

Kersting, M. (2001). "RehaAssessment" und Assessment Center Technik. In Arbeits-Gemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. (Hrsg), *RehaAssessment in Berufsförderungswerken* (S. 98-103). Hamburg: Berufsförderungswerk Hamburg.

**Dr. Martin Kersting**  
Betriebs- und Organisationspsychologie,  
Institut für Psychologie  
der RWTH Aachen

**Workshop 2**  
**Verahren, Instrumente, Methoden**

**Thema: „RehaAssessment“ und Assessment Center Technik**

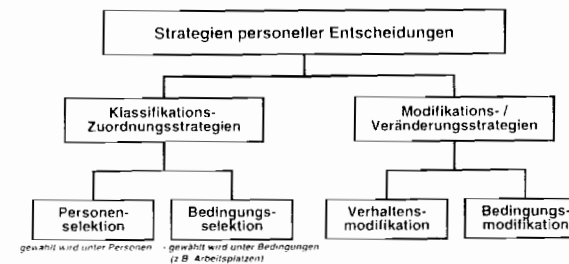
Für die Assessment Center Technik liegen umfangreiche Erfahrungen aus der Eignungsdiagnostik sowie der Managementdiagnostik außerhalb des Bereichs der beruflichen Rehabilitation vor. Der Beitrag führt einige Definitionen und Hinweise zur Assessment Center Technik auf, die sich für den neuen Ansatz „RehaAssessment“ nutzen lassen. Um von den vorliegenden Erfahrungen profitieren zu können, müssen aber vorab die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Ansätzen herausgearbeitet werden.

Der Begriff „RehaAssessment“ ist noch relativ bedeutungslos. Van de Sand (2001, S. 11) führt aus: *„RehaAssessment ist die umfassende Analyse der Übereinstimmung und Diskrepanz von beruflichen Anforderungen und Fähigkeiten durch objektivierbare Methoden. Sie hat das Ziel, den individuellen Rehabilitationsbedarf des Probanden sowie das dafür notwendige Rehabilitationspotential zu ermitteln, danach einen Rehabilitationsplan zu entwickeln und eine Erfolgsprognose zu erstellen. RehaAssessment ist damit zugleich Basis und Grundlage für ein erfolgreiches CaseManagement.“* Mit „RehaAssessment“ wird von de Sand zufolge ein Instrumentarium geschaffen, *„das einerseits zu einer umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit führt und andererseits systematische Analysen potenzieller Arbeitsplätze ermöglicht“* (ebd. S. 11).

Die hier genannten Ziele eines Ist-Sollvergleichs und einer Potentialermittlung in Hinblick auf die Erstellung eines bedarfsgerechten Rehabilitationsplans samt Erfolgsprognose stehen in Übereinstimmung mit dem „klassischen“ Strategiebegriff der Eignungsdiagnostik von Cronbach und Glaser (1965). Die Autoren verstehen unter einer Strategie eine Regel, um zu Entscheidungen zu gelangen. Eine Strategie muss festhalten, was der Entscheidungsträger unter jeder möglichen Bedingung tun soll. (Zum Strategiebedarf in der Diagnostik siehe z.B. Hornke, 1982; Jäger, 1988 und Tack, 1976.)

„Strategie“ meint, dass eine bewusste Richtschnur die Entscheidungen leitet. Bei diagnostischen Strategien geht es um die Menge von Regeln, welche die Auswahl und Verwertung diagnostischer Verfahren steuern. Dabei können auch andernorts vorhandene Informationen berücksichtigt werden. In jedem Fall ist zu entscheiden, welche Daten zu erheben und (wie) zu verwerten sind.

Innerhalb der diagnostischen Strategien kann mit Cronbach und Glaser (ebd.) zwischen Klassifikations- und Modifizierungsstrategien unterschieden werden (siehe Abbildung 1). Während die Klassifikation sich weiter in die Person- und Bedingungsklassifikation differenziert, lässt sich auf Seiten der Modifikation die Verhaltens- und Bedingungsmodifikation unterscheiden. Bei der Klassifikation werden Personen (Personenklassifikation) oder Bedingungen (z.B. Arbeitsplätze) ausgewählt, bei der Modifikation richtet sich das Interesse auf mögliche Änderungen im Verhalten und/oder in den situativen (z.B. Arbeits-) Bedingungen. Beim „RehaAssessment“ stehen die Bedingungsklassifikation sowie die Verhaltens- und Bedingungsmodifikation im Vordergrund. Die Personenklassifikation, die häufig auf eine Konkurrenzlese hinausläuft, spielt nur eine untergeordnete Rolle. Im Bereich der Eignungs- und Managementdiagnostik eingesetzte Assessment Center können ebenfalls im Kontext aller vier genannten Strategien eingesetzt werden, de facto kommt hier aber die Bedingungsmodifikation nur selten vor.



**Abb. 1**

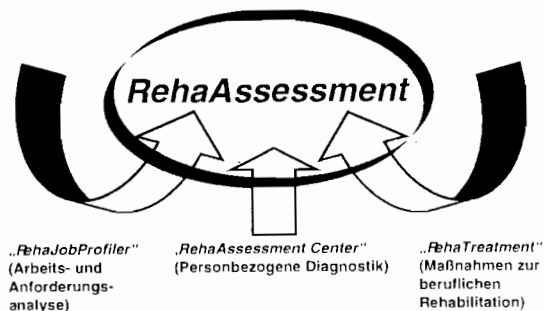
Strategien personeller Entscheidungen nach Cronbach und Glaser (1965)

Um die Assessment Center Technik in den Kontext des „RehaAssessments“ einordnen zu können, muss man die unterschiedliche Begriffsextension vergegenwärtigen. Während es sich beim „Assessment Center“ um ein Verfahren zur Erfassung personbezogener Daten handelt, versteht sich der Ausdruck „RehaAssessment“ als Oberbegriff für den gesamten diagnostischen Prozess, einschließlich der Arbeits- und Anforderungsanalyse sowie des anschließenden „treatments“, wobei jeweils die Werte, Interessen und Bedürfnisse der Rehabilitand(inn)en sowie der Organisation zu bedenken sind. Selbstverständlich baut auch die Assessment Center Technik notwendig auf die Ergebnisse von Anforderungsanalysen auf und mündet in Empfehlungen (z.B. zur Durchführung von Personalentwicklungsverfahren) – mit „Assessment Center“ ist aber zumeist der diagnostische Teil des Gesamtprozesses gemeint. Ohne die Einheit von Anforderungsanalyse, personbezogener Diagnostik und „treatment“ in Abrede stellen zu wollen, wird hier im Sinne einer optimierten Kommunikation eine eigenständige Terminologie

für diese drei tragenden Säulen des „RehaAssessments“ empfohlen. Dem Begriff „RehaAssessment“ als *genus proximum*, sollten die Begriffe (1) „RehaJobProfiler“, (2) „RehaAssessment Center“ und (3) „RehaTreatment“ als *differentia specifica* zugeordnet werden (siehe Abbildung 2). Für den Bereich „RehaAssessment Center“ ergeben sich Parallelen zur Assessment Center Technik der Eignungs- und Managementdiagnostik außerhalb der beruflichen Rehabilitation. Im folgenden wird die Assessment Center Technik erläutert. Zusätzlich wird geprüft, welche Konsequenzen sich aus der Anwendung dieser Technik für das „RehaAssessment Center“ ergeben.

Abb. 2

Das RehaAssessment Center als Bestandteil des RehaAssessments



### Die Assessment Center Technik

Nach Jeserich (1981, zitiert nach Kleinmann, 1997) .... *verstehen wir unter der Assessment Center Methode ein systematisches Verfahren zur qualifizierten Feststellung von Verhaltensleistungen bzw. Verhaltensdefiziten, das von mehreren Beobachtern gleichzeitig für mehrere Teilnehmer in bezug auf vorher definierte Anforderungen angewandt wird.*"

Systematik ist nach Jeserich (zitiert nach Kleinmann, ebd.) durch

- festgelegte Bewertungsregeln,
- die zeitliche Trennung von Beobachtung und Bewertung sowie
- vorherige Schulung der Beobachter(innen)

gegeben.

Wesentliche Merkmale der *qualifizierten Feststellung* sind nach Jeserich (zitiert nach Kleinmann, ebd.)

- der Einsatz verschiedenartiger eignungsdiagnostischer Verfahren,

- die Beurteilung derselben Anforderungsmerkmale in verschiedenen Feststellungsverfahren und
- die realitätsnahe Ausrichtung der eignungsdiagnostischen Instrumente.

Ergänzt werden muss

- die Beurteilung derselben Anforderungsmerkmale durch verschiedene Personen.

Für die Assessment Center Technik liegen verschiedene Ausführungen zur „best practice“ vor. Zu nennen sind diesbezüglich beispielsweise die „Qualitätsstandards der Assessment Center Technik“ des „Arbeitskreises Assessment Center“ (1995) oder die „Task Force on Assessment Center Guidelines“ (1989).

### Anwendung der Assessment Center Technik auf die Diagnostik im Kontext des „RehaAssessments“

Vereinfacht gesprochen können alle diagnostischen Operationen im Rahmen des „RehaAssessments“ so gestaltet werden, dass sich der Gesamtprozess als ein einheitliches Assessment Center verstehen lässt. Mindestvoraussetzung hierfür ist, dass alle an einem „Fall“ beteiligten Personen (Arbeitsmediziner(innen), Psycholog(inn)en, Arbeitspädagoge(innen), Sozialarbeiter(innen) und weitere Reha-Fachkräfte) sich auf ein gemeinsam genutztes Kategoriensystem von definierten Dimensionen der Arbeitsfähigkeit verständigen und eine einheitliche Operationalisierung der Fähigkeitsbegriffe durch beobachtbares Verhalten verwenden. Ziel der Operationalisierungen sowie der Standardisierung von Auswertungen und Interpretationen ist es, dass in denselben diagnostischen Situationen verschiedene Beobachter(innen) dieselben Beobachtungen denselben Dimensionen zuordnen. Die Definition hat so zu erfolgen, dass die Beobachtungen sich eindimensional in quantitative Abstufungen abbilden, also messen lassen. Für die Messung im Assessment Center muss von allen beteiligten Diagnostiker(inne)n dieselbe Beurteilungsskala genutzt werden. Unter diesen Voraussetzungen könnte jede diagnostische Situation im „RehaAssessment“ als eine „Station“ im Sinne der Assessment Center Technik aufgefasst werden, wobei die Regeln zur Integration der in den einzelnen Stationen gesammelten Bewertungen vorab festgelegt werden müssen. Dabei ist es denkbar, dass bestimmte Dimensionen der Arbeitsfähigkeit nur von bestimmten Berufsgruppen (z.B. Arbeitsmediziner(inne)n) erfasst werden. Sinnvollerweise sollten auch die während der Arbeitserprobung gezeigten Verhaltensweisen nach den gleichen Fähigkeitsdimensionen und mit den gleichen Regeln bewertet werden. Bei einer solchen Gestaltung könnten

einige Qualitätsstandards der Assessment Center Technik (z.B. das Prinzip der kontrollierten Subjektivität [mehrere Beobachter(innen), Beobachtungs- und Beurteilungstraining]) realisiert werden und Erfahrungen der Assessment Center Technik könnten genutzt werden (z.B. Erfahrungen mit der Rotation der Beobachter(innen), siehe z.B. Kleinmann, 1997, sowie mit verschiedenen Methoden zur Datenintegration).

Mit der Gestaltung der im Kontext des „RehaAssessments“ durchgeführten Diagnostik nach Art der Assessment Center Technik handelt man sich allerdings auch die Probleme dieser Technik ein. Wohlkonstruierte und professionell durchgeführte Assessment Center können den Erfahrungen aus der Eignungs- und Managementdiagnostik zufolge zwar unter rein technischen Gesichtspunkten der Vorhersageeffizienz als funktionstüchtige Instrumente der Personalentscheidung bezeichnet werden. Es ist aber unklar, warum Assessment Center funktionieren und was mit Assessment Centern überhaupt gemessen wird. Auf den Aspekt der Konstruktvalidität von Assessment Centern kann hier nicht ausführlich eingegangen werden (siehe z.B. Fisseni & Fennekels, 1995; Kleinmann, 1997; Klimoski und Brickner, 1987). Ein Hauptproblem besteht - verkürzt dargestellt - darin, dass sich die mit Assessment Centern vorgeblich erfassten Verhaltensdimensionen zumeist in den Beurteilungsdaten nicht aufzeigen lassen. Die durchschnittlichen Korrelationen zwischen der gleichen Dimension, gemessen in unterschiedlichen Stationen ist nicht - wie es bei einer herkömmlichen Trait Auffassung und bei Anwendung der klassischen Testtheorie zu fordern ist - größer als die Korrelationen zwischen unterschiedlichen Dimensionen, die in einer Station gemessen wurden (siehe z.B. die Befunde der diesbezüglich „klassischen“ Untersuchung von Sackett & Dreher, 1982). Im Assessment Center werden also nicht - wie konzeptionell zumeist intendiert, angekündigt und interpretiert - bestimmte Verhaltensdimensionen einer Person in verschiedenen Stationen beobachtet. Anstelle der erwarteten „Dimensionsfaktoren“ zeigen sich vielmehr „Stations-“ oder „Übungsfaktoren“. Möglicherweise besteht dieses Problem aber auch bei der herkömmlichen Diagnostik im Kontext des „RehaAssessments“ und wird bislang nur durch die uneinheitliche Terminologie und Metrik verdeckt.

### Zusammenfassung

Für die als Teilbereich des „RehaAssessments“ durchgeführte personbezogene Diagnostik können die Erfahrungen genutzt werden, die außerhalb der Rehabilitationspsychologie mit der Assessment Center Technik gesammelt wurden.

In der Assessment Center Technik hat sich der „Mehrfach“ Ansatz bewährt: ein Beurteilungsmerkmal wird von mehreren geschulten Personen mit verschiedenen realitätsorientierten Verfahren nach festgelegten Regeln bewertet. Auch die Qualitätsstandards der Assessment Center Technik und die Erfahrungen mit verschiedenen Rotationsmethoden für die Beurteiler(innen) können für die Diagnostik im Bereich des „RehaAssessments“ genutzt werden. Voraussetzung für die Anwendung der Assessment Center Technik ist u.a. die Etablierung einer gemeinsamen, verbindlichen Definition und Operationalisierung der Dimensionen der Arbeitsfähigkeit sowie die Anwendung einer einheitlichen Metrik.

### Literatur

- Arbeitskreis Assessment Center. (1992). *Standards der Assessment Center Technik*. München: Autor.
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1965). *Psychological tests and personnel decisions* (Second Edition). Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Fisseni, H.-J. & Fennekels, G. (1995). *Das Assessment Center*. Göttingen: Hogrefe.
- Hornke, L.F. (1982). Testdiagnostische Untersuchungsstrategien. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Themenbereich B: Methodologie und Methoden; Serie II: Psychologische Diagnostik; Band. 1; S. 130-172). Göttingen: Hogrefe.
- Jäger, R.S. (1988). *Psychologische Diagnostik*. München: PVU.
- Kleinmann, M. (1997). *Assessment-Center*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Klimoski, R. & Brickner, M. (1987). Why do Assessment Center work? The puzzle of Assessment Center Validity. *Personnel Psychology*, 40, 243-260.
- Sackett, P.R. & Dreher, G.F. (1982). Constructs and assessment center dimensions: some troubling empirical findings. *Journal of Applied Psychology*, 67, 401-410.
- Tack, W.H. (1976). Diagnostik als Entscheidungshilfe. In: K. Pawlik (Hrsg.) *Diagnose der Diagnostik*. (S. 103-130). Stuttgart: Klett.
- Task Force on Assessment Center Guidelines (1989). Guidelines and ethical considerations for assessment center operations. *Public Personnel Management*, 18, 457-470.
- Van de Sand, W.H. (2001) *RehaAssessment. Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit*. Unveröffentlichter Bericht. Michaelshoven: Berufsförderungswerk Michaelshoven.