

**Anstelle der Präsentation - folgender Beitrag, in dem das Thema im Wesentlichen dargestellt wird:**

Schaarschmidt, U. (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn. S. 59-82.

## **AVEM: Ein Instrument zur interventionsbezogenen Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens**

Uwe Schaarschmidt

### **Vorbemerkung**

Bereits in einem früheren Tagungsband des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation findet sich ein Beitrag zum AVEM (Schaarschmidt, 2002). Inzwischen ist der Einsatz des Verfahrens noch mehr vorangeschritten, und der Kreis der Interessenten hat sich erweitert - nicht zuletzt im Bereich der Rehabilitation. Aus diesem Grunde halte ich es für angebracht, etwas umfassendere Ausführungen zu dem Verfahren zu machen, dabei den Interventionsbezug noch deutlicher herauszustellen und die Anwendungsmöglichkeiten speziell in der Rehabilitation aufzuzeigen.

### **Zusammenfassung**

In der Diagnostik beruflicher Beanspruchung herrscht traditionell ein symptomorientierter Ansatz vor. Wir bemühen uns dem gegenüber um eine Strategie, in deren Zentrum die Erfassung der persönlichen Ressourcen steht, die in die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufs eingebracht werden. Ein Ergebnis dieser Bemühungen ist die Konstruktion des Verfahrens AVEM, mit dem sich persönlichkeitspezifische Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens identifizieren lassen. Sie erlauben den Rückschluss sowohl auf gesundheitsförderliche als auch gesundheitsgefährdende Beanspruchungsverhältnisse. Alle bisherigen Erfahrungen sprechen für die weitgehenden diagnostischen Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens, wobei insbesondere sein deutlicher Interventionsbezug hervorzuheben ist. Gerade aus diesem Grunde bietet sich AVEM für den Einsatz auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation an. Das Verfahren kann hier zur genaueren Abklärung berufsbezogener gesundheitlicher Risiken, zur Individualisierung der rehabilitativen Maßnahmen und zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle des Rehabilitationsprozesses herangezogen werden.

## **Problemstellung**

Psychologische Verfahren werden schon seit Jahrzehnten herangezogen, wenn es darum geht, die gesundheitsrelevanten Auswirkungen beruflicher Tätigkeit zu erfassen. Traditionell konzentriert man sich dabei auf die Erfassung von Belastungseffekten in Form von psychischen und körperlich-funktionellen Beeinträchtigungen. Das findet seinen Niederschlag im Einsatz vielfältiger Beschwerde- und Symptomlisten. Auch die Diagnostik des Burnout-Syndroms, die speziell im letzten Jahrzehnt starke Verbreitung fand, folgt dem effektbezogenen Ansatz.

Ausgehend von modernen gesundheitspsychologischen Konzepten reicht es aber nicht aus, sich auf die Identifizierung von Beeinträchtigungen und Beschwerden zu beschränken. Eine solch symptomorientierte Erfassung ist durch ein Herangehen im Sinne des salutogenetischen Ansatzes (Antonovsky, 1987) zu ergänzen, mit dem die Frage nach den individuellen und sozialen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die gesundheitsförderliche Bewältigung der Anforderungen in den Vordergrund tritt. Die betroffenen Menschen werden damit nicht als Opfer der auf sie einwirkenden Belastungen gesehen, sondern es wird ihnen eine aktive Rolle bei der Mitgestaltung ihrer Beanspruchungsverhältnisse zugesprochen. Auf dieser Ebene dürfte ein besserer Zugang zur Früherkennung möglicher Gefährdungen und damit zur Prävention gegeben sein. Es steht außer Frage, dass sich wirksamer in die Stärkung persönlicher Ressourcen als in die Korrektur bereits vorliegender und manifester Störungen und Beschwerden eingreifen lässt. Auch für die Rehabilitation liegen die Vorteile eines solchen Herangehens auf der Hand, betont es doch vor allem die eigenen Möglichkeiten bei der Belastungs- und Krankheitsbewältigung.

Aus dem Salutogenesegedanken hat nicht zuletzt die gesundheits- und arbeitspsychologische Ressourcenforschung ihre Impulse erhalten (Badura, 1981; Becker, 1986; Jerusalem, 1990; Wieland-Eckelmann, 1992; Udris u. a. 1994, Schwarzer, 1996). Dieser Forschungsrichtung fühlen wir uns in besonderem Maße verbunden.

Uns ging es nun darum, das Ressourcenkonzept in eine konkrete diagnostische Strategie umzusetzen. Zu diesem Zweck entwickelten wir (Schaarschmidt & Fischer, 2001, 2003) das psychodiagnostische Verfahren AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster).

## **Aufbau und Inhalte des AVEM**

Bei der Konstruktion des Verfahrens wurde ein breites Merkmalspektrum berücksichtigt. Die einbezogenen Merkmale sollten (unter dem Gesundheitsaspekt) wesentliche Seiten der Einstellung und Befindlichkeit in Bezug auf Arbeit, Beruf und damit verbundene Bereiche wider-

spiegeln. Diese Überlegungen schlagen sich in der faktorenanalytisch bestätigten Verfahrensstruktur nieder, wonach 11 Dimensionen arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens unterschieden werden (Näheres vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001; 2003). Die Dimensionen sind in Tabelle 1 erläutert.

*Tabelle 1.* Die 11 Dimensionen des AVEM

1. <i>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</i> (BA)	Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben Beispielitem: <i>Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.</i>
2. <i>Beruflicher Ehrgeiz</i> (BE)	Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf Beispielitem: <i>Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.</i>
3. <i>Verausgabungsbereitschaft</i> (VB)	Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen Beispielitem: <i>Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.</i>
4. <i>Perfektionsstreben</i> (PS)	Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung Beispielitem: <i>Was immer ich tue, es muss perfekt sein.</i>
5. <i>Distanzierungsfähigkeit</i> (DF)	Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit Beispielitem: <i>Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.</i>
6. <i>Resignationstendenz bei Misserfolgen</i> (RT)	Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben Beispielitem: <i>Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.</i>
7. <i>Offensive Problembewältigung</i> (OP)	aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen Beispielitem: <i>Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde.</i>
8. <i>Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</i> (IR)	Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts Beispielitem: <i>Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.</i>
9. <i>Erfolgs erleben im Beruf</i> (EE)	Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten Beispielitem: <i>Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.</i>
10. <i>Lebenszufriedenheit</i> (LZ)	Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation Beispielitem: <i>Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden.</i>
11. <i>Erleben sozialer Unterstützung</i> (SU)	Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit Beispielitem: <i>Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.</i>

Eine weitere faktorenanalytische Strukturierung ließ erkennen, dass diese 11 Dimensionen 3 umfassenden inhaltlichen Bereichen zugeordnet werden können. Es sind dies das berufliche *Engagement*, die erlebte *Widerstandskraft* gegenüber den beruflichen Belastungen und die *Emotionen*, die die Berufsausübung begleiten. In Hinblick auf gesundheitsbezogene Aussagen kommt jedem der 3 Bereiche auch eine eigenständige Bedeutung zu. Dem *Arbeitsengagement* sind die Dimensionen *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Beruflicher Ehrgeiz*, *Verausgabungsbereitschaft*, *Perfektionsstreben* und *Distanzierungsfähigkeit* zugehörig. Die *Distanzierungsfähigkeit* ist zugleich auch wichtiger Bestandteil des zweiten Bereichs, der erlebten *Widerstandskraft* gegenüber Belastungen. Dieser Bereich wird im Weiteren durch die Dimensionen *Resignationstendenz bei Misserfolg*, *Offensive Problembewältigung* sowie *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* repräsentiert.

Den dritten Bereich, den der *Emotionen*, machen die Dimensionen *Erfolgserleben im Beruf*, *Lebenszufriedenheit* und *Erleben sozialer Unterstützung* aus. Diese Merkmale kennzeichnen zum einen den mehr oder weniger stabilen Hintergrund, vor dem sich die Auseinandersetzung mit den Arbeitsanforderungen vollzieht, und zum anderen kommen in ihnen in sehr unmittelbarer Weise Gesundheitsaspekte zum Ausdruck.

### **Vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens**

Die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens werden dann voll ausgeschöpft, wenn auch über die einzelnen Dimensionen hinausgehend deren Zueinander in Form von Profilen, d.h. in komplexeren Verhaltens- und Erlebensmustern, betrachtet wird. Das Verfahren erlaubt die Unterscheidung nach vier (clusteranalytisch bestimmten) Mustern (vgl. Abb.1). Für jede Person kann dann im Weiteren der Grad der Passung zwischen ihrem Individualprofil und den vier Referenzprofilen bestimmt werden. Dabei wird ihr jeweils das Muster (Cluster) zugeordnet, für das sich die größte Profilübereinstimmung ergibt.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die Berechnung der Profilübereinstimmung erfolgt auf der Grundlage der über die Diskriminanzanalyse gewonnenen Diskriminanzfunktionen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, 2003). In der Mehrzahl der Fälle ergeben sich dabei keine „reinen“ Musterzugehörigkeiten. Häufiger kommen Musterkombinationen vor. Für die meisten Personen werden demzufolge tendenzielle Zuweisungen vorgenommen (z.B. stärkste Tendenz zu G, zweitstärkste zu A). Dieser Umstand bedeutet keineswegs eine Einschränkung in der Anwendbarkeit der Musterbetrachtung. Im Gegenteil: Gerade damit dürfte ein Gewinn an diagnostischer Information verbunden sein. Denn mit dem Aufzeigen von Tendenzen in Richtung des einen oder anderen Musters erhalten wir u. U. besonders bedeutsame (da frühe) Hinweise auf gesundheitsrelevante Entwicklungen (z. B. auf mögliche Übergänge von einem „gesunden“ zu einem Risikomuster).

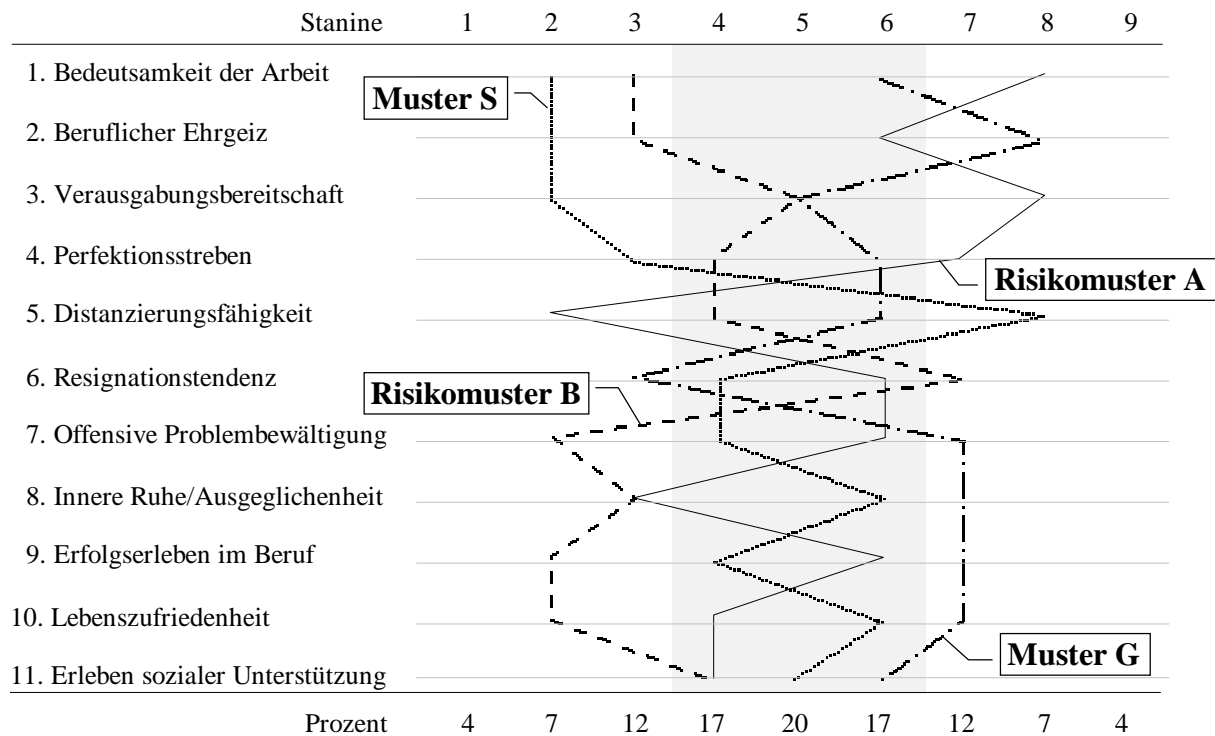


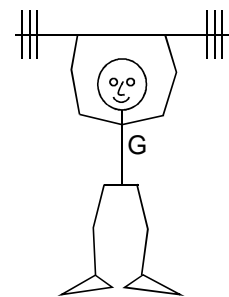
Abbildung 1. Unterscheidung nach 4 Bewältigungsmustern

(Muster G: Strich-Punkt-Linie, Muster S: gepunktete Linie, Muster A: dünne durchgezogene Linie, Muster B: gestrichelte Linie). Die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1–9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt. Aus der unteren Zeile ist zu ersehen, mit welcher prozentualen Häufigkeit die jeweiligen Skalenwerte in der Normstichprobe vorkommen.

Die vier Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (kurz: Bewältigungsmuster) sollen im Weiteren beschrieben werden:

### **Muster G**

Dieses Muster kann als Ausdruck von Gesundheit und als Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit gelten. So gesehen handelt es sich um das wünschenswerte Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens. Wir finden deutliche, doch nicht exzessive Ausprägungen in den Merkmalen, die das Arbeitsengagement anzeigen. Am stärksten tritt der berufliche Ehrgeiz hervor, während in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabebereitschaft und dem Perfektionsstreben mittlere bis leicht erhöhte Werte vorliegen.



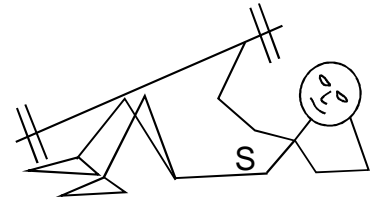
Hervorzuheben ist weiterhin die trotz hohen Engagements erhaltene Distanzierungsfähigkeit. Auch in den Dimensionen, die die Widerstandskraft gegenüber Belastungen beschreiben, lassen sich durchgehend günstige Werte finden. So liegt die geringste Ausprägung in der Resig-

nationstendenz gegenüber Misserfolgen vor und die stärkste in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit.

Das Bild vervollständigt sich schließlich durch die ausnahmslos höchsten Werte in den Dimensionen, die positive Emotionen zum Ausdruck bringen, d. h. im beruflichen Erfolgserleben, der Lebenszufriedenheit und dem Erleben sozialer Unterstützung.

### ***Muster S***

Mit der Musterbezeichnung S soll auf Schonung hingewiesen werden, die in diesem Falle das Verhältnis gegenüber der Arbeit charakterisiert.



Es finden sich die geringsten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben. Hier fügt sich auch die im Vergleich mit allen anderen Mustern am stärksten ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit ein.

Hervorzuheben ist im Weiteren die eher niedrige Resignationstendenz, die darauf hinweist, dass das verringerte Engagement nicht als Ausdruck einer resignativen Einstellung verstanden werden darf. Gemeinsam mit diesem Merkmal lässt auch die relativ hohe Ausprägung in der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit auf Widerstandsfähigkeit gegenüber den beruflichen Belastungen schließen.

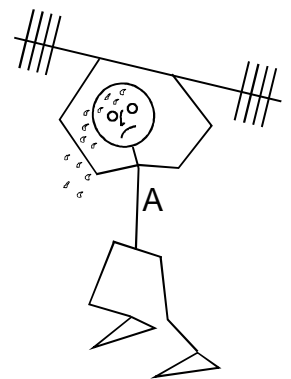
Schließlich sei noch festgehalten, dass ein eher positives Lebensgefühl vorherrscht (relativ hohe Lebenszufriedenheit). Allerdings dürfte die Quelle dafür bevorzugt außerhalb der Arbeit zu suchen sein. Der relativ niedrige Wert im beruflichen Erfolgserleben weist darauf hin. Er entspricht wohl auch der Erfahrung, dass Schonungshaltung und Erleben beruflichen Erfolgs schwerlich zueinander passen.

Generell sollte das Muster S weniger unter dem Gesundheits-, sondern eher unter dem Motivationsaspekt von Interesse sein. Dabei ist zu beachten (wie für die anderen Muster auch), dass die Erklärung nicht allein in der betreffenden Person zu suchen ist. Des Öfteren dürfte sich im S-Muster das Erleben nicht (mehr) ausreichender beruflicher Herausforderung niederschlagen. Mitunter begünstigen auch noch andere Faktoren (z. B. defizitäre Arbeitsbedingungen und/oder ein belastendes Arbeitsklima) den Rückzug aus dem beruflichen Engagement. In der Folge wird dann dem familiären und dem Freizeitbereich eine verstärkte Bedeutung beigemessen. Das zuletzt Gesagte weist darauf hin, dass der Schonungshaltung mitunter auch eine Schutzfunktion zukommen dürfte.

Unter dem Gesundheitsaspekt und insbesondere mit Sicht auf das präventive Anliegen verdienen die beiden weiteren von uns identifizierten Muster besondere Aufmerksamkeit. Sie sind als Risikomuster zu verstehen, da in beiden Fällen arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen auszumachen sind, die psychische Gefährdungen und Beeinträchtigungen anzeigen. Diese zwei Muster sollen im Folgenden noch etwas ausführlicher beschrieben und diskutiert werden:

### ***Risikomuster A***

Im Vordergrund steht hier das überhöhte Engagement. Im Vergleich mit allen anderen Mustern liegen die stärksten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben vor. Bemerkenswert ist vor allem der eindeutig niedrigste Wert in der Distanzierungsfähigkeit, womit angezeigt wird, dass es den Personen dieses Profils am schwersten fällt, Abstand zu den Problemen von Arbeit und Beruf zu gewinnen.



Hervorhebenswert ist weiterhin, dass das außerordentlich starke Engagement mit verminderter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen einhergeht, worauf die geringe Ausprägung in der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit und der relativ hohe Wert in der Resignationstendenz verweisen.

Darüber hinaus ist es von eher negativen Emotionen begleitet. Darauf lassen die relativ geringen Werte in der Lebenszufriedenheit und im Erleben sozialer Unterstützung schließen.

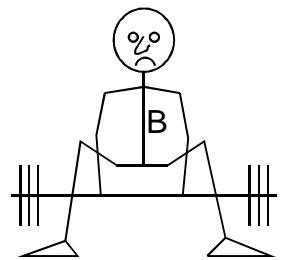
Insgesamt ist das Bild also dadurch charakterisiert, dass hohe Anstrengung keine positive emotionale Entsprechung findet. Es geht hier im Grunde um den Widerspruch, der in der Arbeitspsychologie als „Gratifikationskrise“ bezeichnet wird (Siegrist, 1991). Sein Kennzeichen ist die Kombination von großem Arbeitseinsatz und ausbleibendem Erleben von Anerkennung, wovon stärkere pathogene Wirkungen, u. a. ein Herz-Kreislauf-Risiko, auszugehen scheinen.

Generell sehen wir für die hier beschriebenen Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten einen engen Bezug zu dem viel diskutierten Typ-A-Verhaltenskonzept (Friedman & Rosenman, 1974), weshalb wir auch vom Risikomuster A sprechen. In seiner ursprünglichen Fassung postuliert das Typ-A-Konzept den Zusammenhang von koronarer Herzerkrankung und einem Verhaltensmuster, das durch übersteigertes und andauerndes Engagement, starken und konkurrierenden Ehrgeiz, Ruhelosigkeit sowie Unfähigkeit zu Erholung und Entspannung gekennzeichnet ist. In den vergangenen Jahren mehrten sich jedoch die kritischen Stimmen gegen eine zu vereinfachende Beschreibung von Verhaltensbesonderheiten infarktgefährdeter

Personen. Neuere Erkenntnisse legen die Schlussfolgerung nahe, dass ein Verhaltensstil i. S. des „workaholic“ für sich allein noch keine krankmachende Wirkung haben muss. Das eigentliche „pathogene Wirkelement“ wird in der Verbindung dieses beschriebenen Verhaltensmusters mit negativen Gefühlen gesehen. Es ergibt sich dann ein Persönlichkeitsbild, das nicht nur das Risiko der Infarktgefährdung, sondern ein generelles Krankheitsrisiko bedingen kann. Diese spezifische Konstellation von übersteigertem Arbeitsengagement und negativen Emotionen spiegelt sich im Risikomuster A weitgehend wider.

### **Risikomuster B**

Die herausragenden Kennzeichen sind hier hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit, ausbleibendes Erfolgserleben im Beruf und generelle Lebensunzufriedenheit. Im Weiteren gehören zu diesem Bild eher niedrige Werte in den Dimensionen des Arbeitsengagements, insbesondere in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit und im beruflichen Ehrgeiz. In dieser Hinsicht bestehen Gemeinsamkeiten mit dem Muster S. Im Unterschied zu S geht das verminderte Engagement jedoch nicht mit erhöhter, sondern mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit einher.



Vorrangig also ist das Bild durch Resignation, Motivationseinschränkung, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und negative Emotionen bestimmt. Solche Erscheinungen zählen zum Kern des *Burnout-Syndroms*. Um diese Beziehung deutlich zu machen, sprechen wir vom Risikomuster B. Wir orientieren uns hierbei auch an Konzepten, denen zufolge Burnout vor allem durch reduziertes Engagement anderen Menschen und der Arbeit gegenüber sowie durch ein Bündel von emotionalen Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist. Zu letzteren dürfte vorrangig ein allgemeines Erschöpfungserleben, verbunden mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit, zu zählen sein. Für das präventive Anliegen des AVEM ist von Belang, dass auch das Burnout-Syndrom in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung körperlich-funktioneller Störungen gesehen wird.

Die theoretischen Konzepte zum Burnout-Syndrom laufen in der Regel auf Phasentheorien hinaus (z. B. Freudenberg, 1974). Sie postulieren einen prozesshaften Verlauf, der eine Steigerung der Symptomatik und eine Zunahme ihrer Vielfalt einschließt. Die Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten, die sich in einem deutlich ausgeprägten AVEM-Muster B zeigen, dürften den Symptomen im fortgeschrittenen Stadium des Burnout entsprechen. Freilich bedeutet das nach unseren Erfahrungen nicht, dass damit in jedem Falle der Weg vom „Brennen“ über das „Ausbrennen“ geführt haben muss. Bezogen auf unsere Typologie würde



dies dem Übergang vom A- zum B-Muster entsprechen. Über Wiederholungsmessungen konnten wir zeigen, dass dieser Verlauf zwar überzufällig häufig auftritt, dass aber auch der Übergang von Muster S zu Muster B eine nicht geringere Rolle spielt. Und schließlich ist unseren Beobachtungen zufolge auch mit der Möglichkeit eines episodenhaften Auftretens im Zusammenhang mit gravierenden Lebensereignissen zu rechnen.

### **Gegenüberstellung der Risikomuster – Konsequenzen für die Intervention**

Werden die beiden Risikomuster A und B gegenübergestellt, so finden sich Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede. Sie gilt es bei der Intervention zu beachten. Unter dem Interventionsbezug wollen wir uns im Folgenden auf die Möglichkeiten beschränken, die die betreffenden Personen selbst haben, um den sich abzeichnenden Risiken zu begegnen (vgl. dazu die Tabellen 2-4).

Aus der Tabelle 2 geht zunächst hervor, welche Gemeinsamkeiten zwischen beiden Mustern bestehen und welche Maßnahmen demzufolge in jedem Falle zu empfehlen sind: Die Gemeinsamkeiten bestehen (bei graduellen Unterschieden) in eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit gegenüber den Arbeitsproblemen und herabgesetzter emotionaler Widerstandskraft, was in innerer Unruhe und Unausgeglichenheit sowie beeinträchtigtem Lebensgefühl zum Ausdruck kommt. Dazu gehört auch das Empfinden unzureichender sozialer Unterstützung. Beide Muster verbindet ein Erleben von Überforderung. Allerdings handelt es sich bei A um Selbstüberforderung durch übersteigertes berufliches Engagement. Hier kennzeichnet demzufolge (überzogene) Aktivität die Problemauseinandersetzung. Dagegen ist für das Muster B eine passive und resignativ-leidende Haltung in Bezug auf die Berufs- und darüber hinausgehenden Lebensanforderungen charakteristisch. Sie drückt sich auch im Erleben von Kompetenz- und Motivationsdefiziten aus. Als übergreifende, beiden gesundheitlichen Risiken gleichermaßen angemessene Maßnahmen sind die Förderung von Entspannung und aktiver Kompensation zu empfehlen, die vor allem der emotionalen Distanzierung vom Berufsalltag zugute kommen sollten. Hier ist das Spektrum der Möglichkeiten sehr groß. Besonderes Gewicht sollten dabei freudvolle Freizeitaktivitäten haben. Für beide Risikomuster ist im Weiteren die Klärung des professionellen Selbstverständnisses von Bedeutung, d. h. die Identifizierung, Problematisierung und schließlich Veränderung von unrealistischen berufsbezogenen Ansprüchen und Zielen. Im Falle des Musters A ist dabei meist die Korrektur überhöhter persönlicher Sollwerte vonnöten, bei B geht es in der Regel um die Aufarbeitung enttäuschter Erwartungen und daraus abzuleitende neue Zielsetzung und Sinnfindung. Schließlich kommt für beide

Muster der Förderung unterstützender sozialer Beziehungen eine wichtige Funktion zu. Erforderlich ist ein Klima vertrauensvoller Beziehungen innerhalb des Teams und im Verhältnis zur Leitung, das den offenen und entlastenden Austausch über Probleme und Schwierigkeiten im Arbeitsalltag ermöglicht.

Neben den vergleichbaren Merkmalen lassen sich für beide Risikomuster Spezifika ausweisen, die auch gesonderte Maßnahmen der Intervention verlangen:

Aus Tabelle 3 lässt sich entnehmen, was in diesem Zusammenhang für Muster A von Bedeutung ist. Das Bild wird vor allem bestimmt durch die Diskrepanz zwischen dem erhöhten Engagement auf der einen und den Einschränkungen von Widerstandskraft und Lebensgefühl auf der anderen Seite. Vorrangig kommt es bei Muster A darauf an, der exzessiven Verausgabung im Beruf entgegenzuwirken. Zu diesem Zweck gilt es, eine Relativierung des Stellenwertes der Arbeit in Bezug auf die übrigen Bereiche des Lebens zu erreichen. Aber auch das Überdenken und Verändern der individuellen Arbeitsorganisation ist oftmals angezeigt. Im Weiteren sind bei diesem Muster solche Maßnahmen gefordert, die auf die Verringerung der Verletzbarkeit in Konfliktsituationen, die Erhöhung der Frustrationstoleranz und die angemessene Bewältigung von Ärger abzielen. Auch hier dürfte neben speziellen Trainingsangeboten zum Stressabbau, zum Konfliktmanagement u. dgl. vor allem den Möglichkeiten zur Aussprache im Team und mit der Leitung eine entscheidende Rolle zukommen.

Die Tabelle 4 macht deutlich, was speziell bei Risikomuster B zu beachten ist. Herrscht dieses Muster vor, so wird das Bild durch Motivationseinschränkung, Rückzug bei anstehenden Problemen, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit bestimmt. Es ist hier ein breites Spektrum von Intervention in Erwägung zu ziehen, wobei im Grunde kein Lebensbereich ausgeklammert werden darf. Neben den für beide Risikomuster aufgeführten Maßnahmen zur Stressbewältigung und zur Entwicklung eines realitätsbezogenen beruflichen Selbstverständnisses kommt es bei Muster B insbesondere auf die Förderung der sozial-kommunikativen Kompetenzen an, tun sich hier doch oft besondere Defizite auf. Schwerpunkte sehen wir dabei vor allem in der Unterstützung offensiver Konfliktbearbeitung, der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Bewältigung sozialer Ängste.

Bei einem stark ausgeprägten B-Muster ist kaum damit zu rechnen, dass vom Betroffenen selbst spürbare Veränderungen der beruflichen und privaten Lebenssituation eingeleitet werden können. Es bedarf weitreichender Hilfe von außen, die darauf gerichtet sein muss, den Willen und die Kraft zur eigenaktiven Gestaltung der beruflichen und sonstigen Lebensumstände in Gang zu setzen und zu stärken. Häufig wird es unumgänglich sein, über das am Arbeitsplatz Mögliche hinaus einen Arzt oder Psychotherapeuten zur Unterstützung heranzuzie-

hen. Dauerhafte Erfolge sind in diesem Falle wohl nur erreichbar, wenn über längere Zeiträume hinweg koordinierte Maßnahmen auf mehreren Ebenen realisiert werden und dabei ein stützender Kontext durch ein Klima des Vertrauens und des Miteinander gegeben ist. Im Extremfall, bei Vorliegen eines stark ausgeprägten und verfestigten B-Musters, kommt man nicht umhin, den Berufswechsel oder auch das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf in die Interventionsüberlegungen einzubeziehen.

*Tabelle 2. Gemeinsamkeiten der Risikomuster und darauf abgestimmte übergreifende Maßnahmen*

<b>Gemeinsamkeiten von A und B</b>	<b>Übergreifende Maßnahmen der Intervention</b>
innere Unruhe und Unausgeglichenheit, eingeschränkte Distanzierungsfähigkeit	Belastungsausgleich durch Entspannen und Kompensieren (Ausagieren durch Sport, Gartenarbeit, Bewegung an frischer Luft etc., Entspannungsübungen, musische Betätigung...)
Unzufriedenheit, Misserfolgserleben	Klärung des professionellen Selbstverständnisses, Korrektur unrealistischer und überhöhter (A) bzw. enttäuschter (B) berufsrelevanter Ansprüche, Erwartungen und Zielvorstellungen
Erleben mangelnder sozialer Unterstützung	Entwicklung von Teamgeist und Teamfähigkeit, Schaffung eines positiven Arbeitsklimas (Intensivierung des Gesprächs im Team und mit der Leitung, Supervision, Organisation und Pflege sozialer Kontakte in der Freizeit)

*Tabelle 3.* Charakteristika des Risikomusters A und darauf abgestimmte Maßnahmen

<b>Charakteristika von A</b>	<b>Spezifische Maßnahmen der Intervention</b>
einseitige Betonung der Arbeit, exzessive Verausgabung, Selbstüberforderung	Relativierung des Stellenwertes der Arbeit gegenüber den anderen Bereichen des Lebens, Nein-Sagen lernen, Veränderung der individuellen Arbeitsorganisation und des Zeitmanagements, Koordinierung und Ausbalancierung von beruflichen Anforderungen, häuslichen Pflichten und Freizeitaktivitäten
Unausgeglichenheit, Ungeduld, Ärger	Förderung von Aussprachemöglichkeiten, Konflikt- und Stressbewältigungstraining

*Tabelle 4.* Charakteristika des Risikomusters B und darauf abgestimmte Maßnahmen

<b>Charakteristika von B</b>	<b>Spezifische Maßnahmen der Intervention</b>
eingeschränkte kommunikative Kompetenz, defensive Problembewältigung	Förderung offensiven Kommunikations- und Problemlöseverhaltens über Training, Supervision, Mentorenschaft u. dgl.
Resignation, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung	Supervision, Coaching, ggf. auch Einzel- oder Gruppentherapie zum Zwecke der emotionalen Stabilisierung, der Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit sowie neuer Zielsetzung und Sinnfindung

Natürlich muss darauf hingewiesen werden, dass die an der Person ansetzenden Maßnahmen, wie wir sie hier empfohlen haben, in vielen Fällen nicht ausreichend sind. Vor allem dort, wo Risikomuster vermehrt auftreten, liegt es nahe, dass defizitäre Arbeitsbedingungen eine ent-

scheidende Rolle spielen. So kommt es dann auf Veränderungsbemühungen an, bei denen personen- und bedingungsbezogene Maßnahmen Hand in Hand gehen. Kurzum: Es sollte aus den AVEM-Ergebnissen nicht nur auf persönlichen Entwicklungsbedarf, sondern auch auf berufliche Gestaltungserfordernisse geschlossen werden.

### **Die diagnostischen Leistungsmöglichkeiten des AVEM – vor allem mit Sicht auf die berufliche Rehabilitation**

Aus allen bisherigen Untersuchungen, in die ca. 30 000 Personen aus unterschiedlichen Berufen einbezogen waren, geht die hohe Gesundheitsrelevanz der Musterdifferenzierung hervor. Stets konnten wir zeigen, dass sich die Vertreter der Muster (immer bestimmt nach der höchsten Wahrscheinlichkeit der Musterzuordnung) in Bezug auf psychisches und körperliches Befinden, Erholungsfähigkeit, Krankentage, die Absicht vorzeitiger Berentung/Pensionierung, die Bewertung von Arbeitsbedingungen nach dem Grad der Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit u. a. Gesundheitsindikatoren deutlich unterscheiden. Von besonderem Interesse war dabei stets die enge Verbindung mit der Intervention und die Gewinnung von Aussagen über Musterveränderungen in der Folge von Interventionsmaßnahmen.

Zu den bisher durchgeführten Untersuchungen<sup>2</sup> gehört auch eine umfangreichere Studie im Bereich der Rehabilitation, die den Nutzen des Instruments für die Diagnostik des beruflichen Bewältigungsverhaltens von Rehabilitanden und für die Ableitung gezielter Interventionschritte im Interesse der berufsbezogenen Rehabilitation deutlich macht (Näheres s. Heitzmann, Schaarschmidt & Kieschke, 2005).

Bisher konnten ca. 2000 Patienten aus Rehakliniken mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten (Psychosomatik, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Orthopädie) mittels AVEM zu Beginn und nach Abschluss der stationären Rehabilitation befragt werden. Die Ergebnisse belegen die sinnvolle Anwendung des AVEM zur Abklärung der Eingangsvoraussetzungen der in die Klinik aufgenommenen Patienten sowie zur Erfolgskontrolle der Rehabilitation.

Aus Abbildung 2 lassen sich die Verteilungen der AVEM-Muster zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes ersehen. Es zeigt sich, dass zu Rehabeginn 87% der Psychosomatik-

---

<sup>2</sup> Hervorzuheben sind vor allem 3 größere Studien: Die umfangreichste Untersuchung galt der Analyse der psychischen Gesundheit im Lehrerberuf. Anhand der vorgefundenen Muster, ihrer Verteilungen, Entwicklungen und Zusammenhänge mit den beruflichen Bedingungen wurden die Beanspruchungssituation der Lehrerinnen und Lehrer und Wege zur möglichen Veränderung des problematischen Zustandsbildes aufgezeigt. Dabei spielte auch der Vergleich mit den Musterkonstellationen in anderen Berufsgruppen eine große Rolle (s. Schaarschmidt, 2005). Eine ähnlich angelegte Erhebung im Pflegebereich trug dazu bei, die psychische Beanspruchung von Pflegepersonen sowie be- und entlastende Bedingungen in dieser Berufsgruppe differenzierter aufzuklären (s. Fischer & Schaarschmidt, 2003). In einer Untersuchung an Existenzgründern wurden, gestützt auf die AVEM-Diagnostik, die spezifische Beanspruchung dieser Personengruppe und die im Gründungsgeschehen liegenden gesundheitlichen Chancen und Risiken herausarbeitet (s. Kieschke & Schaarschmidt, 2003).

Patienten, 61% der Orthopädie-Patienten sowie 66% der Herz-Kreislauf-Patienten zu einem Risikomuster tendieren. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass der Anteil des Risikomusters B bei den Psychosomatik-Patienten besonders hoch ausfällt, während bei den Herz-Kreislauf-Patienten das Risikomuster A deutlich überwiegt (was jeweils in Einklang mit der Mustercharakteristik steht). Im Weiteren lässt sich erkennen, dass zum Rehaende die A-Anteile insgesamt zurückgehen, während sich der B-Anteil in allen Indikationsgruppen als sehr stabil erweist.

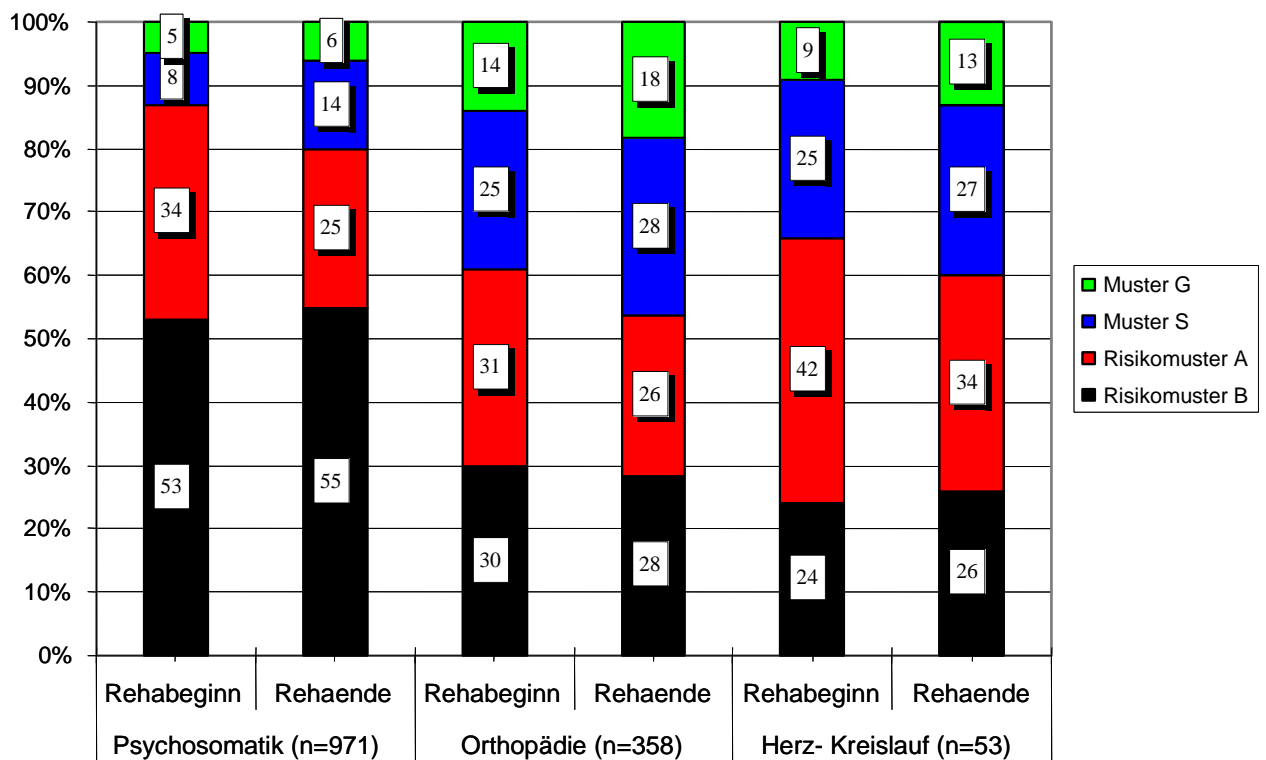


Abbildung 2. AVEM-Muster im Prä-Post-Vergleich (Rehabeginn vs. Rehaende; n = 1382)

Die Analyse auf der Ebene der Muster kann und sollte durch die Betrachtung der 11 Dimensionen des AVEM ergänzt werden (hier aus Platzgründen nicht grafisch dargestellt). In unserem Falle zeigt sich dann, dass die Psychosomatik-Patienten durchgehend die ungünstigsten Ausprägungen aufweisen und sich in nahezu allen Dimensionen signifikant von den Orthopädie- und Herz-Kreislauf-Patienten abheben. Sie erleben sich als am meisten beruflich engagiert (genauer: besonders verausgabungsbereit), dabei am wenigsten zur Belastungsbewältigung fähig und am stärksten eingeschränkt im Lebensgefühl. Zwischen den beiden letztgenannten Gruppen treten dagegen in den einzelnen Dimensionen kaum bedeutsame Differenzen auf.

Werden auf der Ebene der Dimensionen die Veränderungen zwischen Rehabeginn und Rehaende noch genauer betrachtet, so zeigt sich, dass während des Klinikaufenthaltes in allen drei Indikationsgruppen das *berufliche Engagement* absinkt, während in den Merkmalen der *Widerstandsfähigkeit* und des *Lebensgefühls* lediglich geringfügig ansteigende Tendenzen zu verzeichnen sind (keine Signifikanz). Auch nach Abschluss der Behandlung liegen in diesen Bereichen die Ausprägungen noch immer deutlich ungünstiger, als das für den Schnitt der jeweiligen Berufsgruppe (außerhalb der Reha) gilt. So muss konstatiert werden, dass am Ende der stationären Rehabilitation keineswegs ein wirklich positives Bild vorliegt. Das ungünstige Eingangsniveau hat sich lediglich zum etwas weniger ungünstigen Ausgangsniveau entwickelt. Dabei stellt sich die Situation für die Frauen generell noch problematischer dar als für die Männer.

Aus der relativ hohen Stabilität der im Prä-Post-Vergleich gewonnenen AVEM-Ergebnisse schließen wir, dass in den Wochen des Klinikaufenthaltes der konkrete Bezug auf die Bewältigung der beruflichen Anforderungen noch zu kurz kommen dürfte. Im Wesentlichen werden eingeschliffene gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster beibehalten, die bei Wiederaufnahme der Berufstätigkeit den nachhaltigen Behandlungserfolg in Frage stellen müssen.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sehen wir die Notwendigkeit für stärker berufsorientierte Behandlungsinhalte. Sie sollten einerseits indikationsübergreifend sein, andererseits aber auch spezifisch für das jeweils vorliegende, mittels AVEM aufgezeigte berufliche Bewältigungsmuster. Aus den Charakteristika der Muster, speziell der Risikomuster A und B, ergeben sich dabei konkrete Hinweise für individuell zugeschnittene Interventionsschwerpunkte (vgl. Tab. 2-4).

Zusammenfassend lassen unsere bisherigen Erfahrungen den Schluss zu, dass sich AVEM auch für den Bereich der Rehabilitation als leistungsfähiges Verfahren anbietet. AVEM kann hier zur genaueren Abklärung berufsbezogener gesundheitlicher Risiken, zur problemangemessenen Individualisierung der rehabilitativen Maßnahmen und zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle des Rehabilitationsprozesses herangezogen werden.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Becker, P. (1986). Theoretischer Rahmen. In P. Becker & B. Minsel (Hrsg.), *Psychologie der seelischen Gesundheit, Band II: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen. Bedingungsanalysen und Fördermöglichkeiten* (S. 1-90). Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, A. W. & Schaarschmidt, U. (2003). Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. Bern: Verlag Hans Huber. 169-194.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Heitzmann, B.; Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (2005). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten – die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich der medizinischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 70, 269-280.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Kieschke, U. & Schaarschmidt, U. (2003). Bewältigungsverhalten als eignungsrelevantes Merkmal bei Existenzgründern: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 2 (3), 107-117.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaarschmidt, U. (2002). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens unter dem Rehabilitationsaspekt. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), *Motivation – Basis der Rehabilitation*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. S. 216-226.



- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2003). *AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Handanweisung. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt: Swets & Zeitlinger. (Computerform: Mödling b. Wien: Schuhfried.)
- Schaarschmidt, U. (Hrsg.). (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes*. Weinheim und Basel: Beltz. 2. Auflage.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (1991). Contributions of sociology to the prediction of heart disease and their implications for public health. *European Journal of Public Health*, 1, 10-21.
- Udris, I., Rimann, M. & Thalmann, K. (1994). Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen. In B. Bergmann & P. Richter (Hrsg.), *Die Handlungsregulationstheorie - von der Praxis einer Theorie* (S. 198 – 215). Göttingen: Hogrefe.
- Wieland-Eckelmann, R. (1992). *Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung*. Göttingen: Hogrefe.

Für weitere Informationen siehe auch [www.persoenlichkeitspsychologie-potsdam.de](http://www.persoenlichkeitspsychologie-potsdam.de).

Prof. Dr. Uwe Schaarschmidt  
Institut für Psychologie  
Universität Potsdam  
PF 601553  
14415 Potsdam

**Weiterer Literaturhinweis:**

Heitzmann, B., Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (2005). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten - die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 70, 269-280.