstrumente war grundlegend für die Entwicklung des Prinzips der Assessmentprozedur.

Auswertung SF12-PSK

Der allgemeine psychische Gesundheitszustand wurde mit dem SF12-PSK (psychische Summenskala) erhoben. Details zum Erhebungszeitpunkt entsprechen denen des SF12-KSK.

Die Zusammensetzung von *LATE* aus den Zeitpunkten T1 und T2 ist in Tab. 4 abgebildet:

Gruppe	Anteil T1	Anteil T2
Untersuchungsgruppe	40,0%	60,0%
Vergleichsgruppe	61,5%	38,5%

Tab. 4: Anteil der Erhebungszeitpunkte T1 und T2 an dem zusammengefassten Zeitpunkt *LATE* bei SF12-PSK

Abb. 15 zeigt die Ergebnisse der SF12-PSK im Gruppenvergleich.

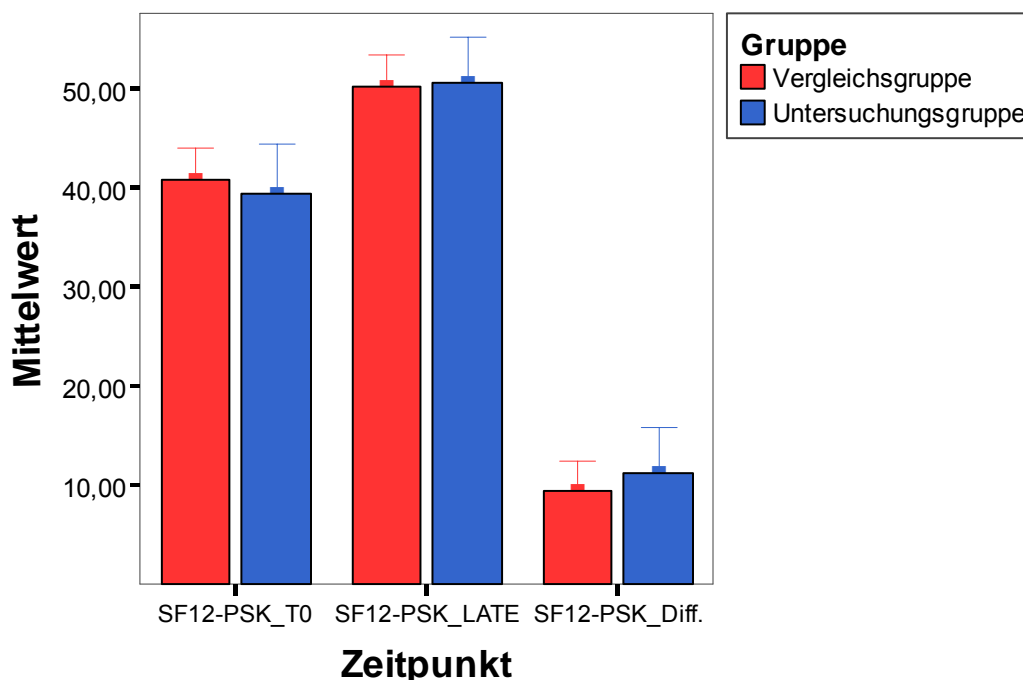


Abb. 15: Ergebnisse SF12-PSK
Fehlerbalken zeigen 95,0% Konfidenzintervall(e) des Mittelwerts

Das Balkenpaar SF12-PSK_Diff. zeigt den Mittelwert der Differenzen der Funktionskapazität der einzelnen Patienten zwischen T0 und *LATE*. Die Balken berücksichtigen dementspre-

chend die individuellen Veränderungen jeder einzelnen Person. Wie an den Fehlerbalken zu erkennen, ist der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf einem 5-prozentigen Signifikanzniveau statistisch nicht bedeutsam.

Der psychische Gesundheitszustand verbessert sich signifikant in beiden Studiengruppen. Die Zugehörigkeit zur Studiengruppe hat allerdings keine signifikante Auswirkung auf das Ausmaß der Verbesserung.

Eine detaillierte Betrachtung der Ergebnisse der SF12-PSK über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg ergab, dass sich zwischen dem Zeitpunkt POST zu Reha-Ende und dem Zeitpunkt eine Woche im Anschluss beide Gruppen um ca. 3,5 Punkte auf der PSK verbessert haben. Die Rückkehr in den Alltag hat sich somit positiv auf das psychische Befinden ausgewirkt.

3.3 Resümee

Die vielfältigen Anforderungen an den Einsatz von Assessment und einer modernen anforderungsorientierten Rehabilitation konnten erfolgreich in dem beschriebenen Konzept APTEI-med berücksichtigt und umgesetzt werden. Die Implementierung in einer stationären Rehaklinik ist eine umfangreiche Aufgabe. Nach einer Eingewöhnungsphase wurde jedoch schnell deutlich, das APTEI-med in der beschriebenen Ausprägung ein praxistaugliches Konzept für die individuell anforderungsorientierte Rehabilitation ist. Die Kombination aus den im Assessment und im Profilvergleich gewonnenen Informationen mit den Inhalten des Aktivitätstrainings lieferte Erfolg versprechende Ergebnisse in Hinblick auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben. Im Gruppenvergleich zur herkömmlichen Diagnostik und Therapie wurde vorläufig nachgewiesen, dass die Reha mit APTEI-med bezüglich der allgemeinen Gesundheit gleiche Ergebnisse liefert wie die herkömmliche Variante. Bei detaillierter Betrachtung der in der Arbeitswelt entscheidenden körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit zeigen sich jedoch signifikant bessere Ergebnisse bei der Reha nach APTEI-med.

Zur Nutzung des Teilhabe fördernden Potenzials der medizinischen Rehabilitation ist APTEI-med in der beschriebenen Umsetzung ein praxistaugliches und erfolgreiches Konzept. Weitere Evaluationen insbesondere bezüglich der langfristigen Auswirkungen auf die Fehlzeiten sollten folgen. Zukünftige Anpassungen der Rahmenbedingungen wie eine zielgerichtete Patientenzuweisung durch die Träger oder der direkte Kontakt zum Arbeitgeber unterstützen die Effizienz von APTEI-med durch die Möglichkeit zur Einrichtung anforderungsorientierter Gruppentherapien und den direkten Zugang zu den Anforderungsprofilen.

4 Das IMBA-basierte Verfahren ASKOR zur Erfassung von Schlüsselqualifikationen in der Praxis der beruflichen Rehabilitation – Entwicklung und empirische Untersuchung des Verfahrens

Ricardo Baumann

4.1 Hintergrund

Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Selbständigkeit, Belastbarkeit oder Fähigkeit zu Kritik und Selbstkritik stellen heute wesentliche Anforderungen der Arbeitswelt an Arbeitskräfte dar. In einer Umfrage der IHK Rostock¹³ äußerten 738 Unternehmen eine Reihe solcher Erwartungen der Wirtschaft an die persönlichen und sozialen Kompetenzen der Schulabgänger. In einer Umfrage bei 2154 IHK-Betrieben zu Erwartungen von Unternehmen an Hochschulabsolventen¹⁴ forderten diese zum Teil vergleichbare Kompetenzen, aber auch Fähigkeiten wie Führungskompetenz oder Durchsetzungsvermögen. Dabei ist eine realistische Einschätzung der berufsbezogenen persönlichen und sozialen Kompetenzen, etwa in Auslesesituationen, häufig schwierig. Fast die Hälfte der befragten Unternehmen in der Hochschulabsolventenumfrage der IHK (s.o.) hat sich wieder von einem Berufseinsteiger getrennt.

In einer Studie des BiBB¹⁵ wird soziale Qualifikation (bzw. Kompetenz) im Berufsleben als Fähigkeit beschrieben, die eigenen Bedürfnisse, Interessen und Gefühle mit denen der anderen auszubalancieren, ohne sich selbst dabei aufzugeben. Es heißt dort unter anderem „... Soziale Qualifikation wird darüber hinaus als eine Fähigkeit verstanden, die man auch im eigenen Interesse einsetzt. Soziale Spannungen, Missstimmungen und Problemsituationen mit anderen beeinflussen die eigene Stimmung und das Selbstwertgefühl sehr stark. Wer mit diesen Belastungen nicht angemessen umgehen kann, für den bleiben Erkrankungen oder Rückzug aus dem Arbeitsverhältnis oft die einzige Konsequenz.“

Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung müssen sich, wenn es um den Erhalt des Arbeitsplatzes oder um die (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt geht, den oben beschriebenen Anforderungen ebenso stellen wie Nichtbehinderte. Wenn ein behinderter Mensch sich aus gesundheitlichen Gründen beruflich umorientieren will, dann wird in der Regel auch zu prüfen sein, inwieweit eine Passung hinsichtlich der psychosozialen Anforderungen der angestrebten Tätigkeit und der Kompetenzen des behinderten Menschen vorliegt. Gegebenenfalls wird man dort, wo Abweichungen bestehen, eine gezielte Förderung anregen oder unter Umständen zur Suche nach einem anderen Tätigkeitsfeld raten, das den persönlichen Voraussetzungen besser entspricht. Dies setzt allerdings voraus, dass die entsprechenden Fähigkeiten auch treffsicher erfasst werden.

Assessment Center sind Verfahren, die insbesondere in Unternehmen in der Personalauswahl und -entwicklung eingesetzt werden. Durch den Einsatz von Assessment Centern versprechen sich Unternehmen im Vergleich zu anderen berufseignungsdiagnostischen Verfahren unter anderem eine verbesserte Treffsicherheit, aber auch eine hohe Transparenz

¹³ IHK Rostock Umfragebericht (April 2002). *Was erwartet die Wirtschaft von den Schulabgängern*

¹⁴ DIHK Pressemappe (Juni 2004). *Fachwissen ist nicht alles – Persönlichkeit ist gefragt. DIHK-Studie zu Erwartungen von Unternehmen an Hochschulabsolventen*

¹⁵ Damm-Rüger, S./ Stiegler, B. (1996). *Soziale Qualifikation im Beruf* (p. 14). Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) Bielefeld: Bertelsmann Verlag

von Personalentscheidungen¹⁶. Assessment Center zeichnen sich dadurch aus, dass multiple diagnostische Verfahren eingesetzt werden, welche systematisch Verhaltensleistungen erfassen. Mehrere Beobachter schätzen gleichzeitig Teilnehmerleistungen nach festgelegten Regeln in Bezug auf vorab definierte Anforderungsdimensionen ein (Kleinmann 2003). Die Aufgaben weisen meist eine realitätsnahe Ausrichtung (Simulationsprinzip) auf, um damit den potenziellen Arbeitsalltag bestmöglich abzubilden. Häufig eingesetzte Verfahren sind Präsentationen, Rollenspiele, Gruppendiskussionen und Arbeitsproben. Kleinmann kommt zu dem Schluss, dass Assessment Center prognostisch valide und konstruktvalide sind, wenn eine Reihe von Randbedingungen beachtet werden. Auch Schuler¹⁷ nennt Aspekte, die einen positiven Einfluss auf die Validität von Assessment Centern haben dürften.

Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung von Schlüsselqualifikationen in der Arbeitswelt (s.o.) einerseits und der berichteten guten Möglichkeiten zu deren Erfassung durch Assessment Center andererseits hat eine Arbeitsgruppe des iqpr das Assessment Center ASKOR¹⁸ für Menschen mit Behinderung bzw. drohender Behinderung entwickelt und in zwei Feldern der beruflichen Rehabilitation mit insgesamt 53 Teilnehmern erprobt. Die erfassten Kompetenzen waren überwiegend IMBA¹⁹-Schlüsselqualifikationen.

4.2 Ziel der Entwicklung und Erprobung von ASKOR

Ziel des Forschungsprojektes war es, ein Verfahren zu erhalten, mit dem man bei maximaler Güte möglichst ökonomisch arbeitsbezogene Schlüsselqualifikationen erfassen kann. Mit ASKOR sollte in relativ kurzer Zeit eine möglichst hohe Trefferquote bei der Beurteilung der Kompetenzen erzielt werden. Darüber hinaus sollte das Endprodukt Entscheidungsprozesse bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt unterstützen. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Assessment Centers sollte z.B. eine Einschätzung erleichtert werden, ob für einen Teilnehmer etwa eine Tätigkeit im Bereich Dienstleistung ratsam erscheint oder ob bestimmte Kompetenzen gezielt gefördert werden sollten, um seine Integrationschancen zu verbessern.

4.3 Entwicklung des Assessment Centers ASKOR

Anwendungsbereiche

Zunächst wurden zwei Anwendungsfelder in der beruflichen Rehabilitation ausgewählt. Wir entschieden uns zum einen für eine Maßnahme der betrieblichen Integrationsförderung (BIF) für Menschen mit Behinderung. Teilnehmer der BIF sind arbeitslose behinderte Menschen unterschiedlichen Alters, bei denen aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten bei der

¹⁶ Kleinmann, M. (2003). *Assessment Center. Praxis der Personalpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

¹⁷ Schuler, H. (2000). *Psychologische Personalauswahl*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

¹⁸ ASKOR: Assessment-Center zur Erfassung sozialer Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation ©

¹⁹ IMBA (2000): Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt, *Definitionen Fähigkeiten*

Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt bestehen. Im Personenkreis kommen sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen vor. Die Maßnahme gliedert sich in eine interne Phase (drei Monate Berufsförderungswerk) und eine externe Phase (sechs Monate Training „on the Job“). Nach den ersten vier Wochen der internen Phase wird ein Integrationsplan mit einem zwischen Teilnehmer und Rehateam vereinbarten Förderangebot erstellt. Das zweite Anwendungsfeld war eine zweijährige Umschulungsmaßnahme für Menschen mit Behinderung, die einen kaufmännischen Abschluss anstrebten. Wir entschieden uns für diese Erprobungsfelder, da das Assessment Center für eine möglichst breite Gruppe von Menschen unterschiedlichen Alters und mit unterschiedlichen Behinderungen nutzbar sein sollte. Dies war in beiden Anwendungsfeldern gegeben.

Allgemeine Anforderungen an ASKOR

Um eine breite Beurteilungsgrundlage zu erhalten, sollten neben Arbeitssimulationen auch eignungsdiagnostische Gespräche (siehe Durchführung) durchgeführt und Fragebögen eingesetzt und auf ihre Güte hin überprüft werden. Aus ökonomischen Gründen sollte das AC nicht länger als etwa einen Tag dauern. Außerdem sollten bei der Durchführung eines Assessment Centers ca. sechs bis acht Teilnehmer betrachtet werden können. Der aktuelle Wissensstand in Forschung und Praxis zu ACs wurde recherchiert (u.a. Kleinmann 2003; Arbeitskreis Assessment Center e.V.²⁰; Unternehmensrecherche 2004: Assessment Center bei AXA Colonia zur Auswahl von Auszubildenden). Insgesamt wurde bei der Entwicklung des AC der Best Practice gefolgt.

Schlüsselqualifikationen

Es erfolgte eine Klärung, welche Schlüsselqualifikationen im Assessment Center betrachtet werden sollten.

- Es wurde recherchiert, welche überfachlichen Anforderungen (Schlüsselqualifikationen) Arbeitgeber an ihre Mitarbeiter stellen.
- Es sollten Fähigkeiten berücksichtigt werden, die potenziell durch eine Behinderung eingeschränkt sein können.
- Anforderungen der Arbeitswelt und Fähigkeiten potenzieller Arbeitnehmer sollten einander gegenübergestellt werden können.
- Bei der Personalauswahl in Unternehmen steht meist ausgehend von einem bestimmten Arbeitsplatz oder einer bestimmten Berufsanforderung die Suche nach einem geeigneten Kandidaten im Vordergrund. Bei berufseignungsdiagnostischen Fragestellungen im Rahmen der Förderung der Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sucht man häufig umgekehrt, ausgehend vom Potenzial der Person, nach geeigneten Tätigkeitsfeldern. Das heißt, bei der Entwicklung einer Liste von Fähigkeitsmerkmalen sollte berücksichtigt werden, dass das Spektrum der Fähigkeiten einen Abgleich mit Anforderungen mehrerer Arbeitsplätze oder Berufe erlaubt.

²⁰ Arbeitskreis Assessment Center e.V., *Standards der Assessment Center Technik 2004*

- Damit ein gleiches Verständnis der Fähigkeiten besteht, sollten verbindliche Definitionen und Beschreibungen der Schlüsselqualifikationen vorliegen.
- Die verschiedenen Schlüsselqualifikationen sollten in ihrer Ausprägung erfassbar sein.
- Nicht zuletzt sollte vor der Auswahl der Schlüsselqualifikationen erwogen werden, für welche der vorselektierten Kompetenzen ein Assessment Center besonders geeignet erscheint.

Bei der Recherche relevanter Schlüsselqualifikationen wurden die eingangs erwähnten Umfragen, der IHK Rostock und der DIHK sowie DIK2²¹ und IMBA herangezogen und einander gegenübergestellt. Daraufhin wurden die Schlüsselqualifikationen näher betrachtet, die bei inhaltlicher Vergleichbarkeit in den verschiedenen Quellen mit hoher Übereinstimmung genannt wurden. Aus diesem Itempool wurden letztlich insbesondere soziale Merkmale ausgewählt, da diese bei hoher Bedeutsamkeit schwer zu erfassen sind²² und sich bei ihrer Beurteilung Assessment Center, durch die Möglichkeit unterschiedliche arbeitsbezogene soziale Situationen simulieren zu können, anbieten. Letztlich wurden sieben überwiegend soziale Schlüsselqualifikationen aus IMBA ausgewählt und ein Merkmal aus AVEM (Fragebogen zu arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern). IMBA bot sich an, da hier Definitionen für die Schlüsselqualifikationen vorliegen, darüber hinaus eine Gegenüberstellung von Fähigkeiten und Anforderungen möglich ist und bei der Entwicklung des Verfahrens darauf geachtet wurde, dass Fähigkeiten berücksichtigt werden, die potenziell durch eine Behinderung eingeschränkt sein können. Das AVEM-Merkmal wurde ausgewählt, da die psychische Stabilität eine maßgebliche Rolle für die Arbeitsfähigkeit spielt.

Folgende Schlüsselqualifikationen wurden schließlich ausgewählt: Kontaktfähigkeit, Teamarbeit, Durchsetzung, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit, Selbständigkeit, Problemlösen, Ausgeglichenheit.

Arbeitssimulationen

Folgende Kriterien wurden bei der Entwicklung der Aufgaben berücksichtigt:

- Die gleichen Schlüsselqualifikationen sollten in verschiedenen Feststellungsverfahren beurteilt werden.
- Es sollte eine größere Anzahl unterschiedlicher Übungen geben.
- Die Übungen sollten Realitätsnähe aufweisen.
- Relevantes Verhalten bezüglich der Schlüsselqualifikation sollte mehrmals innerhalb einer Übung zu beobachten sein.
- Relevantes Verhalten bezüglich der Schlüsselqualifikation sollte in mehreren Übungen beobachtbar sein.
- Für verschiedene Ausprägungen einer Schlüsselqualifikation sollte es genügend Beobachtungsmöglichkeiten geben.
- Übungen sollten soweit standardisiert sein, dass die Verhaltensausprägungen der Teilnehmer vergleichbar bewertet werden konnten.

²¹ DIK-2, *Katalog Diagnostischer Kriterien*

²² Seyfried, B. (1995). „Stolperstein“ *Sozialkompetenz. Was macht es so schwierig, sie zu erfassen, zu fördern und zu beurteilen.* Bielefeld: Bertelsmann Verlag

- Die Übungen sollten verschiedene Bewältigungsstrategien zulassen.
- Zur Bewältigung der Aufgaben sollte kein spezifisches Fachwissen erforderlich sein.

Beobachtung und Beurteilung bei den Arbeitssimulationen

Hinsichtlich des Beobachtungs- und Beurteilungssystems waren mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Anzahl der Beobachter sollte ausreichend sein, um zuverlässig die interessierenden Schlüsselqualifikationen einschätzen zu können (Gefahr der Informationsüberlastung bei der gleichzeitigen Betrachtung zu vieler Personen). Andererseits sollte sie aus ökonomischen Gründen begrenzt werden. Letztlich entschieden wir uns dafür, dass ein Beobachter maximal vier Teilnehmer gleichzeitig einschätzen sollte.
- Es sollten darüber hinaus pro Aufgabe nicht mehr als vier Schlüsselqualifikationen gleichzeitig beobachtet werden.
- Dabei sollte jeder Teilnehmer hinsichtlich der jeweiligen Schlüsselqualifikationen bei jeder Aufgabe von zwei Beobachtern betrachtet werden.
- Um eine unvoreingenommene Einschätzung zu gewährleisten, sollten die Beobachter die Teilnehmer des Assessment Centers nicht kennen.
- Bei jeder Aufgabe sollten die Beobachter ausführlich das zu den interessierenden Schlüsselqualifikationen beobachtete Verhalten beschreiben. Nachdem die Teilnehmer die Aufgabe bearbeitet hatten, sollten die Beobachter dann jeweils auf einer Ratingskala eine Bewertung bezüglich der Ausprägung der jeweiligen Schlüsselqualifikationen abgeben.
- Bei der Ratingskala wurden vier Ausprägungsmöglichkeiten festgelegt, um die Tendenz von Beurteilern zur Mitte hin nicht zu fördern.
- Als Beurteilungshilfen sollten die Beobachter Definitionen der Schlüsselqualifikationen und Verhaltenschecklisten bekommen.
- Vor der Durchführung der Arbeitssimulationen sollten die Beobachter im Umgang mit den Verfahren geschult werden.
- In einer Beobachterkonferenz sollten die Beobachtungen und Bewertungen der Beobachter ausgewertet werden.
- Je zwei Beobachter sollten über den ganzen Tag dieselben Teilnehmer beobachten (keine Beobachterrotation).
- Die Beobachter sollten sich nicht vor der Beobachterkonferenz über Teilnehmer austauschen (Unabhängigkeit der Beurteilungen).
- Um die Profilwerte pro Teilnehmer und Schlüsselqualifikation zu erhalten, sollten Mittelwerte gebildet werden.

Moderation bei den Arbeitssimulationen

Ein Moderator sollte für die Moderation der Teilnehmereinführung, für die Organisation, für die Einführung der Teilnehmer in die Aufgaben, für die Moderation der Beobachterkonferenz und für die Berechnung der Profile zuständig sein. Es wurde festgelegt, dass der Moderator ein Diplompsychologe sein sollte.

Dialogorientierung bei ASKOR

Für die am Assessment Center teilnehmenden Personen sollte das Verfahren transparent sein, so dass mehrere Tage vor der Durchführung des Assessment Centers über Verfahrensablauf und Ziele informiert werden sollte. Im Anschluß an das Assessment Center sollte mit jedem Teilnehmer ein dialogorientiertes Feedbackgespräch zu beobachteten Stärken und Schwächen und Anregungen für weitere Schritte stattfinden. Darüber hinaus sollte zur Steigerung des Nutzens für die Teilnehmer und die Verantwortlichen der betrieblichen Integrationsförderung (BIF) bzw. der Umschulungsmaßnahme ein Ergebnisbericht mit den wesentlichen Beobachtungen und Aussagen erstellt werden.

Pretest der Arbeitssimulationen

Die entwickelten Übungen wurden in einem Pretest mit iqpr-Mitarbeitern durchgeführt, dabei hinsichtlich verschiedener Kriterien, wie etwa Verständlichkeit der Instruktionen, beurteilt und daraufhin zum Teil modifiziert.

Evaluation von ASKOR

Es wurden statistische Auswertungen zu Interraterreliabilität bei den Arbeitssimulationen und zur Validität des Assessment Centers insgesamt geplant. Darüber hinaus sollte die Akzeptanz des Assessment Centers bei Teilnehmern und Verantwortlichen des Erprobungsfeldes erfasst werden. Nicht zuletzt sollte die Güte der Einschätzungen aus den Arbeitssimulationen mit der Güte der Einschätzungen aus einem teilstrukturierten eignungsdiagnostischen Gespräch verglichen werden, das unabhängig von den Arbeitssimulationen mit den Teilnehmern von einem Diplompsychologen durchgeführt wurde.

4.4 Durchführung von ASKOR

Beschreibung der durchgeführten Assessment Center

Es wurden acht Assessment Center mit insgesamt 53 Probanden durchgeführt. Von den Verantwortlichen des jeweiligen Erprobungsfeldes wurden für das AC Teilnehmer ausgewählt, die sich kurz vor einem betrieblichen Praktikum oder vor einem „Training on the Job“ befanden. An jedem Assessment Center nahmen zwischen fünf und sieben Probanden teil. Die Teilnehmer bearbeiteten fünf vom iqpr entwickelte Aufgaben, dazu einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung, eine vom BBW Waiblingen entwickelte PC-Simulation (Hamet2) und einen Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM). Acht Schlüsselqualifikationen wurden jeweils in zwei verschiedenen der fünf selbst entwickelten Aufgaben beobachtet und beurteilt. Jeder Teilnehmer wurde nach jeder Aufgabe von zwei Beobachtern hinsichtlich der gezeigten Verhaltensleistungen in den vorher festgelegten Schlüsselqualifikationen (Verhaltensdimensionen) auf einer viergestuften Ratingskala bewertet. Als Beurteilungshilfe erhielten die Beobachter Definitionen der Schlüsselqualifikationen und negative und positive Verhaltensbeispiele, wie sie in der jeweiligen Aufgabe auftreten konnten. Bei der PC-Simulation erfolgte für jeden Teilnehmer eine Bewertung durch zwei Beobachter nach den Kriterien der Konstrukteure. Bei der Selbsteinschätzung ging es um die gleichen acht Schlüsselqualifikationen wie in den fünf selbst entwickelten Aufgaben. Der AVEM enthielt unter anderem das Merkmal Ausgeglichenheit. Darüber hinaus wurde ein eignungsdiagnostisches Gespräch durchgeführt, in dem ebenfalls die genannten Schlüsselqualifikationen erfasst wurden.

Beschreibung der Stichprobe

18 Frauen und 35 Männer mit unterschiedlichen Behinderungen im Alter zwischen 22 und 55 Jahren nahmen am Assessment Center teil. Der Altersdurchschnitt betrug 38,6 Jahre. Ein Teilnehmer hatte einen Sonderschulabschluss, 23 Teilnehmer hatten die Hauptschule abgeschlossen, 17 hatten Fachoberschulreife, 12 hatten Fachhochschulreife oder Abitur. Die Teilnehmer bezogen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und nahmen zum Zeitpunkt des AC an beruflichen Maßnahmen des Berufsförderungswerks Michaelshoven teil. 46 der insgesamt 53 Teilnehmer befanden sich in der neunmonatigen betrieblichen Integrationsförderung (BIF). Sieben Teilnehmer machten eine zweijährige kaufmännische Umschulung. Von den BIF-Teilnehmern hatten 24 eine abgeschlossene Berufsausbildung im handwerklich/technischen Bereich, 14 eine abgeschlossene kaufmännische Berufsausbildung, drei einen Beruf im sozialen Bereich erlernt, drei einen Medienberuf, zwei hatten einen sonstigen Abschluss. Die Qualifizierungen lagen zum Teil schon länger zurück. Die Teilnehmer strebten überwiegend Tätigkeiten in Bereichen an, in denen sie ihre jüngste Qualifikation erworben hatten. 18 Teilnehmer wollten im handwerklich/technischen Bereich arbeiten, 21 wollten im kaufmännischen Bereich tätig werden, jeweils drei wollten einer Tätigkeit im sozialen Bereich bzw. in einem Medienberuf nachgehen, drei strebten sonstige Tätigkeiten an, fünf hatten keine klare Vorstellung. Es war ursprünglich von uns geplant, mehr Teilnehmer aus Qualifizierungsmaßnahmen am AC teilnehmen zu lassen, was jedoch aufgrund zu geringer Belegung der Lehrgänge bzw. aufgrund anderer Prioritäten (z.B. Prüfungsvorbereitung) sowohl der Lehrgangsbetreuer als auch der Teilnehmer nicht möglich war.

Auswahl und Instruierung der Beobachter für die Arbeitssimulationen

Bei der Auswahl der Beobachter wurde darauf geachtet, dass sowohl Frauen als auch Männer zum Einsatz kamen, um mögliche geschlechtsspezifische Effekte auszugleichen. Es sollten sowohl Beobachter eingesetzt werden, die über einen beruflichen Erfahrungshintergrund in der Diagnostik von Schlüsselqualifikationen verfügten als auch Beobachter, die nicht als Experten eingestuft wurden, um bei der Evaluation beide Gruppen hinsichtlich ihrer Beurteilungsgüte vergleichen zu können. Insgesamt wurden acht verschiedene Beobachter(innen) unterschiedlicher Berufsgruppen eingesetzt: Ein Diplompsychologe, ein Sozialpädagoge, eine Sozialwissenschaftlerin, eine Lehramtsanwärterin, ein Sportwissenschaftler, zwei Sportwissenschaftlerinnen und ein Student. Alle Beobachter erhielten schriftliche Hinweise zu Art und Bedeutung intrapersonaler Einflüsse auf Beurteilungen von Verhalten (z.B. Halo-Effekt). Darüber hinaus erhielten sie Instruktionen zur praktischen Vorgehensweise beim Beobachten und Bewerten (z.B. nicht vor der Beobachterkonferenz miteinander über Eindrücke von den Teilnehmern sprechen). Nicht zuletzt erfolgte eine Schulung der Beobachter, indem anhand von Beispielen die Beobachtungs- und Bewertungsprozedur veranschaulicht wurde.

Eignungsdiagnostisches Gespräch

Die Arbeitssimulationen wurden durch eine Analyse von Bewerbungsunterlagen, die die Teilnehmer im iqpr einreichen sollten, und ein eignungsdiagnostisches Gespräch ergänzt. Im Gespräch wurde ein Bewerbungsgespräch simuliert, in dem neben den interessierenden Schlüsselqualifikationen auch motivationale Aspekte betrachtet wurden. Der Interviewer sichtete zunächst die Unterlagen und führte dann die Gespräche unabhängig vom dem Team, das für die Arbeitssimulationen zuständig war, einen Tag vor den Arbeitssimulationen durch. Er war angehalten, seine Einschätzung erst nach Durchführung der Arbeitssimulationen weiterzugeben. Ziel war es, für Auswertung und Feedback eine ergänzende Einschätzung zu bekommen, ohne dass die Beobachter der Arbeitssimulationen jedoch davon beeinflusst würden. Um eine möglichst hohe Güte der Einschätzungen zu erhalten, wurden im Gespräch zu den interessierenden Schlüsselqualifikationen biographische und situative Fragen gestellt (siehe auch Schuler, H., 2000). Der Interviewer war ein in psychologischer Eignungsdiagnostik berufserfahrener Diplompsychologe.

Beurteilungsrahmen für die Auswertung der Unterlagen und des Gesprächs waren, wie bei den Arbeitssimulationen, die IMBA-basierten Dokumentationskategorien zur arbeitsbezogenen sozialen Kompetenz (Kontaktfähigkeit, Teamarbeit, Durchsetzungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit, Selbständigkeit, Problemlösefähigkeit) sowie das AVEM-Item Ausgeglichenheit.

Für die Beurteilung der Kontaktfähigkeit wurde das konkrete Interaktionsverhalten des Rehabilitanden bzw. Bewerbers in der Interviewsituation herangezogen. Folgende Fragen standen hier im Vordergrund. Wie situationsangemessen wird die Balance zwischen Nähe und Distanz gestaltet? Verändert sich der Kontakt im Laufe der Interviewsituation? Spricht der Bewerber strukturiert und verständlich, geht er sachlich auf die Fragen des Interview-

partners ein, passen verbale und nonverbale Kommunikation zueinander? Erfragt wurden die Erfahrungen des Bewerbers mit Kundenkontakt im Verlauf der bisherigen Berufsbiographie. Aus den Unterlagen wurde hierzu berücksichtigt, wie lange die vergangenen Arbeitsverhältnisse dauerten, ob Schul- und Ausbildungsabschnitte regulär abgeschlossen wurden sowie die Zeugnisbewertungen alter Arbeitgeber in Bezug auf das Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Kollegen.

Bei der Beurteilung der Fähigkeiten zur Teamarbeit (als Basisindikator für soziale Kompetenz am Arbeitsplatz) standen biographische Fragen im Mittelpunkt. In welchem Ausmaß hat der Bewerber bisher mit Kollegen und Vorgesetzten kooperieren müssen? Wie strukturiert waren diese Situationen bzw. wie komplex die Arbeitsaufgaben? Wie stark waren Arbeitssituationen durch Einzelarbeit und Routinetätigkeiten geprägt? Erfragt wurden ebenfalls die konkreten Erfahrungen des Bewerbers, Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten im Gespräch zu klären. Der Bewerber wurde im Gespräch aufgefordert, konkrete Arbeitssituationen zu schildern. Es wurde darüber hinaus erfragt, wie der Bewerber seine Rolle in Grupsituationen einschätzte, ob er zum Beispiel über Leitungserfahrung verfügte und in welchem Ausmaß er eigene Ideen einbrachte und Arbeitssituationen in Gruppen von sich aus strukturierte. Aus den Arbeitszeugnissen wurden insbesondere die Beschreibung des Anforderungsprofils des Arbeitsplatzes in Bezug auf soziale Kompetenzen und die Bewertung der sozialen Kompetenzen des Bewerbers genutzt. Hier ist jedoch anzumerken, dass Arbeitszeugnisse oft wenig verwertbare Informationen zu den sozialen Kompetenzen enthalten. Oft lassen sich nur indirekte Hinweise finden, so zum Beispiel, wenn ein Bewerber Stellen häufig wechselt, die Beschäftigungsverhältnisse sehr kurz und entsprechende Arbeitszeugnisse nicht vorhanden sind. Konnte ein Bewerber längere Beschäftigungszeiträume mit formal korrekten Arbeitszeugnissen nachweisen, wurde dies als Hinweis auf zumindest durchschnittlich ausgeprägte soziale Kompetenzen gewertet.

Die Durchsetzungsfähigkeit des Bewerbers wurde ebenfalls über erwerbsbiographische Fragen ermittelt. Ergänzend wurde das aktive bzw. passive Verhalten des Bewerbers in der Interviewsituation als Hinweis auf diese Dimension herangezogen. Haben Bewerber die Interviewsituation durch ihre Art sehr stark mitgestaltet, wurde dies als positiver Hinweis auf die Fähigkeit, sich durchsetzen zu können, gewertet. Die Definition der Durchsetzungsfähigkeit nach MELBA beinhaltet auch die Frage, wie mit Konflikten umgegangen wird.

Die beiden Beurteilungsmerkmale Kritikfähigkeit (Feedback geben) und Kritisierbarkeit (Feedback erhalten) waren auf Basis der Unterlagen oft nicht zu beurteilen. Direkte Hinweise zu diesen Merkmalen fehlten fast durchgängig in den Arbeitszeugnissen. In der Gesprächssituation wurden die Bewerber aufgefordert, einzelne erwerbsbiographische Abschnitte zu bewerten.

Zur Beurteilung der Selbständigkeit wurde insbesondere der Umgang des Bewerbers mit der Rehabilitations- bzw. der Arbeitslosigkeitssituation eruiert. Stellte sich der Bewerber als Opfer seiner aktuellen Lebens- und Arbeitssituation dar, wurde dies als Hinweis auf eine gering ausgeprägte Selbständigkeit interpretiert. Aus der Erwerbsbiographie wurde die eigenverantwortliche Aufgabenerledigung erfragt. Die Initiative des Bewerbers in der Gesprächssituation wurde ebenfalls beobachtet und mit in die Bewertung einbezogen.

Das Merkmal Problemlösen stellt den Umgang mit neuen und unbekanntem Aufgaben sowie die Flexibilität und Systematik bei der Erarbeitung von Lösungen in den Vordergrund. Auf Basis der Schilderungen typischer Arbeitssituationen wurde ermittelt, in welchem Ausmaß der Bewerber mit unbekanntem Arbeitssituationen konfrontiert war. Schwierig zu bewerten war die Problemlösefähigkeit bei Bewerbern, deren bisherige Tätigkeiten einen hohen Grad an Routine hatten und kaum fachliche Qualifikationen erforderten.

Für die Bewertung der Ausgeglichenheit wurde die Kontinuität der Erwerbsbiographie herangezogen und der Umgang mit der Gesprächssituation. Wirkte der Bewerber im Gespräch relativ ruhig, gelassen und wenig irritierbar bei angemessener Kontaktgestaltung, wurde dies als Hinweis auf eine durchschnittliche Ausgeglichenheit interpretiert.

Grundlage des Gesprächs war folgender Leitfragenkatalog:

- Was haben Sie bisher beruflich gemacht? (Einstiegsfrage)
- Was waren bisher die entscheidenden Etappen in Ihrer Berufsbiographie bzw. was hat Sie besonders geprägt?
- Warum haben Sie den Beruf xy erlernt?
- Warum haben Sie sich bei Firma xy beworben?
- Welche Stärken (Fähigkeiten, Kompetenzen etc.) bringen Sie in Ihr zukünftiges Arbeitsfeld ein?
- Auf welche beruflichen Leistungen sind Sie besonders stolz?
- Wie stellen Sie sich ihre berufliche Situation in zwei Jahren vor?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Teamarbeit? Beschreiben Sie bitte eine typische Arbeitssituation!
- Welche Rolle nehmen Sie meistens in einer Arbeitsgruppe ein?
- Stellen Sie sich vor, ihr Arbeitgeber überträgt ihnen die Zuständigkeit für Kundenbeschwerden. Was spricht dafür, was eher dagegen, dass Sie für diese Aufgabe der/die Richtige sind?
- Was zeichnet in Ihren Augen einen Arbeitsplatz aus, an dem Sie ihre Leistungsfähigkeit voll entfalten können?
- Was tun Sie, wenn es am Arbeitsplatz „stessig“ wird?
- Wenn Sie mit dem Verhalten ihres Kollegen unzufrieden sind, was tun Sie?
- Können Sie eine Situation aus ihrer Berufsbiographie beschreiben, in der Sie sich gegen Widerstände durchgesetzt bzw. behauptet haben?
- Inwieweit können Sie sich in Bezug auf Ihre Bewerbungskompetenzen bzw. Aktivitäten noch verbessern?
- Welche Hobbys haben Sie?
- Wie viel möchten Sie verdienen?

Die Gespräche dauerten in der Regel zwischen 30 und 45 Minuten.

Fragebogen zur Teilnehmerzufriedenheit

Die Teilnehmer wurden nach der Durchführung der Feedbackgespräche gebeten, den Veranstaltern des Assessment Centers eine Rückmeldung zu persönlichem beruflichen Nutzen und Zufriedenheit mit Aufgabeninhalt, Organisation, Atmosphäre und Feedback zu geben. Darüber hinaus sollten sie den Schwierigkeitsgrad der Aufgaben bei den Arbeitssimulationen einschätzen.

Ablauf der Durchführung des Assessment Centers

Eignungsdiagnostisches Gespräch (Ein Tag vor den Arbeitssimulationen)

Zeit	Inhalt/Aufgaben	Methode	Schlüsselqualifikationen
15 Minuten	Analyse von Bewerbungsschreiben, Bewerberfoto, Lebenslauf, Schul- und Arbeitszeugnissen	Sichtung der Bewerbungsunterlagen	Kontaktfähigkeit (IMBA) Durchsetzung (IMBA) Teamarbeit (IMBA) Kritikfähigkeit (IMBA) Kritisierbarkeit (IMBA) Selbständigkeit (IMBA) Problemlösen (IMBA) Ausgeglichenheit (AVEM)
45 Minuten	Situative und biographische Fragen an Teilnehmer in einem simulierten Bewerbungsgespräch	Interview	Kontaktfähigkeit (IMBA) Durchsetzung (IMBA) Teamarbeit (IMBA) Kritikfähigkeit (IMBA) Kritisierbarkeit (IMBA) Selbständigkeit (IMBA) Problemlösen (IMBA) Ausgeglichenheit (AVEM)

Arbeitssimulationen

Zeit	Inhalt/Aufgaben	Methode	Schlüsselqualifikationen
8.00–8.30	Organisatorisches	Treffen des AC-Teams	
8.30–8.45	Begrüßung der Teilnehmer		
8.45–10.15	Selbstvorstellung	Präsentation und Dialog mit Moderator	Kontaktfähigkeit
10.15–11.10	Gemeinsam ein Thema erarbeiten – Teamaufgabe	Rollenspiel in der Gruppe	Teamarbeit (IMBA) Selbständigkeit (IMBA) Kritikfähigkeit (IMBA) Kritisierbarkeit (IMBA)
11.10–11.15	Pause		
11.15–13.15	1. Kundengespräch 2. Selbsteinschätzung Schlüsselqualifikationen 3. Arbeitsbezogenes Erlebens- und Verhaltensmuster Mittagspause parallel zu 1.–3.	Rollenspiel (Einzel) Fragebogen Fragebogen	<i>Im Kundengespräch:</i> Kontaktfähigkeit (IMBA) Durchsetzung (IMBA) Selbständigkeit (IMBA) Problemlösen (IMBA)
13.15–14.00	Umgang mit Kunden, Vorgesetzten und Kollegen	PC-Simulation (Hamet2) in der Gruppe, schriftlich	Kontaktfähigkeit (IMBA) Kritisierbarkeit (IMBA)
14.00–14.25	Konflikt am Arbeitsplatz – Gruppendiskussion	Diskussion unter Teilnehmern	Durchsetzung (IMBA) Teamarbeit (IMBA) Problemlösen (IMBA) Ausgeglichenheit (Avem)
14.25–15.55	Feedback geben/ bekommen	Feedback unter Teilnehmern	Kritisierbarkeit (IMBA) Kritikfähigkeit (IMBA) Ausgeglichenheit (Avem)
15.55–16.10	Abschlussrunde	Verabschiedung der Teilnehmer	
16.10	Ende des AC für Teilnehmer		
16.10–16.40	Datenzusammenführung		
16.40–17.40	Beobachterkonferenz		

Feedback (ein Tag nach Arbeitssimulationen und Gespräch)

Zeit	Inhalt/Aufgaben	Methode
30 Minuten	Feedback durch Moderator und Interviewer an Teilnehmer	Dialogorientiertes mündliches Feedback
5 Minuten	Schriftliches Feedback der Teilnehmer an iqpr	Fragebogen
	Dokumentation von Inhalten und Ergebnissen des AC. Vorschläge für Interventionen	Ergebnisbericht

4.5 Ergebnisse der Durchführung

Akzeptanz der Arbeitssimulationen bei den Teilnehmern

Im Anschluss an das Feedback zu Arbeitssimulationen und Interview wurden den Teilnehmern mehrere Aussagen vorgelegt, bei denen sie angeben sollten, inwieweit sie zutrafen:

- 1) Das Feedback zu den Arbeitssimulationen war hilfreich
- 2) Die Arbeitssimulationen haben mir bei meiner beruflichen Planung weitergeholfen
- 3) Mit Art und Inhalt der Aufgaben war ich einverstanden
- 4) Mit der Moderation war ich zufrieden
- 5) Die Atmosphäre war angenehm

6) Mit der Organisation war ich zufrieden

In unten stehender Tabelle sind die Häufigkeiten der Antworten absolut und in Prozenten wiedergegeben.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Teils/teils	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Das Feedback zu den Arbeitssimulationen war hilfreich	17 32,1 %	27 50,9 %	7 13,2 %	1 1,9 %	0 0 %
Die Arbeitssimulationen haben mir bei meiner beruflichen Planung weitergeholfen	5 9,4 %	23 43,4 %	17 32,1 %	6 11,3 %	1 1,9 %
Mit Art und Inhalt der Aufgaben war ich einverstanden	9 17 %	33 62,3 %	9 17,0 %	1 1,9 %	0 0 %
Mit der Moderation war ich zufrieden	19 35,8 %	29 54,7 %	4 7,5 %	0 0 %	0 0 %
Die Atmosphäre war angenehm	19 35,8 %	26 49,1 %	7 13,2 %	0 0 %	0 0 %
Mit der Organisation war ich zufrieden	19 35,8 %	18 34,0 %	15 28,3 %	0 0 %	0 0 %

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine gute Akzeptanz der Arbeitssimulationen bei den Teilnehmern. Die Mehrheit der Teilnehmer erlebte das Feedback als hilfreich (83 %) und fand, dass die Arbeitssimulationen für die berufliche Planung weiter geholfen habe (52,8 %). 32,1 % waren der Meinung, es habe zum Teil für die berufliche Planung weitergeholfen und für 13,2 % der Teilnehmer waren die Arbeitssimulationen keine Hilfe für die berufliche Planung. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die meisten Teilnehmer eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten, sich seit mehreren Wochen im Berufsförderungswerk in einer Maßnahme zur betrieblichen Integrationsförderung befanden und kurz vor einem Praktikum standen bzw. vor einem „Training on the Job“, so dass davon auszugehen ist, dass bereits eine ausführliche Auseinandersetzung mit den beruflichen Zielen und Unterstützung bei der beruflichen Planung erfolgt waren. Es ist anzunehmen, dass die Rückmeldungen zum Nutzen der Arbeitssimulationen für die weitere berufliche Planung noch deutlich positiver ausfallen würden, wenn man die Arbeitssimulationen zu einem früheren Zeitpunkt im Rehaverlauf durchführen würde. Umso erstaunlicher ist es, dass auch zu diesem relativ späten Zeitpunkt so viele Teilnehmer die Arbeitssimulationen für die berufliche Planung als hilfreich erlebten.

Mit Art und Inhalt der Aufgaben, Moderation und Atmosphäre waren die meisten Teilnehmer zufrieden.

Auch mit der Organisation waren die meisten Teilnehmer zufrieden. Allerdings gab fast ein Drittel der Teilnehmer an, nur zum Teil mit der Organisation zufrieden gewesen zu sein. Einige Teilnehmer gaben den Hinweis, es habe zu viele Pausen gegeben. Denkbar er-

scheint, dass diese unproduktiven Zeiträume in Zukunft für eignungsdiagnostische Gespräche genutzt werden.

Akzeptanz des eignungsdiagnostischen Gesprächs bei den Teilnehmern

Die Teilnehmer sollten nach dem Feedback zu Arbeitssimulationen und Gespräch angeben, inwieweit die folgenden Aussagen zum eignungsdiagnostischen Gespräch zutrafen:

- 1) Das Feedback zum Gespräch war hilfreich
- 2) Das Gespräch hat mir für meine berufliche Planung weitergeholfen
- 3) Mit Art und Inhalt des Gesprächs war ich einverstanden
- 4) Die Atmosphäre im Gespräch war angenehm

In der folgenden Tabelle sind die Häufigkeiten der Antworten absolut und in Prozenten wiedergegeben.

Aussagen zum eignungsdiagnostischen Gespräch	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Teils/teils	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Das Feedback zum Gespräch war hilfreich	15 28,3 %	28 52,8 %	7 13,2 %	0 0 %	1 1,9 %
Das Gespräch hat mir für meine berufliche Planung weitergeholfen	9 17,0 %	21 39,6 %	16 30,2 %	5 9,4 %	1 1,9 %
Mit Art und Inhalt des Gesprächs war ich einverstanden	15 28,3 %	34 64,2 %	3 5,7 %	0 0 %	0 0 %
Die Atmosphäre im Gespräch war angenehm	23 43,4 %	23 43,4 %	6 11,3 %	0 0 %	0 0 %

Die Ergebnisse sprechen für eine gute Akzeptanz des eignungsdiagnostischen Gesprächs bei den Teilnehmern. Der Nutzen für die weitere berufliche Planung dürfte, ähnlich wie bei den Arbeitssimulationen, bei einem früheren Einsatz im Rehaprozess höher sein.

Akzeptanz und Nutzen aus Sicht der Verantwortlichen im Anwendungsfeld

Die Verantwortlichen der BIF wurden ebenfalls per Fragebogen gebeten, das AC zu bewerten. Aus den Antworten geht hervor, dass sie vor allem einen Nutzen für die Beurteilung und Erkennung von Förderbedarf hinsichtlich der Schlüsselqualifikationen sahen.

Die Auswertung des ersten AC zeigte, dass die Aufgabe zur gegenseitigen Einschätzung der Teilnehmer bezüglich ihrer Schlüsselqualifikationen als problematisch angesehen wurde. Hier nahmen die BIF-Verantwortlichen bei einem Teil der Teilnehmer Widerstand wahr, der

bei zukünftigen Durchführungen des AC zu berücksichtigen sei. Bei allen weiteren Assessment-Center-Durchführungen wurde den Teilnehmern freigestellt, diese Fremdeinschätzung vorzunehmen. Die Teilnehmer waren bei dieser Vorgehensweise dann immer bereit, die Aufgabe zu bearbeiten.

Eine Mitarbeiterin aus der BIF, die bei den Feedbackgesprächen anwesend gewesen war, teilte zusammenfassend mit, dass bei den teilnehmerbezogenen Rückmeldungen aus dem Assessment Center die Auffälligkeiten angesprochen wurden, die auch in der BIF zu beobachten gewesen waren.

Beobachterübereinstimmungen bei den Arbeitssimulationen

In unten stehender Tabelle sind die Interraterreliabilitäten je nach Aufgabe und Beobachtungsdimension (Schlüsselqualifikation) wiedergegeben.

Aufgabe	Schlüsselqualifikation							
	Kontakt-fähigkeit	Team-arbeit	Durch-setzung	Kritik-fähigkeit	Kritisier-barkeit	Selb-ständig-keit	Problem-lösen	Ausge-glichen-heit
Selbst-vorstellung	.60**							
Team-aufgabe		.61**		.36*	.31	.72**		
Kunden-gespräch	.62**		.64**			.68**	.69**	
Gruppen-diskussion		.67**	.68**				.70**	.28
Feedback-geben/be-kommen				.45**	.27			.37**

* Ergebnis ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

** Ergebnis ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Um die Ergebnisse bewerten zu können, erscheint es sinnvoll, Interraterreliabilitäten aus anderen Assessment-Center-Studien vergleichend heranzuziehen. Die Vorgehensweisen und Bedingungen in den jeweiligen Studien unterscheiden sich jedoch stark voneinander. In manchen Studien findet vor der Urteilsabgabe unter den Beobachtern ein Informationsaustausch statt, was die Beurteilerübereinstimmung erhöht. Zum Teil werden Gesamturteile betrachtet, zum Teil übungsspezifische und zum Teil dimensionsspezifische Reliabilitäten. In einer Metaanalyse von Greenwood und McNamara (1967)²³ mit verschiedenen ACs an 288 Personen werden Zusammenhänge zwischen $r = .48 - .88$ nachgewiesen. In einer Studie

²³ Greenwood, J.M. & McNamara, W.J. (1967). Interrater reliability in situational tests. *Journal of Applied Psychology*, 51, 101–106.

von Jones (1981)²⁴ mit 753 Teilnehmern betragen die Interraterreliabilitäten vor dem Urteilsaustausch $r = .65 - .73$. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann konstatiert werden, dass die Interraterreliabilitäten bei ASKOR in fünf der acht Dimensionen zufriedenstellend sind, in dreien weniger. In den Dimensionen „Selbständigkeit“ und „Problemlösen“ sind die Reliabilitäten mit Werten zwischen .68 und .72 im Vergleich mit den Reliabilitäten in den Referenzstudien gut. Bei „Kontaktfähigkeit“, „Teamarbeit“ und „Durchsetzung“ liegen die Reliabilitäten zwischen .60 und .68. und damit im Rahmen der Werte in den oben genannten Studien. Bei den Dimensionen „Kritikfähigkeit“, „Kritisierbarkeit“ und „Ausgeglichenheit“ sind die Reliabilitäten vergleichsweise niedrig und zum Teil auch nicht signifikant. Die Dimensionen bzw. die Messung dieser Schlüsselqualifikationen sollten jedoch nicht voreilig aus dem Assessment Center eliminiert werden. In weiteren Auswertungen sollte überprüft werden, ob bei Berücksichtigung beider Beobachter, etwa durch Berechnung eines Mittelwertes, gute Übereinstimmungen mit Außenkriterien (z.B. BIF-Einschätzung) erzielt werden können.

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster

Im Rahmen der Durchführungen des Assessment Centers ASKOR füllten die Teilnehmer den Bogen „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“²⁵ aus. Der Bogen enthält Aussagen zu Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten, wobei vor allem auf das Arbeitsleben Bezug genommen wird. Der Bearbeiter des Fragebogens soll entscheiden, in welchem Maße die jeweiligen Sätze auf ihn zutreffen. Die Auswertung lässt eine Einteilung in vier verschiedene Typen von Verhaltens- und Erlebensmustern zu: Typ G, Typ S, Risikotyp A und Risikotyp B. Typ G hat ein gesundheitsförderliches Verhaltens- und Erlebensmuster. Er hat eine deutliche, aber nicht exzessive Ausprägung im Arbeitsengagement bei gegebener Distanzierungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme, offensives Bewältigungsverhalten und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und ein positives Lebensgefühl. Eine Intervention unter dem Gesundheitsaspekt ist bei ihm nicht erforderlich. Typ S hat ein auf Schonung orientiertes Verhaltens- und Erlebensmuster. Er hat ein geringes Arbeitsengagement bei starker Distanzierung gegenüber den Arbeitsproblemen, psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und eine relative Lebenszufriedenheit. Eine Intervention ist weniger unter dem Gesundheitsaspekt, eher unter dem Motivationsaspekt zu empfehlen. Risikotyp A hat ein überhöhtes Engagement und eine geringe Distanzierung in Bezug auf Arbeitsprobleme, verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und ein eingeschränktes Lebensgefühl. Eine Intervention erscheint bei ihm unter dem Gesundheitsaspekt erforderlich. Risikotyp B hat ein reduziertes Engagement bei zugleich eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit gegenüber den Arbeitsproblemen, starke Resignationstendenz, eine verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und ein deutlich eingeschränktes Lebensgefühl. Eine Intervention unter dem Gesundheitsaspekt erscheint erforderlich.

In unserer Stichprobe ergab sich entsprechend der oben beschriebenen Typisierung von arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern folgende Häufigkeitsverteilung: 16

²⁴ Jones, A. (1981). Inter-rater reliability in the assessment of group exercises at a UK assessment centre. *Journal of Occupational Psychology*, 54 (2), 79–86.

²⁵ Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1997). AVEM. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Manual.

Teilnehmer (30,2%) konnten am ehesten Typ G, neun Teilnehmer (17%) am ehesten Typ S, elf Teilnehmer (20,8 %) am ehesten Typ A und 17 Teilnehmer (32,1 %) am ehesten Typ B zugeordnet werden. Auffällig ist der hohe Anteil an Teilnehmern, bei denen eine Intervention unter dem Gesundheitsaspekt erforderlich erscheint.

Nach unseren Erfahrungen im Rahmen der Durchführungen von ASKOR erwies sich das AVEM-Inventar als ökonomisches und sehr hilfreiches Screening-Instrument, um eine weitere vertiefende Diagnostik einzuleiten und gegebenenfalls Interventionen anzuregen, wie etwa Psychotherapie. Weitere quantitative Auswertungen, etwa zu Zusammenhängen zwischen AVEM-Ergebnissen und Integrationserfolg werden an anderer Stelle (siehe ASKOR und Integrationserfolg) berichtet.

Konkurrente Validität von ASKOR

In unten stehender Tabelle sind die Korrelationen zwischen verschiedenen Einschätzungen angegeben, je nachdem auf welcher Beurteilungsrundlage sie erfolgten. Eine Aufgliederung erfolgt bezüglich der verschiedenen Beobachtungsdimensionen (Schlüsselqualifikation).

Beurteilungsgrundlage	Übereinstimmungen zwischen Einschätzungen bei ASKOR und von Verantwortlichen im Erprobungsfeld							
	Kontaktfähigkeit	Teamarbeit	Durchsetzung	Kritikfähigkeit	Kritisierbarkeit	Selbstständigkeit	Problemlösen	Ausgeglichenheit
Arbeits-simulation vs. Feld	.53**	.55**	.25	.52**	.30*	.41**	.42**	.34*
Gespräch vs. Feld	.50**	.18	.46**	.50**	.25	.55**	.49**	.47**
Arbeitssi-mulation + Gespräch vs. Feld	.61**	.47**	.46**	.59**	.32*	.64**	.53**	.55**

* Ergebnis ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

** Ergebnis ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Wenn man bei der konkurrenten Validität ähnliche Maßstäbe anlegt wie zuvor bei der Interraterreliabilität, dann ergeben sich bei den Schlüsselqualifikationen Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstständigkeit, Problemlösen und Ausgeglichenheit bei Einschätzungen, die auf Basis von Arbeitssimulationen und Gespräch erfolgen, zufriedenstellende Korrelationen. Bei Teamarbeit ergeben sich keine Übereinstimmungen zwischen Einschätzungen auf Basis des Gesprächs und Einschätzungen aus dem Erprobungsfeld. Bei dieser Schlüsselqualifikation ergeben sich allerdings zufriedenstellende Übereinstimmungen zwischen Beurteilungen auf Basis der Arbeitssimulationen und Einschätzungen aus dem Feld. Bei den Schlüsselqua-

lifikationen Durchsetzung und Kritisierbarkeit wurden weder auf Basis des Gesprächs noch auf Basis der Arbeitssimulationen und auch nicht unter Berücksichtigung beider Informationsquellen zufriedenstellende Übereinstimmungen mit den Beurteilungen im Feld gefunden.

Prognostische Validität von ASKOR

Drei bis sieben Monate nach der Durchführung des Assessment Centers wurde der Integrationserfolg der Teilnehmer erhoben. Als Integrationserfolg wurde gewertet, wenn ein Teilnehmer eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt bekommen hatte oder wenn er in einem Training „on the job“ war und der Arbeitgeber signalisiert hatte, dass der Teilnehmer in ein Anstellungsverhältnis übernommen werden würde. Von der Erhebung ausgenommen wurden die Teilnehmer, die an einer kaufmännischen Umschulung teilnahmen, da diese sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Umschulung befanden. Eine spätere Erhebung des Integrationserfolgs für diese Teilnehmer und eine weitere Erhebung für die Teilnehmer, bei denen bereits jetzt eine Erfassung erfolgte, ist geplant, auch um die Nachhaltigkeit des Integrationserfolgs zu überprüfen.

Bei der Einschätzung der prognostischen Güte von ASKOR wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde überprüft, ob und ggf. in welchem Umfang bestimmte arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (entsprechend AVEM) den Integrationserfolg vorhersagen konnten. Darüber hinaus sollte ermittelt werden, ob negative Abweichungen der bei den Arbeitssimulationen und im Interview eingeschätzten Schlüsselqualifikationen von den Anforderungen im Zielberuf zu einer schlechteren Integration führen würden als Übereinstimmungen und positive Abweichungen. Zu diesem Zweck wurde die IMBA-Datenbank „Berufsprofile“ herangezogen. Die dort angegebenen Anforderungen bei den Zielberufen wurden mit den in ASKOR festgestellten Schlüsselqualifikationen verglichen.

Integrationserfolg und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

In der folgenden Tabelle sind die Teilnehmer aus ASKOR entsprechend der Ergebnisse aus der Befragung mit dem AVEM aufgeführt. Von den insgesamt 53 Teilnehmern wurden 46 in die Analyse einbezogen (sieben Teilnehmer waren noch in der kaufmännischen Umschulung).

Verhaltens- und Erlebensmuster	Nicht integriert	Integriert	Gesamt
G-Typ	5 38,5 %	8 61,5 %	13 100 %
A-Typ	6 60 %	4 40 %	10 100 %
S-Typ	5 71,4 %	2 28,6 %	7 100 %
B-Typ	12 75,0 %	4 25,0 %	16 100 %
Gesamt	28 60,9 %	18 39,1 %	46 100 %

Teilnehmer mit gesundheitsförderlichem Erlebens- und Verhaltensmuster (G-Typ) waren deutlich häufiger beruflich integriert als andere. Es fällt auf, dass insbesondere Teilnehmer des B-Typs in sehr geringem Maße integriert waren. Teilnehmer mit Schonverhalten waren ebenfalls gering integriert, während Teilnehmer des A-Typs etwa im Umfang des Durchschnitts der Gesamtstichprobe integriert waren.

Integrationserfolg unter Berücksichtigung von Anforderungsprofil und erfassten Fähigkeiten

In der folgenden Tabelle sind die Teilnehmer aus ASKOR entsprechend der Ergebnisse eines Profilvergleichs zwischen festgestellten Fähigkeiten bei ASKOR und Anforderungen des Zielberufs laut IMBA-Datenbank „Berufsprofile“ aufgeführt. Von den insgesamt 53 Teilnehmern wurden 45 in die Analyse einbezogen (sieben Teilnehmer waren noch in der kaufmännischen Umschulung, einem Teilnehmer konnte kein Anforderungsprofil aus der IMBA-Datenbank „Berufsprofile“ zugeordnet werden).

Ergebnis des Profilvergleichs	Nicht integriert	Integriert	Gesamt
Laut Arbeitssimulation <u>und/oder</u> Einzelgespräch keine negative Abweichung vom Anforderungsprofil	16 55,2 %	13 44,8 %	29 100,0 %
Laut Arbeitssimulation <u>und</u> Einzelgespräch negative Abweichungen vom Anforderungsprofil	12 75,0 %	4 25,0 %	16 100,0 %
Gesamt	28 62,2 %	17 37,8 %	45 100,0 %

Teilnehmer, bei denen in den Arbeitssimulationen und im Einzelgespräch negative Abweichungen zu den Anforderungen im Zielberuf festgestellt wurden, waren schlechter integriert (25,0 %) als Teilnehmer, bei denen nur in einem der beiden Feststellungsverfahren oder in keinem eine negative Abweichung gemeldet wurde (44,8 %).

Integrationserfolg unter Berücksichtigung von AVEM, Anforderungsprofil und erfassten Fähigkeiten

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über den Integrationserfolg von ASKOR-Teilnehmern unter Berücksichtigung der Variablen „Typen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster“, „Anforderungen an Schlüsselqualifikationen im Zielberuf“ und „erfasste Schlüsselqualifikationen bei Arbeitssimulationen und Einzelgespräch“.

Verhaltens- und Erlebensmuster	Ergebnis des Profilvergleichs	Nicht integriert	Integriert	Gesamt
G-Typ	A/E keine neg. Abweichung	4 50 %	4 50 %	8 100 %
	A+E neg. Abweichung	1 20 %	4 80 %	5 100 %
	Gesamt	5 38,5 %	8 61,5 %	13 100,0 %
A-Typ	A/E keine neg. Abweichung	3 42,9 %	4 57,1 %	7 100,0 %
	A+E neg. Abweichung	3 100 %	0 0,0 %	3 100 %
	Gesamt	6 60 %	4 40 %	10 100 %
S-Typ	A/E keine neg. Abweichung	3 60 %	2 40 %	5 100 %
	A+E neg. Abweichung	2 100 %	0 0 %	2 100 %
	Gesamt	5 71,4 %	2 28,6 %	7 100 %
B-Typ	A/E keine neg. Abweichung	6 66,7 %	3 33,3 %	9 100 %
	A+E neg. Abweichung	6 100 %	0 0 %	6 100 %
	Gesamt	12 80 %	3 20 %	15 100 %

Die Besetzung der Zellen ist bei dieser Stichprobengröße naturgemäß sehr klein. Dennoch ergeben sich Hinweise für Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der verschiedenen Instrumente von ASKOR und dem Integrationserfolg. In unserer Stichprobe war der Integrationserfolg von Teilnehmern mit gesundheitsförderlichem Erleben und Verhalten auch denn relativ hoch, wenn ihnen bei Arbeitssimulationen und Einzelgespräch negative Abweichungen hinsichtlich der Schlüsselqualifikationen zum Zielberuf attestiert wurden. Der Erfolg war bei Teilnehmern mit negativen Abweichungen sogar höher. Bei allen anderen Typen von Verhaltens- und Erlebensmustern erfolgte ein Integrationserfolg jedoch nur, wenn bei den Arbeitssimulationen und/oder im Einzelgespräch keine negativen Abweichungen festgestellt worden waren. Bei Teilnehmern, bei denen sowohl in den Arbeitssimulationen als auch beim Einzelgespräch negative Abweichungen festgestellt worden waren, erfolgte keine berufliche Integration. Die Zahlen in den entsprechenden Feldern sind fett gedruckt. Dies bedeutet, dass etwa Teilnehmer des A-Typs mit positivem Fähigkeits-Anforderungs-Matching vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Arbeitssimulationen und/oder Einzelgesprächen in vier von sieben Fällen integriert wurden (57,1 %). Bei A-Typen mit negativen Ergebnissen in Arbeitssimulationen und Einzelgespräch erfolgte in keinem einzigen Fall eine Integration (0 %). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nach derzeitigem Stand ASKOR-Arbeitssimulationen und ASKOR-Einzelgespräche unter Berücksichtigung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster hilfreiche Hinweise zu Integrationschancen von Rehabilitanden liefern.

Möglichkeit des Matchings der erhobenen Profile mit Anforderungsprofilen aus der IMBA-Datenbank „Berufsprofile“

Die im Assessment Center verwendete Ratingskala ist vierstufig. Sie bildet die Profilwerte von IMBA wie folgt ab:

AC-Profilwert	1		2	3	4	
IMBA-Profilwert	1	2	3		4	5
Prozentrang	bis 5	6 – 24	25–74		75 – 94	ab 95

Um die AC-Profilwerte in ein IMBA-Profil übertragen zu können, wurde im Rahmen der Beobachterkonferenz bei jedem Teilnehmer

geprüft, ob in einer der Schlüsselqualifikationen ausschließlich überdurchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Profilwerte vergeben worden waren. In solchen Fällen wäre zu erörtern gewesen, ob entsprechend der IMBA-Skalierung eine weit überdurchschnittliche bzw. weit unterdurchschnittliche Fähigkeit vorliegt (Prozentrang 95 bzw. 5). Dies war allerdings bei keinem Teilnehmer der Fall.

Am Beispiel eines Teilnehmers, der eine kaufmännische Tätigkeit anstrebte, soll eine Gegenüberstellung seiner im AC erhobenen Fähigkeiten und den Anforderungen an einen Industriekaufmann erfolgen, so wie sie in der IMBA-Datenbank „Berufsprofile“ angegeben sind.

Anforderungen Industriekaufmann nach IMBA-
 Datenbank „Berufsprofile“ = ●
 IMBA-Profilwerte Teilnehmerfähigkeit = ■

Bewertung: Bezüglich der betrachteten
 Schlüsselqualifikationen bestehen nach
 den Ergebnissen des Assessment
 Centers ASKOR beim Teilnehmer keine
 Überforderungen in Bezug auf den Beruf
 Industriekaufmann.

Anforderungen	1	2	3	4	5
Durchsetzung			●	■	
Kontaktfähigkeit			●■		
Kritikfähigkeit		●	■		
Kritisierbarkeit		●	■		
Problemlösen		●	■		
Selbständigkeit			●■		
Teamarbeit			●	■	