



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Analyse des Entscheidungsverhaltens
in der Hochbegabungsdiagnostik
nach dem „Wiener Diagnosemodell zum
Hochleistungspotenzial“
unter Einsatz von HYPAG

Verfasserin

Agnieszka Jaworska

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im September 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Dr. Stefana Holocher-Ertl

Danksagung

Ich möchte mich bei Dr. Stefana Holocher-Ertl für deren unterstützende und verständnisvolle Art bedanken, mit der sie mich zu dem Thema meiner Diplomarbeit geführt hat und mir bei deren Erstellung hilfreich zur Seite stand.

Mein Dank gilt auch Univ. Prof. Dr. Mag. Klaus Kubinger für dessen anregende Vorschläge bezüglich dieser Arbeit und seine stets erkenntnisstiftenden Diskussionsansätze in Seminaren.

Dem Ende meines Studiums entgegenblickend möchte ich meinen Dank auch an alle Professoren und Kollegen aussprechen, die mich während dieser Zeit über kurz oder lang begleitet haben und mich auf ganz unterschiedliche Weise in meiner Entwicklung prägten.

Ich danke meiner Familie, für deren liebevoll bekundetes Interesse an meiner Diplomarbeit und deren emotionale Wärme, die sie mir während dieser oft strapazierenden Zeit entgegenbrachte.

Mein besonderer Dank gilt meiner Mutter, die mir nicht nur das Studium ermöglichte, sondern mir auch das zuversichtliche Gefühl schenkte, dass ich es trotz aller Mühen und aller Selbstunsicherheit erfolgreich abschließen kann. Ihr gebührt auch der Dank für hilfreiche Anmerkungen und das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Abstract - Deutsch

Ziel dieser Arbeit ist die explizite Darstellung diagnostischer Urteilsfindung in der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* (Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik, Fakultät für Psychologie, Universität Wien). Im theoretischen Teil wird die dabei angewandte Methode, die HYPAG (Hypothesenagglutination) - Technik präsentiert. Sie diene dazu, anhand einer Stichprobe konkreter Fallgutachten, zunächst Hypothesen über die implizit angewandten Entscheidungsregeln zu formalisieren und schließlich ein Entscheidungsmodell zu generieren. Die Stichprobe umfasste 97 Fallgutachten aus der Begabungsdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen. Die Fälle wurden diagnosekonform in drei Gruppen eingeteilt: „Hochleistungspotenzial“, „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ und „kein Hochleistungspotenzial“. Die Fallgutachten wurden analysiert und anhand von 10 festgelegten Faktoren kategorisiert, die zwischen den drei Gruppen zu differenzieren erlaubten. Im empirischen Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der Modellgenerierung auf Basis dieser 10 Faktoren vorgestellt. Dabei wurde zunächst nur eine Hälfte der Stichprobe für die Datenanalyse berücksichtigt, die zweite Hälfte diene als Validierungsstichprobe zur Überprüfung des Modells. Auf Grundlage der Validierungsergebnisse wurde das Modell schließlich an die Daten der Gesamtstichprobe angepasst. Die Modellkorrektur bewirkte eine zufriedenstellend hohe Vorhersagbarkeit der in den Gutachten vorgefundenen diagnostischen Entscheidungen. Diese Arbeit wird als Ausgangspunkt für eine weiterführende und kontinuierliche Aufarbeitung der angewandten Entscheidungsregeln an der *Test- und Beratungsstelle* verstanden. Ein stetiger und praxisbegleitender Prozess von Validierung und Modellanpassung würde dabei eine höhere Nachvollziehbarkeit und Durchschaubarkeit des diagnostischen Vorgehens ermöglichen.

Abstract - English

The goal of the following thesis was to elaborate an explicit form of the decision rules applied in the diagnostic process on intellectual giftedness performed at the *Test- und Beratungsstelle*, the center for testing and counseling of the faculty of Psychology (University of Vienna). The theoretical section of the study provides a description of the HYPAG (Hypotheses Agglutination) - technique, which was used to serve the given purpose. Based on a sample of concrete assessment cases first the implicit rules were transformed into an explicit form and finally a model of these hypotheses established. The sample consisted of 97 assessment cases of child and adolescent intelligence. Three conditions were taken under account: “intellectual giftedness”, “intellectual giftedness after intervention” and “no intellectual giftedness”. The sample was analyzed and categorized according to 10 defined features which were needed in order to distinct between the 3 groups. The empirical section of the study gives an overview of the elaborated system of decision rules based on these 10 features. The first half of the sample was considered to analyze the data and the second half to perform validity checks. Due to the outcome of this test procedure, the model was adapted to the whole sample afterwards. Eventually a satisfying set of feature configurations was established to get a sufficient amount of model fits. This study provides the starting point towards continuous validation of the decision rules done in counseling at the *Test- und Beratungsstelle*. The profit would be to achieve more comprehensibility and transparency of psychological diagnostic judgement.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	9
2. Theoretischer Teil.....	11
2.1. Klinische vs. Statistische Urteilsfindung.....	12
2.2. Hochbegabungsdiagnostik an der Test- und Beratungsstelle.....	15
2.2.1. Das Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial.....	17
2.2.2. Inhalt und Gestaltung von Fallgutachten.....	25
2.2.2.1. Leitlinien zur Gutachtenerstellung.....	25
2.2.2.2. Inhaltliche Gliederung von Gutachten.....	33
2.2.2.3. Fehlerquellen und Urteilsverzerrungen in Gutachten....	41
2.3. Hypothesenagglutination (HYPAG).....	45
2.3.1. Anfängliche Forschungsansätze und Weiterentwicklungen.....	45
2.3.2. HYPAG/Structure.....	48
2.3.3. Nachteile und Kritik an HYPAG/Structure	52
2.3.4. Einsatz in der psychologischen Diagnostik	56
2.3.5. Vorteile konfiguraler gegenüber linearen Modellen	59
3. Empirischer Teil.....	63
3.1. Durchführung der Fallanalyse.....	64
3.1.1. Einleitung.....	64
3.1.2. Stichprobe.....	64
3.1.3. Analysevorgang.....	66
3.2. Ergebnisse.....	70
3.2.1. Ergebnis der Faktorengenerierung.....	70
3.2.2. Entscheidungsmodell auf Basis der Arbeitsstichprobe.....	77
3.2.3. Ergebnisse der Modellvalidierung.....	84
3.2.4. Entscheidungsmodell auf Basis der Gesamtstichprobe.....	91

4. Diskussion.....	103
5. Zusammenfassung.....	113
Literaturverzeichnis.....	115
Abbildungsverzeichnis.....	123
Tabellenverzeichnis.....	125
Abkürzungsverzeichnis.....	127
Anhang.....	131

1. Einleitung

Psychologen¹, die in der Praxis diagnostische Entscheidungen treffen müssen, beziehen sich in ihren Urteilsbegründungen auf theoretisches Grundlagenwissen, wobei sie Diagnosen jedoch nur selten anhand explizit festgelegter Regeln erstellen (Kubinger, 2009b). Sie erschließen Diagnosen und Maßnahmenvorschläge vielmehr nach implizit vorhandenen Entscheidungsleitlinien, die sie aus Erfahrungen als Gutachter gewonnen haben (Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982). Ihr implizites Regelwerk, das sich in ihrem Entscheidungsverhalten offenbart, ist ihnen selbst nicht unbedingt bewusst. Es leitet sie meist an, ohne explizit formuliert und kommuniziert zu werden.

Dieser Umstand deutet nicht zwingend auf diagnostische Fehltritte hin, vielmehr liegt das Problem in der mangelnden Durchschaubarkeit der Entscheidungen und der Schwierigkeit der Überprüfung derselben. Hat der Psychologe aber das Ziel, sein eigenes Vorgehen als Diagnostiker zu evaluieren und stetig zu optimieren, müssen seine impliziten Entscheidungsregeln konkretisiert und damit überprüfbar gemacht werden.

Dieses Anliegen wird in der vorliegenden Arbeit am Beispiel der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* des Arbeitsbereichs Psychologische Diagnostik (Fakultät für Psychologie, Universität Wien) verfolgt. Anhand einer Stichprobe von Fallgutachten, die alle wesentlichen diagnostischen Informationen sowie die darauf aufbauenden Entscheidungen beinhalten, soll der Versuch unternommen werden, Hypothesen über das Entscheidungsverhalten der dort tätigen Gutachter aufzustellen. Als Ergebnis wird die Generierung eines Modells angestrebt, das die angewandten impliziten Entscheidungsregeln nachvollziehbar abzubilden vermag.

Die Methode, mit der dieses Ziel erreicht werden soll, lehnt sich an den Ansatz der *Hypothesenagglutination*, (HYPAG), der von Wottowa (vgl. 1987) ausführlich dargestellt wird, an. Das Prinzip von HYPAG erweist sich für diese Studie als zweckdienlich, da hierbei Hypothesen bezüglich der angewandten

¹ In dieser Arbeit werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit männliche Personenbezeichnungen gebraucht, wobei stets auch weibliche Personen eingeschlossen sind.

Entscheidungsstrategien anhand konkreter Daten schrittweise zu einem Konstrukt erarbeitet werden und die dafür zugrundeliegenden Faktoren als voneinander unabhängige Variablen einbezogen werden können.

Mit dem Resultat eines ausformulierten Regelkonstrukts ist es nicht nur möglich, das diagnostische Vorgehen zu analysieren und erstellte Diagnosen kritisch zu hinterfragen. Die dadurch gewonnene Einsicht in den Entscheidungsprozess vereinfacht darüber hinaus auch die Kommunikation über die eigene Praxis und erlaubt die Durchführung der Diagnostik leichter und zugleich effizienter zu gestalten (Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982).

2. Theoretischer Teil

Im folgenden Abschnitt werden die theoretischen Grundlagen zu dieser Arbeit vorgestellt. Dabei finden zunächst allgemeine Erläuterungen über Unterschiede in der impliziten und expliziten Urteilsfindung in der psychologischen Diagnostik Erwägung. Danach wird die Praxis an der *Test- und Beratungsstelle* beschrieben und das Vorgehen in der Hochbegabungsdiagnostik erläutert. Das *Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial* als Basis diagnostischer Praxis wird präsentiert und anhand empirischer Erkenntnisse erörtert. Anschließend werden Gütekriterien zur Gestaltung psychologisch-diagnostischer Gutachten dargelegt und deren Umsetzung am Beispiel der *Test- und Beratungsstelle* beschrieben.

Im zweiten Teil dieses Abschnitts wird die Methode von HYPAG (Hypothesenagglutination) näher beleuchtet, die für diese Arbeit zur Fallanalyse eingesetzt wurde. Dabei wird auf den Ursprung dieses Ansatzes zur Datenauswertung eingegangen, wie auch anwendungsbezogene Vorteile und Kritikpunkte dieser Methode erörtert werden.

2.1. Klinische vs. Statistische Urteilsbildung

Das Forschungsinteresse für das Thema der vorliegenden Diplomarbeit kann, wie im Folgenden veranschaulicht wird, anhand der Begriffe „*klinische*“ und „*statistische Urteilsbildung*“ (nach Meehl, 1954; Sawyer, 1966) nachvollziehbar gemacht werden. Ausgehend von der Definition von Jäger und Petermann (1995) versteht man unter *Psychologischer Diagnostik*...

„(...) das systematische Sammeln und Aufbereiten von Informationen mit dem Ziel, Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen zu begründen, zu kontrollieren und zu optimieren. Solche Entscheidungen und Handlungen basieren auf einem komplexen Informationsverarbeitungsprozeß. In diesem Prozeß wird auf Regeln, Anleitungen, Algorithmen usw. zurückgegriffen. Man gewinnt damit psychologisch relevante Charakteristika von Merkmalsträgern und integriert gegebene Daten zu einem Urteil (Diagnose, Prognose) (...).“ (S. 11)

Aus dieser Definition lassen sich vielfältige qualitätsbestimmende Forderungen für die diagnostische Praxis ableiten. Hinsichtlich der Herangehensweise bei der Urteilsbildung von Diagnosen werden diese Ansprüche am ehesten mit der *statischen Urteilsbildung* erfüllt. Wie Kubinger (2009b) darlegt, ist damit jene Entscheidungsstrategie gemeint, bei der einzelne diagnostische Informationen nach expliziten und empirisch fundierten Regeln gewichtet werden.

Im Vergleich dazu erfolgt *klinische Urteilsbildung* unter

„(...) Verwertung der gewonnenen quantitativen und qualitativen Ergebnisse entsprechend dem Fachwissen und der Erfahrung bzw. der Intuition des Psychologen ohne, dass die Regeln der Urteilsbildung explizit genannt werden oder überhaupt bekannt sind (...).“ (Kubinger, 2009, S. 186)

Trotz der höheren Vorhersagbarkeit statistisch basierter Urteile sind psychologische

Diagnostiker meist auf ihre klinische Urteilsbildung angewiesen (Amelang & Zielinski, 2002). Dies hänge zum größten Teil damit zusammen, dass ihnen die für statistische Datenanalysen (z.B. Regressionen und Diskriminanzanalysen) notwendigen Stichprobengrößen fehlen würden, was wiederum darauf zurückzuführen sei, dass sie sich naturgemäß weniger „institutionellen Entscheidungen“ als vielmehr „individuelleren Problemstellungen“ widmen (ebd., S. 419).

Wie aus der zitierten Definition von Jäger und Petermann (1995) ersichtlich wird, beansprucht psychologische Diagnostik Wissenschaftlichkeit in ihrem Vorgehen und schließt damit auch die Kontrollierbarkeit und Optimierung des Entscheidungsverhaltens mit ein. Amelang und Zielinski (2002) leiten zudem Leitlinien für die diagnostische Untersuchung aus dem psychologischen Experiment ab, wonach

„(...) zu ihren wesentlichen Bestimmungstücken die Explizierung der Untersuchungshypothesen und die Kontrolle der Untersuchungsbedingungen [gehören], die eine Wiederholung und einen Vergleich mit anderen Untersuchungen erst ermöglichen. Darüber hinaus sind besonders die Explikation der Entscheidungsregeln und die Erfassung der Prognosegenauigkeit, der Validität der Diagnose, wichtig.“ (S. 420)

Die *klinische Urteilsbildung* genügt diesen Ansprüchen jedoch nicht. Daher sollten, nach Ansicht von Kubinger (2009b), auf diese Weise tätige Psychologen nach Formalisierung ihrer implizit angewandten Regeln streben, um damit diese Regeln einer Überprüfung zugänglich zu machen.

Der Weg zur wissenschaftlichen Urteilsbildung führe, wie Jäger und Petermann (1995) beschreiben, nur über eine „*Theoriebildung*“. Erst wenn empirische Daten die Gültigkeit von Theorien untermauern und diesen Theorien gleichzeitig auch Verknüpfungsregeln von einzelnen Prädiktoren für differenzierte diagnostische Entscheidungen zu entnehmen sind, ist wissenschaftliches Urteilen erzielt (ebd.).

Auch gemäß Amelang und Zielinski (2002) würde das „zentrale Problem diagnostischer Urteilsbildung“ (S. 421) mit der Formalisierung der Entscheidungsregeln zusammenhängen. Die Autoren stellen in diesem Zusammenhang das Verfahren HYPAG-Structure nach Wottowa und Hossiep (1987) als eine Möglichkeit vor,

diagnostische Entscheidungen aus konkreten Einzelfällen einer größeren Stichprobe zu rekonstruieren und Entscheidungsregeln abzuleiten, die unter Umständen weitere Erkenntnisse in Richtung höherer Wissenschaftlichkeit der zugrundeliegenden Theorie liefern können. Dies sei im Sinne von Petermanns (1987) eingeführter Begrifflichkeit „*kontrollierter Praxis*“ zielführend, worunter die angestrebte Überprüf- und Kontrollierbarkeit sowie Optimierung individuell durchgeführter Diagnostik verstanden werden kann (vgl. Amelang & Zielinski, 2002).

Den Kriterien „*kontrollierter Praxis*“ (Petermann, 1987) entsprechend, sollte neben der Vorhersagbarkeit eines theoriebasierten Modells auch das tatsächliche diagnostische Vorgehen überprüft werden. Von besonderem Interesse ist dabei, wie der Diagnostiker die vielen gesammelten Daten zur Urteilsbildung kombiniert, also anhand welcher Entscheidungsregeln er Diagnosen trifft. Wie Amelang und Zielinski (2002) betonen, erreicht man damit zwar keine höhere Validität der Diagnostik, aber das Entscheidungsverhalten wird „prinzipiell überprüf- und korrigierbar“ (S. 421).

Im Falle der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* liegt der diagnostischen Praxis eine Theorie zugrunde, die als „*Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial*“ (Holoher-Ertl, 2008) bezeichnet wird (siehe Kapitel 2.2.1.). Die dort tätigen Psychologen strebten bereits, wie in den nächsten Kapiteln noch gezeigt wird, Validierungsstudien dieses Modells an, die allesamt ihre theoretischen Ansätze untermauern konnten (z.B. Schubhart, 2009; Holoher-Ertl, Schubhart, Kubinger und Wilfinger, eingereicht). Allerdings liegt die Schwierigkeit bei diesen Vorhaben in der Operationalisierung bestimmter Variablen, die auf methodisch wenig zufriedenstellende Erhebungsinstrumente zurückzuführen ist (Holoher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008b). Aus den bisherigen Untersuchungen lassen sich dennoch erste Schlussfolgerungen bezüglich der Relevanz einzelner Faktoren als Prädiktoren für differenzierte diagnostische Entscheidungen ziehen.

Während insgesamt der theoretische Ansatz des Wiener Diagnosemodells als empirisch fundiert angesehen werden kann, ist man noch davon entfernt, explizite Entscheidungsregeln der Urteilsfindung als empirisch bestätigt anzusehen. Ein ausformuliertes Entscheidungsmodell wird daher angestrebt, das nach erfolgreicher empirischer Überprüfung schließlich für die diagnostische Praxis verwertbar gemacht

werden kann.

2.2. Hochbegabungsdiagnostik an der Test- und Beratungsstelle

Die *Test- und Beratungsstelle* des Arbeitsbereichs Psychologische Diagnostik (Fakultät für Psychologie, Universität Wien) dient unter anderem als Anlaufstelle für Eltern, die eine Abklärung der kognitiven Leistungsfähigkeit ihrer Kinder selbst wünschen oder wenn zu einer solchen durch Lehrer der Kinder geraten worden ist.

Im Folgenden wird die Praxis der in dieser Einrichtung tätigen Psychologen beschrieben und dabei ihre Vorgehensweise in der Einzelfalldiagnostik detailliert dargestellt.

Der diagnostische Prozess erstreckt sich üblicherweise über mindestens drei Termine. Darin beinhaltet sind Anamnese und Exploration (mit Kind und Eltern), die Durchführung der Testung (Kind) und die Rückmeldung der Ergebnisse. Zusätzlich erhalten die Klienten ein schriftlich ausgearbeitetes psychologisches Gutachten, das alle relevanten und in der Untersuchung gesammelten Informationen enthält, sowie alle Testergebnisse, die daraus resultierende Interpretation und ebenso alle empfohlenen Maßnahmenvorschläge wiedergibt.

Die Fragestellungen, mit denen sich Eltern an die *Test- und Beratungsstelle* wenden, sind vielfach und hängen meist mit der vorgefundenen Situation des Kindes in seinem Schul- und Familienkontext zusammen. Typischerweise weisen die Kinder ein auffälliges Verhalten auf, sei es, dass sie besonders schnell lernen und sie ihren Altersgenossen in vielen Gebieten überlegen scheinen, sei es, dass sie den Unterricht stören, häufig aggressiv reagieren oder sozial nicht akzeptiert werden. Eine ungeklärte, mitunter problematische Lebenswelt des Kindes verbunden mit dem Wunsch der Eltern, das Kind bestmöglich zu fördern, ist häufig der Ausgangspunkt, eine Begabungsdiagnostik in Anspruch zu nehmen.

Die psychologisch-diagnostische Untersuchung soll zur Abklärung dienen, womit das

jeweils gezeigte Leistungsniveau des Kindes zusammenhängt. Dabei wird die erbrachte Hochleistung bzw. fehlendes Hochleistungspotenzial auf den drei Ebenen der individuell vorliegenden kognitiven, persönlichen und kontextuellen Bedingungen betrachtet.

Neben speziellen Fragestellungen, beispielsweise nach den Ursachen einer Teilleistungsstörung wie Dyslexie, wird häufiger jedoch globaler nach den kognitiven Stärken und Schwächen eines Kindes gefragt beziehungsweise eine Abschätzung seines Begabungsniveaus erwünscht. Nicht immer ist eine problematische Situation der Hintergrund für eine solche Abklärung, oftmals wünschen die Eltern Rat und Orientierung, um ihr Kind in Zukunft entsprechend seiner Begabungen fördern zu können.

Je nach Ausgangslage eines Falles werden durch den zuständigen Psychologen geeignete Tests ausgewählt, die zur Beantwortung der Fragestellung beitragen sollen.

Für die Erfassung kognitiver Fähigkeiten wird das AID 2.2 (*Adaptives Intelligenz Diagnostikum Version 2.2*; Kubinger, 2009a) eingesetzt. Es gilt als Standardverfahren an der *Test- und Beratungsstelle* für Kinder ab 6 Jahren und lässt Schlussfolgerungen über das kognitive Potenzial eines Kindes in mehreren, voneinander unabhängigen Bereichen zu. Bei jüngeren Kindern wird alternativ dazu der WET (*Wiener Entwicklungstest*; Kastner-Koller & Deimann, 2002) und das Kaufmann K-ABC (*Kaufman Assessment Battery for Children, Deutsche Version*; Melchers & Preuß, 1991) verwendet. Als weitere Standardtests werden der CFT 1 (*Grundintelligenztest Skala 1*; Weiß & Osterland, 1997) bzw. der CFT 20-R (*Grundintelligenztest Skala 2-Revision*; Weiß, 2006) eingesetzt, um damit die kognitive Grundbegabung zu erheben.

Je nach Fragestellung können auch speziellere Verfahren angewandt werden. So dient beispielsweise der SLRT (*Salzburger Lese- und Rechtschreibtest*; Landerl, Wimmer & Moser, 1997) zur Abklärung einer Lese- und Rechtschreibschwäche. Analog dazu wird der ZAREKI (*Neurobiologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern*; Aster, 2001) durchgeführt, um gegebenenfalls eine Rechenschwäche feststellen zu können.

Im Laufe der Untersuchung wird auch die Persönlichkeit des Kindes erfasst. Während

älteren Kindern hierfür der PFK 9-14 (*Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren*; Seitz & Rausche, 2004) vorgegeben wird, dient bei jüngeren vor allem ein Explorationsgespräch, bei dem das projektive Verfahren Colour How You Feel verwendet wird, diesem Zweck.

Daneben wird auch die Verhaltensbeobachtung während der psychologischen Untersuchung als wichtige Informationsquelle für relevante leistungsbezogene Persönlichkeitseigenschaften des Kindes verstanden. So wird beispielsweise darauf geachtet, wie ein Kind mit Erfolg und Misserfolg bei der Bewältigung der Testaufgaben umgeht. Daraus gewinnt der Psychologe einen Eindruck darüber, wie frustrationstolerant sich das Kind bei herausfordernden (schulischen) Tätigkeiten im Allgemeinen wahrscheinlich verhält. Er erkennt auch schnell, wie motiviert und selbständig ein Kind arbeiten kann und wie konzentriert und aufmerksam es bei der Bewältigung der Aufgaben bleibt. Die Verhaltensbeobachtung bietet daher Anhaltspunkte für eine differenzierte Aufbereitung und Interpretation aller gesammelten Daten eines Falles (vgl. Eichhorn, 2011).

Als wichtige Datenquelle in der Diagnostik dient auch das Anamnese- und Explorationsgespräch, das größtenteils zu Beginn jeder Untersuchung anhand eines ausführlichen Gesprächsleitfadens durchgeführt wird. Mit Hilfe dieser Maßnahme werden erkenntnisstützende Informationen über das Lebensumfeld des Kindes zu sammeln. Neben der Erfragung des bestehenden Sachverhaltes bzw. der Beweggründe und Erwartungen hinsichtlich des Aufsuchens der *Test- und Beratungsstelle*, interessiert den Diagnostiker vor allem der Entwicklungsprozess des Kindes auf kognitiver, sozialer und emotionaler Ebene. Dabei werden auch die Bedingungen des schulischen und familiären Kontexts sowie die Förderung des Kindes abgeklärt (vgl. Kurzmann, 2010).

2.2.1. Das Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial

Die Grundlage für die Praxis in der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* liefert das „*Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial*“ (s. Abbildung 1).

Mit dem Wiener Diagnosemodell wird das Ziel verfolgt, das „Potenzial zur Hochleistung“ zu prognostizieren. Wie Holocher-Ertl, Kubinger und Hohensinn (2008a) darlegen, unterscheidet es sich damit von klassischen Ansätzen, die nur Aussagen über Hochbegabung als konstante Eigenschaft erlauben und dabei ausschließlich von einem überdurchschnittlich hohen kognitiven Potenzial als Kriterium für deren Attest ausgehen. So setzen Vertreter traditioneller Hochbegabungsdiagnostik den Grenzwert für Hochbegabung meist ab einem IQ von 130 fest, einem Bereich, dem etwa 2,2% der Population entsprechen (vgl., Rost 1993; Amelang & Schmidt-Atzert, 2006). Diese Art Hochbegabung festzustellen, entspreche jedoch einem bloßen Klassifizierungsvorgang und gehe über diesen nicht hinaus, argumentieren Holocher-Ertl, Kubinger und Hohensinn (2008b).

Holocher-Ertl & Kubinger (2009) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass aus der traditionellen Hochbegabungsdiagnostik, aufgrund des Operierens mit einem globalen IQ, keine Zweckdienlichkeit im Sinne der Förderung eines Kindes erfolgt. Die Autoren sehen es als problematisch an, dass lediglich ein IQ-Wert herangezogen wird, um Aussagen über das Potenzial eines Kindes zu treffen. Zum einen ist die dabei gezogene Grenze, inhaltlich nicht begründet, sondern frei gewählt. Zum anderen spiegelt sich in einem Globalmaß nur der Durchschnitt aller erhobenen Fähigkeiten wider. Eine solche Begutachtung des kognitiven Niveaus berücksichtigt weder individuelle Stärken noch Schwächen einer Person. Demzufolge seien Förderungsmaßnahmen, die auf dieser Diagnostik aufbauen sollen, schwer zu formulieren und können bisweilen auch kontraindiziert sein (siehe Fallbeispiel bei Holocher-Ertl & Kubinger, 2009 oder Kubinger, Holocher-Ertl & Frebort, 2006). So wäre einem an sich hochbegabten Kind mit der Diagnose „Hochbegabung“ nicht unbedingt geholfen, falls es beispielsweise emotional belastet ist oder keine familiäre Unterstützung erfährt. Wie Holocher-Ertl und Kubinger (2009) erklären, sind mit dem Attest „Hochbegabung“ meist hohe Erwartungen verbunden, denen ein Kind unter schwierigen Lebensumständen wahrscheinlich nicht standhalten kann und dieser frustrierenden Erfahrung folgend nur noch mehr belastet wäre.

Trotz des gemeinsamen Festhaltens an ein globales Intelligenzmaß als Richtwert für Hochbegabung, unterscheiden sich Vertreter klassischer Hochbegabungsdiagnostik

vielfach dahingehend voneinander, welches Intelligenzmodell sie für die Untersuchung heranziehen und mit welchen Erhebungsinstrumenten sie die, als relevant erachteten Variablen, zu erfassen suchen. Wie Holoher-Ertl, Kubinger und Hohensinn (2006) verdeutlichen, folgt aus diesem Umstand, dass je nach Wahl des angewandten Intelligenztests der Diagnostiker verschiedene Fähigkeiten berücksichtigt, um Intelligenz zu messen bzw. Hochbegabung festzustellen. Dadurch kann es unter Umständen letztendlich mehr von der Wahl des Testinstruments abhängen, ob eine Person als hochbegabt oder als nicht hochbegabt eingestuft wird, als von deren zugrundeliegendem kognitiven Potenzial (Holoher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008a).

Die Betonung kognitiver Fähigkeiten als Kriterium für Hochbegabung findet ihre Berechtigung in zahlreichen empirischen Untersuchungen (vgl. z.B. Furnham & Chamorro-Premuzic, 2004; Rohde & Thompson, 2007). Dennoch zeigen umfassende Studien (siehe z.B. Subotnik, Kassar, Summers & Wasser, 1993) dass zum Erbringen akademischer Hochleistung eine „nur“ gut durchschnittliche bis überdurchschnittliche Begabung ausreicht. Herausragendes Potenzial in allen kognitiven Bereichen ist damit nicht zwingend erforderlich, um Hochleistungen erwarten zu können. Holoher-Ertl und Kubinger (2009) kritisieren daher die völlige Vernachlässigung nicht-kognitiver Aspekte in der klassischen Hochbegabungsdiagnostik. Wie empirische Untersuchungen (z.B. Schubhart, 2008; Heller, 2000; Subotnik & Arnold, 1994) bekräftigen, tragen neben den kognitiven Fähigkeiten, vor allem Persönlichkeitseigenschaften und Variablen des sozialen Umfeldes wesentlich dazu bei, vorhandene hohe Begabungen tatsächlich in entsprechende Leistungen münden zu lassen.

Aufgrund der umfassenden Kritik an klassischer Hochbegabungsdiagnostik und dem Anspruch einen praxisbezogenen und förderungsorientierten Ansatz zu verfolgen, wurde das *Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial* formuliert (Holoher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008b.). Auf Basis dieses Modells wird der Fokus der psychologisch-diagnostischen Untersuchung auf die Beantwortung der Frage gelegt, ob im Einzelfall jene Bedingungen vorgefunden werden, durch die sich Hochbegabung in entsprechenden akademischen Hochleistungen manifestieren kann (ebd.).

Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* befindet sich in diesem Sinne im Spannungsfeld zwischen Hochbegabung und Hochleistung (Holocher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2006; Kurzmann, 2010). Eine ausführliche Darstellung des Wiener Diagnosemodells hinsichtlich seiner inhaltlichen Gestaltung und wissenschaftlichen Fundierung liefert die Dissertation von Holocher-Ertl (2008). Auf diese Arbeit wird in der folgenden Modellbeschreibung Bezug genommen.

Das Modell beinhaltet drei Lebensbereiche als drei Kriterien, die darüber entscheiden, in welchem Maße Potenzial zur Hochleistung bei einem Kind zugesprochen werden kann. Neben den „kognitiven Fähigkeiten“, werden „Persönlichkeitseigenschaften“ und das „Anregungsmilieu“ berücksichtigt.

Bezüglich des **„kognitiven Fähigkeitsbereiches“** werden in der diagnostischen Untersuchung folgende Eigenschaften als relevant angesehen: *basale und komplexe Fähigkeiten, fluide und kristalline Intelligenz, spezifische intelligenzmäßige Fähigkeiten, intellektuelle Lernfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration* (vgl. dazu Abbildung 1).

Zur Erhebung dieser Fähigkeiten dient im Wesentlichen das standardgemäß vorgegebene Verfahren AID 2.2 (Kubinger, 2009a). Die Testbatterie umfasst mehrere Aufgabenbereiche, die unterschiedliche kognitive Fähigkeiten zu messen erlauben und gemeinsam ein komplexes Abbild des kognitiven Begabungsniveaus ergeben. Die erzielten Testleistungen werden dabei nicht mittels eines einzelnen globalen Durchschnittsmaßes interpretiert. Stattdessen werden die erfassten Fähigkeiten als weitestgehend voneinander unabhängig betrachtet und je nach Höhe ihrer Ausprägungen einzeln bewertet. Hinsichtlich der Attestierung eines möglichen kognitiven Hochleistungspotenzials müssen dennoch überdurchschnittliche Leistungen in der überwiegenden Anzahl der gemessenen Untertests des AID 2.2 erreicht worden sein. Die zweitniedrigste Untertestleistung wird dabei als Alternativmaß zu einem globalen Durchschnittswert herangezogen, um das kognitive Niveau der Testperson im Ganzen einschätzen zu können. Auch dieser Wert muss im überdurchschnittlichen Bereich liegen, um zugunsten des Hochleistungspotenzials entscheiden zu können. Die niedrigste Untertestleistung wird dabei bewusst übergangen, um mögliche

Teilleistungsschwächen, die als singuläre Schwäche diagnostiziert werden, nicht für die der Gesamtbewertung des kognitiven Niveaus zu berücksichtigen. Ansonsten würden sie die an sich hohe Begabung eines Kindes untergraben und diese durch Berechnung eines Durchschnittswertes nicht zu identifizieren gestatten. Daneben können auch *spezielle Hochbegabungen* attestiert werden. In diesen Fällen liegt „nur“ in einzelnen Bereichen eine überdurchschnittliche Begabung vor, weshalb nicht im Allgemeinen, sondern nur in differenzierten Gebieten vom Potenzial zur Hochleistung auszugehen ist.

In Bezug auf das Kriterium des „**Persönlichkeitsbereiches**“ werden folgende Eigenschaften des Kindes als relevant angesehen: *Leistungsmotivation, Interesse, Frustrationstoleranz, Ausdauer, Selbstkonzept der Leistungsfähigkeit, mastery vs. helpless Typ, Genauigkeit/Sorgfalt, Emotionsregulationskompetenz, Selbständigkeit, Arbeitstempo, Prüfungsängstlichkeit* und *emotionale Stabilität* (vgl. Abbildung 1). Diese Merkmale werden zum Teil über Persönlichkeitstests erfasst und zum anderen über Beobachtung und Erfragung erhoben (siehe Eichhorn, 2011). Sie wurden auf Basis vielfältiger persönlichkeitspsychologischer Theorien als relevante Eigenschaften für das Wiener Modell angesehen.

Als dritter Faktor des Wiener Diagnosemodells wird das „**Anregungsmilieu**“, das ein Kind in seinem Lebensumfeld vorfindet, berücksichtigt. An das „caregiving“-Modell von Bradley und Caldwell (1995) anlehnend, versteht man darunter die Qualität jener Bedingungen, die ein Kind von Seiten der *Eltern*, der *Schule* und *Peer-Groups* erhält, und die für seine kognitive Stimulation und emotionale Unterstützung Sorge leisten.

Als Ergebnis der psychologisch-diagnostischen Begutachtung in der Begabungsabklärung können auf Basis des Wiener Modells drei Diagnosen erfolgen:

- 1. Hochleistungspotenzial:** Alle drei Bereiche des Modells, das kognitive Potenzial, die Persönlichkeit und das Anregungsmilieu sind entsprechend günstig ausgeprägt, sodass „Potenzial zur Hochleistung“ zum Zeitpunkt der Untersuchung attestiert werden kann.

- 2. Hochleistungspotenzial nach Intervention:** Es lassen sich einerseits hohe kognitive Begabungen feststellen, doch liegen gleichzeitig Defizite im Persönlichkeitsbereich und/oder im Anregungsmilieu vor, sodass insgesamt von keinem Hochleistungspotenzial ausgegangen wird. Auch eine kognitive Teilleistungsschwäche, wie Legasthenie, bzw. krankheitsbedingte Einschränkungen würden die Diagnose verhindern. Es wird aufgrund des hohen Begabungsniveaus dennoch davon ausgegangen, dass bei Durchführung entsprechender Interventionsmaßnahmen, die die jeweiligen Schwächen nivellieren würden, kognitive Hochleistungen erlangt werden könnten. Demnach wird in einem solchen Fall die Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ erstellt.
- 3. Kein Hochleistungspotenzial:** Aus den Testleistungen lassen sich keine ausreichend hohen kognitiven Begabungen ableiten, sodass davon ausgegangen wird, dass das Begabungsniveau einem Hochleistungsverhalten nicht standhält. Andererseits folgt diese Diagnose auch bei Feststellen sehr schwieriger Bedingungen bzw. Einschränkungen im Persönlichkeitsbereich und/oder Anregungsmilieus des Kindes.

Hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens lässt sich schlussfolgernd feststellen, dass mit Hilfe des Wiener Modells nicht nur „*Hochleistungspotenzial*“ attestiert oder abgesprochen werden kann. Seine Komplexität ermöglicht auch die Durchführung einer förderungsorientierten diagnostischen Untersuchung. Dabei werden, je nachdem in welchem Lebensbereich ein Kind Schwierigkeiten zeigt, individuell gestaltete Maßnahmenvorschläge formuliert und das Kind entsprechend seiner Stärken und Schwächen gefördert (Holoher-Ertl & Kubinger, 2009). Das Konzept des Wiener Modells lehnt sich an Erkenntnisse aus der Teilleistungsstörungsdiagnostik an und wird als „*Kompensationsmodell*“ verstanden (Holoher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008a). Demnach verhindern intraindividuelle Schwächen in einzelnen Bereichen nicht die Möglichkeit einem Kind Hochleistungspotenzial zuzuschreiben. Die Diagnose hängt maßgeblich davon ab, ob sich die beobachteten Schwächen durch Vorhandensein von Stärken in anderen Bereichen ausgleichen lassen und gezielte Förderung zusätzlich Verbesserung verspricht (ebd.).

Aus Validierungsstudien lässt sich schließen, dass die Umsetzung des Wiener Diagnosemodells im Vergleich zu traditioneller Hochbegabungsdiagnostik höhere Vorhersagekraft akademischer Hochleistungen verspricht. So stellte Schubhart (2009) fest, dass die Berücksichtigung aller Faktoren des Wiener Modells gültigere Aussagen bezüglich zukünftiger Hochleistungen erlaubt, als wenn nur auf einen IQ-Wert zurückgegriffen wird. Holocher-Ertl, Schubhart, Kubinger und Wilfinger (eingereicht) belegten zudem, dass sobald überdurchschnittliches kognitives Potenzial vorliegt, vor allem leistungsbezogene Persönlichkeitseigenschaften und teilweise das soziale Umfeld signifikant zu herausragenden Leistungen beitragen. Dieses Untersuchungsergebnis bestätigt, dass Hochleistungen nicht von durchgängig weitüberdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten abhängen, sondern auch ein „nur“ gut durchschnittliches bis überdurchschnittliches Niveau dafür ausreichen kann. Neben den kognitiven Faktoren *Konzentration und Aufmerksamkeit*, stellten sich in der Studie die persönlichkeitsbezogenen Variablen *Konzentration, Leistungsmotivation, Ausdauer, Frustrationstoleranz und Emotionsregulationskompetenz* sowie eine Komponente des Anregungsmilieus, nämlich die *nicht-kognitive Förderung im familiären Umfeld* als relevante Prädiktoren für Hochleistung heraus. Auf Basis dieser Merkmale konnten im Rahmen der Studie 91,3% der getesteten Kinder richtig zur Gruppe der Hochleister bzw. jener der Nicht-Hochleister zugeteilt werden.

Auch Kurzmann (2010) erhielt dazu übereinstimmende Ergebnisse, die die Gültigkeit des Wiener Diagnosemodells und die besondere Relevanz leistungsbezogener Persönlichkeitseigenschaften untermauern. In ihrer Studie strebte Kurzmann eine modellbedingte Differenzierung zwischen den Gruppen der Hochleister und Nicht-Hochleister am Beispiel von Modellklassen für Begabungsförderung an. Es stellte sich heraus, dass die kognitiven Faktoren *Merkfähigkeit, Wortschatz und soziales Verständnis* sowie die leistungsbezogenen Persönlichkeitsmerkmale *Sorgfalt, Sicherheit im Selbstkonzept, Anstrengungsbereitschaft und Aufmerksamkeit* als Prädiktoren für Hochleistungsverhalten fungieren können. Die fehlende Relevanz des Anregungsmilieus wurde mit der hohen Gruppenhomogenität erklärt und der damit einhergehenden geringen Variabilität in den umweltbedingten Förderungsmaßnahmen begründet.

Während die zitierten Validitätsstudien zum Wiener Diagnosemodell aufzeigen, welche der im Modell berücksichtigten Variablen Hochleistung vorauszusagen gestatten, gilt es andererseits empirisch festzustellen, ob sich die gefundenen Studienergebnisse auch in der Praxis beim Diagnostizieren im Einzelfall niederschlagen. Die zentrale Frage lautet dabei, inwieweit sich das Entscheidungsverhalten der begutachteten Psychologen der *Test- und Beratungsstelle* tatsächlich nach dem Wiener Modell richtet und welche Variablen des Modells bei der Erstellung von Diagnosen (implizit oder explizit) als besonders relevant erachtet werden. Dies lässt sich nach eingehender Analyse bereits erstellter Fallgutachten feststellen. Dem Anliegen der vorliegenden Arbeit folgeleistend, sollte diese Frage am Ende der Untersuchung beantwortet werden können.

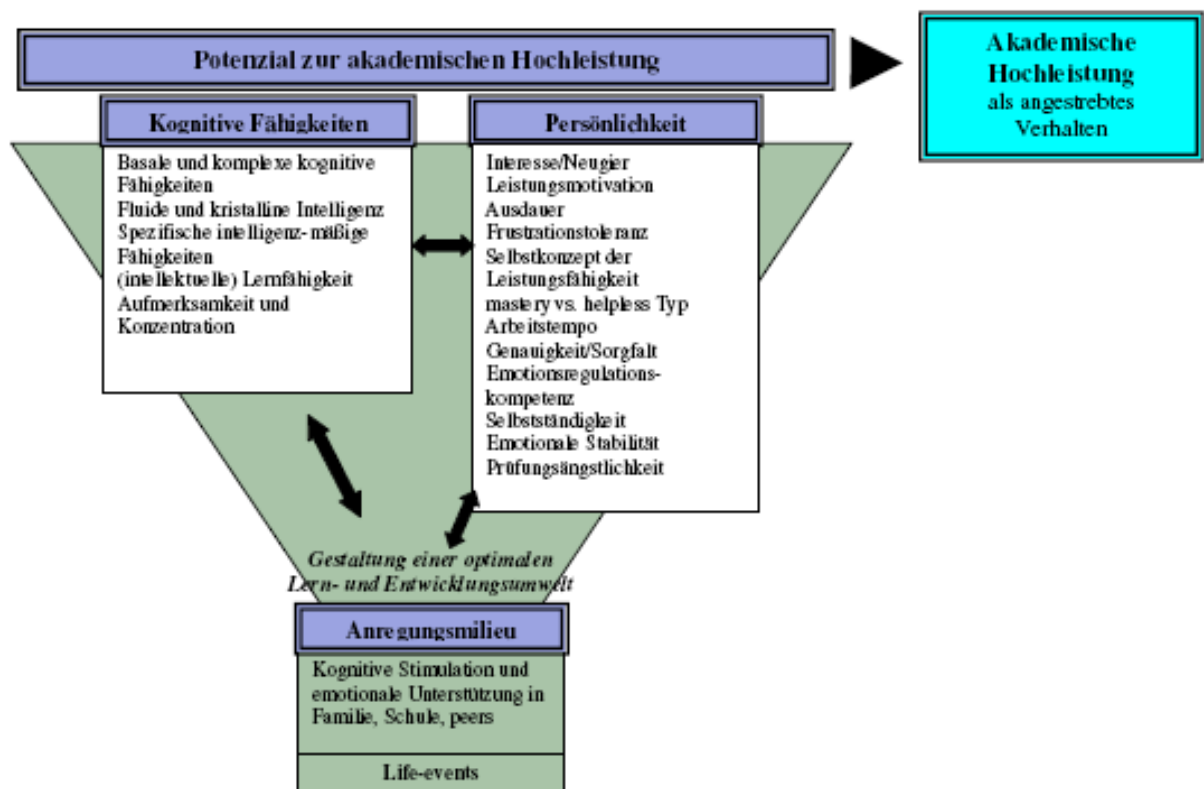


Abbildung 1: Das Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial
(Holocher-Ertl, 2008, S. 9)

2.2.2. Inhalt und Gestaltung von Fallgutachten

Für die vorliegende Arbeit wurden psychologische Gutachten aus der Hochbegabungsdiagnostik herangezogen, die für Klienten der *Test- und Beratungsstelle* erstellt worden waren. In diesem Kapitel wird erklärt, wie ein solches Gutachten aufgebaut ist, aus welchen Teilen es besteht und welche Inhalte es aufweist. Damit soll ein Einblick in den dieser Arbeit zugrundeliegenden Prozess der Gutachtenanalyse geschaffen werden. Zu diesem Zweck werden sowohl allgemeine Richtlinien der Gutachtenerstellung dargelegt als auch auf deren Umsetzung an der *Test- und Beratungsstelle* eingegangen wird. Zuletzt werden typische Urteilsverzerrungen bei der Gutachtenerstellung beschrieben und Möglichkeiten zu deren Minimierung genannt.

2.2.2.1. Leitlinien der Gutachtenerstellung

Ausgehend von der Definition des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (1988) kennzeichnen sich wissenschaftlich angefertigte psychologische Gutachten durch mehrere Gütemerkmale aus:

„Ein psychologisches Gutachten ist eine wissenschaftliche Leistung, die darin besteht, aufgrund wissenschaftlich anerkannter Methoden und Kriterien nach feststehenden Regeln der Gewinnung und Interpretation von Daten zu konkreten Fragestellungen Aussagen zu machen. Das Gutachten ist Antwort eines Experten, des Psychologen, auf Fragen, zu denen er aufgrund seines Fachwissens, des aktuellen Forschungsstandes und seiner Erfahrung Stellung nimmt.“ (S. 3)

Zusätzlich dazu wurden vonseiten der deutschen Psychologengemeinschaft (1988) verbindliche Kriterien und ethische Richtlinien in Hinblick auf die Gutachtenerstellung formuliert. Betont werden dabei die *Sorgfaltspflicht*, *Transparenz* im Sinne von Nachvollziehbarkeit und Regeln hinsichtlich der *Einsichtnahme* von Gutachten

gegenüber Begutachteten. Des Weiteren wird die Verfassung von „*Gefälligkeitsgutachten*“ als nicht zulässig klassifiziert und die Stellungnahme zu *Gutachten von Kollegen* als ethisch angemessen bewertet.

Im Vergleich dazu heben Westhoff und Kluck (2003) zwei Kriterien hervor, *Gültigkeit (Validität)* und *Kommunizierbarkeit*, auf deren Basis die Qualität von Gutachten beurteilt werden sollte.

Die *Validität* eines Gutachtens hänge demnach entscheidend (1.) von der *Art und Qualität zugrundeliegender theoretischer Aussagen* ab und (2.) den sich daraus erschließenden *logischen Regeln bei der Zusammenfügung von Einzelinformationen*. Zum anderen zeuge ein Gutachten von Validität, wenn sich (3.) für die hypothetischen Konstrukte *angemessene Operationalisierungen* finden lassen und (4.) das empirische Vorgehen *objektiv und zuverlässig* erfolge. Letztendlich lasse sich höhere Validität von Gutachten über (5.) differenzierte Aussagen hinsichtlich des *Geltungsbereiches* der zugrundeliegenden theoretischen Annahmen erzielen.

Bezüglich des Kriteriums *Kommunizierbarkeit* argumentieren Westhoff und Kluck (2003), dass jede wissenschaftliche Aussage nur als *transparente, nachvollziehbare und prüfbare* Größe an andere Personen weitergetragen werden kann, weshalb dieses Kriterium entscheidend zur Qualität eines Gutachtens beitrage.

Wendet man diese von Westhoff und Kluck (2003) definierten Kriterien auf die Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* an, können Schlussfolgerungen bezüglich der Güte der dort angefertigten psychologischen Gutachten gezogen werden:

Gütekriterium „Validität“:

Hinsichtlich der vielen Anforderungen in Zusammenhang mit der *Validität* als Kriterium lässt sich festhalten, dass die Gutachtenerstellung auf konkreten theoretischen Ableitungen, nämlich jener des *Wiener Diagnosemodells zum Hochleistungspotenzial*, basiert. Wie in Kapitel 2.2.1. dargelegt wurde, beruht dieser theoretische Ansatz zudem auf mehrfach gefundenen empirischen Untersuchungsergebnissen.

Mit den theoretischen Implizierungen des Wiener Diagnosemodells wird gleichzeitig auch ein spezifizierter Geltungsbereich definiert: Vom Begriff „Hochbegabung“ abrückend, wenden sich die Psychologen der *Test- und Beratungsstelle* der „Hochleistung“ und damit all jenen Bedingungen zu, die diese als konkretes Verhalten bedingen können. Dabei werden ausschließlich „akademische Hochleistungen“, die sich anhand ausgezeichneter Schulnoten dokumentieren lassen, unter Betracht gezogen. Theoriebedingt werden dagegen keine Aussagen über beispielsweise musische Hochbegabung, Kreativität und alle anderen Bereiche potenzieller Begabungen gemacht. Dieser Ansatz der Hochbegabungsdiagnostik hat damit seinen festumgrenzten Einsatz- und Geltungsbereich, innerhalb dessen adäquate hypothetische Ableitungen in Form psychologisch-diagnostischer Fragestellungen eruiert und untersucht werden können.

Einschränkend muss ergänzt werden, dass noch nicht (genügend) empirische Arbeiten zum Wiener Diagnosemodell vorliegen, die dessen praktische Umsetzbarkeit genauso gut dokumentieren würden, wie dessen theoretische Grundlagen (Holocher-Ertl, 2008). Man kann zwar dem Wiener Modell entnehmen, dass „*Hochleistungspotenzial*“ generell nur bei günstigen Ausprägungen in allen drei berücksichtigten Lebensbereichen attestiert werden kann, doch sind konkrete Aussagen bezüglich einzeln auszuwertender Faktoren (noch) nicht valide zu treffen. Wie Holocher et al. (2008b) resümieren, ist empirisch noch nicht hinreichend geklärt, welche Variablen bzw. welche Variablenkonfiguration des Modells einen entscheidenden Einfluss auf das Hochleistungspotenzial ausüben.

Eine weitere noch offenstehende Frage behandelt das Ausmaß der Kompensationsmöglichkeit einzelner Faktoren durch andere Faktoren des Wiener Diagnosemodells. Auch dies wird erst durch entsprechende Studien erschlossen werden können. Bis dahin bleibt dem tätigen Psychologen „nur“ seinem Wissen und seiner Erfahrung intuitiv Folge zu leisten und anhand der theoretischen Annahmen im Wiener Modell fallspezifische diagnostische Entscheidungen zu treffen.

In diesem Zusammenhang wird noch einmal auf die Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit hingewiesen. Die anvisierten Forschungsziele sollen Erkenntnisse bezüglich dieses intuitiven Vorgehens des Psychologen bei der Verknüpfung einzelner Informationen liefern. Folglich tragen die Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit auch

dazu bei, Validitätsstudien des Wiener Modells spezifiziert vorzubereiten, indem Hypothesen über die Relevanz und Vorhersagekraft einzelner Variablen bzw. Variablenkonfigurationen auf Grundlage der gewonnen expliziten Entscheidungsregeln formuliert werden können.

Bezüglich der von Westhoff und Kluck (2003) geforderten *objektiven* und *zuverlässigen* Gutachtenerstellung sowie hinsichtlich des Gütemerkmals angemessener *Operationalisierbarkeit* lassen sich je nach berücksichtigten Inhalten des Wiener Diagnosemodells unterschiedliche Schlussfolgerungen ziehen. Für die Erhebung des Bereichs kognitiver Fähigkeiten kommt das Verfahren AID 2.2 standardgemäß zum Einsatz, das als valides und reliables Testinstrument eingestuft werden kann (vgl. Holocher-Ertl, 2008). Der Vorzug des AID 2.2 (Kubinger, 2009a) gegenüber anderen Intelligenztestbatterien hängt mit den vielfältigen interessierenden Faktoren des Wiener Modells zusammen, die zu einem großen Teil mit diesem Test operationalisiert werden können. So gewinnt der Diagnostiker aus den Testwerten des AID 2.2 Informationen bezüglich kognitiver Grundbegabungen als auch hinsichtlich komplexer und spezifischer Verarbeitungskompetenzen. Zudem ist der Diagnostiker imstande, anhand des beigelegten Begleitbogens zur Beurteilung der Arbeitshaltungen neben den kognitiven Fähigkeiten auch wichtige Merkmale des leistungsbezogenen Persönlichkeitsbereiches systematisch einzuschätzen.

In Zusammenhang mit der *Operationalisierung* der Variablen aus dem Bereich des Anregungsmilieus im Wiener Modell werden Informationen aus der Anamnese und der Exploration mit dem Kind und seinen Eltern herangezogen.

Kubinger folgend (2009b) wird Anamnese als „*Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehenden Informationen*“ verstanden. Währenddessen dient Exploration als „*entscheidungsorientiertes Gespräch*“ (vgl. Westhoff & Kluck, 2003) dazu, durch geplantes Vorgehen anhand eines Leitfadens, all jene Daten möglichst unverzerrt und vollständig zu erheben, die für das zufriedenstellende Beantworten der jeweils zuvor aufgestellten Fragestellung notwendig sind. Kubinger (2009b) hält an der Unterscheidung beider Begriffe fest, fügt jedoch hinzu, dass sie nicht streng voneinander abzugrenzen sind. Die Psychologen der *Test-*

und Beratungsstelle setzen die Vorgaben an das anamnestische und explorative Interview dergestalt um, dass sie sich in der Gesprächsführung mit den Klienten an einem Leitfaden, dem *Systemisch Orientierten Erhebungsinventar* (Kubinger, 2003), orientieren, der alle potenziell interessierenden Fragenbereiche thematisiert und angemessene Fragenformulierungen liefert. Das Vorgehen kann als teilstandardisiert beschrieben werden, da der Diagnostiker im Gespräch kein schematisches Abfragen leistet, sondern eine offene Kommunikation verfolgt. Wie Kubinger, Holocher-Ertl und Frebort (2006) dokumentieren, stellt sich das *Systemisch Orientierte Erhebungsinventar* selbst unerfahrenen Gutachtern als recht zuverlässiges Instrumentarium dar, um die für die Untersuchung bzw. Entscheidungsfindung notwendigen Informationen zu sammeln. Trotz allem haftet gesprächsbasierten Daten das Manko der Unüberprüfbarkeit an. Der diagnostizierende Psychologe muss meist auf den Aussagen der Beteiligten vertrauen, weshalb er bei der Wiedergabe solch ungeprüfter Informationen im Gutachten auf den Konjunktiv zurückgreift. Es ist ihm jedoch möglich, die einst erfassten anamnestischen und explorativen Daten auf Grundlage eigener Beobachtungen aus der psychologisch-diagnostischen Untersuchung relativierend im Gutachten darzulegen.

Leistungsbezogene Persönlichkeitsmerkmale werden im Rahmen der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* über Persönlichkeitsfragebögen, Anamnese, Exploration und projektive Verfahren, aber vor allem durch die Verhaltensbeobachtung während des Testens gewonnen. Der Einsatz von Persönlichkeitsfragebögen wird von den begutachtenden Psychologen jedoch äußerst kritisch behandelt. In der diagnostischen Praxis stellt sich diesbezüglich immer die Frage, inwieweit Kinder über die notwendige Reife und Selbstreflexion verfügen, um sich selbst auf mehreren Persönlichkeitsdimensionen einschätzen zu können (Holocher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008b). Gleichzeitig besteht dabei auch immer die Gefahr, dass sich Testpersonen bei der Bearbeitung von Fragebögen bewusst (oder unbewusst) verfälscht darstellen, um beispielweise eigene Mängel und persönliche Unzulänglichkeiten zu kaschieren (Kubinger, 2009b). Der Rückgriff auf projektive Verfahren zur Erhebung der Persönlichkeit ist daher verständlich, doch können auch diese Tests den Psychologen methodisch nicht zufriedenstellen. Aufgrund der starken subjektiven Handhabung dieser Tests, die sich sowohl in der Auswertung als auch in der

freien Interpretation niederschlägt, können projektive Verfahren nicht als objektive und zuverlässige Messinstrumente beschrieben werden (Westhoff & Kluck, 2003). Sie werden daher an der *Test- und Beratungsstelle* nicht hypothesenprüfend, sondern nur im Rahmen der Exploration hypothesengenerierend angewandt (Holcher-Ertl, 2008).

In Bezug auf die Verhaltensbeobachtung als Erhebungsmethode kann diese, wie erwähnt, anhand des Beiblattes im AID 2.2, systematisch umgesetzt werden. Kubinger (2009) weist einschränkend darauf hin, dass durch die Beteiligung des Beobachters am Gespräch, wie es in der Leistungsdiagnostik üblich ist, eine parallel durchgeführte Verhaltensbeobachtung nie fehlerlos und vollständig sein kann. Dennoch liefere diese Methode dem Diagnostiker wesentliche Informationen, insbesondere über die Ausprägung leistungsbezogener Persönlichkeitsmerkmale. Diese Daten können mit den Selbsteinschätzungen des Klienten in Persönlichkeitsfragebogen vergleichend analysiert werden (Holcher-Ertl, 2008). Der Vorteil systematischer Verhaltensbeobachtung gegenüber Persönlichkeitsfragebögen hängt dabei mit der direkten Ableitung von Informationen aus der Beobachtung des Klienten zusammen, die die Verfälschbarkeit von Fragebögen naturgemäß umgehen würde (Kubinger, 2009). In einer Untersuchung von Eichhorn (2011), in der ein systematisches Verfahren der Verhaltensbeobachtung empirisch geprüft werden sollte, fand sich eine zufriedenstellend hohe Übereinstimmung der Gutachter in den Angaben zu denselben Testpersonen, die anhand eines Leitfadens beobachtet worden waren. Die Studie ergab, dass die Qualität gewonnener Informationen aus der Verhaltensbeobachtung für die Hochbegabungsdiagnostik im Allgemeinen als ausreichend bis gut angesehen werden kann. Eichhorn (2011) zieht den Schluss, dass mit einem gut geschulten Personal sowie einem leicht handbaren Leitfragensystem diese Güte noch verbessert werden kann.

Im Vergleich zu Intelligenztests stellen sowohl Persönlichkeitsfragebögen, projektive Verfahren als auch die Verhaltensbeobachtung bislang keine optimalen psychologisch-diagnostischen Verfahren dar, um gültige Daten für die Leistungsdiagnostik auf Basis des Wiener Diagnosemodells zu gewinnen. Die Operationalisierung relevanter Merkmale des Anregungsmilieus und Persönlichkeitsbereiches kann nicht uneingeschränkt als verlässlich, valide, und objektiv beschrieben werden (vgl. Holcher-Ertl, 2008 und Holcher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008b). Zwar werden, wie am Beispiel der Studie

Eichhorns (2011) deutlich wird, standardisierte Verfahren mit dem Ziel einer qualitativ besseren Umsetzbarkeit des Wiener Diagnosemodells angestrebt, doch können bis zu deren standardisiertem Einsatz die Schwierigkeiten in der Erhebung des Persönlichkeits- und Umweltbereiches nur damit gelöst werden, dass mehrere Informationsquellen (Verhaltensbeobachtung, Persönlichkeitsfragebögen, projektive Verfahren, Anamnese und Exploration) herangezogen werden, um aus der Summe all dieser Daten möglichst gültige und objektive Aussagen über die zu erschließenden Merkmale abzuleiten (Holocher-Ertl, 2008).

Gütekriterium „Kommunizierbarkeit“:

Neben dem Kriterium *Validität* stellen Westhoff und Kluck (2003) die Forderung der *Kommunizierbarkeit* bei der Bewertung von Gutachten. Im Vordergrund steht dabei vor allem die Darstellungsweise der gesammelten Informationen und Ergebnisse, die sich an den Gütemerkmalen *Transparenz*, *Nachvollziehbarkeit* und *Überprüfbarkeit* orientieren sollte.

Ähnlich dazu beschreibt auch Kubinger (2009b), welchen Ansprüchen der Diagnostiker in der praktischen Umsetzung gestaltungsbezogener Prinzipien beim Erstellen von Gutachten gerecht werden muss. Da sich die Psychologen der *Test- und Beratungsstelle* an die von ihm zusammengestellten Leitlinien orientieren, wird im Folgenden auf diese Regeln kurz eingegangen (vgl. Kubinger, 2009b, S. 307-313):

- Dem Kriterium der Nachvollziehbarkeit entsprechend, sollte der Verfasser eine Trennung der objektiven Ergebnisdarstellung (Untersuchungsbericht) und der subjektiven Ergebnisinterpretation beachten.
- Die Wortwahl muss so gewählt werden, dass sie für den Adressaten verständlich ist. Fachtermini sollten deshalb vermieden werden.
- Bei allen Formulierungen sollten keine wertenden Aussagen getätigt und eine kritische Distanz gewahrt werden.
- Als Bezeichnung für die untersuchte Person sind den Begriffen „Proband“ und „Versuchsperson“ „Klient“ oder „Testperson“ vorzuziehen.
- Informationen, die im Rahmen der Untersuchung nicht überprüfbar sind, wie

zum Beispiel Angaben der begutachteten Person betreffs ihrer Vorgeschichte, sollten im Konjunktiv wiedergegeben werden. Diese Daten sollten zudem immer in Verbindung mit der dafür zugrundeliegenden Informationsquelle beschrieben werden. Auch aus der Testung gewonnene Daten müssen vorsichtig verwertet und ausformuliert werden, wenn sie sich auf bloße Selbsteinschätzungen des Klienten stützen. So sollten Ergebnisse aus Persönlichkeitsfragebogen mit Verweis darauf wiedergegeben werden, dass sich die Testperson die jeweiligen Eigenschaften selbst zugeschrieben hat.

- Der Untersuchungsvorgang sollte so wiedergegeben werden, dass sich der Begutachtete darin wiedererkennt und ihm die daraus gezogenen Schlüsse verständlich werden.
- Bei der Ergebnisdarstellung im Untersuchungsbericht empfiehlt Kubinger (2009b) die Testwerte konsequent als Prozentwerte anzugeben, da hierbei die Testperson leicht einen Vergleich ihrer Leistungen mit jenen der Referenzstichprobe ziehen kann. Außerdem sollte darauf geachtet werden, die Informationen übersichtlich und verständlich aufzubereiten, wobei auf eine tabellarische Darstellung verzichtet werden kann, da diese für den Adressaten oft wenig hilfreich erscheint.
- Im Abschnitt der Interpretation der Ergebnisse gilt es, die Messgenauigkeit der verwendeten Testverfahren zu berücksichtigen und nicht leichtfertig von den erzielten Leistungen der Testperson auf die jeweils zugrundeliegenden Fähigkeiten zu schließen. Auch sollte der Gutachter nicht nur die Testnamen erwähnen, wenn er sich auf bestimmte Daten bezieht, sondern immer auch verständlich machen, welche Fähigkeiten mit dem jeweiligen Test erfasst wurden.
- Bei der Beantwortung der Fragestellung gilt es eine Verknüpfung zwischen den Informationen herzustellen, wobei jegliche Redundanz vermieden werden sollte. Nur jene Daten sollten Erwägung finden, die für die jeweilige Fragestellung als relevant erachtet werden. Gleichsam ist es auch bei der Erhebung der Daten wichtig, nur solche diagnostisch-psychologische Verfahren anzuwenden, von denen sich der Diagnostiker Erkenntnisse hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellung verspricht.

- Am Ende des Gutachtens ist neben Verweis auf Einhaltung berufsethischer Richtlinien eine Unterschrift vom Gutachter zu leisten, die als rechtsverbindlich angesehen wird.
- Kubinger (2009b) fügt hinzu, dass beim Verfassen des Gutachtens jegliche Fehler der Rechtschreibung, Grammatik wie auch Tippfehler unterbunden werden sollten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Leser aufgrund der formal unsauberen Gestaltung auch auf inhaltliche Fehler schließt.
- Nach der psychologisch-diagnostischen Untersuchung ist ein Beratungsgespräch mit dem Klienten obligatorisch. Dabei sollte der Diagnostiker auf eine verständliche Weise die Ergebnisse der Untersuchung offenlegen und deren Bedeutung sowie Relevanz hinsichtlich der Fragestellung erläutern.

2.2.2.2. Inhaltliche Gliederung von Gutachten

Bei der Gestaltung psychologischer Gutachten lässt sich nach Fisseni (1982, S. 53) ein allgemeines Grundschema skizzieren:

1. *Übersicht:* In diesem Teil werden Angaben bezüglich Fragestellung, Fragesteller, Untersucher, Adressaten, Untersuchungstermine, und Untersuchungsverfahren gemacht.
2. *Vorgeschichte:* Hier werden die zu Beginn einer Untersuchung festgehaltenen Einzelinformationen zusammenfassend dargestellt.
3. *Untersuchungsbericht:* Die erhobenen Informationen werden mittels Testbeschreibung, Verhaltensbeobachtung, und Ergebnisbericht präsentiert. Wichtig ist hierbei, dass die Ergebnisdarstellung für nichtpsychologische Adressaten nachvollziehbar ist. So sollten die erzielten Testwerte immer nur in Bezug auf eine Vergleichsstichprobe und den daraus resultierenden über- unter oder nur durchschnittlichen Ergebnissen angegeben werden.
4. *Befund:* Hier werden die gewonnenen Einzelinformationen aus der Vorgeschichte und dem Untersuchungsbericht miteinander in Beziehung gesetzt und die Person gemäß dem beobachteten Daten klassifiziert.
5. *Stellungnahme:* Am Ende des Gutachtens wird eine Beantwortung der

Fragestellung unter Berücksichtigung der verknüpften Informationen aus der Vorgeschichte, dem Untersuchungsbericht und dem Befund als Diagnose oder in Form eines Maßnahmenvorschlages geleistet.

Nach der Stellungnahme kann, wie Kubinger (2009b) empfiehlt, eine kurze *Zusammenfassung* hinzugefügt werden, in der alle wesentlichen Informationen (Fragestellung, die eingesetzten psychologisch-diagnostischen Verfahren, die gewonnenen Ergebnisse sowie die gesetzten Maßnahmenvorschläge) enthalten sein sollten.

Kubinger (2009b) hält außerdem fest, dass das Gutachten vom Befund deutlich abgegrenzt werden muss. Während ein Befund die bloße Aufbereitung und Beschreibung des Untersuchungsverlaufs und der gewonnenen Informationen enthalte, zeichne sich ein Gutachten durch das Hinzufügen der Interpretation und eines Maßnahmenvorschlages aus (ebd.).

In der Hochbegabungsdiagnostik der *Test- und Beratungsstelle* wird bei der Ausgestaltung von Gutachten folgende Darstellungsweise und Gliederung umgesetzt:

Fragestellung:

Hier wird stichwortartig bzw. in wenigen Worten das Ziel der psychologischen Untersuchung dargelegt. In der Hochbegabungsdiagnostik findet sich unter diesem Punkt oftmals „Begabungsabklärung“, „Abklärung des Hochleistungspotenzials“ und „Stärken-Schwächen-Abklärung“.

Sachverhalt:

In diesem Abschnitt wird die „Fragestellung“ weiter ausgeführt, indem die momentane Situation bzw. Ausgangslage des Kindes kurz beschrieben wird, aus der die Inanspruchnahme der psychologischen Testung nachvollzogen werden kann. Außerdem wird das Datum des Erstkontaktes zwischen Klient und Psychologe an der Test- und Beratungsstelle angegeben.

Psychologische Untersuchung:

Hier werden Inhalte der Untersuchung mit dem jeweiligen Datum des Testtermins zusammenfassend dargelegt. Neben der Erwähnung der verwendeten Tests mit vollständiger Bezeichnung, wird das Anamnese- und Explorationsgespräch mit den jeweiligen Gesprächspartnern angegeben.

Anamnese- und Explorationsgespräch:

In diesem ersten längeren Teil des Gutachtens lassen sich alle relevanten Informationen finden, die der Psychologe im Gespräch mit den Eltern und dem Kind in Erfahrung bringen konnte. Das Gespräch wird vom Psychologen anhand von Leitthemen, aber frei gestaltend geführt. Die gewonnenen Informationen werden dabei nicht so sehr chronologisch nach der Entwicklung des Kindes wiedergegeben, als sie vielmehr einer inhaltlich-strukturierten Logik folgen. So wird nach der Beschreibung der momentanen Wohn- und Familiensituation, zunächst die frühkindliche Entwicklung beschrieben, wonach Informationen bezüglich der Kindergartenzeit, der Einschulung und schulischen Entwicklung folgen. Dabei interessieren zum einen etwaige ungewöhnlich schnelle Entwicklungsprozesse und als besondere Begabungen angesehene Fähigkeiten des Kindes. Umgekehrt werden auch Entwicklungsverzögerungen oder Schwierigkeiten in bestimmten Bereichen notiert. Es folgt ein ausführlicher Teil zur derzeitigen Schul- und Hausaufgabensituation, der Rückschlüsse auf die im Wiener Diagnosemodell wesentlichen Merkmale der Arbeitshaltungen des Kindes erlaubt. Der Diagnostiker hält auch fest, wie sich die soziale und emotionale Situation des Kindes sowohl zu Hause als auch in der Schule und Freizeit darstellt. Fühlt es sich in seiner Klasse wohl? Erfährt es in seiner Familie Zuwendung und Unterstützung? Wird es zu Hause, in der Schule und/oder in seiner Freizeit gut gefördert, um eine günstige Entfaltung seiner Fähigkeiten und seiner Persönlichkeit zu gewährleisten? Neben der Schule werden auch Freizeitaktivitäten des Kindes erfragt, um einen Eindruck davon zu gewinnen, welche Interessen es hegt und in welchen Bereichen es gefördert wird. Dabei wird auch ersichtlich, ob Kontakte zu Gleichaltrigen außerhalb der Schule bestehen und wie sozial kompetent sich das Kind in seiner Peer-Group erlebt und verhält. Darüber hinaus wird auch nach Krankheiten oder Einschränkungen des Kindes gefragt. Des Weiteren

interessiert den Psychologen, ob besondere Ereignisse positiver oder negativer Natur im Leben des Kindes stattgefunden haben. Zuletzt werden Eltern und das Kind selbst nach persönlichen Ansichten und Wünschen für die Zukunft des Kindes gefragt. Einerseits kommt darin zum Ausdruck, wie vertrauensvoll die Eltern ihrem Kind gegenüberstehen. Andererseits wird aber auch deutlich, wie selbstbewusst sich das Kind selbst einschätzt und wie reflektiert es über sich selbst nachdenken kann.

Testergebnisse:

In diesem Abschnitt werden die in der Untersuchung verwendeten Tests vorgestellt und die erzielten Testergebnisse des Kindes präsentiert. Die Ergebnisdarstellung erfolgt vollständig und transparent, indem sowohl die Globalwerte eines Tests als auch die Leistungen in allen Untertests als Prozentrangwerte aufgelistet werden. Darüber hinaus werden die in den einzelnen Untertests gemessenen Fähigkeiten detailliert beschrieben. Alle Ergebnisse werden im Vergleich zu den Ergebnissen Gleichaltriger einer Normstichprobe wiedergegeben und interpretiert.

Verhaltensbeobachtung:

Hier gibt der Psychologe seine in der Untersuchung gewonnenen Beobachtungsergebnisse über das Verhalten des Kindes wieder. Die dabei gesammelten Informationen münden in eine allgemeine Einschätzung der Arbeitshaltung des Kindes. Darin wird dargelegt, wie reif sich das Kind, gemessen an seinem Alter, hinsichtlich seines Vorgehens bei der Bearbeitung kognitiv herausfordernder Aufgaben zeigt.

In diesem Abschnitt werden auch Angaben zu der Stimmungslage und Offenheit des Kindes an den Testterminen gemacht. Es wird erwähnt, ob sich das Kind an der Testung allgemein interessiert zeigte und gegenüber den Aufgaben Neugierde entwickelte. Darüber hinaus wird sein Arbeitsverhalten anhand folgender Punkte beschrieben:

- Leistungsmotivation und Leistungsfreude: Wie sehr ist das Kind motiviert, sich den Aufgaben zu stellen und wie erfreut zeigt es sich bei der Bearbeitung der Aufgaben?
- Anstrengungsbereitschaft: Ist das Kind bereit, sich vor allem bei herausfordernden Aufgaben zu bemühen, eine Lösung zu finden?
- Aufmerksamkeit und Konzentration: Wie leicht oder schwer fällt es dem Kind, sich auf die Aufgabenbearbeitung zu konzentrieren? Bleibt es mit seiner Aufmerksamkeit

bei den Aufgaben, auch dann, wenn es unter- oder überfordert ist, oder lässt es sich leicht ablenken bzw. sucht selbst nach einer Ablenkung von außen?

- Ausdauer: Lässt sich eine leistungsorientierte Arbeitshaltung auch nach längerer Testdauer beobachten?

- Frustrationstoleranz: Wie gut kann das Kind mit Misserfolg umgehen? Zeigt es sich frustriert oder traurig, wenn es zu keiner Lösung kommt und sinkt dann seine Motivation? Oder bleibt es darüber unbekümmert und bearbeitet die nächsten Aufgaben weiterhin motiviert und leistungsfreudig?

- Sorgfalt und Arbeitstempo: Wie genau arbeitet das Kind an den Lösungen? Ist es bemüht, überlegte Antworten zu geben oder zeigt es sich übereifrig mit der Tendenz Flüchtigkeitsfehler zu machen? Arbeitet es reflektiert, indem es sein Arbeitstempo an den Schwierigkeitsgrad der Aufgaben anpassen kann, oder neigt es eher zu einem entweder konstant schnellen und schlampigen Arbeitsstil oder einem auffällig langsamen Vorgehen?

- Selbständigkeit: In jedem Fall ist es wichtig festzuhalten, ob das Kind Anleitung von außen benötigt, um die Aufgaben zu lösen, indem es beispielsweise von der Psychologin motiviert werden muss, sich der Aufgabenbearbeitung zu stellen. Kinder, die bereits über ein reflektiertes und leistungsorientiertes Arbeitsverhalten verfügen, verhalten sich demgegenüber selbständig und sind bei der Lösung der Aufgaben nicht auf die Unterstützung einer außen stehenden Person angewiesen.

- Selbstkonzept eigener Leistungsfähigkeit: Damit wird angegeben, wie gut sich das Kind bezüglich seiner Fähigkeiten und der Möglichkeit, eine bestimmte Aufgabe lösen zu können, einschätzen kann. Weiß es über seine Stärken und Schwächen gut Bescheid oder unterschätzt respektive überschätzt es seine kognitiven Fähigkeiten?

- Prüfungsängstlichkeit: Eventuell wird beobachtet, dass das Kind sich gegenüber der Testung sehr zurückhaltend oder gar ängstlich verhält. Dies würde bei der Interpretation der Testergebnisse gegebenenfalls berücksichtigt werden, da es wahrscheinlich ist, dass das Kind dadurch sein volles Potenzial in der Testsituation nicht ausschöpfen konnte.

Interpretation:

In diesem Teil des Gutachtens gibt der Psychologe seine Schlussfolgerungen bezüglich des Hochleistungspotenzials des untersuchten Kindes auf Basis aller gesammelten

Informationen wieder. Er geht dabei über die objektive Darstellung der Daten und Testergebnisse hinaus, indem er alle Informationen miteinander verbunden interpretiert und daraus zu einer Beantwortung der eingangs formulierten Fragestellung gelangt. In vielen Fällen, geht es dabei um die Feststellung, ob das Potenzial zur Hochleistung attestiert werden kann, oder nicht.

Dieser Abschnitt folgt meist einer bestimmten Gliederung, die sich an das Wiener Diagnosemodell anlehnt. Dabei wird nacheinander auf die drei Bereiche des Wiener Modells eingegangen:

Zunächst folgt die Einschätzung des kognitiven Potenzials des Kindes. Die Globalwerte aus dem AID 2.2 und dem CFT 1 bzw. CFT 20-R (oder alternativ angewandter Verfahren) finden Erwägung. Mit der Angabe dieser Werte wird sogleich ein Überblick über das allgemeine Niveau aller kognitiven Fähigkeiten gegeben. Sind diese überdurchschnittlich bis weit überdurchschnittlich hoch, kann zumeist davon ausgegangen werden, dass die Bedingung bezüglich des kognitiven Potenzials aus dem Wiener Diagnosemodell in Hinblick auf das Hochleistungspotenzial erfüllt ist. Darauf folgt die Darstellung der in den Tests erzielten kognitiven Leistungen, wobei explizit auf Stärken und Schwächen eingegangen wird. Anders als im Abschnitt „Testergebnisse“ treten dabei nicht die einzelnen Testergebnisse in den Vordergrund, sondern die aus allen Leistungen ersichtlichen Erkenntnisse bezüglich der Begabungen des Kindes in globalen Bereichen der Sprache, Visumotorik, Wissen, Gedächtnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit, soziales Verständnis, mathematisches Denkvermögen, usw.

Nach dieser Darstellung folgt die Interpretation des leistungsbezogenen Persönlichkeitsbereiches. Hier werden vor allem jene Informationen, die in der Verhaltensbeobachtung gesammelt wurden, relevant. Es geht darum, eine Einschätzung über die Reife der Arbeitshaltung des Kindes zu geben. Dafür werden auch Angaben aus der Anamnese und der Exploration hinzugezogen.

Als nächstes gibt der Psychologe seine Schlussfolgerung hinsichtlich der emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes wieder. Emotionale Stabilität, positive soziale Kontakte, und das sichere Wohlergehen in der Familie sind hierbei ausschlaggebend.

Die Informationen bezüglich des Anregungsmilieus können über die Anamnese und die Exploration gewonnen werden. Aus den Angaben der Eltern und des Kindes wird

einerseits darauf geschlossen, wie günstig die schulische Situation unter Berücksichtigung der sozialen Eingliederung des Kindes als auch seiner intellektuellen Förderung angesehen werden kann. Andererseits wird auch eine Einschätzung des familiären und außerschulischen Umfelds in Bezug auf deren unterstützende und fördernde Rolle in der Entwicklung des Kindes gegeben.

Die Interpretation all der genannten Bereiche mündet schließlich in die Beantwortung der Fragestellung. Das Potenzial zur Hochleistung wird attestiert oder eine Begründung für deren Absprache gegeben.

Empfehlungen:

Dieser Abschnitt baut auf dem Interpretationsteil direkt auf. Der Psychologe gibt an, welche Maßnahmen einzuleiten sind, um das Kind bestmöglich zu fördern. Wurde das Potenzial zur Hochleistung attestiert, wird je nach Fall zu einer individuellen Förderung im Klassenverband durch den Lehrer, zu einer zusätzlichen Förderung im Freizeitbereich und/oder zu einem Schul- oder einem Klassenwechsel geraten.

Bei einzelnen kognitiven Schwächen wird ein spezielles Training empfohlen. Liegen besondere Stärken vor, wird zu einer individuellen Förderung in diesem Bereich angeraten. Ziel ist es, das Kind an Aufgaben heranzuführen, die seinen (hohen) Begabungen entsprechen, seine Leistungsfreude und Motivation anregen und es dadurch veranlassen, sein Potenzial ausschöpfend zu entfalten.

Der Diagnostiker möchte dabei vermitteln, dass es für die Familie besonders wichtig ist, sowohl in der Schule als auch in der Freizeit eine Unter- oder eine Überforderung des Kindes zu vermeiden, weil dies zu Langeweile oder Frustration führen und damit auf lange Sicht Leistungsverweigerung mit sich bringen würde. Bei Vorliegen von durchschnittlichen kognitiven Begabungen wird daher davon ausgegangen, dass zusätzlich zur schulischen Förderung keine weitere darüber hinausgehende kognitive Förderung notwendig ist. Demgegenüber ist bei überdurchschnittlichen oder gar weit überdurchschnittlichen Fähigkeiten Unterforderung im regulären Schulbetrieb sehr wahrscheinlich, weshalb intervenierend eingegriffen werden sollte. Ähnliches gilt bei Feststellen unterdurchschnittlicher Begabungen. Bei bestehender Problematik im Sinne einer Überforderung in der momentanen Schulsituation könnte in solch einem Fall eine Rückstufung in eine frühere Klasse, das Wiederholen einer Klassenstufe oder ein

Wechsel in eine weniger fordernde Schule angeraten werden.

Wurden emotionale oder soziale Schwierigkeiten festgestellt, wird je nach der spezifischen Ausgangslage zu einer psychotherapeutischen Behandlung, einer Erziehungsberatung, einer Verhaltenstherapie oder einer anderen therapeutischen Maßnahme geraten.

Liegen soziale Schwierigkeiten im Klassenverband vor, kann ein Klassen- oder Schulwechsel hilfreich erscheinen und empfohlen werden. Scheint das Kind sozial zurückhaltend zu sein, oder nur wenige gleichaltrige Freunde zu haben, wird oft geraten, soziale Kontakte im Freizeitbereich, etwa durch Ausübung regelmäßiger Gruppenaktivitäten, zu pflegen.

Wenn der Psychologe den Eindruck gewonnen hat, dass das Kind in seinem familiären Umfeld emotional belastet ist, kann zusätzlich zur Psychotherapie eine Familientherapie oder ein Eltern-Kind-Training eingeleitet werden.

Wird dem Kind eine nur wenig reife Arbeitshaltung zugesprochen, werden Hinweise gegeben, wie die Eltern es unterstützen können, sein Lernverhalten zu verbessern. Dem Kind soll dabei geholfen werden, sich Lernstrategien und geordnete Verhaltensweisen anzueignen, damit es beim Arbeiten selbständiger vorgehen kann. In einigen Fällen wird zu einem Lerntraining geraten.

Liegt Legasthenie oder eine andere Teilleistungsstörung vor, wird ein spezielles Training empfohlen, wobei an einen hierfür zuständigen Experten verwiesen wird.

In den meisten Fällen folgt zuletzt die Empfehlung, das Kind in allen Bereichen weiter fördern zu können, „solange es dies emotional stützt, Spaß macht und nicht belastet“.

Zusammenfassung:

Hier werden alle Fakten der Untersuchung in wenigen Sätzen zusammengefasst: Name des Kindes, Untersuchungszeitpunkt, Testverfahren, Testergebnisse und der Maßnahmenvorschlag sind darin enthalten.

Der begutachtende Psychologe fügt seine Unterschrift unter die folgende Aussage, womit er auf die Einhaltung ethischer Richtlinien und auf wissenschaftliches Vorgehen entsprechend der DIN 33430 Normen (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2002) bei der Verfassung des Gutachtens verweist:

Ich versichere, dieses Gutachten nach sorgfältiger psychologischer Testung und nach genauer Erhebung der im Gutachten zu beurteilenden Tatsachen nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne der berufsethisch festgeschriebenen Richtlinien für die Erstellung Psychologischer Gutachten abgefasst zu haben.

Die DIN 3340 regelt vordergründig die *Anforderungen an Verfahren und deren Einsatz bei der berufsbezogenen Eignungsbeurteilung* (ebd.). Die dabei formulierten Leitlinien sollen sicherstellen, dass wissenschaftlich fundierte psychologische Verfahren angewandt werden, deren Einsatz und Auswertung nachvollziehbar dokumentiert wird und sich damit die psychologisch-diagnostische Untersuchung als objektiv und ethisch korrekt erweist (vgl. Kubinger, 2009).

2.2.2.3. Fehlerquellen und Urteilsverzerrungen in Gutachten

Bei der Erstellung von Gutachten lassen sich, wie Evaluationsstudien zeigen (vgl. Kubinger & Jäger, 2003, S. 193/194), mehrere Fehlerquellen identifizieren:

- „eine unscharfe Ausdrucksweise“
- „ausweichende Stellungnahmen“
- „fehlende Objektivierbarkeit von Befund und Gutachten“
- fehlende „Grenzen der Aussagekraft“ und
- „Mängel in Bezug auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit“.

Neben diesen empirisch offengelegten Mängeln in Gutachten, beschreiben Westhoff und Kluck (2003) eine Reihe potenzieller Fehlerquellen, die während des ganzen Prozesses der Gutachtenerstellung oder nur in bestimmten Phasen der Urteilsbildung auftreten können. Mit Verweis auf eine detaillierte Darstellung dieser Fehlerquellen bei Westhoff und Kluck (2003) soll nachfolgend auf diese im Einzelnen kurz eingegangen werden.

- In der Phase der Formulierung psychologischer Fragestellungen können als mögliche Fehlerquellen beispielsweise „*Stereotype*“ und „*implizite Persönlichkeitstheorien*“ auftreten. Dabei läuft der Diagnostiker Gefahr, durch eigene implizite Theorien über Zusammenhänge von Merkmalen alternative und

womöglich angemessenere Bedingungen zur Erklärung von Verhaltensweisen zu übersehen. In diesem Sinne tragen auch (*unbewusst*) *angewandte „Entscheidungsheuristiken“* des Diagnostikers dazu bei, Untersuchungsergebnisse zu verzerren. Dies sind Annahmen, die auf Alltags- und/oder Berufserfahrung gründen, jedoch nicht gerechtfertigt sind und jeglicher wissenschaftlicher Gültigkeit entbehren.

Als Konsequenz dieser Urteilsfehler, führt dies, insbesondere, wenn sie zu Beginn des diagnostischen Prozesses gemacht werden, dazu, dass nicht alle notwendigen Daten zur Beantwortung der Fragestellung erhoben werden.

- Bei der Interpretation gesammelter Daten ist es entscheidend, sie Schritt für Schritt miteinander in Beziehung zu setzen und dabei jegliche potenziell tragenden Bedingungen für deren Zustandekommen zu berücksichtigen. Verzerrungen in dieser Phase der Gutachtenerstellung können durch *mangelnde „kognitive Komplexität“* bedingt sein. Dabei unterlaufen dem Diagnostiker Fehler in der Beurteilung des gegebenen Sachverhaltes, da ihm möglicherweise die notwendige Erfahrung und/oder das Wissen fehlt, um genügend differenziert zu urteilen und etwaige Widersprüche in den Daten erklären zu können.
- In der Phase der Planung der Untersuchung können Verzerrungen des diagnostischen Prozesses auf die Intention des Psychologen *möglichst viele Daten zu eruieren* zurückgeführt werden. Den Leitlinien der Gutachtenerstellung entsprechend, sollten jedoch nur solche Informationen gewonnen werden, die hinsichtlich der Fragestellung als relevant und gültig angesehen werden. Dabei gilt es, das *Kosten-Nutzen-Verhältnis* der Untersuchung zu beachten und bei der Testwahl und Testung den Nutzen über die Kosten (z.B. unnötige bzw. ungerechtfertigte Belastung des Klienten) zu stellen.
- In der Phase der Darstellung der Ergebnisse können falsch gewählte Formulierungen des Gutachters verzerrte Schlussfolgerungen beim Leser verursachen. Diese Fehler werden als *„Verteilungsfehler“* bezeichnet. Zu dieser Gruppe zählen beispielsweise *„Milde- und Strenge-Fehler“*, die zustande kommen, wenn der Gutachter Testwerte entweder unangemessen gut oder schlecht bewertet. Auch die *„Neigung zu „mittleren“ oder „extremen“ Formulierungen“*, die den untersuchten Sachverhalt nicht objektiv darstellen

lassen, zählt als Verteilungsfehler. Ähnlich dazu entstehen diese Art von Urteilsverzerrungen, wenn der begutachtende Psychologe die diagnostische Relevanz einer Merkmalsausprägung übersieht“ („*Schwellenphänomen*“) oder wenn extreme Ausprägungen nicht dementsprechend, sondern mittels abmildernder Ausformulierungen wiedergegeben werden („*Konservatismus*“).

- In der Phase der Urteilsbildung im Befund können wiederum mehrere Fehlerquellen die Qualität des Gutachtens mindern. Finden beispielsweise bestimmte Adjektive (z.B. „intelligent“) oder Fachtermini Erwähnung, kann dies beim Adressaten, nicht die intendierten, sondern verzerrte Schlüsse verursachen („*Hofeffekt*“).

Es spielt auch eine Rolle an welcher Stelle im Gutachten Informationen platziert werden, da jene am Anfang und Ende besonders gut im Gedächtnis des Lesers bleiben („*Reihenfolgeeffekt*“). Eine übersichtliche und verständliche Gutachtengestaltung hilft diesen Effekt zu minimieren.

Eine weitere Fehlerquelle im Befund hängt mit der Tendenz zusammen, ein möglichst „*konsistentes Bild der Testperson*“ zu erstellen. Dabei übersieht der Diagnostiker widersprüchliche, aber unter Umständen wichtige Informationen bzw. tendiert dazu, „passende“ Informationen zu ergänzen, die der Konsistenz der Personenbeschreibung Folge leisten.

Ähnlich dazu stellen „*Attribuierungen*“ eine weitere Fehlerquelle dar. Dabei leitet der Psychologe Beurteilungen und Aussagen über die begutachtete Person nicht aus konkreten empirischen Daten ab, sondern lässt sich lediglich auf Basis eigener Vermutungen und subjektiven Eindrücken über den Klienten zu einem Urteil hinreißen.

- Neben diesen allgemeinen Fehlerquellen können Verzerrungen der diagnostischen Urteilsbildung und Gutachtenerstellung mit der Persönlichkeit des Diagnostikers zusammenhängen. Unter Umständen kann sich der Diagnostiker im Verlauf einer Untersuchung mit Situationen konfrontiert sehen, die er als bedrohlich erlebt und die er infolgedessen entweder besonders intensiv verfolgt („*Sensitivierung*“) oder sich ihnen sehr distanziert widmet („*Wahrnehmungsabwehr*“).

- Des Weiteren bedingen „*Interaktionsfehler*“, dass relevante Daten im Gutachten nicht berücksichtigt werden bzw., dass bestimmte Informationen eine diagnostisch unbegründete Beachtung im Gutachten finden. Interaktionsfehler können durch eine „*vermutete Ähnlichkeit*“ wie auch eine empfundene Unterschiedlichkeit („*Kontrastfehler*“) des Psychologen zur Testperson entstehen. Des Weiteren werden auch „*Übertragungsfehler*“ als Interaktionsfehler verstanden werden. Hierbei „überträgt“ der Diagnostiker Eigenschaften von anderen Personen auf die Testperson, wobei seine Entscheidung nur auf seiner subjektiv wahrgenommenen Ähnlichkeit der anderen Personen mit der Testperson beruht.
- Letztendlich kann die „*Unangemessenheit des Verfolgens eigener Ziele und Wertvorstellungen*“ im Rahmen der psychologisch-diagnostischen Untersuchung zu Urteilsverzerrungen führen. Deshalb sollte der Diagnostiker seine Ziele und Wertvorstellungen kennen und sich darin üben, sie im Verlauf des diagnostischen Prozesses zu relativieren.

Westhoff und Kluck (2003) stellen auch Möglichkeiten der Fehlerminimierung dar. Darunter zählt der Erwerb von Wissen und der neuesten Erkenntnisse in Grundlagenfächern der Psychologie, der psychologischen Diagnostik sowie in Nachbarsdisziplinen. Fallspezifisches Gutachtertraining, bei dem mehrere Diagnostiker ein Gutachten über dieselbe psychologisch-diagnostische Untersuchung verfassen, verspricht zusätzliche Erkenntnisse bzw. die Aufdeckung bestimmter Fehlerquellen zu liefern. Des Weiteren sollten die Ausgangsbedingungen zur Durchführung der Untersuchung wissenschaftlich (entsprechend der gegebenen Richtlinien zur Gutachtenerstellung) gestaltet werden: Aus der Fragestellung müssen überprüfbare Hypothesen abgeleitet werden, die es zu untersuchen gilt. Dabei sollte geklärt werden, welche konkreten Verhaltensweisen bzw. Persönlichkeitsmerkmale in welchen Situationen und mit welchen psychologisch-diagnostischen Verfahren erfasst werden sollen. Systematisch gewonnene Beobachtungen entsprechen dem Kriterium der Wissenschaftlichkeit und erlauben, gültige Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen der Testperson zu tätigen. Gleichzeitig werden damit auch viele der beschriebenen Fehlerquellen vermieden. Darüber hinaus verhelfen dem Gutachter explizite Regeln zur

Integration gesammelter Daten dazu, seine Urteilsbildung nachvollziehbar und verständlich darzulegen.

2.3. Hypothesenagglutination (HYPAG)

In den folgenden Kapiteln wird die Methode der Hypothesenagglutination (HYPAG) im Allgemeinen und HYPAG/Structure im Speziellen, die der empirischen Untersuchung dieser Arbeit zugrunde liegt, beschrieben. Es soll veranschaulicht werden, warum auf diese Technik der Datenauswertung zurückgegriffen wurde. Dabei werden sowohl Vor- als auch Nachteile von HYPAG skizziert, als auch die Anwendung dieser Methode in der Fallanalyse beleuchtet wird.

2.3.1. Anfängliche Forschungsansätze und Weiterentwicklungen

Die Hypothesenagglutination stellt eine Technik der Datenauswertung dar, deren Ursprung Wottowa (1987) auf Untersuchungen des Instituts für Verkehrspsychologie in Wien zurückführt. Die dort tätigen Psychologen strebten eine Vereinfachung im Sinne einer Automatisierung des diagnostischen Prozesses in der Fragestellung über Zu- oder Absprache der Fahrerlaubnis an. Um dieses Ziel zu erreichen, schien es notwendig, das diagnostische Vorgehen explizit zu machen, das bedeutete, die angewandten impliziten Entscheidungsrichtlinien der urteilenden Psychologen in logisch formulierte Aussagen zu transformieren.

Wie Wottowa (ebd.) beschreibt, schenkte 1975 die MESA-Gruppe aus Heidelberg in ihren Studien dem HYPAG-Ansatz erneut Beachtung. Die Forscher untersuchten Veränderungen in der Gefühlslage von Schichtarbeitern in Abhängigkeit von mehreren Faktoren. Ihr Ziel war es, festzustellen, welche der erschlossenen Daten, Veränderungen der Gefühlslage treffend voraussagen erlauben.

Aufgrund der Ausgangslage in der Untersuchung schien ein konfigurales Modell zur Datenauswertung, wie im Falle der Hypothesenagglutination gegeben, gegenüber einer

linearen Methode vorteilhafter (siehe dazu Kapitel 2.3.4.). Zum einen musste eine sehr große Anzahl von voneinander unabhängigen Variablen berücksichtigt werden, zum anderen war deren Skalenniveau schwierig zu bestimmen. Des Weiteren sollte bei der Datenanalyse auch die Kompensationsmöglichkeit der Variablen untereinander ausgeschlossen werden, was im Falle eines linearen Modells keine Umsetzbarkeit versprach. Aus diesen Gründen wurde entschieden, auf die HYPAG-Methode zurückzugreifen, die den Anforderungen der Studie entsprechen konnte.

Bei der Anwendung der HYPAG-Technik galt es, Ziel- und Vergleichsbedingungen zu definieren und diese an den empirisch gesammelten Daten in der Analyse von Einzelfällen zu prüfen. Als Zielbedingungen wurden dabei zwei Diagnosegruppen („hohe“ vs. „niedrige Beschwerdetendenz“) bestimmt, die die zu berücksichtigenden Unterschiede in der Gefühlslage wiedergeben sollten. Für die Formulierung der Vergleichsbedingungen mussten zunächst Hypothesen darüber erstellt werden, welche der erschlossenen Variablen und Merkmalsausprägungen eine treffende Zuteilung der Testpersonen auf die Diagnosegruppen bzw. Zielbedingungen gestatten.

Der Zielbedingung „niedrige Beschwerdetendenz“ wurde schließlich eine Vergleichsbedingung in Form eines Hypothesenkonstrukts gegenübergestellt, das sich an drei Variablen orientierte und aus miteinander verbundenen logischen Aussagen aufgebaut war. Dieses Hypothesenkonstrukt sollte als nächstes an der Stichprobe überprüft werden, indem die Daten jedes einzelnen Falles auf Übereinstimmung von Ziel- und Vergleichsbedingung getestet werden sollten. Eine Übereinstimmung wurde dann erzielt, wenn im Falle der Zuordnung einer Testperson zur Zielbedingung „niedrige Beschwerdetendenz“ gleichzeitig auch jene Variablenausprägungen vorlagen, die den Aussagen der Vergleichsbedingung entsprachen. Umgekehrt wurden auch all jene Fälle als Übereinstimmungen gewertet, die die Vergleichsbedingung nicht erfüllten, aber der Zielbedingung „hohe Beschwerdetendenz“ angehörten.

Als Ergebnis der Untersuchung zeigte sich, dass mittels des generierten Hypothesenmodells in der Mehrheit der Fälle eine Übereinstimmung zwischen Ziel- und Vergleichsbedingung erzielt werden konnte (Wottowa, ebd.). Die HYPAG-Technik erwies sich demnach als geeignet, um mit Hilfe des erstellten Modells die Testpersonen mit hoher Wahrscheinlichkeit der richtigen Diagnosegruppe zuzuteilen. Aus den ebenfalls vorhandenen Fehlzuordnungen in der Studie wurde geschlossen, dass eine

Spezifizierung des Modells geleistet werden muss, um noch differenziertere Ziel- und Vergleichsbedingungen herauszuarbeiten und eine lückenlosere Zuordnung zu ermöglichen.

Die Studie erbrachte zwar ermutigende Ergebnisse bezüglich der Zweckdienlichkeit der HYPAG-Methode zur Datenauswertung, doch stellte sich in der Untersuchung nach Einschätzung von Wottowa (ebd.) gleichzeitig auch eine unzureichende Ökonomie des Ansatzes heraus. Die schrittweise Überprüfung des Hypothesenkonstrukts an den Daten war nämlich mit einem hohen Zeitaufwand verbunden, der als Nachteil für die Praxis angesehen werden musste.

Aufgrund dieser Mängel in der Praktikabilität der Methode wurde in weiterer Folge das Computerprogramm HYPAG/Dialogue (Mattes, 1980 zit. nach Wottowa, 1987) entwickelt, mit dessen Hilfe die Anwendung der beschriebenen Technik nutzenfreundlicher durchgeführt werden konnte.

Die Auszählung, die vorher in Form von Kontingenztabellen mit festgelegten Ziel- und Vergleichsbedingungen erfolgte, wurde nun mit HYPAG/Dialogue automatisiert. Der Vorgang erfolgte dabei deduktiv, indem die formulierten Hypothesen als logische Aussagen in das Programm übertragen wurden. Der Computer berechnete, welche Variablenkonfigurationen die höchsten Trefferquoten bieten, wodurch das Hypothesenmodell anhand der Daten leichter spezifiziert werden konnte. Des Weiteren listete das Programm auch Informationen der Daten aus den Fehlzuordnungen auf.

Neben HYPAG/Dialogue liegen mehrere Computerprogramme zur Auswertung von Kontingenztabellen vor, die nach Wottowa (1987) in Abhängigkeit von der Fragestellung in einer Studie HYPAG unter Umständen vorzuziehen seien. Der Autor bewertet HYPAG/Dialogue dabei als für die Datenanalyse geeignet, wenn vor der Untersuchung Hypothesen formuliert werden können und deren Überprüfung im Mittelpunkt der Studie stehen soll.

Untersuchungen, die mit Hilfe des Programms HYPAG/Dialogue durchgeführt wurden, führten jedoch zu unterschiedlichen Erfolgsergebnissen (ebd.). Nicht immer konnten

Forscher hilfreiche Hypothesenmodelle generieren, die ausreichend viele Übereinstimmungen zwischen Daten und Modell ergaben (siehe z.B. Diepgen, 1981)

Auf diesen Erkenntnissen aufbauend, wurde versucht, die HYPAG-Technik induktiver zu gestalten, damit Forschungsansätze realisiert werden können, deren Hypothesen erst explorativ in den Daten erschlossen werden können. Wie Wottowa (ebd.) ausführt, mündeten die Ergebnisse dieser Bemühungen in zwei Ausformungen von HYPAG: HYPAG/Structure und HYPAG/Search. Während erstere zur Anwendung kommt, wenn nur implizite Hypothesen über Entscheidungsprozesse vorliegen und diese im Laufe der Datenanalyse erst explizit gemacht werden müssen, ist letztere dazu geeignet, in den Daten nach Hypothesen zu suchen und diese zu generieren.

2.3.2. HYPAG/Structure

HYPAG/Structure kann als Technik der Datenanalyse dazu verwendet werden, implizit vorhandene Urteilsprozesse in explizite Entscheidungsmodelle zu übertragen (Wottowa, 1985).

Nachfolgend soll die Vorgangsweise bei dieser Methode wiedergegeben und anhand einer Grafik (siehe Abbildung 2) schematisch dargestellt werden. Die Ausführungen stützen sich dabei auf den Erkenntnissen von Wottowa, (1987), der diese Technik im Detail beschreibt.

Prinzipiell werden für HYPAG/Structure zwei Informationsquellen benötigt: Zum einen müssen Hypothesen von denjenigen Personen gewonnen werden können, die im jeweiligen Entscheidungsprozess als Urteilende eingebunden sind. Im Zuge der Analyse liefern sie verbale Begründungen für ihr Entscheidungsverhalten, die als logische Aussagen bzw. Hypothesen festgehalten werden. Diese Hypothesen bilden ein vorläufiges Erklärungsmodell, das es anhand von konkreten Entscheidungsfällen zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren gilt. Die empirischen Fälle werden als zweite Informationsquelle angesehen. Ziel von HYPAG/Structure ist die Anfertigung

eines individuellen Entscheidungsmodells, das die implizit angewandten Regeln der urteilenden Personen explizit darstellt.

Nachdem im ersten Schritt Hypothesen über das Entscheidungsverhalten gewonnen wurden, werden diese im zweiten Schritt an den Fällen geprüft. Bei der Analyse stellt sich die Frage, ob sich mithilfe des Hypothesenkonstrukts die Entscheidung in dem jeweils herangezogenen Fall treffend vorhersagen lässt. Liegt eine Übereinstimmung von Modell und Fall bezüglich des Urteils vor, wird das Modell unverändert beibehalten und an nächsten Fällen weiter getestet. Zeigt sich jedoch ein Widerspruch, muss das Modell korrigiert werden. Neue Entscheidungsregeln werden daraufhin formuliert bzw. die alten Regeln infolge der neuen Erkenntnisse durch Ergänzungen optimiert. Bei jeder so erfolgten Modellkorrektur muss das Regelwerk nicht nur an weiteren Fällen getestet, sondern auch an allen schon berücksichtigten Fällen erneut geprüft werden, um sicherzustellen, dass sich die veränderten Hypothesen auch für all diese Fälle als passend erweisen. Diese Prozedur der fallweisen Modellgenerierung wird solange fortgesetzt bis ein Hypothesenkonstrukt ausgearbeitet wird, das das Entscheidungsverhalten adäquat widerspiegelt. Ein solches Modell ist dann gefunden, wenn es für die meisten Fälle das Verhalten des Entscheidungsträgers in Form seines Urteils richtig voraussagt. Wie hoch die Trefferquote dabei sein muss, hängt von den Anforderungen des Praktikers und des jeweiligen Arbeitsbereiches ab, weshalb diesbezüglich keine generellen Vorgaben bestehen, sondern diese individuell festzulegen sind (Wottowa, 1987).

Wie Wottowa (1985) darlegt, ergaben Studien, dass mit Hilfe der Technik HYPAG/Structure gute Trefferquoten von über 90% der jeweils erstellten Modelle erzielt werden können (vgl. z.B. Waltert, 1977; Wottowa, 1985; Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982). So konnten beispielsweise Wottowa und Echterhoff (1982) in ihrer Studie ein auf Psychologenaussagen gestütztes Modell erarbeiten, anhand dessen 94% der untersuchten Probanden der richtigen Diagnosegruppe zugeordnet werden konnten (siehe hierzu Kapitel 2.3.4.). Die Autoren zeigten zudem, dass die Güte des durch HYPAG gewonnen Modells im Vergleich zur Diskriminanzanalyse höher ausfällt. Zwar waren die Trefferquoten an den ursprünglichen Daten vergleichbar hoch, doch ließ sich in der anschließend durchgeführten Kreuzvalidierung an neuen Daten eine gleich hohe

Vorhersagbarkeit des HYPAG-Modells nachweisen, während sich jene der Diskriminanzanalyse deutlich verschlechterte. Bei der HYPAG-Methode ist es allerdings unerlässlich, das generierte Regelkonstrukt auch an neuen Fällen zu überprüfen, um die Angemessenheit des Modells im Sinne von Generalisierbarkeit gewährleisten zu können (Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982).

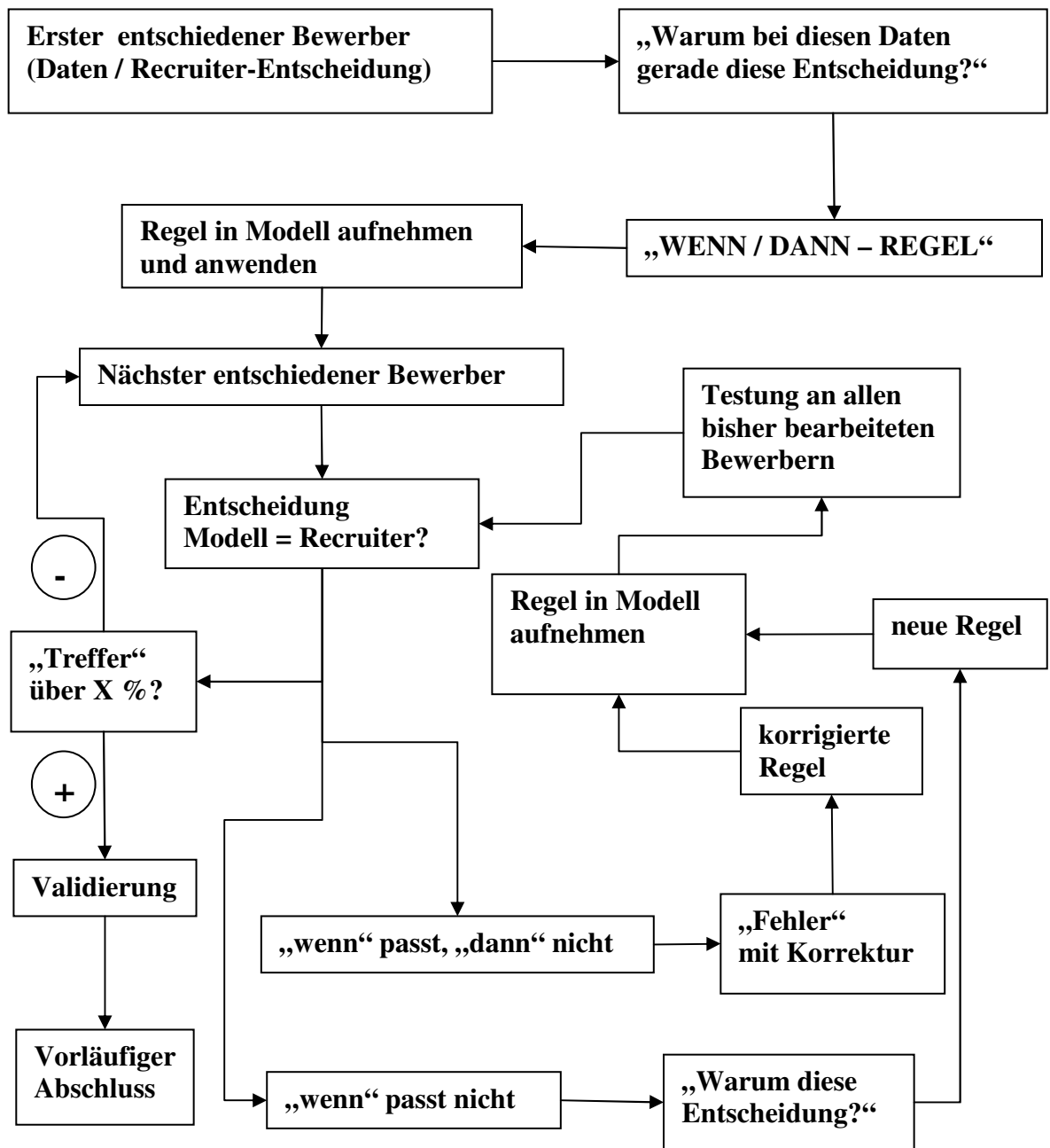


Abbildung 2: Das Vorgehen bei HYPAG/Structure (nach Wottowa, 1987, Table 2, S. 75)

2.3.3. Einsatz in der psychologischen Diagnostik

Die dargestellte deduktive Vorgangsweise von HYPAG/Structure kann, wie Wottowa, Krumpholz und Mooshage (1982) beschreiben, auch im Bereich psychologischer Diagnostik dazu dienen, implizit angewandte Entscheidungsregeln zu formalisieren.

Ein Grundproblem in der Praxis psychologischer Diagnostik hänge, nach Meinung der Autoren, damit zusammen, dass oft keine expliziten Regeln in der Urteilsfindung bestehen würden, sondern sich der Diagnostiker nur an impliziten Richtlinien orientiere. Demnach laufe zwar der diagnostische Prozess durch systematischen Einsatz von Tests, Beobachtung und Anamnese zur Dateneruierung geregelt ab, die Verknüpfung der gewonnen Informationen erfolge jedoch nach keinen explizit formulierten Richtlinien. Es sei aber notwendig, diese, dem Psychologen meist selbst nicht bewussten Vorgehensweisen, in ein explizit begründbares Modell zu überführen, damit psychologische Diagnostik fair, durchschaubar, und systematisch verbesserbar gestaltet werden kann (ebd.).

Die Autoren erkennen in der Anwendung von HYPAG/Structure in der Praxis psychologischer Diagnostik diesbezüglich Potenzial:

„Es bietet sich daher an, als ersten Arbeitsschritt zunächst die – mehr oder weniger validen – individuellen Zuordnungsregeln zu erheben und darauf aufbauend zu versuchen, im Rahmen einer berufsbegleitenden kontinuierlichen Evaluation möglichst valide Aussagen zu erarbeiten.“
(ebd., S. 190)

Die Vorteile, die sich durch die Umsetzung von HYPAG für die diagnostische Praxis eröffnen könnten, haben Wottowa et al. (1982) beschrieben. Diese sollen im Folgenden zusammenfassend vorgestellt werden:

Psychologische Diagnostik würde primär durch den Einsatz von HYPAG/Structure profitieren, indem deren Objektivität und Validität erhöht werden würde. Der Vorteil

dieser Technik hängt dabei mit deren praxisbezogener Ausrichtung zusammen. Die schrittweise Verbesserung des individuellen Entscheidungsmodells durch sukzessive Erfahrungssammlung an konkreten Einzelfällen stellt sich dabei gleichzeitig als berufsbegleitende Evaluation des eigenen praktischen Vorgehens dar.

Geht man davon aus, dass psychologische Diagnostik nicht unfehlbar ist, sich demnach auch Fehler in der Entscheidungsfindung ergeben, könnten diese durch Modellableitungen leichter erschlossen werden, als wenn nur auf falsch angewandte implizite Schlussfolgerungen Bezug genommen werden würde:

„Erfolgt die Diagnoseerstellung in „intuitiver“ Weise, (...), bringt der Einbau einer Rückmeldung (etwa in Form von Trefferquoten) wenig Information für eine Verbesserung dieses Regelsystems. „Lernen“ kann nur dann erfolgen, wenn der Diagnostiker feststellen kann, welche seiner Entscheidungsregeln und welcher Teil dieser Regel verbessert werden sollte.“ (Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982, S. 186)

Mit Hilfe von HYPAG wird dem Diagnostiker ermöglicht, Erfolg und Misserfolg der auf seinen Entscheidungen gründeten Interventionsmaßnahmen, auf explizit formulierte Richtlinien zurückzuführen und damit systematisch kontrollieren zu können.

Dadurch, dass der Psychologe bei der Anwendung von HYPAG selbst an der Erarbeitung des Modells beteiligt ist und somit seine Hypothesen Inhalt des Regelwerkes bilden, wird auch die praktische Verwertbarkeit der erschlossenen Regeln durch hohe Nachvollziehbarkeit und Einsicht in das Modell erleichtert.

Des Weiteren leistet der Diagnostiker selbst Verbesserungsvorschläge an dem Modell, wodurch es ihm einfacher fällt, sich in seinem Entscheidungsverhalten an den Modellaussagen zu orientieren.

Würde psychologische Diagnostik nach explizit formulierten Regeln erfolgen, könnte sie nicht nur leichter begründbar gemacht, sondern auch prinzipiell schneller durchgeführt werden. So liegt ein weiterer Vorteil der Anwendung von HYPAG/Structure im Automatisierungspotenzial der Gutachtenerstellung und dem

damit verbundenen Zeitgewinn. Diesbezüglich benennen Wottowa, Krumpholz und Mooshage (1982) die prinzipielle Möglichkeit, schriftliche Gutachten durch den Computer anfertigen zu lassen, wenn alle generierten Entscheidungsregeln in ein EDV-Programm übertragen werden würden. Der Diagnostiker könnte dadurch mehr Zeit für all jene Fälle gewinnen, bei denen das Modell keine schlüssige Zuordnung zuließ. Dies würde sich in besonders schwierigen Fällen oder Sonderfällen zeigen. Diese Ausnahmefälle zeichnen sich dadurch aus, dass sie der gängigen Praxis nicht entsprechen und zu wenige Vergleichsfälle vorliegen, um daraus die für das Modell notwendigen generalisierten Entscheidungsregeln abzuleiten. Diese Fälle würden sich deshalb schnell durch Widersprüche von Daten und Modellaussagen herausstellen lassen.

In der allgemeinen Anwendung könnte nach jeglichen Widersprüchen zwischen EDV-Programm und Psychologenentscheidung eine intensivere Fallwidmung eingeleitet werden, um dadurch fallspezifische Hinweise zu erschließen und eine fundierte Entscheidung anzustreben.

Es sei betont, dass der Diagnostiker in seinem Entscheidungsverhalten nicht an das Modell gebunden ist, sondern sich prinzipiell in jedem Fall auch entgegen der Modellempfehlung verhalten kann. Die Autoren (Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982) schlagen diesbezüglich jedoch vor, jene Informationen, die zu einer unterschiedlichen Entscheidung geführt haben, auf längere Sicht ebenfalls in das Modell zu integrieren.

Der Vorteil eines insgesamt geringeren Arbeitsaufwandes, der mit dem Einsatz von HYPAG zu erwarten wäre, stützt sich des Weiteren auch auf die damit einhergehende Einsicht in die Relevanz gesammelter Daten für die jeweilige Diagnose. Liegt dem Gutachter ein Entscheidungsmodell vor, erkennt er anhand der vorliegenden Ausgangssituation in einem Fall sehr schnell, welche diagnostischen Schritte eingeleitet werden müssen, um alle notwendigen Daten zu eruieren. Das bedeutet, er handelt und urteilt nicht intuitiv, sondern geht nach expliziten Richtlinien vor, um festzustellen, welche Testwerte relevant sind und welche Verfahren er anwenden muss. Dadurch ist er imstande, sich auf die Sammlung wesentlicher Informationen zu

fokussieren. Mit dem daraus resultierenden geringeren Arbeitsaufwand des Diagnostikers wird gleichzeitig auch die Belastung des Klienten, die mit der Durchführung diagnostischer Datensammlung zusammenhängt, auf das Mindestmaß reduziert werden können.

Darüber hinaus wäre es auch einfacher, neue Mitarbeiter einzuschulen und auch wenig erfahrenen Diagnostikern die Aufgabe der Gutachtenerstellung anzuvertrauen. Ohne ein explizit ausformuliertes Regelwerk würden die Mitarbeiter meist nur durch Nachahmung im Zuge des so genannten „*Begriffsbildungsverfahren*“ (vergleiche Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982, S. 186) die angewandten impliziten Regeln der Zuordnung von Testpersonen zu den Diagnosegruppen übernehmen. Dadurch fehle neuen Mitarbeitern der notwendige Einblick in die diagnostische Praxis, um schnell eigenständig fundierte diagnostische Entscheidungen zu treffen.

Das diagnostische Vorgehen könnte des Weiteren einheitlicher durchgeführt werden, da sich die Gutachter an denselben Entscheidungsregeln orientieren würden. Dadurch würde eine „Homogenisierung der Diagnostik verschiedener Psychologen“ erreicht und „die möglichen Effekte einer zufälligen Probandenzuweisung an verschiedene Psychologen“ wirkungsvoller umgangen werden könnten (ebd., S. 186).

Auf Grundlage von Entscheidungsmodellen könnte darüber hinaus auch der Erfahrungsaustausch unter praktizierenden Diagnostikern eines Arbeitsbereiches transparenter gestaltet werden. Dabei würden Vergleiche in der diagnostischen Vorgehensweise kommuniziert und sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede leichter erkannt werden.

Letztlich könnten neue innovative Ideen im Prozess der Entscheidungsfindung einfacher umgesetzt werden, indem sie als neue Leitlinien zusätzlich in das bestehende Modell aufgenommen werden würden.

2.3.4. Vorteile konfiguraler gegenüber linearen Modellen

Wenn die Notwendigkeit der Formalisierung impliziten Entscheidungsverhaltens erst einmal erkannt worden ist, stellt sich die Frage, mit welcher Methode dies in der Praxis am besten umgesetzt werden kann. In mehreren Studien wurde untersucht, ob lineare oder konfigurale Modelle die geeignetere Wahl dafür darstellen (Wottowa & Echterhoff, 1982).

Lineare Verfahren, wie zum Beispiel die Diskriminanzanalyse und lineare Regression, kennzeichnen sich dadurch aus, dass zum Zwecke der Datenanalyse sowohl abhängige als auch unabhängige Variablen bestimmt werden müssen. Es wird berechnet, wie die einzelnen Parameter der unabhängigen Variablen (Testergebnisse, Daten,...) gewichtet werden müssen, um eine optimale Vorhersage in der abhängigen Variable (z.B. Diagnosegruppen) zu erzielen. Im Gegensatz zu diesem Vorgehen werden konfigurale Modelle, wie HYPAG, nicht auf Grundlage quantitativer Daten erstellt, sondern anhand logischer Überlegungen erschlossen. Der Vorteil konfiguraler Modelle hängt dabei vor allem damit zusammen, dass die einzelnen Faktoren unabhängig voneinander in die Analyse eingehen können. Die Kompensationsmöglichkeit der Variablen untereinander, wie sie in linearen Modellen vorhanden ist, wird damit ausgeschlossen. Praktisch gesehen bedeutet das, dass eine niedrige Ausprägung in einer Variablen durch eine hohe Ausprägung in einer anderen nicht ausgeglichen werden kann. (Wottowa & Echterhoff, 1982)

In einer Studie, die Wottowa und Echterhoff (1982) durchführten, wurden einander zwei Modelle gegenübergestellt, wobei als lineares Modell die Diskriminanzanalyse verwendet wurde, während HYPAG als konfigurales Modell diente. Es wurde geprüft, welche der beiden Methoden das Entscheidungsverhalten von Psychologen anhand der jeweils generierten Modelle besser voraussagen kann. Die Untersuchungsergebnisse legen dar, dass beide Methoden hinsichtlich der Übereinstimmung von Modell und Psychologenentscheidung einander gleichwertig waren, sich das konfigurale Modell aber als valider erwies, wenn an neuen Daten geprüft werden sollte.

In diesem Zusammenhang erwähnen Wottowa, Krumpholz und Mooshage (1982), dass in analog durchgeführten Studien meist jedoch gegenteilige Schlussfolgerungen abgeleitet wurden.

So erbrachte beispielsweise die Untersuchung von Goldberg (1971, zit. nach Wottowa & Echterhoff, 1982), dass das von ihm herangezogene lineare Modell (lineare Regression) in allen Aspekten den zwei verwendeten deskriptiv festgelegten konfiguralen Techniken vorzuziehen sei.

Solche Resultate dieser und ähnlicher Studien weisen zwar zunächst auf eine höhere Vorhersagekraft des linearen Modells hin, doch wird dies von Wottowa, Krumpholz und Echterhoff (1982) kritisch betrachtet und relativiert. Die Autoren argumentieren, dass in diesen Untersuchungen die Bestimmung der Parameter des jeweiligen linearen Modells auf einem „Lernvorgang“ (ebd., S. 188) basierte, bei dem die Parameter an die Zielbedingungen der zu differenzierenden Gruppen angepasst wurden, um infolgedessen die bestmögliche Vorhersage zu erreichen. Das jeweils getestete konfigurale Modell wurde hingegen ohne diesen Lernvorgang erstellt. Die Ergebnisse der Studien werden von Wottowa, Krumpholz und Mooshage (1982) dementsprechend resümiert:

„Die Überlegenheit der Methoden hinsichtlich der Trefferquoten spricht möglicherweise weniger für die dort verwendete Struktur der Entscheidungsfindung als für die Betonung der Notwendigkeit von Lernprozessen und sei es auch nur in der elementarsten Form der Schätzung von Parametern.“ (ebd., S. 188)

Ergänzend fügen Wottowa und Echterhoff (1982) hinzu, dass wenn konfigurale Modelle nicht präskriptiv, sondern ebenso rückblickend erarbeitet werden, mindestens ebenso gute Übereinstimmungen zwischen Daten und konfiguralem Modell erreicht werden können.

In bestimmten Fragestellungen und Anwendungsbereichen, wie der Marktforschung und der Diagnostik erweist sich die Anwendung konfiguraler Methoden zur Auswertung von Daten als besonders vorteilhaft und nützlich (Wottowa, 1984).

So müssen in den genannten Fachgebieten in der Regel Entscheidungsmodelle zur praktischen Nutzung generiert werden, die Aussagen über einzelne Personen und logisch erschlossene Personengruppen, sogenannte Funktionalitätsgruppen erlauben. Eine Funktionalitätsgruppe besteht aus Mitgliedern, die aufgrund ihrer Ausprägungen in relevant angesehen Merkmalen zu einer Gruppe zusammengeschlossen werden. In der diagnostischen Praxis, zum Beispiel, müssen Funktionalitätsgruppen bestimmt werden, um anhand definierter Merkmalszusammenhänge, praktische Maßnahmen ableiten zu können. Es wäre dabei nicht zweckdienlich auf lineare Modelle zurückzugreifen, da diese über die Beschreibung der Gesamtstichprobe nicht hinausgehen und nur mit Durchschnittswerten des Datensatzes operieren können. Dadurch würde das Vorhaben diagnostischer Praxis der Einzelfallanalyse erschwert sein und wahrscheinlich auch Fehltritte mit sich bringen. Demgegenüber erlaubt die Datenauswertung mit Hilfe konfiguraler Modelle Funktionalitätsgruppen zu unterscheiden und differenziert ausgearbeitete Entscheidungswege für jede dieser Gruppen zu generieren. Für einzelne Diagnosegruppen können damit einzelne Muster bzw. Cluster von Entscheidungsrichtlinien angefertigt und die Diagnostik damit gezielter und effizienter gestaltet werden. Lineare Modelle erweisen sich darüber hinaus als zunehmend schwächer je höher die Anzahl der zu berücksichtigenden Diagnosegruppen ausfällt. (Wottowa & Echterhoff, 1982)

Des Weiteren ist auch die Art des Umgangs mit den Daten, wie sie in konfiguralen Modellen vollzogen wird, der diagnostischen Praxis oftmals angemessener (ebd.). Die anhand linearer Modelle abgeleiteten Parameter sind nicht immer leicht nachzuvollziehen, da sie oftmals keinen offensichtlichen Bezug zum tatsächlichen Entscheidungsverhalten aufzeigen. Die Einsicht in die Verwertung der gewonnenen Ergebnisse für das praktische Vorgehen bleibt daher zweifelhaft. Konfigurale Modelle beruhen dagegen auf logisch ausformulierten Aussagen, die im unmittelbaren Zusammenhang zur Praxis stehen. Die generierten Ergebnisse können dadurch leichter angenommen und auf das tatsächliche Entscheidungsverhalten übertragen werden. (ebd.)

2.3.5. Nachteile und Kritik an HYPAG/Structure

Viele Nachteile in der Anwendung von HYPAG/Structure hängen mit der schwierigen bis unmöglichen Überprüfbarkeit der Validität des herausgearbeiteten Modells zusammen, wie Wottowa (1987) berichtet.

Im Prinzip könne eine fehlerhafte Entscheidung unter Einsatz der HYPAG-Technik entweder auf einen Fehler im Modell zurückgeführt werden oder als fehlende Passung zwischen Testperson und Modell verstanden werden (ebd.). Im ersten Fall würde dies durch inadäquat gewählte Variablenkonfigurationen verursacht sein, die die Unterschiede in den Zielbedingungen (Diagnosegruppen) nicht differenziert wiederzugeben erlauben. Infolgedessen müssten erst neue Regeln formuliert und erneut an den Daten geprüft werden. Im zweiten Fall würde eine fehlerhafte Zuordnung durch noch zu wenig ausgestaltete Variablenkonfigurationen bedingt sein, die deshalb Modellkorrekturen als Anpassung an die Daten nach sich ziehen würden. Nach Einschätzung von Wottowa (1987) ist eine wissenschaftlich umsetzbare Fehlerschätzung des Modells aufgrund der einfließenden abhängigen Fehler nicht möglich. Die Messbarkeit dieser potenziellen Fehlerquellen sei empirisch kaum zu realisieren.

Daraus folgt, dass ein auf Basis von HYPAG erstelltes Modell generell nicht falsifiziert werden kann. Der Einsatz dieser Technik zur Auswertung von Daten bringt daher die Gefahr der Anpassung an nur zufällige Datenausprägungen mit sich. Jede Modellgenerierung ist in diesem Zusammenhang als willkürliches Ergebnis anzusehen, weshalb prinzipiell auch mehrere Modelle mit gleicher Zuordnungsqualität hergestellt werden können. Dazu Wottowa (1987):

“The results can not be seen as any kind of „truth“, but as optimal descriptions of the connection between independent variables and the target criteria. The usefulness of these descriptions depends on the external goals of the relevant study.” (S. 92)

Wottowa, Keumpholz und Mooshage (1982) merken diesbezüglich an, dass für die Auswahl und Bewertung eines Modells die Einschätzung des Diagnostikers bezüglich der Praktikabilität des Konstrukts ausschlaggebend sein sollte.

Das unerreichbar „ideal“ geprüfte Ergebnis in der Umsetzung von HYPAG spiegelt sich auch in der fortführenden Anwendung dieser Methode wider, die darauf ausgerichtet ist, das Modell durch sukzessive Rückmeldungen der Trefferquote immer weiter zu optimieren (Wottowa & Echterhoff, 1982). Als Resultat mangelhafter Überprüfbarkeit in Form von Modelltests sind Validierungen an neuen Daten unerlässlich, damit die Gefahr der Zufälligkeit eines erstellten Modells klein gehalten werden kann.

Wie Wottowa und Echterhoff (1982) berichten, lässt sich aus den bisherigen Forschungsergebnissen der Validierungsmaßnahmen schließen, dass die jeweils generierten Hypothesenkonstrukte das Entscheidungsverhalten adäquat wiedergeben können. Die Ergebnisse dokumentieren, dass diagnostisches Urteilen nicht zufällig erfolgt, sondern ihm ein überschaubares und formalisierbares Regelwerk zugrunde liegt. (ebd.)

Ein Kritikpunkt an HYPAG, den Wottowa, Krumpholz und Mooshage (1982) erwähnen, resultiert aus der Automatisierung der Gutachtenerstellung. Diese könnte ein zu rigides Entscheidungsverhalten und starres Festhalten an Regeln mit sich bringen, wodurch Lernprozessen und Verbesserungen kein Raum gegeben würde. Das Modell liefert nur Aussagen über das sonst „übliche Entscheidungsverhalten“ in dem jeweils vorliegenden Fall. Der Psychologe sollte sich jedoch nach wie vor als derjenige verstehen, der seine Entscheidungen autonom trifft, so die Autoren (ebd.), während ihm das Modell als hilfreiche Stütze bei diesem Prozess dienen kann. Schlussendlich bleibt es dem Gutachter überlassen, sich an das Modell zu halten, sich daran nur zu orientieren oder gar widersprüchlich zu diesem zu handeln. In jedem Fall jedoch verhilft die Anwendung eines erarbeiteten Hypothesenmodells zu einem intensiveren und bewussteren Entscheidungsverhalten.

3. Empirischer Teil

Dieser Abschnitt widmet sich dem analytischen Prozess der durchgeführten Untersuchung. Zunächst wird die Vorgehensweise der Datenauswertung mittels der HYPAG/Structure (Wottowa, 1987) beschrieben. Jene Faktoren, die der Fallanalyse zugrunde liegen, werden präsentiert und deren datenbezogene formale Aufarbeitung erklärt. Darauf folgt die Darstellung der Ergebnisse, die anhand generierter Hypothesen für jede Diagnosegruppe zusammenfassend vorgelegt werden. Dabei wird zuerst ein Modell präsentiert, das auf der Analyse der Arbeitsstichprobe, der ersten Hälfte des gesamten Datensatzes, basiert. Anschließend werden die Ergebnisse der Modellvalidierung beleuchtet und die daraus resultierenden Anpassungen des Regelkonstrukts beschrieben. Die Übereinstimmungsquoten beider Modellvarianten, vor und nach der Korrektur, mit den diagnostischen Entscheidungen in den Fallgutachten werden berichtet und tabellarisch wiedergegeben. Zusätzlich werden die Modelle in Form grafischer Abbildungen dargestellt.

3.1. Durchführung der Fallanalyse

3.1.1. Einleitung

Der empirische Teil dieser Arbeit setzt an konkreter diagnostischer Praxis der *Test- und Beratungsstelle* des Arbeitsbereichs Psychologische Diagnostik (Fakultät für Psychologie, Universität Wien) an und stellt einen Versuch dar, das Diagnose- bzw. Entscheidungsverhalten der begutachtenden Psychologen im Bereich der Hochbegabungsdiagnostik systematisch aufzuschlüsseln. Dazu werden Fallgutachten aus dieser Einrichtung herangezogen, die in Anlehnung an die Methode HYPAG/Structure einer analytischen Betrachtung zugänglich gemacht werden sollen.

Die Gutachten werden zunächst einzeln nach inhaltlichen Gesichtspunkten studiert und die gewonnen Erkenntnisse zusammenfassend dargelegt. Es gilt dabei festzustellen, wodurch die Entscheidungen über Vorhandensein oder Fehlen des „Potenzials zur Hochleistung“ begründet wurden. Jene Faktoren, die bei der Entscheidungsfindung grundlegend waren, werden definiert und anschließend in eine Rangskala überführt, um sie für den darauf folgenden Analyseprozess der Modellgenerierung verwertbar zu machen. Nach Erstellen eines Entscheidungsmodells wird dieses abschließend anhand neuer Fallgutachten validiert.

3.1.2. Stichprobe

Der Datensatz besteht aus 97 Fallgutachten zur Hochbegabungsdiagnostik, die an der *Test- und Beratungsstelle* im Zeitraum vom Oktober 2007 bis Juni 2010 angefertigt worden waren. Sie waren von mehreren Psychologen erstellt worden und wurden für diese Arbeit zum Zwecke der Fallanalyse zufällig ausgewählt.

Für die Untersuchung wurden die vorliegenden Fallgutachten zunächst anhand der diagnostischen Entscheidung bezüglich des Hochleistungspotenzials in drei Gruppen gegliedert:

1. Hochleistungspotenzial
2. Hochleistungspotenzial nach Intervention
3. Kein Hochleistungspotenzial

Nach dieser Einteilung entfielen auf die erste Gruppe „Hochleistungspotenzial“ 35 Fälle. Weitere 18 Fälle wurden der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ zugeordnet. Die restlichen 44 Fälle zählten zur dritten Gruppe, die entsprechend der getroffenen diagnostischen Entscheidung über „kein Hochleistungspotenzial“ verfügte.

Aufgrund der notwendigen Anonymisierung der begutachteten Klienten, wurden die Fälle nicht anhand der Personennamen, sondern durch jeweils eindeutig zugewiesene Zahlen von 1 bis 97 unterschieden. Wie Tabelle A.1 (im Anhang) zu entnehmen ist, erfolgte die Zuordnung der Zahlen aufsteigend zuerst auf die Gruppe „Hochleistungspotenzial“, danach auf „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ und zuletzt auf die Gruppe „Kein Hochleistungspotenzial“. Innerhalb der Gruppen stimmt die Anordnung der Fallnummern mit der alphabetischen Namensreihenfolge überein.

Zusätzlich zu der diagnosebasierten Stichprobenaufteilung in die drei Gruppen, wurde jede dieser Gruppe in jeweils zwei Teilgruppen halbiert. Die ersten Hälften repräsentieren zusammengefasst die „Arbeitsstichprobe“, die zur Modellgenerierung verwendet wurde. Die jeweils zweiten Stichprobenhälften, die insgesamt als „Validierungsstichprobe“ bezeichnet werden, dienten nach der Erstellung eines Modells zu dessen Validierung. Mit dieser Teilung des Datensatzes sollte erreicht werden, dass sowohl bei der Generierung von Hypothesen als auch für deren Validierung etwa gleich viele Fälle zur Verfügung stehen. Die Auflistung und Splittung der Fälle nach Fallnummern, bzw. alphabetischer Namensreihenfolge, ermöglichte dabei Zufallsstichproben zu erzeugen, die etwaige Häufungen relevanter Merkmale in einer erzeugten Teilstichprobe unwahrscheinlich machen und damit verzerrte Ergebnisse vermeiden sollten.

Die Arbeitsstichprobe umfasste 48 Fälle, während die Validierungsstichprobe insgesamt 49 Fälle enthielt. Die genaue Verteilung der Gesamtstichprobe auf beide Stichprobenhälften und die drei Diagnosegruppen wird in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1: Datenaufteilung auf die Arbeits- und Validierungsstichprobe
entsprechend der Diagnosegruppen**

Gruppe	Arbeitsstichprobe	Validierungsstichprobe	Gesamt
Hochleistungspotenzial	17	18	35
HLP nach Intervention	9	9	18
Kein Hochleistungspotenzial	22	22	44
Gesamt	48	49	97

3.1.3. Analysevorgang

In einem ersten Arbeitsschritt wurden alle Fallgutachten nach inhaltlichen Gesichtspunkten analysiert und die darin enthaltenden Informationen in einer Tabelle (siehe Tabelle A.1. im Anhang) zusammengefasst. Diese sollte in erster Linie als Grundlage für die anschließende Hypothesengenerierung dienen. Darüber hinaus verschaffte sie einen schnellen Überblick über die zahlreichen Informationen und ermöglichte Einsicht in die verbalen Umschreibungen der gesammelten Daten zu nehmen.

Bei diesem Prozess wurden vor allem jene Informationen schriftlich festgehalten, die der Diagnostiker bei seiner Entscheidung herangezogen und im Gutachten berücksichtigt hatte. Um eine einheitliche Benennung inhaltlich übereinstimmender Daten zu erreichen, wurde auf das „*Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial*“ zurückgegriffen. Die herausgearbeiteten Daten wurden auf dessen Basis zusammengefasst und konnten schließlich als inhaltlich nachvollziehbare Faktoren für die Analyse nutzbar gemacht werden. Gleichzeitig diente das Wiener Diagnosemodell bei der Datensammlung als Stütze, um potenziell relevante Variablen

schneller zu erkennen und deren Bedeutung für die diagnostische Entscheidung zu prüfen.

Demgemäß orientiert sich die Darstellung der generierten Informationen in Tabelle A.1. zum einen an der Gestaltung des Interpretationsteils der Gutachten und zum anderen an den drei Bereichen des Wiener Diagnosemodells:

In Tabelle A.1. finden zunächst persönliche und untersuchungsbedingte Angaben Erwähnung. Danach sind die erbrachten kognitiven Leistungen in den durchgeführten Tests als „kognitive Gesamtleistungen“ angeführt und besondere Stärken in diesem Bereich vermerkt. Des Weiteren wird in der Spalte „Defizite“ auf kognitive Schwächen und bei entsprechenden Ausprägungen auch auf die Homogenität des Fähigkeitsprofils Bezug genommen. Nach der Darstellung kognitiver Testergebnisse werden die „Arbeitshaltungen“ zusammenfassend beschrieben. Dabei werden auch Informationen aus der Verhaltensbeobachtung berücksichtigt. Anschließend folgen die Darstellung des emotional-sozialen Befindens und die Angaben zum Anregungsmilieu. Es muss angemerkt werden, dass sich in den Gutachten eine gewisse inhaltliche Überlappung dieser Bereiche feststellen lässt. Das emotional-soziale Befinden wird dabei generell anhand von drei Faktoren wiedergegeben: der emotionalen Stabilität, der sozialen Entwicklung und der sozialen Integration. Hinsichtlich des Anregungsmilieus findet man in den Gutachten Informationen über die Förderung, die das Kind in der Schule, in der Familie und in seiner Freizeit erhält. Zusätzlich umschreibt der Diagnostiker dabei das Wohlergehen des Kindes in jedem dieser Bereiche. Inwieweit diese Informationen jeweils nur einem bestimmten Faktor und Bereich des Wiener Modells zuzuordnen sind, lässt sich daraus nicht eindeutig ableiten. Trotz dieser inhaltlichen Überschneidungen in den Daten des emotional-sozialen Befindens und des Anregungsmilieus, werden diese Bereiche bei der anschließenden Hypothesengenerierung entsprechend der Gliederung im Wiener Diagnosemodell getrennt herangezogen und behandelt. Nach diesen Informationen werden in der Spalte „Defizite zusammengefasst“ in Tabelle A.1. all jene festgestellten Schwächen aufgelistet, die nach Einschätzung des Gutachters der Entscheidung zum Attest von Hochleistungspotenzial entgegenstehen. Nach diesen Angaben werden die Maßnahmenvorschläge bzw. Voraussetzungen für Hochleistungspotenzial genannt. Zuletzt folgt eine Spalte mit fallspezifischen

Bemerkungen, die als zusätzliche Informationen über den jeweiligen Fall Aufschluss geben.

Nach der Datenaufarbeitung und Erstellung von Tabelle A.1. wurden die darin enthaltenen verbalen Informationen in eine Rangskala transformiert und numerisch mit den Werten 1 bis 3 kodiert (bzw. 1 oder 3) kodiert. Dieser Schritt erfolgte zum Zwecke effizienter Generierung eines Hypothesenkonstrukts. Mit Hilfe numerisch kodierter Faktoren, konnten Entscheidungsregeln sowohl schneller aus den Daten erschlossen als auch anhand der Stichprobe überprüft werden.

Auf Grundlage der Analyse der Arbeitsstichprobe sollte nun unter Handhabung der HYPAG-Methode mittels sukzessiver Einzelfallprüfung ein erstes Entscheidungsmodell herausgearbeitet werden. Dieses Vorhaben würde sich nur unter mehreren Bedingungen bewerkstelligen lassen. Zunächst müsste sich im Zuge der Fallanalyse herauskristallisieren, ob die gesammelten Daten in Form der kodierten Faktoren zur Formalisierung impliziter Entscheidungsregeln überhaupt beitragen können und sich daraus ein praktikables Modell generieren lässt. Wäre dies der Fall, müssten daraufhin jene Faktoren bestimmt werden, auf deren Basis ein solches Entscheidungsmodell konstruiert werden könnte. Der zweite Punkt beschreibt die Notwendigkeit der Festlegung von Vergleichsbedingungen für den Vorgang der Fallprüfung nach HYPAG. Damit ein Modell auf diesem Wege getestet werden kann, braucht es demzufolge neben bestimmten Zielbedingungen, (die im Falle der Diagnostik durch die differenzierten Diagnosegruppen vorliegen) Vergleichsbedingungen in Form definierter Merkmalskonfigurationen, die die Zuordnung zur passenden Gruppe leisten können.

Mit Hilfe der angefertigten Tabellen (vgl. Tabellen A.2 bis A.4 im Anhang), die die kategorisierten Variablen wiedergeben, wurde die Analyse und Auswertung der Fallgutachten nach dem Prinzip der HYPAG-Methode durchgeführt. Die Fälle wurden nacheinander zur Auswertung herangezogen. Die Zielbedingungen konnten anhand der Zuordnung zu einer der drei Diagnosegruppen in jedem Fallgutachten schnell festgelegt werden. Die Vergleichsbedingungen mussten im Zuge der Modellgenerierung erschlossen werden. Dazu sollten jene Faktoren und Merkmalsausprägungen herausgearbeitet werden, die die Fälle entsprechend der Zielbedingungen zu

unterscheiden vermögen. Die Fälle flossen nacheinander in die Analyse ein. Somit wurden anhand des ersten bearbeiteten Falles auch die ersten Hypothesen bezüglich der Vergleichsbedingung für die jeweilige Zielbedingung formuliert. Mit jedem weiteren Fall wurden die bisherigen Annahmen beibehalten, wenn sich auf deren Grundlage bei der Zuordnung zu der Diagnosegruppe kein Widerspruch ergab. Bei fehlender Übereinstimmung von Ziel- und Vergleichsbedingung mussten die Hypothesen den Daten angepasst werden. Um dies zu erreichen, wurden jene Informationen in die Formulierung der Vergleichsbedingungen aufgenommen, die zu einer Passung in allen bisher gesichteten Fällen führten.

Fälle, deren Daten in keinerlei Übereinstimmung mit den formalisierten Entscheidungsregeln gebracht werden konnten, wurden zunächst als Ausnahmefälle für die Modellgenerierung nicht berücksichtigt. Sie wurden nach Bearbeitung aller Fälle genauer analysiert und konnten dem Hypothesenkonstrukt durch entsprechende Modelländerungen teilweise beigelegt werden. Einige Fälle blieben als „Ausnahmen“ bestehen. Im Zuge dieses Prozesses wurde zwischen dem Ziel der Repräsentation aller Fälle in einem Modell und der Zweckdienlichkeit und Praktikabilität eines solchen abgewogen. So wurde darauf geachtet, weder zu viele Fälle als Ausnahmen zu deklarieren, noch zwingend alle Fälle für das Regelwerk zu berücksichtigen, wenn diese, als Einzelfälle, ein weitestgehend geprüftes Modell nicht praktikabel werden ließen.

Der Vorgang sukzessiver Fallanalyse wurde über die gesamte Arbeitsstichprobe weiter verfolgt. Es stellte sich die Notwendigkeit heraus, einen weiteren Faktor in die Analyse einzubeziehen, der im Zuge der Datensammlung nur in wenigen Fällen vermerkt worden war. Dabei handelt es sich um das als „Untertests“ angeführte Merkmal. Alle Gutachten wurden daraufhin nochmals geprüft und die jeweils gefundene Ausprägung in dem neu zu berücksichtigenden Faktor angegeben.

Am Ende dieses Prozesses der Hypothesengenerierung konnten die gesetzten Vorhaben realisiert werden: Es stellte sich als möglich heraus, anhand der gesammelten Daten und kodierten Faktoren, Hypothesen abzuleiten, die zwischen den Diagnosegruppe differenzierten. Zugleich konnten aus den Daten zugleich auch jene Faktoren bestimmt werden, die zusammengefasst erlaubten, ein solches Hypothesenkonstrukt umzusetzen und damit das Entscheidungsverhalten der Gutachter adäquat abzubilden.

3.2. Ergebnisse

3.2.1. Ergebnis der Faktorengenerierung

Im Folgenden werden jene Faktoren, die sich im Zuge der Modellerstellung als relevant erwiesen haben, näher beleuchtet. Sie stellen zum einen das Resultat der Fallanalyse dar. Zum anderen werden sie als Basis der Modellgenerierung verstanden und dienen darüber hinaus zur Validierung des Modells mittels der zweiten Stichprobenhälfte.

Insgesamt wurden 10 Faktoren bestimmt, auf deren Grundlage das Entscheidungsverhalten in der Diagnostik des Hochleistungspotenzials explizit wiedergegeben werden kann. In Klammern sind zusätzlich die Abkürzungen der Variablen, wie sie in den Abbildungen 3 und 4 und in den Tabellen A.2. bis A.5. (im Anhang) angegeben sind, beigelegt.

Als kognitive Faktoren werden folgende Merkmale berücksichtigt:

„Kognitive Gesamtleistungen“ (Kog.Gl.)
„Untertestleistungen“ (UTs)
und „Homogenität des Testprofils“ (Hom.)

Im Bereich der Persönlichkeit sind die nächstgenannten Variablen relevant:

„Arbeitshaltungen“ (AH)
„emotionale Stabilität“ (Emot.)
„soziale Integration“ (Soz.)
und „Verhaltensauffälligkeit“ (Vh.)

Hinsichtlich des Anregungsmilieus werden folgende Faktoren hinzugezählt:

„familiäre Förderung“ (Fam.),
„schulische Förderung“ (Schul.)
und „außerschulische Förderung“ (Auß.)

Als zusätzlicher (11.) Faktor, der aus der nachfolgenden Validierung resultierte und im Modell ohne numerische Kodierung berücksichtigt wird, ist „Teilleistungsstörung“ bzw. „abzuklärende Teilleistungsstörung“. Folgende Schwächen wurden diesem Faktor zugeordnet:

Lese- und Rechtschreibschwäche (LRS)

Asperger Syndrom

Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)

und emotionale Integrationsstörung bzw. Körperwahrnehmungsstörung

Diese Variablen wurden aus den Fallinformationen abgeleitet und anschließend in eine Rangskala überführt. Der Wertebereich, mit dem sie pro Fall kodiert wurden, liegt von 1 bis 3 (respektive 1 oder 3). Der Wert 1 gibt dabei den bestmöglichen Wert in einem Bereich wieder. Der Wert 2 soll auf eine mittlere Ausprägung, beziehungsweise auf vorhandene Stärken und Schwächen in einer erfassten Dimension hinweisen. Der Wert 3 deutet schließlich auf überwiegende Schwächen in einem Bereich hin.

Nachfolgend werden die Kodierungen in jedem dieser Faktoren einzeln erklärt (vgl. Tabelle 2:

„Kognitive Gesamtleistungen“:

Als Grundlage für die Kennwerte in diesem Faktor dienten Gesamtleistungen in den, jeweils in einem Fall, durchgeführten Intelligenztestbatterien. Im AID 2.2 fand beispielsweise der Wert „zweitniedrigste Untertestleistung“ dafür Verwendung. Der Wert 1 wurde vergeben, wenn die Gesamtleistungen durchgehend im überdurchschnittlichen bis weit überdurchschnittlichen Bereich lagen. Wurden sowohl überdurchschnittliche (bzw. weit überdurchschnittliche) als auch schwächere Gesamtleistungen erzielt, wurde dies mit dem Wert 2 kodiert. Wenn in keiner Intelligenztestbatterie eine mindestens überdurchschnittliche Gesamtleistung erreicht werden konnte, wurde der Wert 3 vergeben.

„Untertestleistungen“:

Für die Bewertung in dieser Dimension wurden die Untertestleistungen in den jeweils angewandten kognitiven Testbatterien herangezogen. Der Wert 3 wurde für mehrheitlich unter- bis durchschnittliche Leistungen und Kodierung 1 für mehrheitlich über- bis weitüberdurchschnittliche Ergebnisse vergeben. Diese Bewertung ist frei gewählt, wird jedoch damit begründet, dass, wie in Abschnitt 2.2.1. angemerkt, das Vorliegen überwiegend überdurchschnittlicher kognitiver Untertestleistungen die Diagnose „Hochleistungspotenzial“ wahrscheinlich werden lässt. (Da sich dieser Faktor nach der Auswertung der Fallgutachten als relevant herausstellte, wurde er in dieser Form auch beibehalten.)

Falls der AID 2.2 zum Einsatz gekommen war, wurde nach den Untertestleistungen in diesem Verfahren ausgewertet. Dieser Test beinhaltet in der Standardvorgabe 13 Untertests. Somit wurden die Leistungen mit 3 kodiert, wenn mindestens 7 der 13 Kennwerte unter- bis durchschnittlich ausgefallen waren. Lagen hingegen mindestens 7 über- bis weitüberdurchschnittliche Untertestleistungen vor, wurde dies mit dem Wert 1 vermerkt. Analog dazu wurden die Untertestleistungen aus den Tests HAWIK, WIT oder respektive WET und K-ABC ausgewertet, wenn der AID 2.2 in diesen Fällen nicht angewandt worden war.

„Homogenität des Testprofils“:

In dieser Dimension wurde danach ausgewertet, inwieweit die kognitiven Untertestleistungen sowohl in den weit überdurchschnittlichen Bereich (Stärken) als auch in den unterdurchschnittlichen Bereich (Schwächen) fielen. Da in den meisten Fällen der AID 2.2 verwendet wurde, war gegebenenfalls der Kennwert „Range“ in diesem Test für die Kodierung ausschlaggebend. Fiel dieser Wert in den überdurchschnittlichen Bereich, wurde das Intelligenzprofil als inhomogen gedeutet und mit 3 kodiert. Die einzelnen Untertestleistungen streuen in solchen Fällen von sehr niedrigen Ergebnissen (unterdurchschnittlich bis durchschnittlich) bis zu sehr hohen Leistungen in anderen Untertests desselben Verfahrens (überdurchschnittlich bis weitüberdurchschnittlich). Fiel der Kennwert „Range“ hingegen durchschnittlich oder gar unterdurchschnittlich aus, ließ sich das Testprofil als homogen einstufen und demzufolge mit 1 bewerten. Mit Gutachten, in denen der AID 2.2 nicht durchgeführt

worden war bzw. der Wert „Range“ nicht angegeben war, stützte sich die Kodierung auf die Ergebnisse in den kognitiven Untertestleistungen alternativ angewandter Verfahren. Wenn sich mindestens zwei Stärken und zumindest zwei Schwächen innerhalb desselben Verfahrens finden ließen, wurde dies mit dem Wert 3 angegeben. Ansonsten wurde mit 1 kodiert.

Zusätzlich wurde die verbale Umschreibung hinsichtlich der Homogenität des Intelligenzprofils, die der Diagnostiker im Interpretationsteil der Gutachten festgehalten hatte, berücksichtigt. Diese war im Zweifel für die Kodierung primär ausschlaggebend.

„Arbeitshaltungen“:

Für die Bewertung dieses Bereiches wurden den Gutachten sowohl Informationen aus dem Teil Verhaltensbeobachtung als auch aus dem Interpretationsteil entnommen. Dabei wurden all jene Variablen berücksichtigt, die insgesamt die Arbeitshaltung eines Kindes beschreiben. So deutet der Wert 1 darauf hin, dass sich in allen Dimensionen der Arbeitshaltungen Stärken äußern bzw. nur sehr geringe Schwächen zu finden sind. Eine Kodierung mit 2 wurde dann gewählt, wenn sich neben Stärken auch deutliche Schwächen in den Arbeitshaltungen zeigten. Schließlich gibt der Wert 3 den Umstand überwiegend vorhandener Schwächen in den Arbeitshaltungen wieder.

Emotional-soziales Befinden bzw. *„emotionale Stabilität“* und *„soziale Integration“*:

Ausgehend von der Darstellung in den Gutachten, wonach sich die Einschätzung des sozioemotionalen Persönlichkeitsbereiches vorwiegend an drei Faktoren orientierte, wurden „emotionale Stabilität“ und „soziale Integration“ und ursprünglich auch „soziale Entwicklung“ einzeln kategorisiert. Letztlich stellten sich in der Fallanalyse nur zwei dieser Faktoren als relevant heraus und wurden anhand folgender Festlegungen kodiert:

„Emotionale Stabilität“: Der Wert 1 deutet auf ein emotional stabiles Kind hin, während der Wert 2 eine emotional zwar stabile, aber verunsicherte Lage umschreibt. Schließlich wird mit der Kodierung 3 eine emotional instabile Situation oder emotionale Belastung des Kindes wiedergegeben.

„Soziale Integration“ in Klasse und in Peer-Groups: Ist ein Kind sowohl in seiner Klasse als auch in der Freizeit unter Peers sozial gut integriert, wird der Wert 1 angeführt. Bei wenigen sozialen Kontakten in nur einem dieser Bereiche wurde mit 2

kodiert. Wenn ein Kind sozial isoliert ist und über wenige bis keine freundschaftlichen Beziehungen zu Gleichaltrigen sowohl in als auch außerhalb der Schule verfügt, wurde dies mit dem Wert 3 angegeben.

„Verhaltensauffälligkeit“:

Es handelt sich dabei um einen Faktor, der zwar in wenigen Fallgutachten vorkommt, aber aufgrund seiner Schwere und der damit meist zusammenhängenden notwendigen Interventionsmaßnahmen Berücksichtigung erfährt. Als Verhaltensauffälligkeit wurden folgende in den Gutachten vorgefundene Verhaltensweisen aufgefasst:

Aggressives Verhalten, Wutanfälle, geringe Impulskontrolle, Disziplinschwierigkeiten in der Schule bzw. störendes Verhalten im Unterricht, Schulvermeidung, Schulangst, Psychosomatik, unsoziales Verhalten bzw. geringe sozioemotionale Beziehungsfähigkeit, dysfunktionales Verhalten, Autoaggression, Affektverflachung, und gedrückte Stimmung.

Dem Vorliegen einer Verhaltensauffälligkeiten entspricht der Kodierungswert 3. Ist keine Verhaltensauffälligkeit vorhanden, wurde der Wert 1 zugeordnet.

Im Bereich des Anregungsmilieus wurden drei Faktoren berücksichtigt und einzeln mit den Werten 1 bis 3 kodiert. Im Allgemeinen gibt dabei der Wert 1 eine für das Kind förderliche Situation wieder, während der Wert 3 auf Schwierigkeiten bzw. ungenügende Förderung schließen lässt:

„Familiäre Situation“: Kodierungswert 1: Das Kind fühlt sich innerhalb seiner Familie (zu Hause) wohl und ist dort sicher aufgehoben. Es wird kognitiv in vielerlei Bereichen gefördert, wobei auf seine Interessen eingegangen wird. Es finden zahlreiche Aktivitäten statt (Ausflüge, Sport, Museumsbesuche, Spiele, Gespräche, musikalische Betätigung, etc.) und es wird auf die emotional-soziale Befindlichkeit des Kindes geachtet.

Kodierungswert 2: Das familiäre Umfeld unterstützt das Kind nur teilweise in seiner Entwicklung. Entweder fehlt bei vorhandener emotionaler Rücksichtnahme die unterstützende kognitive Förderung oder die Familie verhilft dem Kind zwar zu dessen kognitiver Entfaltung ohne jedoch auf dessen emotionale Lage zu achten. Mit 2 wurde

auch dann kodiert, wenn sich das Kind aufgrund familiärer Konflikte in seiner Familie zurzeit unwohl fühlt oder teilweise belastet ist.

Kodierungswert 3: Es finden wenige Aktivitäten/Gespräche im familiären Kreis statt. Man setzt sich in einem zu geringen Umfang mit dem Kind auseinander und es wird auch keine gezielte kognitive Förderung des Kindes verfolgt. Im Falle einer besonders schwierigen familiären Situation (z.B. bei Gewalthandlungen wie Schlagen), wurde ebenfalls mit 3 kodiert.

„*Schulische Förderung*“: Kodierungswert 1: Das Kind fühlt sich in seiner Schule und Klasse und im sozialen Umgang mit Lehrern und Mitschülern wohl. Es wird weder über- noch unterfordert, sondern entsprechend seiner Fähigkeiten gefördert. Es weist Lernbereitschaft und Lernfreude auf und erzielt im schulischen Kontext Fortschritte.

Kodierungswert 3: Das Kind fühlt sich in seinem Klassenverband nicht wohl, eventuell zeigen sich dadurch auch Probleme mit Mitschülern/Lehrern. Zusätzlich oder alternativ dazu wird es von seinen Lehrern nicht optimal gefördert und äußert Unzufriedenheit mit den Anforderungen in seiner Klasse. Dabei empfindet das Kind den Unterricht entweder als kognitiv über- oder unterfordernd.

„*Außerschulische Förderung*“: Kodierungswert 1: Das Kind unternimmt in seiner Freizeit unterschiedliche Aktivitäten, geht seinen Interessen nach und entwickelt Hobbies.

Kodierungswert 3: Es fehlen gezielt durchgeführte Unternehmungen in der Freizeit. Dem Kind stehen neben der Schule nur wenige Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. im Bereich des Sports oder der Musik) zur Verfügung.

Zusätzlich berücksichtigter Faktor: „*Teilleistungsstörung*“ (TLS):

Da der Umstand des Vorliegens einer Teilleistungsstörung, wie einer Lese- und Rechtschreibschwäche, bei der Interpretation der Ergebnisse eine große Rolle spielt, wird dieser Faktor zusätzlich, aber gesondert ohne Kodierung angeführt. In Tabelle 2 bezeichnet „x“ eine diagnostizierte Teilleistungsschwäche. Die Kennzeichnung „(x)“ deutet auf eine vermutete und abzuklärende Teilleistungsstörung hin. In allen übrigen Fällen wurde dieser Faktor nicht vermerkt.

Tabelle 2: Definition der Faktorstufen und zugeordneter Kodierungswerte

Faktor	Kodierungswert		
	1	2	3
Kognitive Gesamtleistungen	überDS bis weitüberDS	unterDS od. DS + min. 1x überDS	unterDS bis DS
Untertests mehrheitlich max. DS	max.1/2 der UTs im DS	-	>1/2 der UTs im DS
Homogenität/Testprofil	homogen, Range: unterDS/DS	-	inhomogen,Range: min.überDS
Arbeitshaltungen	überwiegend günstig	Stärken und Schwächen	überwiegend ungünstig
Verhaltensauffälligkeit	keine Auffälligkeit	-	Auffälligkeit vorhanden
Emotionale Stabilität	Stabil	sensibel/unsicher/ unausgeglichen	Instabil
Soziale Integration	in Schule u. Peers integriert	in Schule oder Peers nicht integriert	in Schule und Peers nicht integriert
Familiäre Förderung	vielseitig geförd.	teilweise gefördert	nicht gefördert
Schulische Förderung	kognitiv und sozial gefördert	-	kognitiv und/oder sozial nicht gefördert
Außerschulische Förderung	vielseitige Freizeitaktivitäten, Hobbies	-	wenige fördernde Freizeitaktivitäten

Teilleistungsstörung	x : TLS diagnostiziert	(x) : TLS abzuklären
----------------------	------------------------	----------------------

3.2.2. Entscheidungsmodell auf Basis der Arbeitsstichprobe

Im Folgenden wird das Ergebnis der Modellgenerierung präsentiert, das auf Grundlage der Fallanalyse der Arbeitsstichprobe herausgearbeitet wurde. Es werden jene Vergleichsbedingungen dargelegt, die die Zuordnung der Fälle zu jeweils einer der drei Diagnosegruppen ermöglichen. In Abbildung 3 sind diese Regeln in Form eines Flussdiagramms wiedergegeben.

Ein Fall wird der „**Gruppe Hochleistungspotenzial**“ zugeteilt, wenn folgende Bedingung erfüllt ist:

1.: Sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ wurden mit mindestens¹ 2 bewertet. Insgesamt wurde maximal nur ein Faktor mit 3 kodiert.

Ein Fall wird der **Gruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“** zugeteilt, wenn eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

1.: Sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ weisen zumindest den Wert 2 auf. Insgesamt sind nur zwei Faktoren mit dem Wert 3 vermerkt.

2.: „Kognitive Gesamtleistungen“ wurden mit mindestens 2 kodiert. Sowohl „Arbeitshaltungen“ als auch „Untertests“ tragen den Wert 1. „Arbeitshaltungen“ weisen den Wert 1 auf. Es muss gelten, dass insgesamt mehr als zwei Faktoren mit 3 bewertet wurden.

3. Sowohl „Kognitive Gesamtleistungen“ als auch „emotionale Stabilität“ wurden mit mindestens 2 kodiert. „Arbeitshaltungen“ tragen den Wert 3. Zusätzlich gilt, dass der Faktor „Untertests“ mit dem Wert 1 angeführt ist.

¹„Mindestens“ deutet hier wie auch bei allen übrigen Fällen der Angabe von Vergleichsbedingungen zu den Diagnosegruppen auf das Vorliegen von einem Kodierungswert 2 oder 1 in dem jeweiligen Faktor hin.

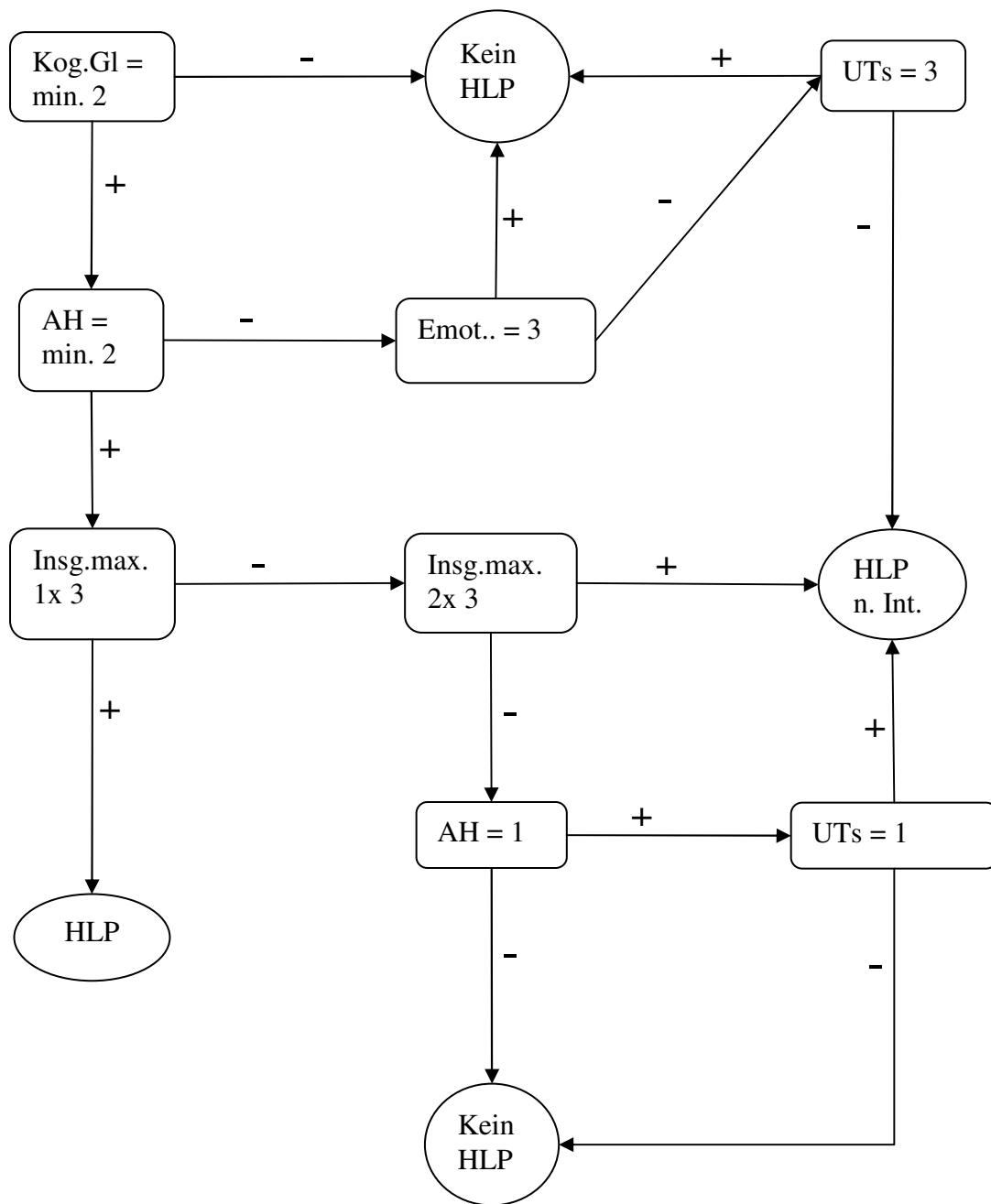


Abbildung 3: Entscheidungsmodell auf Basis der Arbeitsstichprobe

Ein Fall wird der **Gruppe „kein Hochleistungspotenzial“** zugeteilt, wenn eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- 1.: „Kognitive Gesamtleistungen“ wurden mit 3 kodiert.
- 2.: „Kognitive Gesamtleistungen“ wurden mit mindestens 2 kodiert. Sowohl „Arbeitshaltungen“ als auch „emotionale Stabilität“ tragen den Wert 3.
- 3.: „Kognitive Gesamtleistungen“ und „emotionale Stabilität“ wurden mit mindestens 2 kodiert. Sowohl „Arbeitshaltungen“ als auch „Untertests“ sind mit dem Wert 3 vermerkt.
- 4.: Es gilt, dass mehr als zwei Faktoren mit 3 bewertet sind. „Kognitive Gesamtleistungen“ weisen zumindest den Wert 2 auf. „Arbeitshaltungen“ wurden mit 1 kodiert. Zusätzlich muss die Variable „Untertests“ mit 3 angeführt sein.
5. Es gilt, dass mehr als zwei Faktoren mit 3 bewertet sind. „Kognitive Gesamtleistungen“ weisen zumindest den Wert 2 auf. „Arbeitshaltungen“ wurden mit 2 kodiert.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen der Ergebnisse in Bezug auf die diagnostische Entscheidungsfindung:

Entscheidung: „Hochleistungspotenzial“:

Damit in einem Fall Hochleistungspotenzial attestiert wird, müssen die „kognitiven Gesamtleistungen“ zumindest in einer kognitiven Testbatterie mindestens überdurchschnittlich hoch ausgefallen sein. Das bedeutet, dass unabhängig von all anderen Faktoren („Arbeitshaltungen“, „emotionale Stabilität“ bis hin zu den Faktoren des Anregungsmilieus) „Hochleistungspotenzial“ ausgeschlossen wird, sobald sich in den Verfahren zur Messung kognitiver Fähigkeiten nur unter- bis durchschnittliche Gesamtleistungen zeigen. Zusätzlich zu dieser Bedingung dürfen die „Arbeitshaltungen“ für den Attest zum Hochleistungspotenzial nicht überwiegend Defizite (Kodierungswert 3), sondern zumindest nur einzelne Schwächen bei größtenteils vorhandenen Stärken (Kodierungswert 2) aufweisen. Ist auch diese Voraussetzung erfüllt, muss zusätzlich beachtet werden, dass sich insgesamt nur ein

Faktor (ausgeschlossen „kognitive Gesamtleistungen“ und „Arbeitshaltungen“) als Defizit herausstellen darf.

Somit ist für die Entscheidung über das Vorliegen des Hochleistungspotenzials entscheidend, dass nur wenige bis keine Defizite vorliegen und sowohl die kognitiven Fähigkeiten als auch Arbeitshaltungen auf einem hohen Niveau ausgeprägt sind.

Entscheidung: „Hochleistungspotenzial nach Intervention“:

„Hochleistungspotenzial nach Intervention“ kann im Unterschied zum „Hochleistungspotenzial“ anhand von drei möglichen Entscheidungspfaden bzw. bei drei unterschiedlichen Bedingungsbeziehungen diagnostiziert werden. Als einzige Konstante tritt der Faktor „kognitive Gesamtleistungen“ in Erscheinung, der sich analog zur Entscheidung zum Hochleistungspotenzial durch zumindest überdurchschnittliche Ergebnisse in wenigstens einer Testbatterie auszeichnet. Darüber hinaus stellen sich für die Entscheidungsfindung vor allem folgende Faktoren als relevant heraus: „Arbeitshaltungen“, „emotionale Stabilität“ und „Untertests“.

Zum einen erfolgt die Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“, wenn sich insgesamt maximal nur zwei Faktoren (mit Ausnahme der Variablen „kognitive Gesamtleistungen“ und „Arbeitshaltungen“) als Defizite erweisen und damit mit 3 kodiert sind. Zusätzlich zu den „kognitiven Gesamtleistungen“ dürfen dabei auch die „Arbeitshaltungen“ keine bis wenige Schwächen aufweisen (Kodierungswert 1 oder 2). Damit unterscheidet sich dieses Bedingungsgefüge von jenem bei der Diagnose zum Hochleistungspotenzial nur durch die Eingrenzung auf zwei und nicht auf maximal einen defizitären Faktor.

Wurden mehr als zwei Variablen als wenig leistungsförderlich eingeschätzt (Kodierung 3), kann die Entscheidung zugunsten des „Hochleistungspotenzials nach Intervention“ unter den Voraussetzungen getroffen werden, dass zusätzlich zur Vorbedingung „kognitiver Gesamtleistungen“, die im Ergebnis zumindest teilweise überdurchschnittlich ausgefallen sind, die Faktoren „Arbeitshaltungen“ und „Untertests“ als besondere Stärken in Erscheinung treten (zweiter Entscheidungspfad).

Im Falle des dritten Bedingungsgefüges für „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ ist die Anzahl der Schwächen nicht relevant. Es gilt dabei, dass „Arbeitshaltungen“ als überwiegend ungünstig eingestuft wurden und mit 3 vermerkt sind. In diesem Fall

werden die Variablen „emotionale Stabilität“ und „Untertests“ hervorgehoben betrachtet. Beide Variablen dürfen dann nicht zusätzlich mit 3 kodiert worden sein und müssen damit zumindest teilweise günstig ausgeprägt sein. Bezüglich der „emotionalen Stabilität“ deutet dies auf eine stabile Situation (Kodierungswert 1) respektive eine sensible und empfindsame Gefühlslage (Kodierungswert 2) hin. Der Faktor „Untertests“ muss mit dem Wert 1 bewertet worden sein und damit auf mehrheitlich überdurchschnittliche bis weit überdurchschnittliche Untertestleistungen hinweisen. Das spricht insgesamt dafür, dass trotz vorhandener Schwächen in den Arbeitshaltungen „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ attestiert werden kann, wenn die emotionale Lage stabil ist und sich die kognitiven Fähigkeiten als mehrheitlich überdurchschnittlich herausstellen.

Entscheidung: „Kein Hochleistungspotenzial“:

Die diagnostische Entscheidung „kein Hochleistungspotenzial“ wird immer dann ausgesprochen, wenn die beschriebenen Bedingungen für „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ nicht erfüllt werden. Damit ergeben sich für beide Diagnosegruppen dieselben Entscheidungspfade, wobei dem Vorliegen von „keinem Hochleistungspotenzial“ ungünstige Ausprägungen in den einzelnen Bedingungsfaktoren zugrunde liegen.

Demnach liegt „kein Hochleistungspotenzial“ vor, wenn hinsichtlich „kognitiver Gesamtleistungen“ keine zumindest überdurchschnittlichen Ergebnisse erzielt wurden. Maximal durchschnittliche Gesamtleistungen schließen demnach von vornherein „Hochleistungspotenzial“ aus. Daraus lässt sich schließen, dass in der singulären Betrachtung kognitiver Testleistungen gegebenenfalls besondere intellektuelle Begabungen in Form überdurchschnittlicher Ergebnisse zum Vorschein kommen, die zwar noch keinen Garant für „Hochleistungspotenzial“ darstellen dürften, aber als Vorbedingung und damit als Basis dafür angesehen werden können.

Fallen „Kognitive Gesamtleistungen“ zumindest in einer Testbatterie überdurchschnittlich hoch aus, kann daraufhin aufgrund mehrerer Bedingungskonstellationen die Entscheidung „kein Hochleistungspotenzial“ resultieren. Neben den Arbeitshaltungen, die als nicht leistungsförderlich eingeschätzt werden (Kodierung 3), ist entweder die emotionale Situation nicht stabil (Kodierung 3) oder es

wurden alternativ dazu mehrheitlich nur unter- bis durchschnittliche Untertestleistungen in den Intelligenztests erzielt (Kodierung 3). Bei diesem Entscheidungspfad zeigt sich, dass auch wenn die „kognitiven Gesamtleistungen“ zumindest teilweise überdurchschnittlich hoch sind, dennoch „kein Hochleistungspotenzial“ wegen der Schwächen in den Arbeitshaltungen und im emotionalen oder kognitiven Bereich zugesprochen werden kann.

Analog dazu erfolgt dieselbe Diagnose, wenn zwar „Arbeitshaltungen“ günstig ausgeprägt sind, aber zum einen der Faktor „Untertests“ keine Stärke darstellt und sich zum anderen insgesamt in mehr als 2 Faktoren überwiegend Schwächen zeigen (Kodierungswert 3).

Letztlich folgt die Entscheidung „kein Hochleistungspotenzial“ auch dann, wenn mehr als 2 Defizite gezählt werden und zudem „Arbeitshaltungen“ Teilschwächen aufweisen (Kodierungswert 2).

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass für die Entscheidung zum „Hochleistungspotenzial“ sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch Arbeitshaltungen günstig ausgeprägt sein müssen und insgesamt keine bis wenige Defizite vorliegen.

Auch bei der Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ ist die Anzahl der Defizite (wenn auch nicht ganz so strikt) eingeschränkt und auch hierbei müssen „kognitive Gesamtleistungen“ günstig ausgefallen sein. Zudem ist es notwendig, dass sich bei vorhandenen emotionalen oder kognitiven Schwächen, Stärken im jeweils anderen Bereich zeigen.

Die Entscheidung zu „keinem Hochleistungspotenzial“ erfolgt einerseits bei nur durchschnittlich hoch ausgeprägten „kognitiven Gesamtleistungen“ und andererseits bei Vorhandensein mehrerer, gleichzeitig auftretender Schwächen besonders in den Faktoren des emotionalen und kognitiven Bereiches.

Tabelle 3: Übereinstimmungsquoten von Modell 1 an den Daten der Arbeitsstichprobe

	Modell 1/Arbeitsstichprobe	
Gruppe	Passung	keine Passung
HLP	16/17 = 94,12%	1/17 = 5,88%
HLP n. Interv.	9/9 = 100%	0%
Kein HLP	22/22 = 100%	0%
Gesamt	47/48 = 97,92%	1/48 = 2,08%

Anhand des generierten Entscheidungsmodells konnten 46 der insgesamt 47 Fälle aus der Arbeitsstichprobe den Diagnosen richtig zugeordnet werden. Die genaue Verteilung der Daten ist Tabelle 3 zu entnehmen. Nur ein Fallgutachten aus der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial“ wurde als Ausnahme aufgefasst. Diese Entscheidung wird im Folgenden anhand der Falldarstellung begründet:

Fall Nr. 10: Ausnahmefall in der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial“

In diesem Fall handelt es sich um ein Mädchen im Alter von 13 Jahren. Zum Zeitpunkt der Untersuchung besucht es die vierte Klasse eines Gymnasiums. In der Fragestellung bezieht man sich neben der Hochbegabungsabklärung auf eine Schullaufbahnberatung des Kindes.

In diesem Fall wurden insgesamt drei Faktoren mit 3 kodiert. Dazu zählen:

„Untertests“, wonach das Kind in mehr als der Hälfte der Untertests der durchgeführten Intelligenztestbatterie (AID 2.2) unter- bis durchschnittliche Testleistungen erbrachte; „Soziale Integration“: Das Kind verfügt über nur wenige soziale Kontakte und hat wenige Freunde; „Schulische Förderung“ – Es fühlt sich in seiner Schule nicht wohl, weder in der Klassengemeinschaft noch aufgrund der kognitiven Förderung.

Neben diesen mit 3 kodierten Variablen wurden „kognitive Gesamtleistungen“ mit 2 bewertet, wonach das Kind durchschnittliche bis überdurchschnittliche kognitive Gesamtleistungen erzielte.

Im Gutachten wird die Situation des Kindes wie folgt dargelegt: Es verfügt über sehr leistungsförderliche Arbeitshaltungen, ist auch emotional stabil und außerschulisch gut gefördert. Es wird herausgehoben, dass die Voraussetzungen für eine klassische Hochbegabung (Prozentrang über 98 im Intelligenztest), aufgrund der zu schwachen kognitiven Leistungen, nicht erfüllt sind. Auch wird die wenig günstige schulische und soziale Situation des Kindes als nicht leistungsförderlich beschrieben. Hinsichtlich des Maßnahmenvorschlags wird einerseits zu einer Schule mit Begabtenförderung und Förderung sozialer Kompetenz geraten, wobei sich die Schulwahl auch nach den Interessen des Kindes richten sollte. Andererseits werden außerschulisch soziale Aktivitäten mit Gleichaltrigen empfohlen.

Die diagnostische Entscheidung zum „Hochleistungspotenzial“ wird im Gutachten damit begründet, dass sich der leistungsbezogene Persönlichkeitsbereich insgesamt als besonders günstig darstelle, das Kind insgesamt über einen reifen und reflektierten Arbeitsstil verfüge, selbständig mit hoher Leistungsmotivation, Leistungsfreude und Ausdauer arbeiten könne, emotional stabil sei und zudem auch außerhalb der Schule gut gefördert werde.

Würde man auf Grundlage des generierten Entscheidungsmodells eine Diagnose treffen müssen, würde man den Fall der Gruppe „kein Hochleistungspotenzial“ zuordnen. Dies liegt einerseits an der relativ hohen Anzahl der Defizite insgesamt und andererseits an den mehrheitlich nur durchschnittlich hohen Untertestleistungen im AID 2.2.

Der Fall wurde im Zuge der Fallanalyse der Arbeitsstichprobe und Erstellung des Entscheidungsmodells schlussendlich als Ausnahme klassifiziert, da dieser als einziger aus der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial“ mehr als einen defizitären Bereich aufweist und insgesamt seinen Ausprägungen nach zu sehr der Gruppe „kein Hochleistungspotenzial“ gleicht, um ihn fallübergreifend bei der Festlegung der Diagnoserichtlinien für das Modell berücksichtigen zu können.

3.2.3. Ergebnisse der Modellvalidierung

Das erarbeitete Entscheidungsmodell wurde im nächsten Schritt an der Validierungsstichprobe, der zweiten Hälfte der Gesamtstichprobe, getestet. Tabelle 4

kann man entnehmen, in wie vielen Fällen die Zuordnung zu einer der drei Diagnosegruppen anhand des Modells richtig vorausgesagt werden kann und sich damit eine Passung bzw. Übereinstimmung von Gutachten und Modell ergibt. Gleichzeitig wird die Anzahl jener Fälle ersichtlich, in denen sich keine Passung zeigt, das Modell demnach zu einer vom Gutachten abweichenden Entscheidung führt. Insgesamt konnten 32 von 49 Fällen den Diagnosegruppen richtig zugeordnet werden. Divergente Entscheidungen sind auf die drei Gruppen gleichmäßig verteilt, wobei die relativen Häufigkeiten dieser Ausnahmefälle aufgrund der unterschiedlichen Gruppengrößen dementsprechend ungleich ausfallen. Während das Modell in den Gruppen „Hochleistungspotenzial“ und „kein Hochleistungspotenzial“ in rund 70% der Fälle Übereinstimmung erzielt, sind es in der Gruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ nur 56%. In dieser konnten nur 5 von 9 Fällen der Diagnose entsprechend richtig zugeteilt werden. Aufgrund dieser, aber auch wegen der insgesamt als unzureichend hoch zu wertenden Übereinstimmungsquoten, erschien eine Modellkorrektur auf Basis der gewonnen Erkenntnisse aus der Validierung notwendig. Das schlussendlich generierte Entscheidungsmodell, Modell 2, wurde infolgedessen auf Grundlage der Analyse aller Fälle der Gesamtstichprobe erarbeitet.

**Tabelle 4: Übereinstimmungsquoten von Modell 1 an den
Daten der Validierungsstichprobe**

Gruppe	Modell 1 / Validierungsstichprobe	
	Passung	keine Passung
HLP	12/18 = 66,67%	6/18 = 33,33%
HLP n. Interv.	5/9 = 55,56%	4/9 = 44,44%
Kein HLP	15/22 = 68,18%	7/22 = 31,82%
Gesamt	32/49 = 65,31 %	17/49 = 34,69%

Im Folgenden werden zunächst jene Fälle der Validierungsstichprobe beschrieben, die in der Modellprüfung keine Übereinstimmung mit den Gutachterentscheidungen erlaubten. Anschließend werden die Resultate des Anpassungsprozesses an diese abweichenden Daten präsentiert. In den Tabellen A.2 bis A.3 sind die Ausnahmefälle farblich unterlegt. Die grün markierten Zeilen geben dabei jene Fälle der Validierungsstichprobe wieder, bei denen Modell 1 keine treffende Voraussage erreichte. Die rot unterlegten Zeilen stellen jene Ausnahmefälle dar, die auch nach der Modellkorrektur nicht in das Regelwerk übereinstimmend eingebunden werden konnten.

Fälle der Validierungsstichprobe ohne Übereinstimmung mit Modell 1:

In 17 Gutachten der Validierungsstichprobe ließen sich nicht jene Diagnosen finden, die durch Modell 1 vorausgesagt werden. Die auftretenden Abweichungen müssen für jede Diagnosegruppe aufgeschlüsselt werden. In jedem Gutachten gilt es dabei festzustellen, welche Bedingungen des Entscheidungsmodells nicht erfüllt werden, um eine richtige Zuordnung zu ermöglichen. Im nächsten Schritt kann der Versuch unternommen werden, die Entscheidungsrichtlinien an den jeweiligen Fall anzupassen, um eine Übereinstimmung zu erzielen. Dieses Vorgehen führt nur dann zum Erfolg, wenn im Ergebnis nicht nur der bisher falsch zugeteilte Fall der passenden Diagnosegruppe angehört, sondern wenn sich die Modellvoraussagen bei den schon erzielten Übereinstimmungen nicht ändern. Das bedeutet, dass jede Korrektur der Bedingungsbeziehungen eine Überprüfung des Modells anhand der gesamten Stichprobe erforderlich macht. In diesem Sinne werden die Hypothesen nur dann angepasst bzw. neu formuliert, wenn sich diese Änderungen in der Gesamtstichprobe spiegeln und damit übergreifend zu höheren Übereinstimmungsquoten von Modellvoraussagen mit den Gutachterentscheidungen führen. Wenn ein Fall bezüglich der Diagnose jedoch nicht mit anderen Fällen in Einklang gebracht werden kann, muss er deshalb zunächst als Ausnahme deklariert werden. Modellveränderungen auf Basis eines solchen Falles würden für die überwiegende Mehrzahl der Fälle keine Verbesserung im Sinne einer passenden Voraussage darstellen, sondern diese womöglich verhindern oder zumindest deutlich erschweren. Für weitere anschließende Evaluationsmaßnahmen muss jedoch gelten, dass auch diese, im Augenblick als

„Ausnahmen“ tolerierten Fälle, schlussendlich in ein Modell aufgenommen werden sollten. Dazu ist aber eine weitaus größere Stichprobe erforderlich, um mit höherer Wahrscheinlichkeit bewerten zu können, welche differenzierten Entscheidungsrichtlinien dem Diagnostizieren zugrunde liegen, die als nachhaltig und valide betrachtet werden können.

Keine Übereinstimmung - „Hochleistungspotenzial“:

Fallnummern der Ausnahmefälle: 20, 24, 27, 31, 32, 33;

In der Gruppe „Hochleistungspotenzial“ wurden 6 Fallgutachten identifiziert, in denen keine Passung mit Modell 1 erzielt werden konnte. In 5 von diesen Fällen (Fallnr. 20, 27, 31, 32, und 33) wurde anhand des Regelwerks von Modell 1 statt der im Gutachten vorgefundenen Entscheidung des Vorliegens von Hochleistungspotenzial, die Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ vorausgesagt. Die fehlenden Übereinstimmungen in diesen 5 Fällen lassen sich auf dieselbe Regelverletzung zurückführen. Der Bedingungen für „Hochleistungspotenzial“ wird in jedem Fall durch die Überschreitung der maximalen Anzahl der Schwächen nicht entsprochen. Während in Modell 1 die Bedingung von maximal einem defizitären Faktor für die Entscheidung zum „Hochleistungspotenzial“ formuliert wurde, häufen sich nun in der Validierungsstichprobe die Fälle mit genau 2 defizitären Bereichen, die laut Gutachten derselben Diagnosegruppe zugeordnet sind. Der Umstand, dass es sich dabei um so viele, dem Entscheidungsmodell in denselben Richtlinien widersprechenden Fälle handelt, macht eine daraus abgeleitete Modellanpassung erforderlich. Offensichtlich muss für die Diagnose „Hochleistungspotenzial“ die Anzahl vorliegender Schwächen auf maximal 2 erhöht werden. Welche zusätzlichen Bedingungen nach dieser Modelländerung hinzugezogen werden müssen, um bei der neu festgesetzten Anzahl von Defiziten zwischen den Diagnosegruppen unterscheiden zu können, wird erst im Fallvergleich durch die Betrachtung der gesamten Stichprobe ersichtlich werden.

Der 6 Fall aus dieser Gruppe (Fallnr. 24), bei dem eine abweichende Entscheidung festgestellt wurde, müsste Modell 1 zufolge der Gruppe „kein Hochleistungspotenzial“ zugeordnet werden. Insgesamt finden sich hier drei Faktoren, die mit 3 kodiert wurden und damit zwei Defizite zu viel, um gemäß den Entscheidungsrichtlinien „Hochleistungspotenzial“ attestieren zu können. Die Schwächen liegen dabei im

sozioemotionalen und familiären Bereich. Das Kind wird im Gutachten als emotional belastet und sozial wenig integriert beschrieben. Zudem leidet es unter schweren familiären Spannungen und einem hohen Leistungsdruck. Es wird als ängstlich und wenig frustrationstolerant eingeschätzt. Trotz dieser Defizite wurde in der Untersuchung zugunsten des „Hochleistungspotenzials“ entschieden. Die Begründung für seine Diagnose stützte der Gutachter zum einen auf den sehr hohen kognitiven Fähigkeiten des Kindes und zum anderen auf dessen vielen Stärken in den Arbeitshaltungen. Es sei angemerkt, dass im Gutachten darauf aufmerksam gemacht wurde, dass zwar momentan Potenzial zur Hochleistung attestiert werde, dieses aber aufgrund der schwierigen emotionalen und familiären Situation des Kindes als „gefährdet“ betrachtet wird. Zusätzlich wurde im Maßnahmenvorschlag den Eltern empfohlen, eine Erziehungsberatung in Anspruch zu nehmen. In Hinblick auf mögliche Modellanpassungen aufgrund der fehlenden Übereinstimmung in diesem Fall wird entschieden, diesen wegen der Unvereinbarkeit mit allen übrigen Fällen (aufgrund der Akzeptanz so vieler Defizite für „Hochleistungspotenzial“) als Ausnahmefall auch nach der Validierung beizubehalten.

Keine Übereinstimmung – „Hochleistungspotenzial nach Intervention“:

Fallnummern der Ausnahmefälle: 46, 49, 50, 51;

In der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ konnte das Entscheidungsmodell 5 von 9 Fällen richtig voraussagen und damit in 66,67% der Fälle den Gutachten entsprechende Diagnosen liefern.

Zwei Fälle (Fallnr. 46 und 50), bei denen keine Passung erreicht werden konnte, scheiterten, ähnlich zur Gruppe „Hochleistungspotenzial“, an der Erfüllung der Bedingung hinsichtlich der Anzahl von nur zwei vorliegenden Defiziten. Um zur Gruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ gemäß den Entscheidungsregeln zugeteilt zu werden, müsste sich neben zwei vorhandenen Schwächen entweder keine weitere (im Sinne eines Kodierungswertes 3) zeigen, oder es würden sich zwar mehr als zwei Defizite ergeben, dafür aber sowohl „Arbeitshaltungen“ als auch „Untertests“ als Stärken (Kodierung 1) erweisen. In der Validierungsstichprobe lassen sich jedoch zwei Fälle finden (Fallnr. 46 und 50), die zwar die Entscheidung zum „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ tragen, aber mehr als zwei Defizite

aufweisen und zusätzlich im Faktor „Arbeitshaltungen“ mit dem Wert 2, respektive „Untertests“ mit dem Wert 3 bewertet wurden.

Es fehlen noch bei zwei weiteren Fallgutachten (Fallnr. 49 und 51) die Übereinstimmung von Diagnose und Modell 1, wobei in beiden Fällen nicht mehr als ein defizitärer Faktor vorhanden ist. Ein Fall (Fallnr. 49) sticht durch die Diagnose einer Teilleistungsstörung (Legasthenie) hervor, wodurch die im Gutachten gefundene Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ nachvollziehbar wird. Demnach kann trotz sonst vorhandener Stärken in allen Bereichen „Hochleistungspotenzial“ nicht attestiert werden, weil die Teilleistungsstörung eine Intervention notwendig macht.

Im anderen Fall (Fallnr. 51) wurde lediglich der Faktor „schulische Förderung“ mit 3 kodiert. Darüber hinaus liegt ein verunsichertes Selbstkonzept und fehlender schulischer Ehrgeiz beim Kind vor, was in der Wertungstabelle mit einer 2 in „Arbeitshaltungen“ und der „emotionalen Stabilität“ wiedergegeben wurde. Insgesamt würde der Fall anhand der Entscheidungsregeln in Modell 1 der Gruppe „Hochleistungspotenzial“ zugeordnet werden müssen. Der Gutachter begründet die Diagnose zum „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ damit, dass trotz weitüberdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten mit entsprechenden Hochleistungen nicht zu rechnen sei, da zum einen der dazu notwendige Ehrgeiz im schulischen Bereich fehle und zum anderen das Selbstkonzept nicht stark genug ausgeprägt sei. Als Intervention wurde geraten, außerschulisch dem Kind zu mehr Selbstbewusstsein, Leistungsmotivation und Leistungsfreude zu verhelfen und familiär auf leistungsförderliche Arbeitshaltungen zu achten und diese zu bestärken. Dieser Fall blieb auch nach Modellanpassung an die Validierungsstichprobe als Ausnahme erhalten. Es ließ sich kein anderer ähnlich gelagerter Fall vorfinden, bei dem trotz so weniger Schwächen und kognitiver Stärken „Hochleistungspotenzial“ nicht attestiert wurde. Möglicherweise sind die Merkmale „Selbstkonzept“ oder auch „Ehrgeiz“, die bei der Kodierung unter die „Arbeitshaltungen“ fielen, stärker zu werten und vorhandene Schwächen in diesen Bereichen deswegen mit größerem Einfluss in das Entscheidungsmodell einzubeziehen. Dies lässt sich im Rahmen der Fallaufarbeitung auf Basis der vorliegenden Stichprobe nicht klären, weshalb die Annahme des Vorliegens eines Ausnahmefalles nicht verworfen werden kann.

Keine Übereinstimmung – „Kein Hochleistungspotenzial“:

Fallnummern der Ausnahmefälle: 76, 87, 88, 89, 90, 91, 96;

In der Diagnosegruppe „kein Hochleistungspotenzial“ wurde in 7 von 22 Fällen keine Übereinstimmung zwischen Modellaussage und Gutachterentscheidung erzielt.

Zwei Fälle (Fallnr. 87 und 88) weisen nur jeweils zwei Defizite auf, wobei sich diese weder in den „kognitiven Gesamtleistungen“ noch in den „Arbeitshaltungen“ finden lassen. Dem Modell nach müssten diese Fälle der Gruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ zugeteilt werden.

In einem weiteren Fall (Fallnr. 89) wurde sogar überhaupt keine Schwäche in Form einer Kodierung mit dem Wert 3 festgestellt. Es handelt sich dabei um ein Kind im Vorschulalter, wodurch sich die Diagnose „Hochleistungspotenzial“ aufgrund der noch altersgemäß bestehenden Schwächen in den Arbeitshaltungen im Allgemeinen als schwieriger erweist. In diesem Fall erreicht das Kind zwar in einigen Bereichen, aber nicht durchgehend, weitüberdurchschnittliche Testleistungen, wodurch insgesamt kein generelles „Hochleistungspotenzial“ zugeschrieben wird. Der Gutachter formuliert im Maßnahmenvorschlag, dass darauf zu achten sei, das Kind entsprechend seiner hohen sprachlichen Begabungen schulisch nicht zu unterfordern. Es läge demnach teilweise, bzw. ein spezielles „Hochleistungspotenzial“ in diesem Bereich vor.

Aus ähnlichen Gründen konnte keine Übereinstimmung in einem weiteren Fall (Fallnr. 76) festgestellt werden. Es handelt sich um ein Kind im Alter von 10 Jahren, das sich kurz vor dem Wechsel von der Volksschule ins Gymnasium befindet. In diesem Fall weisen nur die Faktoren „Arbeitshaltungen“ und „schulische Förderung“ große Schwächen (Kodierungswert 3) auf. Zwar wird das Kind durch bestehende Konflikte mit Lehrern als belastet beschrieben, doch liegen ansonsten keine emotionalen Schwierigkeiten vor, weshalb eine Kodierung 2 im Faktor „emotionale Stabilität“ vergeben wurde. Neben der dadurch nur als mangelhaft angesehenen „schulischen Förderung“, wirken sich diese Konflikte auch auf die „Arbeitshaltungen“ des Kindes aus, die durch geringes Interesse, Motivation und Ausdauer bei ungeliebten Aufgaben gekennzeichnet sind. Aus diesen Gründen wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung insgesamt trotz über- bis weitüberdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten „kein Hochleistungspotenzial“ attestiert. Gerade wegen der vorhandenen kognitiven Begabungen müsste die Diagnose laut Modell jedoch „Hochleistungspotenzial nach

Intervention“ lauten. Da sich dieser Fall mit den anderen nicht deckt und auch nach der Modellanpassung an die Validierungsstichprobe keine Übereinstimmung erzielt werden kann, muss dieser wie auch der zuvor beschriebene Fall als Ausnahmen klassifiziert werden.

Ein weiterer Fall (Fallnr. 96), der keine Passung erhielt, folgt dem Entscheidungspfad bei Erfüllung der Bedingung der mit 3 kodierten „Arbeitshaltungen“. Es fehlt in diesem Fall jedoch eine weitere mit dem Wert 3 vermerkte Variable entweder in der „emotionalen Stabilität“ oder in den „Untertests“, um den Voraussetzungen für die Zuordnung zur Gruppe „kein Hochleistungspotenzial“ zu entsprechen. Das Modell würde stattdessen die Entscheidung „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ nahe legen. In der Begründung seiner Entscheidung bezog sich der Gutachter neben den Schwächen in den „Arbeitshaltungen“ auch auf das Vorhandensein einer Teilleistungsstörung („Körperwahrnehmungsstörung“). Dies lässt vermuten, dass eine solche zusätzliche Schwäche letztendlich von der Entscheidung „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ zu der Diagnose „kein Hochleistungspotenzial“ führte.

Zwei weitere Fälle aus dieser Gruppe (90 und 91) erzielten keine Passung, wobei sich dieselbe Anzahl von Defiziten in denselben Faktoren zeigte. Neben der mangelhaften „schulischen Förderung“, weisen sowohl die „Arbeitshaltungen“ als auch die „soziale Integration“ die Wertung 3 auf. Insgesamt würde dies laut Modellvorhersage zu der Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ führen. Für eine Übereinstimmung müsste entweder „emotionale Stabilität“ oder „Untertests“ mit 3 kodiert sein. Stattdessen stellt sich jedoch der defizitäre Faktor „soziale Integration“ für den Gutachter als entscheidend heraus. Die Berücksichtigung dieses Faktors im Modell scheint daher sinnvoll, falls dies nicht zu falschen Diagnosen in den übrigen Fällen führen sollte.

3.2.4. Entscheidungsmodell auf Basis der Gesamtstichprobe

Nach der Validierung mit der zweiten Hälfte der gesamten Stichprobe wurde das erarbeitete Entscheidungsmodell mit dem Ziel der Anpassung an diese Daten neu

ausformuliert. Im Folgenden werden die Resultate dieses Vorgangs als Modell 2 präsentiert. Jede Veränderung bzw. Hinzufügung zum Hypothesenkonstrukt wird dabei durch eine Fettmarkierung innerhalb des neuen Bedingungsgefüges hervorgehoben. Modell 2 wird zusätzlich in Abbildung 4 als Flussdiagramm grafisch veranschaulicht. Ferner sind in Tabelle 7 alle eruierten Vergleichsbedingungen für jede Diagnosegruppe einzeln nochmals angeführt.

Ein Fall wird der **Gruppe „Hochleistungspotenzial“** zugeteilt, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

1.: Sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ wurden mit mindestens dem Wert 2 bewertet. Insgesamt wurde maximal nur ein Faktor mit 3 kodiert. **Zusätzlich gilt, dass keine Teilleistungsstörung vorliegt.**

2.: Sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ wurden mit dem Wert 1 bewertet. Insgesamt wurden nur zwei Faktoren mit 3 kodiert. **Zusätzlich gilt, dass keine Teilleistungsstörung vorliegt.**

Ein Fall wird Gruppe **„Hochleistungspotenzial nach Intervention“** zugeteilt, wenn eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

1.: Sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ wurden mit mindestens 2 bewertet. Insgesamt wurde maximal nur ein Faktor mit 3 kodiert. **Zusätzlich liegt eine Teilleistungsstörung vor.**

2.: „Arbeitshaltungen“ und „emotionale Stabilität“ weisen zumindest den Wert 2 auf. Insgesamt sind nur zwei Faktoren mit dem Wert 3 vermerkt. Es darf die Bedingung nicht erfüllt sein, dass gleichzeitig sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ mit 1 bewertet wurden, und zusätzlich keine Teilleistungsstörung vorliegt.

3.: „Arbeitshaltungen“ weisen zumindest den Wert 2 auf. Insgesamt sind nur zwei Faktoren mit dem Wert 3 vermerkt. Es darf die Bedingung nicht erfüllt sein, dass gleichzeitig sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ mit 1 bewertet wurden, und zusätzlich keine Teilleistungsstörung vorliegt. **Zusätzlich gilt, dass der Faktor „Untertests“ mit 1 kodiert ist.**

4.: „Kognitive Gesamtleistungen“ wurden mit mindestens 2 kodiert. „Arbeitshaltungen“ tragen den Wert 1. Insgesamt tragen mehr als 2 Variablen den Wert 3. Es muss gelten, dass nicht sowohl „Untertests“ als auch „emotionale Stabilität“ mit 3 kodiert sind.

5.: „Kognitive Gesamtleistungen“, „emotionale Stabilität“ **und** „soziale Integration“ wie auch der Faktor „Untertests“ wurden mit mindestens 2 kodiert. „Arbeitshaltungen“ tragen den Wert 3. **Es gilt zudem, dass keine Teilleistungsstörung vorliegt.**

Ein Fall wird **Gruppe „kein Hochleistungspotenzial“** zugeteilt, wenn eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

1.: „Kognitive Gesamtleistungen“ wurden mit 3 kodiert.

2.: „Kognitive Gesamtleistungen“ wurden mit mindestens 2 kodiert. Sowohl „Arbeitshaltungen“ als auch „emotionale Stabilität“ **oder** „soziale Integration“ tragen den Wert 3.

3.: „Kognitive Gesamtleistungen“, „emotionale Stabilität“ **und** „soziale Integration“ wurden mit mindestens 2 kodiert. Sowohl „Arbeitshaltungen“ als auch „Untertests“ sind mit dem Wert 3 vermerkt.

4.: „Kognitive Gesamtleistungen“, „Untertests“, „emotionale Stabilität“ **und** „soziale Integration“ wurden mit mindestens 2 kodiert. „Arbeitshaltungen“ sind mit dem Wert 3 vermerkt. **Es gilt zudem, dass eine Teilleistungsstörung vorliegt.**

5.: Es gilt, dass mehr als zwei Faktoren mit 3 bewertet sind. „Kognitive Gesamtleistungen“ weisen zumindest den Wert 2 auf. „Arbeitshaltungen“ wurden mit 2 kodiert.

6.: „Kognitive Gesamtleistungen“ weisen mindestens den Wert 2 auf. „Arbeitshaltungen“ wurden mit 1 kodiert. Mehr als 2 Faktoren wurden mit 3 bewertet, darunter fallen sowohl „Untertests“ als auch „emotionale Stabilität“.

7.: „Arbeitshaltungen“ weisen zumindest den Wert 2 auf. Insgesamt sind nur zwei Faktoren mit dem Wert 3 vermerkt. Es darf die Bedingung nicht erfüllt sein, dass gleichzeitig sowohl „kognitive Gesamtleistungen“ als auch „Arbeitshaltungen“ mit 1 bewertet wurden und zusätzlich keine Teilleistungsstörung vorliegt. Es gilt zudem, dass „emotionale Stabilität“ maximal mit 2 bewertet wurde und die Variable „Untertests“ den Wert 3 trägt.

Die Ergebnisse der Modellkorrektur können als Ergänzungen zum Ursprungsmodell beschrieben werden. Insgesamt bleiben die Voraussetzungen für die einzelnen Entscheidungen auch nach der Modellanpassung überwiegend bestehen. Sie werden lediglich ausdifferenzierter dargestellt.

An einigen Stellen stellte sich infolge der Validierung heraus, dass für eine eindeutige Entscheidung bezüglich des Hochleistungspotenzials die Berücksichtigung weiterer Faktoren erforderlich ist. Zum einen wurden solche Faktoren in Modell 2 hinzugezogen, die im Ursprungsmodell an anderen Abzweigungen schon Erwägung fanden. Diese sind „emotionale Stabilität“, „kognitive Gesamtleistungen“ und „Untertests“. Zum anderen wurden zwei Variablen, „soziale Integration“ und „Teilleistungsstörung“ hinzugezogen, die in Modell 1 noch keine explizite Relevanz gefunden hatten.

Besonders viele Fälle der Validierungsstichprobe konnten wegen der einschränkenden Anzahl von Defiziten für die Diagnosen Hochleistungspotenzial und Hochleistungspotenzial nach Intervention nicht passend zugeordnet werden. Es zeigte sich dabei, dass für eine Übereinstimmung von Modell und Gutachten zusätzlich weitere Faktoren in der Entscheidungsfindung hinzugezogen werden müssen. Liegen genau zwei Defizite vor, sind für das Attest zum „Hochleistungspotenzial“ sowohl günstig ausgeprägte Arbeitshaltungen als auch hohe kognitive Fähigkeiten relevant. Werden diese Voraussetzungen jedoch nicht erfüllt, verbleibt dem Modell nach nur noch die Entscheidung zwischen den zwei übrigen Diagnosen. Um dann eine differenzierte Zuordnung treffen zu können, muss zunächst der Faktor „emotionale Stabilität“ hinzugezogen werden, der bei positiver Ausprägung die Zuteilung zur Gruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ erlaubt. Liegt aber keine „emotionale Stabilität“ vor, erfolgt die Diagnose daraufhin anhand des Faktors „Untertests“. Wurde auch diese Variable als Schwäche aufgefasst, wonach mehrheitlich nur unter- bis durchschnittliche „Untertestleistungen“ erreicht werden konnten, folgt die Entscheidung letztendlich zu „keinem Hochleistungspotenzial“.

Eine weitere Differenzierung des Modells wird bei Erfüllung der Bedingung von „maximal nur einem Defizit“ geleistet, indem „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ statt „Hochleistungspotenzial“ diagnostiziert werden muss, wenn zusätzlich eine Teilleistungsstörung vorliegt. Damit wird ersichtlich, dass trotz Stärken in den ansonsten wesentlichen Bereichen kognitiver Fähigkeiten, „Arbeitshaltungen“

und der emotionalen Lage, das Vorhandensein einer Teilleistungsstörung die Diagnose „Hochleistungspotenzial“ ausschließt. In diesen Fällen kann wegen der Notwendigkeit der Realisierung von Interventionsmaßnahmen bestenfalls die Diagnose „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ resultieren.

„Teilleistungsstörung“ muss auch bei einem weiteren Entscheidungspfad dem Modell beigelegt und in der Entscheidungsfindung geprüft werden. Dies ist dann der Fall, wenn „Arbeitshaltungen“ nicht günstig bewertet wurden (Kodierungswert 3). Für die Diagnose „kein Hochleistungspotenzial“ ist dann entscheidend, dass entweder zusätzlich „emotionale Instabilität“ oder keine „soziale Integration“ beobachtet wurde. Alternativ dazu müssen entweder mehrheitlich nur durchschnittliche Untertestleistungen oder eine Teilleistungsstörung vorliegen.

Es kristallisierte sich eine weitere Differenzierung des Modells heraus, die den Faktor „emotionale Stabilität“ beinhaltet. So muss diese Variable hinzugezogen werden, wenn mehr als 2 Schwächen vorhanden sind. Die Zuordnung zu „keinem Hochleistungspotenzial“ ist nun bei diesem Entscheidungspfad neben „Arbeitshaltungen“ und den „Untertests“ zusätzlich auch von der „emotionalen Stabilität“ abhängig. Für diese Diagnose müssen alle drei Faktoren als Schwächen kategorisiert worden sein.

Die zusammenfassenden Aussagen bezüglich der Ausgestaltung von Modell 1 können auch für Modell 2 übernommen werden: Für die Diagnosen zum „Hochleistungspotenzial“ und „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ ist neben günstiger „Arbeitshaltungen“ und „kognitiver Gesamtleistungen“ eine geringe Anzahl von Defiziten ausschlaggebend. Die Validierung lässt des Weiteren den Schluss zu, dass auch bei geringer Anzahl der Schwächen, kognitive und emotionale Variablen zusätzlich berücksichtigt werden müssen, um zu einer passenden Diagnose zu kommen. Für eine Entscheidung „kein Hochleistungspotenzial“ ist das Erreichen von nur unter- bis durchschnittlichen Gesamtleistungen in kognitiven Tests ausreichend. Alternativ dazu fällt dieselbe Diagnose, wenn zahlreiche Defizite beobachtet werden können, wobei sich den Entscheidungspfaden folgend mindestens zwei der drei Variablen „emotionale Stabilität“ (respektive „soziale Integration“), „Untertests“ und „Arbeitshaltungen“ als Schwächen herausstellen.

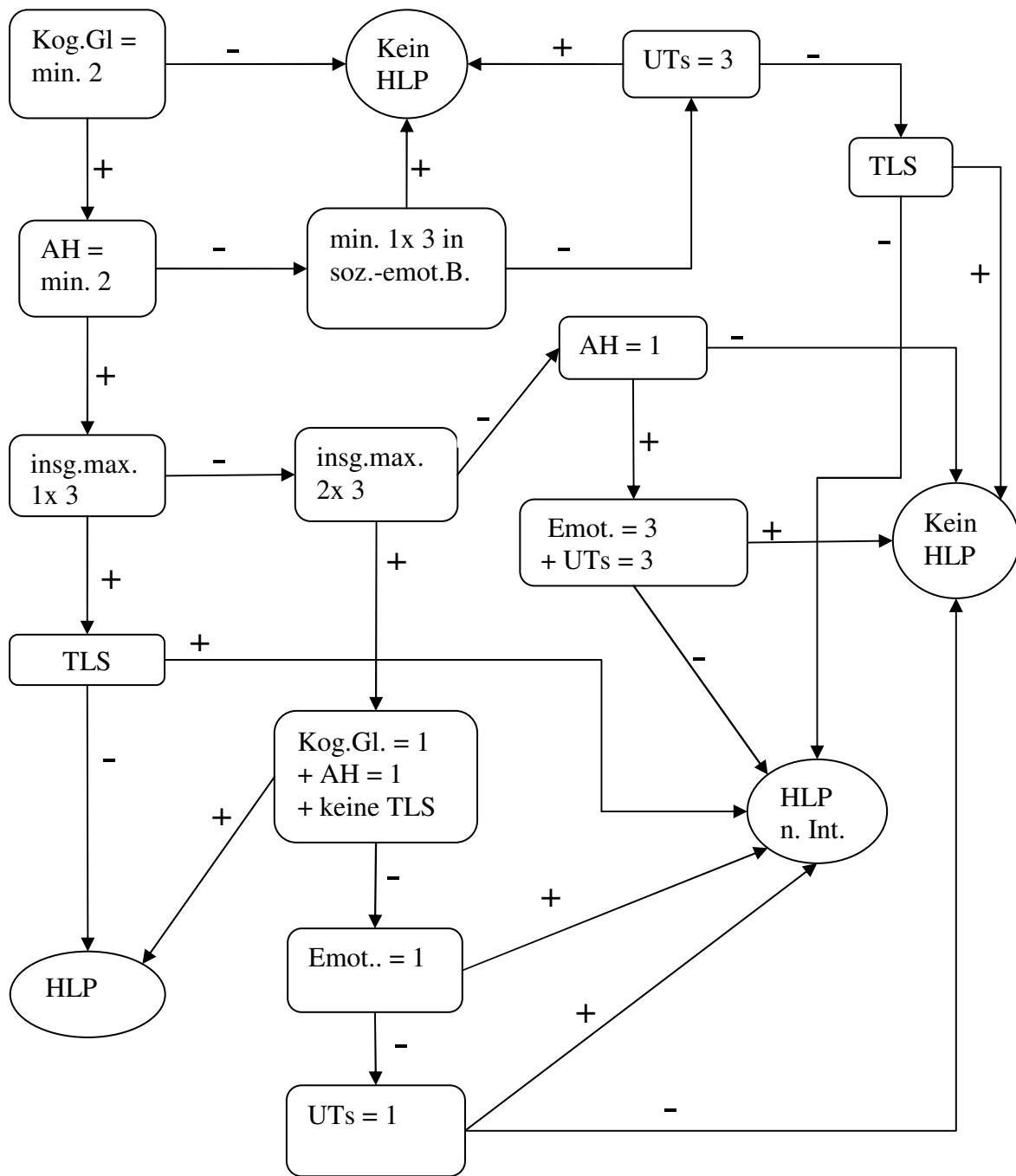


Abbildung 4: Entscheidungsmodell auf Basis der Gesamtstichprobe

**Tabelle 5: Darstellung der Entscheidungsregeln als Vergleichsbedingungen
für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen**

(Vor-) Bedingung	Kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	Emot.	Soz.	Vh.	Fam.	Sch.	Auß.	TLS
HLP											
max. 1x 3	1/2			1/2							keine
max. 2x 3	1			1							keine
HLP nach Intervention											
max. 1x 3	1/2			1/2							x
max. 2x 3	1/2			1/2	1						x
max. 2x 3	2			1/2	1						x/keine
max. 2x 3	1/2			2	1						x/keine
max. 2x 3	1/2	1		1/2	2/3						x
max. 2x 3	2	1		1/2	2/3						x/keine
max. 2x 3	1/2	1		2	2/3						x/keine
>2x 3	1/2	3		1	1/2						
>2x 3	1/2	1		1	3						
>2x 3	1/2	1		1	1						
	1/2	1		3	1/2	1/2					keine
Kein HLP											
	3										
	1/2			3	3						
	1/2			3		3					
	1/2	3		3	1/2	1/2					
	1/2	1		3	1/2	1/2					x
max. 2x 3	1/2	3		1/2	2/3						x
max. 2x 3	2	3		1/2	2/3						x/keine
max. 2x 3	1/2	3		2	2/3						x/keine
>2x 3	1/2			2							
>2x 3	½	3		1	3						

Nach der Modellanpassung an die Daten der Validierungsstichprobe bleiben insgesamt 5 der 97 Fälle als Ausnahmen bestehen. Somit kann in rund 5% aller Gutachten die jeweilige Entscheidung bezüglich des Hochleistungspotenzials nicht von Modell 2 vorausgesagt werden. Tabelle 6 gibt den Vergleich von Modell 1 und Modell 2 hinsichtlich der erzielten Trefferquote für jede Diagnosegruppe wieder. Zusätzlich werden in Tabelle 7 die Übereinstimmungen in der Arbeits- und der Validierungsstichprobe angeführt, die auf Basis von Modell 2 erreicht werden konnten. Inwieweit Modell 2 Generalisierbarkeit eingeräumt werden kann, wird in dieser Arbeit nicht geklärt. Dies müsste in weiteren Untersuchungen an neuen Daten überprüft werden. Vergleicht man die Übereinstimmungsquoten des Modells an der Gesamtstichprobe vor und nach der Korrektur, stellt man eine Steigerung in der Vorhersagbarkeit von etwa 13% fest. Dem entsprechen 13 Gutachten, die erst in Folge der Modellanpassung richtig zugeteilt werden konnten. Man erkennt daran zum einen, dass die Stichprobengröße von 44 Fällen (Arbeitsstichprobe) zu keinem erschöpfenden Ergebnis geführt hat und das Hinzuziehen weiterer Fälle zu einer Optimierung des Modells führte. Zum anderen kann Modell 2 mit der erreichten hohen Trefferquote als überzeugendes Instrumentarium zur Darstellung diagnostischer Entscheidungsfindung bezüglich des Hochleistungspotenzials eingeschätzt werden. Es spiegelt das diagnostische Vorgehen an der *Test- und Beratungsstelle* zu einem hohen Anteil wider. Dennoch muss das erarbeitete Modell als nur vorläufiges Ergebnis angesehen werden. Weitere Validierungsproben müssen folgen, um die Gültigkeit und Praktikabilität des Modells zu prüfen. Je nach Resultat dieser Vorgänge kann sich das Modell in seiner jetzigen Form als adäquates Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung erweisen oder es stellen sich weitere Anpassungen als notwendig heraus. Dies hängt davon ab, wie groß der Anteil jener Fälle ist, die entweder als Ausnahmen zu klassifizieren sind, oder der jeweils falschen Gruppe zugeteilt werden. Der erzielte Übereinstimmungsanteil ist demnach entscheidend, inwieweit das Modell in Zukunft angenommen oder überarbeitet werden muss.

Eine fehlerfreie Darstellung des Entscheidungsverhaltens anhand eines Modells wird nicht erreicht werden können, weil der Gutachter in seiner Einschätzung weitaus mehr Aspekte berücksichtigt als ein Modell durch dessen einschränkende Darstellungsform jemals abzubilden vermag. Das systematische Aufarbeiten der durchgeführten Fälle

kann jedoch schrittweise zu höheren Trefferquoten des Modells führen. Somit dient Modell 2 als vorläufiges Ergebnis für die explizite Darstellung des Diagnostizierens im Bereich der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* und kann darüber hinaus als Grundstein für die stetige Erarbeitung eines für den Gutachter adäquaten Entscheidungsmodells angesehen werden.

Tabelle 6: Vergleich von Modell 1 und Modell 2 in den Übereinstimmungsquoten an der Gesamtstichprobe

	Modell 1 / Gesamtstichprobe		Modell 2 / Gesamtstichprobe	
Gruppe	Passung	keine Passung	Passung	keine Passung
HLP	28/35 = 80%	7/35 = 20%	33/35 = 94,29%	2/35 = 5,71%
HLP n. Interv.	14/18 = 77,78%	4/18 = 22,22%	17/18 = 94,44%	1/18 = 5,56%
Kein HLP	37/44 = 84,09%	7/44 = 15,91%	42/44 = 95,45%	2/44 = 4,55%
Gesamt	79/97 = 81,44 %	18/97 = 18,56%	92/97 = 94,85%	5/97 = 5,15%

Tabelle 7: Vergleich der Übereinstimmungsquoten von Modell 2 an der Arbeitsstichprobe und der Validierungsstichprobe

	Modell 2 / Arbeitsstichprobe		Modell 2 / Validierungsstichprobe	
Gruppe	Passung	keine Passung	Passung	keine Passung
HLP	16/17 = 94,12%	1/17 = 5,88%	17/18 = 94,44%	1/18 = 5,56%
HLP n. Interv.	9/9 = 100%	0%	8/9 = 88,89%	1/9 = 11,11%
Kein HLP	22/22 = 100%	0%	20/22 = 90,90%	2/22 = 9,10%
Gesamt	47/48 = 97,92%	1/48 = 2,08%	45/49 = 91,84%	4/49 = 8,16%

4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, das Entscheidungsverhalten der begutachtenden Psychologen in der Hochbegabungsdiagnostik der *Test- und Beratungsstelle* in ein explizit formuliertes Entscheidungsmodell zu überführen. Dazu wurden insgesamt 97 Fallgutachten hinsichtlich der Zuordnung zu drei möglichen Diagnosegruppen analysiert und nach inhaltlichen Überlegungen anhand von 10 Faktoren ausgewertet. Im Sinne des HYPAG-Ansatzes (Wottowa, 1987) wurden Hypothesen über die implizit angewandten Entscheidungsregeln formuliert und im Fallvergleich geprüft. Die Modellgenerierung erfolgte an der ersten Stichprobenhälfte und brachte im Zuge der Validierung eine Vorhersagekraft von etwa 65% an dem übrigen Datensatz mit sich. Mit dem Ziel einer höheren Übereinstimmungsrate wurde das Entscheidungsmodell an die Daten der Gesamtstichprobe angepasst, woraufhin die Trefferquote auf rund 95% erhöht werden konnte.

In Bezug auf die Vorgangsweise in der Fallanalyse muss kritisch angemerkt werden, dass der Vorgang nicht gänzlich der von Wottowa (1987) beschriebenen Umsetzung bei HYPAG/Structure entsprach. So wurden die Hypothesen nicht über den Dialog mit einem Diagnostiker, sondern direkt aus den Fallgutachten gewonnen. Als Richtschnur und Leitlinie zur Formulierung der Hypothesen wurde das „*Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial*“ herangezogen, auf dem sich die Hochbegabungsdiagnostik der *Test- und Beratungsstelle* stützt. Da sich, wie Wottowa, Krumpholz und Mooshage (1982) erklären, Diagnostiker oft an Lehrbuchwissen bei der Begründung ihrer Entscheidungen halten, wurde angenommen, dass das unmittelbare Ableiten von Hypothesen aus einem, dem Diagnostiker gebräuchlichen Diagnosemodell, zu einem ähnlichen Ergebnis beitragen würde, wie es über ein direktes Abfragen von Entscheidungsbegründungen erzielt worden wäre.

Hinsichtlich der erzielten Ergebnisse muss bedacht werden, dass die Qualität des erstellten Modells gewissermaßen von der Qualität der dabei herangezogenen Gutachten

abhängt. Wie stark, und ob überhaupt, vorhandene Fehler in den Gutachten die Fallanalyse beeinträchtigt haben, lässt sich aber kaum feststellen. Wie in Kapitel 2.2.2.3. allgemein dargelegt wurde, sind prinzipiell mehrere Fehlerquellen denkbar. Es ist schon dadurch eine gewisse Unschärfe der Ergebnisse wahrscheinlich, weil mehrere Psychologen die für diese Arbeit herangezogenen Gutachten verfasst haben. Dadurch wurde bei der Aufarbeitung der Fälle nicht nur ein unterschiedlicher Stil in der Formulierung der Entscheidungen, sondern auch ein gewisser Grad an Subjektivität in der Berücksichtigung der als relevant erachteten Faktoren vorgefunden. Als Fehlerquelle wäre dies jedoch erst dann zu werten, wenn dadurch wichtige, für die Urteilsfindung unentbehrliche Informationen, verloren gegangen wären.

Es wurden nur jene Faktoren für das Hypothesenmodell berücksichtigt, an denen der Diagnostiker sein Urteil festgemacht hatte. Dabei wurden in keinem Gutachten alle Faktoren, die im Wiener Diagnosemodell angeführt werden, explizit erwähnt. Bei der Datenauswertung wurde angenommen, dass falls keine Notiz zu einer Eigenschaft gefunden werden kann, diese vom Gutachter als unauffällig eingestuft wurde und sie somit auch keinen (negierenden) Beitrag zur Entscheidung über das Hochleistungspotenzial geleistet hat.

Im Zuge der Fallanalyse ergab sich oftmals die Schwierigkeit der Zuordnung der im Gutachten vorgefundenen Umschreibungen zu den Faktoren des Wiener Diagnosemodells. Es stellte sich auch als problematisch dar, einzelne Merkmalsausprägungen unterschiedlicher Gutachten miteinander zu vergleichen. So konnten einzelne Faktoren mitunter anders formuliert erscheinen bzw. mit anderen Worten umschrieben sein. Inwieweit derselbe Faktor, eine ähnliche Eigenschaft oder vielleicht sogar eine andere Dimension damit von den Diagnostikern intendiert war, lässt sich im Nachhinein nicht mehr zweifelsfrei feststellen. Es wurde entschieden, die Informationen aus den Gutachten, wo sie nicht in der Begrifflichkeit des Wiener Modells sondern in umschriebener Weise in Erscheinung treten, dennoch zu verwerten, indem auf inhaltliche Übereinstimmung geachtet wurde. Falls dies nicht eindeutig zu bestimmen war, wurde auf eine Festlegung der Ausprägung der jeweiligen Faktoren verzichtet.

Des Weiteren stellte es sich als schwierig dar, den Einfluss einzelner Faktoren für die diagnostische Entscheidungsfindung zu bewerten. So wurde zum Beispiel die Variable „*Arbeitshaltungen*“ anhand mehrerer Eigenschaften eingeschätzt, die in vielen Fällen teilweise für eine positive teilweise aber auch für eine mangelhafte Arbeitshaltung sprachen. Wie dieser Faktor insgesamt zu der Entscheidung über das Hochleistungspotenzial beiträgt, blieb in dem Sinne offen, als im Gutachten oft keine klare Aussage darüber fällt, ob die Arbeitshaltungen zusammengefasst zufrieden stellend seien oder nicht. In der Datenaufarbeitung wurde dies schließlich damit gelöst, dass eine Kodierung der Variablen von 1 bis 3 gewählt wurde, wobei der Wert 2 bei gleichzeitigem Vorhandensein von Stärken und Schwächen vergeben wurde.

Ein Problem, das sich immer wieder in der Datenauswertung zeigte, betrifft die Feststellung der Eindeutigkeit diagnostischer Entscheidungen. So konnten die Diagnosen „Hochleistungspotenzial“, „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ oder „kein Hochleistungspotenzial“ nicht immer den Gutachten zweifelsfrei entnommen werden. Stattdessen musste auf Umschreibungen wie „sehr gute Begabung“ bzw. „gute Begabung“ und dergleichen zurückgegriffen werden. Häufig wurde von einem „hohen“ oder „sehr hohen Begabungsniveau“ gesprochen. Inwieweit damit Hochleistungspotenzial inkludiert ist, ist nicht eindeutig. In solchen Fällen wurde erst nach intensiverer Fallwidmung eine Zuordnung zu einer der drei Diagnosegruppen vorgenommen.

Streng gefasst, weisen all jene Getesteten kein Hochleistungspotenzial auf, bei denen Defizite in den einzelnen Bereichen des Wiener Diagnosemodells vorgefunden werden. Doch können unter Umständen diese Schwächen per Definition durch entsprechende Förderung ausgeglichen werden und sich daraufhin Hochleistungspotenzial in hohen Leistungen niederschlagen (Holocher-Ertl, 2008). Oftmals bleibt die Frage in den Gutachten jedoch offen, ob der Diagnostiker diese positive Entwicklung erwartet, „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ also zugesprochen werden kann, oder insgesamt auch nach Durchführung der empfohlenen Trainingsmaßnahmen „kein Hochleistungspotenzial“ wahrscheinlich ist. Förderung wird in jedem Fall angeraten,

unabhängig davon, welche Diagnose gestellt wird.

Die praxisnahe Ausrichtung der Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* ermöglicht, eine komplexe Begutachtung eines Kindes und eine individuell auf das Kind abgestimmte Beantwortung der Fragestellung nach seinem Potenzial zu erzielen. Doch macht dieser Ansatz es schwierig, die Fälle miteinander zu vergleichen und danach zu beurteilen, welche Faktoren zu welchen Empfehlungen und welcher Diagnose geführt haben. Die Ausgestaltung der Gutachten ist, verständlicherweise, vielmehr auf die Praxis als zum Zwecke der Datenverwertung ausgerichtet. Ein Gutachten dient demzufolge in erster Linie als Basis für die individuelle Förderung eines Kindes. Darin spiegelt sich vor allem eine umfassende Beschreibung des jeweils getesteten Kindes wider, in der die gewonnenen Informationen nicht jede für sich interpretiert werden, sondern sie nur miteinander verknüpft Schlussfolgerungen zulassen, die letztendlich in dieser komplexen Form zu einer diagnostischen Entscheidung führen.

Dies verdeutlicht, dass die Hochbegabungsdiagnostik an der *Test- und Beratungsstelle* nicht primär darauf ausgerichtet ist, Hochbegabte von „nur“ durchschnittlich begabten Kindern mittels einer solchen Diagnose zu unterscheiden (Holoher-Ertl, Kubinger & Hohensinn, 2008). Vielmehr wird die bestmögliche Förderung jedes Kindes in den Vordergrund gestellt, damit es sich entsprechend seiner Begabungen optimal entwickeln kann. Die Frage hochbegabt oder nicht tritt hinter diesem Anliegen zurück.

Das Anliegen dieser Diplomarbeit war, in der individuellen und komplexen Betrachtungsweise von Fallgutachten, wie sie an der *Test- und Beratungsstelle* üblich ist, eine durchgehende Leitlinie zu finden, die die Hochbegabungsdiagnostik einsichtiger und nachvollziehbarer gestaltet lässt.

Als Ergebnis der Untersuchung entstand ein Hypothesenmodell, das, im Gegensatz zum Wiener Diagnosemodell, nicht die Theorie hinter der Diagnostik widerspiegelt, sondern von der Praxis ausgehend aufzeigt, welche impliziten diagnostischen Leitlinien der Entscheidungsfindung sich im alltäglichen Vorgehen der Gutachter verankert haben. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass das in dieser Arbeit generierte Modell vom Wiener Diagnosemodell abweicht und dies vor allem dadurch, dass nicht alle Faktoren in jedem

Entscheidungspfad aufscheinen. Diese Abweichungen hängen meist mit den gruppenspezifischen Schwerpunktsetzungen in der Entscheidungsfindung zusammen. Das bedeutet, dass im Zuge des Entscheidungsverhaltens und in Abhängigkeit von der Diagnose unterschiedliche Gewichtungen bei der Betrachtung aller erfassten Faktoren vorgenommen werden.

So kann beispielsweise auf Grundlage des eruierten Modells die Diagnose „Hochleistungspotenzial“ bereits nach Feststellen von nur durchschnittlicher „kognitiver Gesamtleistungen“ ausgeschlossen und darüber hinaus auf die Berücksichtigung anderer Faktoren verzichtet werden. In diesem explizit gemachten Entscheidungsverhalten der Psychologen spiegelt sich zum Einen die auf Studien basierende Annahme wider, wonach ein zumindest überdurchschnittliches kognitives Niveau für Hochleistung notwendig ist und als bester Prädiktor dafür verstanden werden kann (vgl. z.B. Furnham & Chamorro-Premuzic, 2004; Rohde & Thompson, 2007). Zum anderen stimmt dieselbe Regel der Urteilsfindung mit jenen Studienergebnissen (z.B. Subotnik, Kassin, Summers & Wasser, 1993) überein, aus denen schlussgefolgert wird, dass für den Attest zum „Hochleistungspotenzial“ nicht durchgehend weitüberdurchschnittliche kognitive Leistungen erforderlich sind, sondern unter Umständen auch gut durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Leistungen dafür ausreichend sein können.

In Bezug auf den kognitiven Bereich des Wiener Modells ist daher festzustellen, dass die an der *Test- und Beratungsstelle* tätigen Psychologen weitüberdurchschnittliches kognitives Potenzial zwar nicht als hinreichende Bedingung für Hochleistungspotenzial ansehen, umgekehrt das Fehlen von zumindest überdurchschnittlicher kognitiver Gesamtleistungen jedoch nicht durch Stärken in anderen Bereichen kompensiert werden kann, um Hochleistungspotenzial noch attestieren zu können.

Dem Entscheidungsmodell kann weiters entnommen werden, dass sich neben kognitiven Merkmalen vor allem Persönlichkeitsvariablen für die diagnostische Urteilsfindung als hilfreich erweisen. Dies entspricht mehreren empirischen Studienergebnissen, die die Relevanz von Persönlichkeitsvariablen bei der Vorhersage von Hochbegabung bzw. Hochleistung belegen (vgl. Studien Heller, 2000; Subotnik &

Arnold, 1994; Holocher-Ertl et al., eingereicht).

Bei der Aufbereitung der Fallgutachten wurde anfangs der Versuch unternommen, jeden Faktor des leistungsbezogenen Persönlichkeitsbereiches einzeln in die Analyse aufzunehmen. Letztendlich wurde dieses Vorhaben jedoch einerseits wegen teilweise fehlender Daten und andererseits aufgrund des damit einhergehenden unökonomischen Vorgehens bei der Datenanalyse mittels HYPAG eingestellt. Stattdessen wurde eine allgemeine Einschätzung des Persönlichkeitsbereiches in Form der „*Arbeitshaltungen*“ aus den Urteilsbegründungen in den Gutachten abgeleitet, die sich für die Fallanalyse als zweckmäßig erwies. Auf Basis des generierten Modells kann daher keine Aussage darüber getroffen werden, ob die einzelnen, in empirischen Studien (Holocher-Ertl, Schubhart, Kubinger & Wilfinger, eingereicht; Kurzmann, 2010) identifizierten Prädiktoren für Hochleistung aus dem Persönlichkeitsbereich auch im Entscheidungsverhalten der Gutachter stärker gewichtet werden. Dennoch lässt sich auf ein theoriegeleitetes Vorgehen in Übereinstimmung mit den zitierten Studien schließen, und dies insofern als die Psychologen der *Test- und Beratungsstelle* neben dem kognitiven Niveau vor allem den Persönlichkeitsfaktoren (zusammengefasst als Merkmale der Arbeitshaltung) einen höheren Stellenwert als anderen Merkmalen des Wiener Modells in der Urteilsfindung einräumen.

Im Unterschied zu einigen Validitätsstudien des Wiener Modells (z.B. Kurzmann, 2010) wirken sich auch die Bedingungen des Anregungsmilieus entscheidend auf die diagnostische Zuordnung aus. Dabei werden die sozio-emotionalen Merkmale dieses Bereiches als einzige Faktoren explizit im Regelkonstrukt erwähnt. Ansonsten spielen nicht einzelne Faktoren des Anregungsmilieus, sondern deren Einwirkung bei jenen Entscheidungsregeln eine Rolle, die in Zusammenhang mit der maximalen Anzahl von Schwächen stehen. Daraus ist zu schließen, dass Merkmalsausprägungen im Bereich des Anregungsmilieus vor allem dann einen Einfluss auf die diagnostische Zuteilung ausüben, wenn sie als Defizite in Erscheinung treten und zusammen mit anderen Schwächen den Attest zum „Hochleistungspotenzial“ bzw. „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ verhindern.

Dem Regelkonstrukt folgend, genügt es beispielsweise, sich an der maximalen Anzahl der Defizite zu orientieren, wenn dabei nur eine Schwäche und zusätzlich keine Teilleistungsstörung vorliegt, um „Hochleistungspotenzial“ zuzusprechen. Zwar fließen für diese Entscheidung Informationen aus allen Bereichen und Faktoren ein, weil sich insgesamt nur eine Variable als Schwäche erweist und die restlichen als mehr (Kodierungswert 1) oder weniger (Kodierungswert 2) günstig ausgeprägt interpretiert werden können. Doch ist es für die Entscheidung zum „Hochleistungspotenzial“ nur relevant, dass sich diese Schwäche weder im Faktor „*kognitive Gesamtleistungen*“ noch „*Arbeitshaltungen*“ niedergeschlagen hat. Darüber hinaus ist es für die Diagnose irrelevant zu wissen, welcher der übrigen Faktoren als Defizit fungiert.

An dieser Stelle sollte ergänzt werden, dass obwohl nicht alle 10 Faktoren in der Modelldarstellung explizite Erwähnung finden, sie wegen der modellbedingten Relevanz der „Anzahl von vorliegenden Schwächen“, für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen mitberücksichtigt werden müssen. Würde man dem Regelkonstrukt diese „unerwähnten“ Variablen („*Homogenität des Testprofils*“, „*Verhaltensauffälligkeit*“, „*familiäre Förderung*“, „*schulische Förderung*“ und „*außerschulische Förderung*“) gänzlich entziehen, würde gleichzeitig auch die durch die Anzahl der Faktoren definierten Bedingungen keine geprüfte Größe mehr darstellen und ungültige Zuteilungen nach sich ziehen.

Zusammenfassend kann das eruierte Entscheidungsmodell als Ergänzung zu den empirisch gewonnenen Ergebnissen aus Validitätsstudien zum Wiener Diagnosemodell betrachtet werden. Es bestätigt sich sowohl die besondere Relevanz der kognitiven Fähigkeiten als auch des Persönlichkeitsbereiches für die diagnostische Urteilsfindung. Andererseits werden auch solche Faktoren im Modell (z.B. Merkmale des Anregungsmilieus) mitberücksichtigt, die bisher keine signifikante Vorhersagekraft in empirischen Untersuchungen zeigten. Daran wird ersichtlich, dass die an der *Test- und Beratungsstelle* tätigen Psychologen nicht auf Grundlage eines oder weniger Prädiktoren zwischen den Diagnosegruppen unterscheiden, sondern vielmehr alle Faktoren in der Gesamtheit dazu beitragen, differenzierte Entscheidungen zu treffen. Gleichzeitig lässt sich anhand der einzelnen Entscheidungswege schlussfolgern, dass im Vergleich zum Wiener Modell je nach Diagnose nicht alle Faktoren mit derselben

Gewichtung zur Entscheidung herangezogen werden und dabei jeweils nur Teile der in der Theorie einzeln zu wertenden bereichsspezifischen Aspekte tatsächlich explizit zur Urteilsfindung beitragen.

In der Gesamtbewertung der durchgeführten Untersuchung wird der Vorgang der Modellanpassung an die Daten der Validierungsstichprobe als ausschlaggebende und notwendige Maßnahme erachtet. Schlussendlich sollte das Modell dazu dienen, das Entscheidungsverhalten in der Praxis so gut wie möglich abzubilden. Dieses zweite Regelkonstrukt muss aber aufgrund der fehlenden erneuten Überprüfung kritisch betrachtet werden. Zwar können auf dessen Basis 92 von 97 Fällen der entsprechenden Diagnosegruppe zugeteilt werden, die dabei angewandten Entscheidungsregeln wurden jedoch anhand derselben Fälle gewonnen, die hier für die hohe Übereinstimmungsquote sorgen. Dadurch kann das Modell keinen Anspruch auf Generalisierung über diese Fälle hinaus erheben. Es muss erst an neuen Daten geprüft werden, um dies zu erreichen (Wottowa, 1987). Im Zuge weiterer Validierungen sollte darauf hingearbeitet werden, Modellanpassungen vorzunehmen, bis schließlich ein Regelwerk entsteht, das dem diagnostischen Vorgehen entspricht und nur wenige Ausnahmen im Sinne fehlender Passung mit sich bringt (Wottowa & Echterhoff, 1982).

Es muss hinzugefügt werden, dass jedes auf diesem Wege erstellte Modell nie als einzig mögliche Lösung verstanden werden kann (vgl. Wottowa, 1987). Da sowohl die Faktorenauswahl, die Kategorisierungen der Variablen als auch die Generierung der Hypothesen nicht nach vorgegebenen Regeln erfolgt, ist auch das Ergebnis in Form des Modells als „relatives Zufallsprodukt“ zu deuten. Neben diesem sind viele Modellvarianten denkbar, die möglicherweise ähnlich hohe Übereinstimmungsquoten erzielen könnten. Ob ein Modell als gültig angesehen und vom Diagnostiker selbst akzeptiert wird, hängt entscheidend von der Praktikabilität und Validität des Konstrukts ab (Wottowa, Krumpholz & Mooshage, 1982). Deswegen muss die Validierung im Zusammenhang mit der Modellerstellung mit besonderer Relevanz durchgeführt werden.

Das in der vorliegenden Studie herausgearbeitete Modell ist daher mit Einschränkungen als gültig anzusehen. Eine weitere Validierungsstichprobe ist unentbehrlich, um es im Zuge der Überprüfung als Ergebnis auf- oder abwerten zu können. Dies kann als dieser Studie aufbauender und notwendiger Analyseprozess verstanden werden. Jenen Fällen, die bisher dem Entscheidungsmodell nicht entsprechen, sollte dabei besondere Beachtung geschenkt werden. Möglicherweise könnten diese Ausnahmefälle durch entsprechende Vergleichsfälle genauer analysiert und gegebenenfalls in das Modell integriert werden.

Der Vorgang zur optimalen Modellgenerierung kann als praxisbegleitender Prozess in der diagnostischen Arbeit angesehen werden (Wottowa, Krumpholz & Mooshabe, 1982). Mit jedem neuen Fall sollte das Modell überprüft werden und je nach Resultat und Einschätzung des Gutachters zu einer Modelländerung führen.

„Erst eine längere Zeit wiederholter Rückmeldung der Diskrepanzen zwischen den geäußerten Begründungen und dem tatsächlichen Diagnoseverhalten ermöglicht die explizite Darstellung der zunächst „intuitiven“ Entscheidungsregeln und damit auch ihre rationale Evaluation.“
(Wottowa & Echterhoff, 1982, S. 309)

Dabei sollte kritisch bedacht werden, dass dieser weitreichende Prozess mit jedem Fall nicht nur eine höhere Modellvalidität gestattet, sondern sich durch die ansteigende Anzahl der Vergleichsfälle als immer zeitaufwendiger und umfangreicher erweist. Jeder Modellkorrektur muss jedoch zwingend eine Überprüfung der veränderten Regeln anhand aller bisher analysierten Fälle vorausgehen. Dies führt unter Umständen dazu, dass der Vorgang als zu zeitraubend angesehen wird, um den Gewinn eines möglicherweise nur etwas valideren Modells zu rechtfertigen.

Als Ausweg aus diesem Problem unzureichender Ökonomie könnte eventuell ein Computerverfahren (Wottowa, 1984) dienen, das den Analyse- und Vergleichsprozess beschleunigen könnte und damit zu einer erheblichen Entlastung beitragen würde.

Es sei angemerkt, dass selbst ein qualitativ gutes Entscheidungsmodell den Diagnostiker

nicht ersetzt werden können. Ein Modell gibt immer nur das „typische“ Entscheidungsmuster wieder und lässt sich damit nicht auf alle Fälle übertragen (Wottowa, & Krumholz & Mooshage, 1982). Dies wird besonders durch den Umstand der in der Praxis immer wieder vorliegenden Sonderfälle bewahrheitet. In diesen Fällen muss der Psychologe nicht nur sein Fachwissen, sondern auch seine ganze Erfahrung einsetzen, um eine diagnostische Entscheidung zu treffen. Im Gegensatz dazu erstellt ein Modell Diagnosen stereotypenhaft und verfehlt somit adäquate Entscheidungen, wenn diese eine differenziertere Betrachtung verlangen und nicht nach üblichem Schema ablaufen sollen. „Man sollte daher die „Automatisierung“ nie so weit treiben, daß sich der Psychologe blind auf sein einmal erstelltes System verläßt, (...)“ (ebd., S. 193).

Bei der Erarbeitung psychologisch-diagnostischer Gutachten sollte an der *Test- und Beratungsstelle* in Zukunft darauf geachtet werden, eindeutigere und einheitliche Formulierungen bezüglich der Diagnosen zu wählen. Damit würde sich der Vorgang der Datenverwertung einfacher darstellen und zudem eventuelle Fehldeutungen der Informationen unterbinden lassen. Des Weiteren ließe sich möglicherweise in weiteren Untersuchungen durch Optimierung der Rahmenbedingungen bei der Umsetzung von HYPAG eine Spezifizierung des generierten Entscheidungsmodells in Richtung der gefundenen Ergebnisse von Holocher-Ertl, Schubhart, Kubinger und Wilfinger (eingereicht) sowie Kurzmann (2010) erzielen.

5. Zusammenfassung

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Einsicht der Notwendigkeit, das Entscheidungsverhalten diagnostischer Praxis an der *Test- und Beratungsstelle* des Arbeitsbereichs Psychologische Diagnostik (Fakultät für Psychologie, Universität Wien) explizit darzustellen. Dabei konzentrierte sich die Fragestellung auf das implizit angewandte Regelwerk der dort tätigen Psychologen hinsichtlich der Begabungsabklärung von Kindern und Jugendlichen.

Zur Generierung eines Entscheidungsmodells wurde eine Stichprobe von 97 Fallgutachten herangezogen, die an Klienten der *Test- und Beratungsstelle* gewonnen wurden. Die Fälle wurden entsprechend ihrer Diagnosen differenziert und einer von drei Gruppen, „Hochleistungspotenzial“, „Hochleistungspotenzial nach Intervention“ und „kein Hochleistungspotenzial“, zugeordnet.

Als Ergebnis der Fallanalyse sollte ein Modell generiert werden, das die Stichprobe erschöpfend zu erklären und zwischen den Diagnosegruppen adäquat zu unterscheiden vermag.

Dazu wurden die Fallgutachten zunächst nach den zugewiesenen Fallnummern, die der alphabetischen Namensreihenfolge der Getesteten entsprachen, auf eine Arbeits- und Validierungsstichprobe aufgeteilt. Während sich die Modellgenerierung zunächst auf die Arbeitsstichprobe, die erste Hälfte aller Fälle, beschränkte, wurde die zweite Hälfte zur anschließenden Überprüfung der Gültigkeit des Modells verwendet.

Nach inhaltlicher Aufarbeitung der Fallgutachten und mit Bezug auf das *Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial* wurden 10 Faktoren für die Datenauswertung als relevant festgelegt. Es wurde daraufhin überprüft, ob sich ein Fall mit allen anderen Fällen der Stichprobe hinsichtlich seiner Merkmalskonfiguration und Diagnose in Übereinstimmung bringen lässt oder Abweichungen vorliegen. Auf diesem Wege wurden gemäß dem HYPAG-Ansatz (Wottowa, 1987) fallweise und aufeinander aufbauend Hypothesen über die zugrundeliegenden Entscheidungsregeln herausgearbeitet. Es resultierte ein Modell, dem fast 98% der Fälle der

Arbeitsstichprobe entsprachen, das aber nur 65% der Diagnosen in den Fällen der Validierungstichprobe richtig voraussagen konnte.

Das Ergebnis der Modellprüfung veranlasste die Durchführung einer Modellkorrektur, in deren Folge die Entscheidungsregeln an die Daten der Validierungstichprobe angepasst wurden. Nach diesem Vorgang konnte eine überzeugend hohe Übereinstimmungsquote von rund 95% in den Diagnosen aus den Gutachten einerseits und den Modellableitungen andererseits erzielt werden.

Dieses Resultat wurde für den Rahmen dieser Arbeit als zufriedenstellend bewertet. Es stellte sich als möglich heraus, durch genaue Fallaufarbeitung und systematische Hypothesentestung ein Modell zu erarbeiten, das das implizit angewandte Entscheidungsverhalten beim Diagnostizieren des Hochleistungspotenzials abzubilden vermag. Dennoch muss dieses Modell aufgrund seiner ausstehenden Überprüfung nur als vorläufiges Ergebnis angesehen werden. Es kann und sollte als Ansatzpunkt für weitere Validierungsprozesse dienen, um eine schrittweise Optimierung der Formalisierung des Entscheidungsverhaltens zu erreichen und damit auf lange Sicht zur Vereinfachung und Transparenz der diagnostischen Praxis beizutragen.

Literaturverzeichnis

Amelang, M & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (3., korrigierte, aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Amthauer, R., Brocke, B., Liepmann, D. & Beauducel, A. (2001). *Intelligenz-Strukturtest 2000 R (I-S-T 2000 R)*. Göttingen: Hogrefe.

Aster, von M. (2001). *ZAREKI, Neurobiologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern. Manual*. Frankfurt: Swets.

Bergmann, C. & Eder, F. (2005). *Allgemeiner Interessen-Struktur-Test/Umwelt-Struktur Test – Revision (AIST-R/UST-R)*. Göttingen: Beltz.

Berufsverband Deutscher Psychologen (1988). *Richtlinien für die Erstellung Psychologischer Gutachten*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Bradley, R.H. & Caldwell, B.M. (1995). Caregiving and the Regulation of Child Growth and Development: Describing Proximal Aspects of Caregiving Systems. *Developmental Review*. 15, 38-85.

Brähler, E. (1992). *Der Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ). Handbuch*. Huber: Bern.

Brickenkamp, R. (2002). *Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Deegener, G. (1984). *Anamnestischer Elternfragebogen*. Weinheim: Beltz.

- Deegener, G., Alt, M., Engel-Schmitt, E., Janthur, B. & Lambert, S. (1988). *Hamster-Test. Illustrierter Fragebogen zur Untersuchung der emotionalen Stabilität von Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Diepgen, R. (1981). *Pfadanalyse und computergestützte Hypothesenagglutination, Diskussion zweier Verfahren zur Modellentwicklung und –überprüfung am Beispiel einer Studie über Therapiemotivation*. Bochum.
- DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (2002). *Anforderungen an Verfahren und deren Einsatz bei berufsbezogenen Eignungsbeurteilungen: DIN 33430*. Berlin: Beuth.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. (2., korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Eichhorn, T. (2011). *Systematische psychologisch-diagnostische Gesprächsführung und Verhaltensbeobachtung zur Erfassung leistungsrelevanter Arbeitshaltungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Fisseni, H.J. (1982). *Persönlichkeitsbeurteilung. Zur Theorie und Praxis des Psychologischen Gutachtens*. Göttingen: Hogrefe.
- Furnham, D. & Chamorro-Premuzic, T. (2004). Personality and intelligence as predictors of statistics examination grades. *Personality and Individual Differences*, 37, 943-955.
- Goldberg, L.R. (1971). Five models of clinical judgment: an empirical comparison between linear and nonlinear representation of the human inference process. *Organisational Behavior and Human Performance*, 6, 458-479.

- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Heller, K.A. (2000). *Begabungsdagnostik in der Schul- und Erziehungsberatung*. Bern: Hans Huber.
- Holocher-Ertl, S. (2008). *Hochbegabungsdagnostik nach dem Wiener Modell zum Hochleistungspotenzial*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Holocher-Ertl, S., Kubinger, K.D. & Hohensinn, C. (2006). Zur Definition von Hochbegabung ist die Höhe des IQ zwar Konvention aber völlig ungeeignet: Ein neues Diagnosemodell im Spannungsfeld von Hochbegabung und Hochleistung. In B. Gula, R. Alexandrowicz, S. Strauß, E. Brunner, B. Jenull-Schiefer & O. Vitouch (eds.), *Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich. Proceedings zur 7. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie* (S. 444-451). Lengerich: Pabst.
- Holocher-Ertl, S., Kubinger, K.D. & Hohensinn, C. (2008a). Hochbegabungsdagnostik: HAWIK-IV oder AID 2. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 99-106.
- Holocher-Ertl, S., Kubinger, K.D. & Hohensinn, C. (2008b). Identifying children who may be cognitively gifted: the gap between practical demands and scientific supply. *Psychology Science Quarterly*. 50 (2), 97-111.
- Holocher-Ertl, S. & Kubinger, K.D. (2009). Förderungsorientierte Hochbegabungsdagnostik: Das Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial. *Report Psychologie*, 3/2009, 116-129.
- Holocher-Ertl, S., Schubhart, S., Kubinger, K.D. & Wilfinger, G. (eingereicht).

Intellectual and non-intellectual determinants of high academic achievement – the contribution of personality traits to the assessment of high performance potential. *Personality and Individual Differences*.

Jäger, R.S. & Petermann, F. (1995). *Psychologische Diagnostik* (3., korrigierte Auflage). Weinheim: Beltz.

Kastner-Koller, U. & Deimann, P. (2002). *Der Wiener Entwicklungstest (WET)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Keller, G. & Thiel, R.-D. (1998). *Lern- und Arbeitsverhaltens-Inventar (LAVI)*. Göttingen: Hogrefe.

Kersting, M., Althoff, K. & Jäger, A.O. (2008). *Wilde-Intelligenz-Test 2 (WIT-2)*. Göttingen: Hogrefe.

Kubinger, K.D. (2003). Systemisch Orientiertes Erhebungsinventar zum Sachverhalt eines symptombeladenen Kindes/Jugendlichen - Gesprächsleitfaden für den Routineeinsatz psychologischer Untersuchungen. *Familiendynamik*, 28, 252-260.

Kubinger, K.D. (2009a). *Adaptives Intelligenz Diagnostikum – Version 2.2 (AID 2) samt AID 2-Türkisch*. Göttingen: Beltz.

Kubinger, K.D. (2009b). *Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Kubinger, K.D., Holocher-Ertl, S. & Frebort, M. (2006). Leistungsprobleme von Kindern und Jugendlichen: Indikation Familientherapie laut Systemisch Orientiertem Erhebungsinventar. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 11, 47-53.

Kubinger, K.D. & Jäger, R.S. (Hrsg.). (2003). *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz PVU.

Kurzmann, J. (2010). *Spannungsfeld Begabung – Leistung: Wesentliche Einflussvariablen bei der Umsetzung von kognitiver Begabung in schulische Hochleistung am Beispiel von Modellklassen für Begabungsförderung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

Landerl, K., Wimmer, H. & Moser, E. (1997). *Salzburger Lese- und Rechtschreibtest. Verfahren zur Differentialdiagnose von Störungen des Lesens und Schreibens für die 1. bis 4. Schulstufe*. Bern: Huber.

Lehnhard, W. & Schneider, W. (2006). *ELFE 1-6: Ein Leseverständnistest für Erst- bis Sechstklässler*. Göttingen: Hogrefe.

Mattes, K. (1980). *Hypothesenagglutination. Ein heuristisches Verfahren zur Datenanalyse. Version 0*. Heidelberg: Unveröffentlichte Programmbeschreibung.

May, P. (2002): *Hamburger Schreibprobe für die Klassen 5-9 zur Erfassung grundlegender Rechtschreibstrategien (HSP 5-9)*. Neustandardisierung 2001 (6. aktual. u. erw. Aufl.). Hamburg.

Meehl, P.E. (1954). *Clinical vs. statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Melchers, P. & Preuß, U. (1991). *Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC), Deutsche Version*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.

Moosbrugger, H. & Oehlschlägel, J. (1996). *Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar (FAIR)*. Bern: Huber.

- Petermann, F. (1987). Kontrollierte Praxis. In R. S. Jäger (Hrsg.). *Psychologische Diagnostik* (S. 113-116). München: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (Hrsg.). (2007). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV (HAWIK-IV). Übersetzung und Adaptation der WISC-IV von David Wechsler*. Bern: Huber.
- Rohde, T.E. & Thompson, L.A. (2007). Prediction academic achievement with cognitive ability. *Intelligence*, 35, 83-92.
- Rost, D. (1993). Lebensumweltanalysen hochbegabter Kinder. In A. Knapp & D.H. Rost (Eds.) *Ergebnisse der Pädagogischen Psychologie, Volume 11*. Göttingen: Hogrefe.
- Rost, D.H. (2000). *Hochbegabte und hochleistende Jugendliche*. Münster: Waxmann.
- Rost, D.H. & Schermer, F.J. (1997). *Differentielles-Leistungsangst-Inventar (DAI)*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Sawyer, J. (1966). Measurement and prediction, clinical and statistical. *Psychological Bulletin*, 66, 178-200.
- Schneider, W., Schlagmüller, M. & Ennemoser, M.. (2007). *LGVT 6-12. Lesegeschwindigkeits- und -verständnistest für die Klassen 6-12*. Göttingen: Hogrefe.
- Schubhart, S. (2008). *Katamnestische Validierung des „Wiener Diagnosemodells zum Hochleistungspotenzial“*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schuhfried, G. (2001). *Cognitrone (COG)*. Mödling: Dr. G. Schuhfried GmbH.

- Seitz, W. & Rausche A. (2004). *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PFK 9-14)* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Subotnik, R.F. & Arnold, K.D. (1994). *Beyond Terman: contemporary longitudinal studies of giftedness and talent*. Norwood (NJ): Ablex Publication Corporation.
- Subotnik, R.F., Kassin, L., Summers, E. & Wasser, A. (1993). *Genius revisited: High IQ children grown up*. Norwood, NJ: Ablex.
- Waltert, A. (1977). Zur Formalisierung eignungsdiagnostischer Entscheidungsprozesse: Entwicklung und Evaluation eines Modells. In: K. Triebe & E. Ulich (Hrsg.), *Beiträge zur Eignungsdiagnostik*. Bern: Huber.
- Weiß, R.H. (2006). *Grundintelligenztest Skala 2 – Revision (CFT 20-R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Weiß, R.H. & Osterland, J. (1997). *Grundintelligenztest Skala 1 (CFT 1)* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Westhoff, K. & Kluck, M.L. (2003). *Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Wottawa, H., Krumpholz, D. & Mooshage, B. (1982). Explizite Erfassung der Entscheidungsregeln als Grundlage der Verbesserung diagnostischer Urteilsfindung. *DIAGNOSTICA*, 28 (2), 185-194.
- Wottawa, H. & Echtermann, K. (1982). Formalisierung der diagnostischen Urteilsfindung: ein Vergleich von linearen und auf Psychologenaussagen gestützte konfigurale Ansätze. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3 (4), 301-309.
- Wottawa, H. (1984). HYPAG: Ein neuer Ansatz zur Datenanalyse in der

Marktforschung. *Planung und Analyse*, 1 , 15-21.

Wottawa, H. (1985). HYPAG/Structure als Mittel zur Erfassung impliziter Entscheidungsstrukturen. In: D. Albert (Hrsg.), *Bericht über den 34. Kongreß der DGfPs in Wien, Bd. 1*, S. 176-178. Göttingen: Hogrefe.

Wottawa, H. (1986). Individuelle Entscheidungsmodelle als Grundlage zielgerichteter Kommunikation. *Fortschritte in der Marktpsychologie*, 4 , 100-111.

Wottawa, H. (1987). Hypotheses Agglutination (HYPAG): A Method for Configuration-based Analysis of Multivariate Data. *Methodika*, 1 , 68-92.

Wottawa, H. & Hossiep, R. (1987). *Grundlagen psychologischer Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Wiener Diagnosemodell zum Hochleistungspotenzial.....	24
Abbildung 2: Das Vorgehen bei HYPAG/Structure.....	51
Abbildung 3: Entscheidungsmodell auf Basis der Arbeitsstichprobe.....	78
Abbildung 4: Entscheidungsmodell auf Basis der Gesamtstichprobe.....	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenaufteilung auf die Arbeits- und Validierungsstichprobe entsprechend der Diagnosegruppen.....	66
Tabelle 2: Definition der Faktorstufen und zugeordneter Kodierungswerte.....	76
Tabelle 3: Übereinstimmungsquoten von Modell 1 an den Daten der Arbeitsstichprobe.....	83
Tabelle 4: Übereinstimmungsquoten von Modell 1 an den Daten der Validierungsstichprobe.....	85
Tabelle 5: Darstellung der Entscheidungsregeln als Vergleichsbedingungen für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen.....	97
Tabelle 6: Vergleich von Modell 1 und Modell 2 in den Übereinstimmungsquoten an der Gesamtstichprobe.....	99
Tabelle 7: Vergleich der Übereinstimmungsquoten von Modell 2 an der Arbeitsstichprobe und der Validierungsstichprobe.....	99
A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe	133
A.2.: Darstellung der kategorisierten Faktoren an der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial“.....	140
A.3.: Darstellung der kategorisierten Faktoren an der Diagnosegruppe „Hochleistungspotenzial nach Intervention“.....	141
A.4.: Darstellung der kategorisierten Faktoren an der Diagnosegruppe „Kein Hochleistungspotenzial“	142

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abkl.	Abklärung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AH	Arbeitshaltung(-en)
AM	Anregungsmilieu
Anstrengungsb.	Anstrengungsbereitschaft
Aufg.	Aufgabe(-n)
Aufm.	Aufmerksamkeit
auß./außersch(-ul.).	Außerschulisch
Auß.	in Modelldarstellung: Faktor „außerschulische Förderung“
Beg.	Begabung
Beschw.	Beschwerden
Def.	Defizit(-e)
diff.	Differenziert
Diff.f.	Differenzierungsfähigkeit
Diff.schwäche	Differenzierungsschwäche
DS	Durchschnitt, durchschnittlich
emot.St(ab).	emotionale Stabilität
Emot.	in Modelldarstellung: Faktor „emotionale Stabilität“
entw.	Entwickelt
F.; Förd.	Förderung
Fam.	Familie in Modelldarstellung: Faktor „familiäre Förderung“
fam.Förd.	familiäre Förderung
fig.	Figural
Frustrationstol.	Frustrationstoleranz
geförd.	Gefördert
ger.	Gering
Grundpot.	Grundpotenzial
HLP	Hochleistungspotenzial

Hochbeg.	Hochbegabung
Hom.	Homogenität (des Testprofils)
hum.	Humanistisch
Int.	Intelligenz
Integr.	Integriert
inter.	Interessiert
KG	Kindergarten
Kl.	Klasse
kog.Gl.	Faktor „kognitive Gesamtleistungen“
Konzentr.	Konzentration
LRS	Leserechtschreibschwäche
Leistungsmotiv.	Leistungsmotivation
n.Int.	nach Intervention
num.	Numerisch
Pot.	Potenzial
RLO	Raum-Lage-Orientierung
RSS	Rechtschreibstörung
sch.F.	schulische Förderung
Schl.f.D.	Schlussfolgerndes Denken
schul.	Schulisch
Sch.	in Modelldarstellungen: Faktor „schulische Förderung“
soz.-emot.B.	in Modell 2: sozio-emotionaler Bereich; gemeint sind die Faktoren „emotionale Stabilität“ und „soziale Integration“
soz.Int.	soziale Integration
Soz.	in Modelldarstellungen: Faktor „soziale Integration“
Syndr.	Syndrom
TLS	Teilleistungsstörung
UTs	Untertests
Verarb.geschw.	Verarbeitungsgeschwindigkeit
Vh./Verh.	Verhalten in Modelldarstellungen: Faktor „Verhaltensauffälligkeit“

Abkürzungen angegebener Testverfahren aus Tabelle A.1.	
AEF	Anamnestischer Elternfragebogen (Deegener, G., 1984)
AID 2	Adaptives Intelligenz Diagnostikum Version 2.2, (Kubinger, K.D., 2009)
AIST-R	Allgemeiner Interessen-Struktur-Test (Bergmann, C. & Eder, F., 2005)
CFT 1	Grundintelligenztest Skala 1 (Weiß, R.H. & Osterland, J., 1997)
CFT 20-R	Grundintelligenztest Skala 2 – Revision (Weiß, R.H., 2006)
CHYF	Colour How You Feel (projektives Explorationsverfahren)
COG	Cognitrone (Schuhfried, G. 2001)
DAI	Differentielles Leistungsangst Inventar (Rost, D.H. & Schermer, F.J., 1997)
DISYPS-II	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV (Döpfner M. & Lehmkuhl G., 2000)
ELFE 1-6	Leseverständnistest für Erst- bis Sechstklässler (Lehnhard, W. & Schneider, W., 2006)
FAIR	Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar (Moosbrugger, H. & Oehlschlägel, J., 1996)
FBB-/SBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen/Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen aus dem DISYPS-KJ (Döpfner, M. & Lehmkuhl, G., 2000)
FBB-SSV	Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens aus dem DISYPS-KJ (Döpfner, M. & Lehmkuhl, G., 2000)
GBB-KJ	Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (Brähler, E., 1992)
Hamster-Test	(Deegener G., Alt, M., Engel-Schmitt, E., Janthur B. & Lambert, S., 1988) (Explorationsverfahren)
HAWIK-IV	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV (Petermann, F. & Petermann, U., 2007)
HSP 5-9	Hamburger Schreibprobe für die Klassen 5-9 (May, P., 2001)
IST 2000-R	Intelligenz-Strukturtest (Amthauer, R., Brocke, B., Liepmann, D. & Beauducel, A., 2001)

K-ABC	Kaufman Assessment Battery for Children (Kaufman, A.S. & Kaufman, N.L.; deutsche Version von Melchers, U. & Preuß U., 1991)
LAVI	Lern- und Arbeitsverhaltens-Inventar (Keller, G. & Thiel, R.-D., 1998)
LGVT 6-12	Lesegeschwindigkeits- und -verständnistest für die Klassen 6-12 (Schneider, W., Schlagmüller, M. & Ennemoser, M., 2007)
PFK 9-14	Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (Seitz, W. & Rausche A., 2004)
SLRT	Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (Landerl, K., Wimmer, H. & Moser, E., 1997)
SOE	Systemisch Orientierte Erhebungsinventar (Kubinger, K.D., 2003)
SVF-KJ	Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (Hampel, P. & Petermann, F., 2001)
Test d2	Aufmerksamkeits-Belastungstest d2 (Brickenkamp, R., 2002)
UST	Umwelt-Struktur-Test (Bergmann, C. & Eder, F., 1992)
WET	Wiener Entwicklungstest (Kastner-Koller, U. & Deimann, P., 2002)
WIT-2	Wilde Intelligenz Test 2 (Kersting, M., Althoff, K. & Jäger, A.O., 2008)
ZAREKI	Neurobiologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern (Aster, von M., 2001)

A.Anhang

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	HLP	Datum	Alter	Schulstufe	Erhebungsinstrumente
Hochleistungspotenzial					
01	J	11.2008	7,1	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
02	J	12.2007	6	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
03	J	07.2009	6,8	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
04	J	09.2009	9	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14
05	J	03.2010	18,8	Studium	WIT-2, CFT 20-R, AIST-R
06	J	05.2009	15,8	6. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, AIST-R
07	J	12.2007	9,2	4. Kl. (Amer.Int.School)	AID 2, HAWIK-IV, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
08	J	12.2007	8,2	3. Klasse Waldschule	AID 2, HAWIK-IV, CFT 1, AEF
09	J	01.2009	9,5	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, SLTR
10	J	11.2008	13,5	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, d2, AIST-R, PFK 9-14
11	J	12.2007	9	3. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
12	J	09.2009	6,9	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1
13	J	10.2008	7,5	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
14	J	01.2010	5,1	Kindergarten	WET, CFT 1, K-ABC, CHYF
15	J	04.2009	4,1	Kindergarten	WET, K-ABC, CFT-1
16	J	04.2010	6,8	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
17	J	05.2010	5,1	Kindergarten	WET, K-ABC, CFT-1
18	J	05.2010	8,5	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, CHYF, AEF
19	J	05.2008	9,9	1. Klasse AHS	AID 2, HAWIK-IV, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
20	J	05.2010	10,1	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14
21	J	12.2008	5,7	Kindergarten	WET, K-ABC, CFT-1, AEF
22	J	07.2008	6,8	Kindergarten	WET, CFT-1, CHYF, Mensch-Zeichen-Test (Exploration), AEF
23	J	12.2007	8,7	3. Klasse VS	AID 2, HAWIK-IV, CFT 1, PFK 9-14, AEF
24	J	02.2008	8,11	4. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
25	J	01.2008	8,11	3. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
26	J	07.2008	9,7	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, CHYF, AEF
27	J	03.2009	8,2	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CFT 20-R, AEF
28	J	11.2008	13,8	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
29	J	12.2007	11,1	1. Klasse AHS	AID 2, HAWIK-IV, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
30	J	08.2008	3,1	Kindergarten	K-ABC
31	J	05.2010	8,7	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
32	J	01.2009	13,4	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14
33	J	04.2008	11,10	2. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, AEF
34	J	02.2010	6,8	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
35	J	11.2009	8	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, CHYF
Hochleistungspotenzial nach Intervention					
36	J n.Int.	01.2008	11,11	2. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, LAVI, PFK 9-14, AEF
37	J n.Int.	06.2010	7,11	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1
38	J n.Int.	07.2009	7,1	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
39	J n.Int.	06.2009	14,2	8. Kl. (Vienna Int.School)	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, DISYPS-II
40	J n.Int.	03.2009	7,7	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
41	J n.Int.	12.2009	7,8	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
42	J n.Int.	12.2008	10,5	1. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, HSP 5-9, ELFE 1-6, PFK 9-14
43	J n.Int.	03.2010	5,5	Kindergarten, Vorschule	WET, K-ABC, CFT 1
44	J n.Int.	03.2009	5,5	Kindergarten	WET, K-ABC, CHYF, AEF
45	J n.Int.	04.2010	5,4	Kindergarten	WET, K-ABC, CFT-1
46	J n.Int.	05.2010	7,6	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
47	J n.Int.	03.2009	6,10	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
48	J n.Int.	06.2009	6,11	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
49	J n.Int.	12.2008	11,8	2. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, Test d2, PFK 9-14, LAVI, LGVT 6-12, HSP 5-9, AEF
50	J n.Int.	10.2008	9,4	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, CHYF, AEF
51	J n.Int.	06.2010	9,7	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14
52	J n.Int.	01.2008	8,1	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, Hamster-Test (Exploration), AEF
53	J n.Int.	10.2008	5,10	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, K-ABC, CHYF, AEF
Kein Hochleistungspotenzial					
54	N	01.2010	6,2	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
55	N	09.2009	8,9	3. Klasse VS	AID 2, SLRT, ZAREKI, CHYF
56	N	10.2008	7,1	2. Klasse VS	K-ABC, CFT 1, AEF
57	N	09.2008	11,3	1. Klasse AHS	AID 2, SLRT, PFK 9-14, AEF
58	N	03.2009	14,5	5. Klasse AHS	AID 2, AIST-R, DAI
59	N	08.2008	7,8	3. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, SOE, AEF
60	N	05.2008	9,4	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, d2, SLTR, PFK 9-14, CHYF, SOE, FBB-HKS, AEF
61	N	12.2009	6,1	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1
62	N	11.2008	14,1	5. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, GBB-KJ, AIST-R, PFK 9-14, SOE, AEF
63	N	09.2009	6,3	vor Einschulung	AID 2, CFT 1, CHYF
64	N	01.2010	14	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
65	N	12.2008	10,6	1. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, LAVI, FBB-SSV, AEF
66	N	05.2008	12,7	2. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, SBB u.FBB-HKS, d2, Fam.in Tieren, AEF
67	N	12.2009	9,6	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, SLRT, ZAREKI
68	N	10.2007	12,8	3. Klasse Mittelschule	AID 2, CFT 20-R, AIST-R, COG, PFK 9-14
69	N	03.2008	9,11	4. Klasse VS	AID 2, HAWIK-IV, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
70	N	05.2010	12,1	2. Klasse Mittelschule	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14
71	N	12.2007	7	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
72	N	03.2008	16,1	6. Klasse AHS	AID 2, IST 2000-R, AIST/UST
73	N	08.2008	12,11	3. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
74	N	12.2008	5,4	Kindergarten	WET, K-ABC, CHYF, AEF
75	N	06.2009	8,5	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, SLRT, ZAREKI, CHYF
76	N	02.2008	10,1	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
77	N	01.2008	14,1	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14
78	N	11.2007	13,3	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, COG, PFK 9-14
79	N	01.2009	14,6	1. Klasse HTL	AID 2, CFT 20-R, FAIR, PFK 9-14, AEF
80	N	11.2008	11,5	2. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
81	N	01.2010	11,5	2. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, Test d2, PFK 9-14, LAVI, LGVT 6-12, CHYF
82	N	10.2008	7,9	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
83	N	08.2009	7,9	2. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
84	N	02.2009	6,2	Vorschule	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
85	N	03.2008	9,1	3. Klasse VS	AID 2, HAWIK-IV, CFT 20-R, PFK 9-14, AEF
86	N	10.2009	6,7	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF
87	N	08.2009	5,2	Kindergarten	WET, K-ABC, CFT 1, CHYF
88	N	07.2008	9	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, CHYF, AEF
89	N	04.2009	6,4	Kindergarten	WET, K-ABC
90	N	01.2009	6,4	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1, CHYF, AEF
91	N	01.2009	9,7	4. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, CHYF
92	N	12.2009	13,2	4. Klasse AHS	AID 2, CFT 20-R, FAIR, LAVI
93	N	03.2009	6,8	1. Klasse VS	AID 2, CFT 1
94	N	05.2009	9,3	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R
95	N	06.2008	9	3. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, PFK 9-14, SVF-KJ, SOE, CHYF, AEF
96	N	08.2008	7,1	2. Klasse VS	AID 2, CFT-20-R, CFT 1, AEF
97	N	11.2009	8,5	2. Klasse VS	AID 2, CFT 20-R, CHYF

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	Kog. Gesamtleistungen	Stärken/Begabungen/weitüberDS Leistungen
	Hochleistungspotenzial	
01	weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num./Grundpot./räuml.), Sprache, Verarb.g.
02	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), Merkfähigk., Verarb.geschw.
03	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(Grundpot.), akust. Aufnahmefähigkeit
04	weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num./Grundpot.), Wissen
05	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num./räuml.), Wissen
06	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d., akust.Merkfähigk., vis.Fähigk., beiläufiges Lernen
07	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), Sprache, Verarb.geschw.
08	weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num./fig.), Merkfähigk., Wissen
09	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), vis.Fähigkeit, Wissen
10	DS bis überDS	Alltagswissen
11	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), akust.Merkfähigk., Verarb.geschw.
12	überDS	Schl.f.d.(num.), akust.Merkfähigk., Verarb.geschw.
13	überDS	Schl.f.d.(math.-räuml.), Merkfähigk.
14	DS bis überDS	Schl.f.d., vis.Wahrnehmung
15	überDS	Schl.f.d.(num.)
16	weitüberDS	Schl.f.d., akust.Merkfähigk., soz.Verständnis, Wissen
17	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), vis.Fähigk., Visumotorik, Merkfähigk.
18	überDS bis weitüberDS	Verarb.geschw.
19	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), Merkfähigk., Verarb.geschw., Wissen
20	überDS	Schl.f.d.(num.), soz.Verständnis
21	überDS	Visumotorik, serielles Denken, Aufmerksamkeit
22	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d., Visumotorik
23	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), Sprache, Wissen
24	weitüberDS	Schl.f.d., Verarb.geschw., Sprache, Wissen
25	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), Merkfähigk., Wissen
26	DS bis überDS	Schl.f.d.(num), soz.Verständnis
27	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), akust.Merkfähigk., Verarb.geschw.
28	DS bis überDS	Schl.f.d.(vis.), naturwissenschaftlicher Bereich
29	weitüberDS	Schl.f.d., akust.Merkfähigk., vis.Differenzieren
30	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), Merkfähigk., Lesen
31	überDS	Schl.f.d.(verb./num.), soz.Verständnis, akust.Merkfähigk.
32	weitüberDS	Schl.f.d.(räuml./Grundpot.), Verarb.geschw., vis.F., soz.Verst.
33	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d., Wortschatz, soz.Verständnis, Wissen
34	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb.), Verarb.geschw., Merkfähigk., Wissen
35	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d., Sprache, Verarb.geschw., u.v.m....
	Hochleistungspotenzial nach Intervention	
36	überDS	Schl.f.d.(verb.), akust.Merkfähigk., soz.Verständnis
37	überDS	Schl.f.d.(num.), Verarb.geschw., Merkfähigk.
38	DS bis überDS	Schl.f.d.(num.)
39	weitüberDS	Schl.f.d.(num./räuml./Grundpot.), Verarb.geschw., fig.Int.
40	weitüberDS	Schl.f.d.(num./Grundpot.), Merkfähigk.
41	DS bis überDS	Schl.f.d.(num.), akust.Merkfähigk., soz.Wissen
42	weitüberDS	Schl.f.d.(Grundpot.), Verarb.geschw.
43	DS bis überDS	Wahrnehmungsumfang u.-tempo, Visumotorik
44	DS bis weitüberDS	Schl.f.d., Sprache
45	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), phonetisches Gedächtnis, Lesen
46	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), Verarb.geschw., akust.Merkfähigk.
47	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num./Grundpot.), akust.Merkfähigk., Verarb.g.
48	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb.), Wissen
49	weitüberDS	Schl.f.d., akust.Merkfähigk., vis.Differenzieren, Wissen
50	überDS	Schl.f.d.(räuml.), akust.Merkfähigk., vis.Differenzieren
51	weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), Merkfähigk., vis.Fähigk., Sprache
52	DS bis überDS	Alltagswissen, verb.-akust.Fähigkeit
53	überDS	Schl.f.d.
	Kein Hochleistungspotenzial	
54	DS	akust.Merkfähigk.
55	DS	
56	unterDS	
57	überDS	akust.Aufnahmefähigkeit
58	überDS	Schl.f.d.(num.), Wortschatz, Verarb.geschw.
59	DS bis überDS	Schl.f.d.(num.), soz.Verständnis, akust.Aufnahmefähigkeit
60	DS bis überDS	Schl.f.d.(num.), akust.Merkfähigk.
61	DS	Verarb.geschw.
62	überDS	
63	DS bis überDS	Schl.f.d.(num./Grundpot.), soz.Verständnis
64	DS	Schl.f.d.
65	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), Alltagswissen
66	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(analytisches Denken)
67	DS	soz.Verständnis (Ursache-Wirkung)
68	DS bis überDS	Schl.f.d.(analytisches Denken)
69	überDS	Schl.f.d.(Grundpot.), akust.Merkfähigk., Sprachverständnis
70	unterDS bis DS	
71	DS bis überDS	Schl.f.d.(num.), akust.Merkfähigk.
72	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb.), Wortschatz
73	überDS	akust.Merkfähigk., Wortschatz, soz.Verständnis
74	DS	
75	DS	
76	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), soz.Verständnis
77	weitüberDS	Verarb.geschw., vis.Differenzieren
78	DS	Schl.f.d., akust. Merkfähigk.
79	DS	Verarb.geschw.
80	überDS	soz.Verständnis, Verarb.geschw., beiläufiges Lernen
81	überDS	Schl.f.d.(vis.), Verarb.geschw., akust.Merkfähigk.
82	DS bis überDS	soz.Folgerichtigkeit, akust.Merkfähigk.
83	DS bis leicht überDS	
84	DS sehr	Schl.f.d., Merkfähigk.
85	DS bis weitüberDS	Schl.f.d.(math.-räuml.), fig.Int.
86	DS	Alltagswissen
87	überDS	sprachliche Fähigkeit
88	DS bis überDS	vis. Wahrnehmung, soz.Verständnis
89	überDS	Schl.f.d.(verb.), (Graphomotorik)
90	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(verb./num.), Merkfähigk., Sprache
91	überDS	Schl.f.d.(num.), Sprache
92	DS	akust. Merkfähigk., Wissensbereiche
93	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(num.), soz.Verständnis
94	überDS bis weitüberDS	Schl.f.d.(Grundpotenzial)
95	DS bis überDS	Verarb.geschw.
96	DS bis überDS	Schl.f.d., vis.-gestaltlicher Bereich
97	DS bis leicht überDS	soz.Verständnis

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	Persönlichkeit: Arbeitshaltungen
	Hochleistungspotenzial
01	günstig (Motivation, Interesse, Sorgfalt, Ausdauer, Frustrationstoleranz, Leistungsfreude, Konzentration)
02	günstig (Leistungsmotivation u.-freude, Anstrengungsb., Konzentration, Ausdauer, Selbständigk., Tempo, Sorgfalt, Selbstkonzept); bei Misserfolg nervös
03	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Anstrengungsb., Ausdauer, Frustrationstol., Konzent., Ehrgeiz, Interesse); ger.Sorgfalt u. Impulsivität
04	günstig (Anstrengungsb., Sorgfalt, Ausdauer, Konzentration, planvoll/reflexiv, Ehrgeiz, Tempo, Frustrationst., gute Selbsteinschätzung)
05	günstig (Motivation, Interesse, Ausdauer, Sorgfalt, Eigenständigkeit, Selbstsicherheit, Frustrationst.), Lerntechniken, Ehrgeiz
06	günstig, leistungsförd. (Motivation, Ausdauer, Konzent., Sorgfalt, Frustrationstol., Tempo), Lerntechniken, gute Selbsteinschätzung, Selbständigkeit
07	günstig, reife AH (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.u.Konzentr., Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt, Frustrationstol.u.Anstrengungsb.), diff.sprachl.Ausdruck
08	günstig, reife AH (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.u.Konzentration, Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt, gute Selbsteinschätzung)
09	günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzentration, Tempo u.Sorgfalt); grobmotorisch unruhig, feinmotorisch geschickt
10	günstig, reifer Arbeitsstil (Leistungsmotiv.u.-freude, Sorgfalt, Konzent., Ausdauer, Frustrationstol., Selbstregulation), Ehrgeiz, Lernbereitschaft
11	günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.u.Konzentration, Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt, Frustrationstol., gute Selbsteinschätzung, Selbständigkeit)
12	günstig, leistungsförderlich (Leistungsmotiv.u.-freude, Frustrationstol., Aufm.u.Konzentration, Sorgfalt, Selbständigkeit), Interesse an Schule
13	tw.günstig (Leistungsmotiv., Ausdauer, Konzent., Frustrationstol., Tempo); Tendenz zur Unterschätzung eigener Fähigk.u.vorschnell aufzugeben
14	günstig, reife AH (Leistungsbereitschaft, Motivation, Aufmerksamkeit, Anstrengungsb., reflexiver Arbeitsstil, Sorgfalt, Selbständigkeit), Interesse
15	günstig, reife AH (Ausdauer, Konzentration, Leistungsm.u.-freude, Frustrationstol., Tempo), guter sprachl.Ausdruck, Interesse, feinmotorisch geschickt
16	günstig, reife AH (Anstrengungsbereitschaft, Konzentration, Ausdauer, Leistungsm.u.-freude), bei sprachl.Aufg. schneller abgelenkt, Ehrgeiz
17	tw.günstig (hohe Anstrengungsb., Motivation, Konzentation); auf Zuwendung angewiesen (altersadäquat), bei sprachl.UTs unsicher/ängstlich
18	günstig, reife AH (Leistungsmotiv., Konzentration, Interesse, Anstrengungsb.), Selbständigkeit; unsicher unter Druck/hoher Anspruch an sich selbst
19	günstig, reife AH, leistungsförderlich (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.u.Konzentr., Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt, Frustrationst., gute Selbsteinschätzung)
20	günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Konzentration, Anstrengungsb., Tempo, Frustrationstol., gute Selbsteinschätzung bez. eigener Leistungsfähigkeit)
21	günstig, reife AH (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzentation, Tempo, etw.ungenau, Selbständigkeit); Rückmeldung nötig, Potenzial zu zeigen
22	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Konzent.,); altersadäquat schwankende Ausdauer, ger.Frustrationstol., auf Motivation von Außen angewiesen
23	günstig, reife AH (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.u.Konzentr., Ausdauer, Sorgfalt, Frustrationstol., gute Selbsteinschätzung), reflexiver Arbeitsstil; langsam
24	tw.günstig (Leistungsmotiv., Aufmerksamkeit, Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt); ger.Frustrationstoleranz, Misserfolgsängstlichkeit, hoher Leistungsdruck
25	günstig, leistungsförd. (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.u.Konzentr., Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt, Selbständigkeit, Frustrationstol., Selbstkonzept)
26	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzentration, Sorgfalt, Tempo), selbstsicher; tw. schlampiger Arbeitsstil bei Langeweile
27	günstig (Leistungsmotivation u.-freude, Anstrengungsb., Konzentration, Ausdauer, Frustrationstoleranz, Sorgfalt, Tempo), motorisch geschickt
28	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Tempo u.Sorgfalt), gute Selbsteinschätzung, motorisch koordiniert; Ehrgeiz DS (wenig Zeitaufwendung; HÜ/Lernen)
29	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufmerksamk., Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt, Selbstschätzung); leichte Frustration u. Demotivation bei Misserfolg
30	günstig (hohe Lernbereitschaft, Wissensdurst, Konzentation, Leistungsfreude)
31	günstig, leistungsförderlich (Leistungsmotiv.u.-freude, Konzent., Sorgfalt, Frustrationstol., Ausdauer, Selbstkonzept, Selbstorganisation, Interesse)
32	günstig, leistungsförderlich (Leistungsmotiv., Ehrgeiz, Frustrationstoleranz, Selbstkonzept, Eigenständigkeit, Ausdauer, Sorgfalt), Lerntechniken
33	günstig, leistungsförderlich (Motivation, Interesse, Sorgfalt, Tempo, Ausdauer, Ehrgeiz, Leistungsfreude, Konzent.), ruhiger u.reflektierter Arbeitsstil
34	tw.günstig (Leistungsmotiv., Ehrgeiz, Interesse, Konzent., reflexiver Arbeitsstil), aktives Engagement; ger.Frustrationstol.bei schwierigen Aufgaben
35	günstig, leistungsorientiert (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Tempo, Sorgfalt, Interesse, Selbstkonzept, Frustrationstol., Eigenständigkeit), reflexiv
	Hochleistungspotenzial nach Intervention
36	tw.günstig (hohe Leistungsmotiv.u.-freude, Frustrationstol., Konzent., Ausdauer, Anstrengungsb., Selbstkonzept); impulsiv, fehleranfällig, ablenkbar
37	günstig, leistungsförderlich (Leistungsmotiv., Konzent., Ausdauer, Sorgfalt, Anstrengungsb., Frustrationstoleranz), gut entwickelte Arbeitstechniken
38	ungünstig, wenig leistungsförderlich (geringe Frustrationstol., Motivation, Anstrengungsb., Selbstkonzept mangelhaft), impulsiver Arbeitsstil
39	günstig, leistungsförderlich (Sorgfalt, Ausdauer, Selbständigkeit, Motivation, Frustrationstoleranz), Lerntechniken entwickelt
40	ungünstig, spiel.AH (ger.Anstrengungsb., Aufm., Tempo, Selbständigkeit), altersgemäß: Leistungsmotiv.u.-freude, Sorgfalt, Frustrationstol., Konzent.
41	günstig (Interesse, Frustrationstoleranz, Konzentation, Leistungsmotivation, Ehrgeiz, Sorgfalt, Anstrengungsb.); eher langsam
42	günstig (Leistungsmotivation u.-freude, Ausdauer, Frustrationstoleranz, Anstrengungsb., Selbständigkeit, Aufmerksamkeit), motorisch geschickt
43	tw.günstig, altersgemäß unselbständig, ger.Motivation u.-freude, Konzentation u.Aufm.schwankend (bei Interesse hoch), Frustrationstoleranz, bemüht
44	günstig, reife AH (Leistungsmotiv.u.-freude, Aufm.-u.Konzentration, Tempo u.Sorgfalt), unsichere Selbsteinschätzung, durch Lob gut motivierbar
45	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Konzent., Ausdauer, Selbstkonzept); bei schwierigen Aufgaben auf Anleitung angewiesen, impulsiv. Verh.
46	tw.günstig (Anstrengungsbereitschaft, Konzentation, Ausdauer, Interesse); impulsiv, bei schriftlichen Aufgaben abgelenkt, mündlich stärker
47	günstig (bemüht, Interesse, Tempo, Sorgfalt, Konzentation); Sprachprobleme (Instruktionsverständnis), präferiert leichtere Aufgaben
48	ungünstig, wenig leistungsförderlich (ger.Anstrengungsb., Ablenkbarkeit), günstig: (Leistungsfreude, Frustrationstol., Selbstkonzept, Interesse)
49	tw.günstig (Interesse, Ausdauer, Konzent., Frustrationstol.); wenig leistungsförd.(impulsiv, ger.Sorgfalt/Selbständigk., schlechte Arbeits-u.Lerntechniken)
50	günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Ehrgeiz, Aufm.u.Konzentr., Ausdauer, Selbständigk., Frustrationstol.); schnell u. fehleranfällig
51	tw.günstig, leistungsförd. (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Frustrationstol., Aufmerksamkeit, Tempo u.Sorgfalt); im Selbstkonzept sehr verunsichert
52	tw.günstig (Aufm.u.Konzentr., Leistungsmotiv., Tempo, Sorgfalt); ger.Frustrationstol., ger.Selbstwert/schwaches Selbstkonzept, zu hoher Anspruch, Angst
53	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzent., Frustrationstol.), motorisch geschickt; Impulsivität, schwaches Selbstkonzept unter Druck
	Kein Hochleistungspotenzial
54	tw.günstig (Konzentration, Aufmerksamkeit); altersadäquat verspielt; Leistungsmotivation u. Anstrengungsbereitschaft DS bis gering
55	günstig (Motivation, Ausdauer, Konzentation, Sorgfalt); in der Schule wenig motiviert
56	ungünstig (Aufmerksamkeit, Anstrengungsb., Frustrationstol., Selbständigkeit), impulsiv; widersprüchliche Infos: (mehrsprachig, Geige, schul.Ehrgeiz)
57	ungünstig (impulsiver Arbeitsstil, Frustrationstoleranz, Prüfungsängstlichkeit, Selbständigkeit/Anleitung nötig), Lerntechniken fehlen
58	tw.günstig (Konzentration, Tempo, Motivation), reflektiertes Interessenprofil (AIST-R); Aufmerksamkeitsprobleme zu Hause und in der Schule
59	ungünstig (Anstrengungsbereitschaft, Ausdauer, Leistungsfreude, Selbstregulationsfähigkeit); dennoch im Allg. interessiert
60	ungünstig (Aufm.u.Konzentration, Selbstregulationsfähigkeit, Frustrationstol., Ablenkbarkeit, Tempo, Sorgfalt), impulsives Verh., motorisch unruhig
61	ungünstig (Anstrengungsbereitschaft, impulsiver Arbeitsstil, Ablenkbarkeit, Konzentation, spielerische Grundhaltung); gute Frustrationstoleranz
62	günstig (Leistungsmotivation u.-freude, Aufmerksamk.u.Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer); Tendenz leichtere Aufgaben zu wählen
63	überwiegend ungünstig (fehlende Selbständigk., spiel. Grundhaltung); günstig (Motivation, Anstrengungsbereitschaft, Ausdauer, Frustrationstoleranz)
64	günstig (Leistungsförderlich (Leistungsmotiv., Ausdauer, Konzent., Frustrationstol., Tempo), reifer Arbeitsstil, selbständig, gute Lernstrategien; tw. unsicher
65	ungünstig (ger.Anstrengungsb., Motiv., Sorgfalt, Ausdauer), ungenügende Lerntechniken, impulsiver Arbeitsstil, ger.Selbständigkeit; gute Aufmerksamkeit
66	ungünstig: Defizite d.erhöhten Impulsivität, Ungeduld, schwankende Aufmerksamkeit; motivierte Grundhaltung
67	günstig (Leistungsm.u.-freude, Ausdauer, Anstrengungsb., Konzent., Sorgfalt, Frustrationstol.); langsamer/reflexiver Arbeitsstil Selbstkonzept unsicher
68	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzentation); ungünstig: (unsicheres Selbstkonzept, ger.Frustrationstol., durch Fehler verunsichert)
69	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Konzent., Tempo, Frustrationstol.); ablenkbar, schwankende Aufmerksamkeit, unsichers Selbstkonzept
70	günstig (Anstrengungsbereitschaft, Konzentation,), Ehrgeiz im schulischen Kontext
71	tw.günstig (Leistungsm.u.-freude, Aufm.u.Konzentr., Ausdauer, Frustrationstol., Tempo u.Sorgfalt, Selbständigk.); bei sprachl.UTs weniger motiviert
72	tw.günstig: selbständiger Arbeitsstil, ungünstig (unsicher bezüglich eigener Leistungsfähigkeit, ger. emot. Selbstregulationsfähigkeit)
73	ungünstig (ger.Leistungsmotiv. aber hoher Leistungsdruck/ger.Leistungsfreude, Konzentation gut, aber schwankend, ger.Ausdauer, impulsiv)
74	ungünstig (ger.Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzent., Anstrengungsbereitschaft), anfangs aufmerksam ermüdet schnell und impulsiv
75	günstig (Leistungsfreude, Aufm.u.Konzentr., Anstrengungsb., Frustrationstol., Ausdauer, Tempo, Sorgfalt, Selbständigkeit); tw.ger.Motivation, unsicher
76	überw.ungünstig, bes.bei ungeliebten/leichten Aufg.(Unruhe, Ablenk.), nur bei herausf.Aufg.(Motiv., Konzent., Ausdauer, Frustrationst., Anspruch)
77	überw.ungünstig, wenig leistungsförd.(schul.Ehrgeiz, Selbstkonzept, Impulsivität, Willenskontrolle), DS: Leistungsmotiv.u.-freude, Konzent., selbständig
78	überw.ungünstig (Motiv., Frustrationstol., schwankendes Selbstkonzept, Leistungsverweigerung, variierendes Tempo); gute Konzent. und Ausdauer
79	überwieg.ungünstig (ger.Leistungsmotiv.u.-freude, Anstrengungsb., impulsiv, Lern-u.Arbeitsstrategien); günstig (Ausdauer u.Konzentr., Frustrationstol.)
80	ungünstig (ger.Leistungsmotiv, Konzent., Ausdauer, Sorgfalt), Def.in Lern-u.Arbeitstechniken, ger.schul.Motiv., nachlässig; gute Frustrationstol.
81	überw.ungünstig (Def.:Lerntechniken, Frustrationst., Fehlereinsicht, Perfektionismus, Ehrgeiz, Impulsivität); gute Leistungsmotiv., Konzent., Ausdauer
82	überw.ungünstig (besonders bei akust.Vorgabe; ger.Leistungsfreude/Sorgfalt, unruhig); gut ausdauernd/konzentriert bei vis.-manuellen Aufg.
83	überw.ungünstig, spielerische Grundhaltung (ger.Anstrengungsbereitschaft, impulsiv, Ablenkbarkeit); gute Frustrationstoleranz
84	tw.günstig (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Konzent., Ehrgeiz); ger.Frustrationstol./hoher Anspruch, Ablenkbarkeit, langsamer u.sorgfält.Arbeitsstil
85	tw.günstig (Tempo, Sorgfalt, Leistungsm.u.-freude, Konzentation); ger. Frustrationstoleranz, Ablenkbarkeit, unsicheres Selbstkonzept
86	tw.günstig, altersgemäß bemüht, leistungsmotiviert, geringe Frustrationstoleranz
87	tw.günstig (Anstrengungsb., Leistungsfreude, Neugierde, Frustrationstoleranz); altersgemäß verspielt, unselbständig, schwankende Aufmerksamkeit
88	tw.günstig (Konzentr., Ausdauer, Selbstregulation); Versagensängste, unsicheres Selbstkonzept, bei Druck demotiviert, durch Lob gut motivierbar
89	tw.günstig (Leistungsmotivation, Ausdauer, Konzentation, Frustrationstoleranz, motorisch geschickt); impulsiv u. fehleranfällig
90	überw.ungünstig (Selbstkonzept, Aufmerksamkeit, Selbständigkeit) motorische Unruhe; günstig (Leistungsmotiv., Konzent., Ausdauer, Sorgfalt, Tempo
91	günstig (Frustrationstol., Sorgfalt, Konzent., Selbstkonzept), motorisch unruhig, impulsiver Arbeitsstil; günstig: Leistungsmotiv., Tempo
92	ungünstig (ger.Anstrengungsb., Lernmotivation/Ehrgeiz, unsicheres Selbstkonzept, Impulsivität); Schule: ger.Pflichterfüllung; Interesse, motivierbar
93	ungünstig (verspielter Arbeitsstil, ger.Kontentation, impulsiv); günstig (Anstrengungsb., Interesse)
94	tw.günstig (Leistungsmotiv., Aufm.u.Konzentr., Tempo); ungünstig (ger. Leistungsfreude, Sorgfalt, Ausdauer, Anstrengungsb., Frustrationstoleranz)
95	tw.günstig (Leistungsmotiv., Konzent., Ausdauer); ungünstig (ger.Frustrationstol./bei Misserfolg lässt gute AH nach, unsicheres Selbstkonzept)
96	ungünstig, wenig leistungsförd.: (Leistungsmotiv.u.-freude, Ausdauer, Tempo u.Sorgfalt), impulsiv Arbeitsstil; günstig: Selbstanspruch u.Frustrationstol.
97	ungünstig (ger. Leistungsorientierung, Leistungsmotiv., Ausdauer, Konzent., Ablenkbarkeit, Tempo), unruhig, braucht Anleitung, verspielte AH

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	soziale und emotionale Entwicklung, Anregungsmilieu
	Hochleistungspotenzial
01	emot.u.soz.gut entw.,sicher u. ausgeglichen,fam.eingebettet u.vielseitig gef.,schul.unterf.,wen.Freunde
02	emot.u.soz.gut entw.,emot.stabil,soz.gut integriert, gut gefördert,soz.Probl. im Hort
03	emot.u.soz.gut entwickelt,emot.sensibel,fam.sicher,schul.gut gef.,soz.zurückhaltend bei Gleichaltrigen
04	emot.u.soz.gut entw.,soz.integriert, emot.stabil, fam./schulisch gut gefördert, selbständig
05	soz.u.emot.stabil, gut gefördert
06	soz.zurückhaltend u.introvertiert, emot.stabil., soz.integriert, fam./schul./außerschul. gut geförd.
07	emot.u.soz.gut entw.,vielseitig gef.u.inter.,hoher Ehrgeiz u.Anspruch,autonom,schul./außersch.gute F.
08	emot.stabil, soz.gut entw.und integriert, fam. u.schulisch gut gefördert
09	emot.stabil, soz.integriert, günstiges AM (fam.u.schulisch)
10	soz.zurückhaltend, emot.stabil, interessiert, gut gefördert, wenige soz. Kontakte
11	emot.sicher, soz.integriert, gut gefördert, Ablenkbarkeit/Leistungseinbußen in Kl.
12	schüchtern, soz.integriert, fam.u.schulisch gut gefördert, viele Freunde
13	emot.u.soz.gut entw., emot.stabil, soz.gut integr., fam.eingebettet, schul.u.außersch.gut gef.
14	emot.stabil, soz.zurückhaltend, fam.sicher, bez.Freunden wählerisch, fam.u.schulisch gut gef.
15	emot.u.soz.gut entw.u.stabil, fam.u.schulisch gut integriert u.gefördert
16	emot.altersadäquat entw., soz.schüchtern, schul.integr., fam.gut geförd., tw.belastet d.Bruderrivalität
17	soz.gut entw.u.integriert, fam.u.schul.gut gefördert
18	emot.u.soz.gut entw., soz.integriert, fam.gut gefördert u.eingebettet, schul.unterford.,außersch.gef.
19	emot.stabil, soz.gut entw., vielseitig interessiert u.geförd., fam.eingebettet u.geförd., schul.unterford.
20	emot.u.soz.stabil, außerschul.gut gefördert, fam.gut eingebettet, derzeitig schul.unzufrieden
21	emot.sensibel, psychosom.Beschw.bei Belastung, fam.u.im KG gut geförd., außersch.vielseitig geförd.
22	emot.stabil, soz.gut entw., fam.eingebettet, soz.gut integriert, schul.u.außerschul.gut geförd.
23	emot.u.soz.gut entw.u.stabil, vielseitig interessiert u.geförd., schul.unterfordert,außersch.geförd.
24	emot.belastet, soz.wenig integriert, fam.nicht gut eingebettet, ängstlich, schul.u.außerschul.geförd.
25	emot.stabil, soz.gut entw., fam.eingebettet, fam./schul./außerschulisch gut gefördert
26	emot.u.soz.gut entw., soz.integriert, fam.u.schulisch gut gefördert
27	emot.u.soz.gut entw., fam.gut gefördert, schulisch unterfordert u.unwohl
28	emot.u.soz.reif u.stabil,soz.orientiert, pos.Vgl.in Kl.(pos.Selbstwert),fam./schul./außerschul.gut geförd.
29	emot.stabil,soz.gut entw.,fam./schu./außerschul.gut geförd.,derzeit nicht in Kl.integriert, Freizeitstress
30	emot.u.soz.altersentsprechend entw.
31	emot.u.soz.gut entw., in Fam.u.Peers gut eingebettet, emot.stabil, fam.gut gef.,schul.zu ger.Begabtenförd.
32	emot.u.soz.gut entw.,emot.stabil.,wenig förd.Schule(soz.nicht in Kl.integriert), fam.eingebettet u.geförd.
33	emot.u.soz.gut entw.,fam. gut geförd., Schule: soz.wenig integriert u.wenig geförd.
34	emot.u.soz.gut entw., in Fam.u.Peers sicher eingebettet, fam./außerschul.gut geförd.
35	emot.u.soz.gut entw.,emot.stabil.,soz.integr.,fam.eingebettet u.geförd.,schul. gut geförd.,kog.u.soz.reif
	Hochleistungspotenzial nach Intervention
36	emot.u.soz.reif u.stabil, soz.integriert,fam.eingebettet, außerschul.gef.,schul.unterford.u.Störverhalten
37	emot.u.soz.gut entw.,fam.eingeb.,Schule:soz. nicht integriert/unterford.,wenig Freizeit/ger.außerschul.F.
38	emot.unausgeglichen, soz.gut entw.,in Fam u.Peers integriert, schul.nicht wohl, außererschul.geförd.
39	scheu,eher ängstlich,vermutlich Asperger Syndrom: geringe soz.-emot.Gegenseitigkeit, schul.Mobbing
40	emot.instabil bez.eigener Leistungen, soz.integriert, fam eingebettet, gut geförd.
41	soz.gut integriert, in Fam:emot.belastet, Ängste(Gewalt), fam.gut gefördert, schul.tw.unterford.(Mathe)
42	emot.u.soz.gut entw., emot.stabil, soz.integriert, fam./schul. gut gefördert
43	emot.stabil, soz.in Schule integriert, fam./schul. gut gefördert
44	emot.instabil (Eltern-Trennung), soz.sehr kompetent, soz. gut integriert, unsicheres Selbstkonzept
45	emot.stabil, soz.gut entw., fam.u.schul.gut gef., mehrsprachig aufgewachsen (Deutsch erst im KG)
46	emot.instabil(aggr.Verh.in Fam.u.Schule),soz.integr.,fam.eingebettet,schul.unterford.,sportlich geförd.
47	emot.u.soz.gut entw., in Fam u.Peers eingebettet, fam.gut geförd., kog.Pot.noch nicht entspr.geförd.
48	emot.u.soz.gut entw., emot.stabil, in Fam u.Peers gut eingebettet, schul.unterfordert, fam.gut geförd.
49	emot.u.soz.gut entw., introvertiert, sensibel, soz.gut integriert, fam.eingebettet
50	introvertiert u.sensibel, vielseitig interessiert, soz.zurückhaltend, schul.unterfordert, anspruchsvoll
51	emot.stabil, schul.unterfordert: verunsichert, soz.gut integr., fam./außerschul.gut geförd.
52	emot.belastet(Ängstlichkeit u.Anspruch), Psychosomatik, soz.integriert, fam./schul./außerschul.geförd.
53	emot.empfindsam, schul.unwohl/soz.nicht integr./Angst vor lauten Kindern in Kl., sehr mutterbezogen
	Kein Hochleistungspotenzial
54	scheu, fröhlich, nicht belastet, soz.gut integriert, außerschul.gef.,schulisch unterfordert
55	emot.gut entw., soz.-emot.belastet, ängstlich, soz.nicht integriert in Kl.,Selbstzweifel
56	schüchtern,vorzeitige Einschulung mit tw.Überforderung, fam.eingebettet, kog.u.musikalisch gefördert
57	emot.belastet, schul.Umfeld: nicht leistungsförderlich, aber soz.gut integriert
58	soz.Ängste u.Leistungsängste,ängststabilisierend: Verh.u.Umwelt, Übelkeit,(offen/kooperativ in Testung)
59	emot.stabil, soz.integriert, scheu, fam.gut eingebettet, außerschul.gefördert
60	emot.instabil: häufig ängstlich u.zornig, unsicheres Selbstbild, soz.unsicher
61	emot.stabil, zu ger.Selbstständigkeit erzogen,schul.nicht gut integr.u.überfordert, außerschul.gut geförd.
62	sensibel, soz.u.emot.u.körperlich belastet, Mobbing, wenige Freunde, fam.u.außerschul.gut gefördert
63	emot.u.soz.gut entw.,emot.stabil, fam.eingebettet, Wunsch nach mehr Freunden, fam.u.schul.gut geförd.
64	emot.u.soz.stabil, fam.u.schulisch gut integriert u.gefördert, soz.zurückhaltend
65	schul.soz.unsicher/n.integr., schul.unterford., Wutanfälle bei soz.Frustration, fam.eingebettet u.geförd.
66	emot.instabil, fehlende Impulskontrolle/Selbstmanagement, soz.integriert, fam.eingebettet u.geförd.
67	emot.stabil, soz.integriert, fam./schul./außerschul.gefördert
68	emot.selbstunsicher, Angst vor Fehlern, soz.in Kl.nicht gut integriert, wenig gefördert(fam,außerschul.)
69	emot.schulisch belastet, ger.Selbstwert, Stress bez.Noten, soz.Konflikte in Kl.u.Fam., fam.gefördert
70	emot.stabil, soz.gut entw, irritierbar, günstige schul.Situation., fam.gut eingebettet, außerschul.geförd.
71	emot.stabil, soz.gut integriert, scheu, fam.gut eingebettet, außerschul.geförd., tw.aggr.Verh.in Schule
72	emot.instabil, soz.zurückgezogen, schul.bislang gut gef./derzeit nicht herausford., außerschul.wenig gef.
73	emot.instabil, ängstlich, scheu, soz.isoliert, schulisch soz.nicht integriert, aber kog.gefördert
74	emot.u.soz.gut entw.,emot.empfindsam/unausgewogen, Selbständigk.im Alltag, fam.eingeb.,soz.integriert
75	emot.stabil.,sensibel,soz.gut entw., fam.eingebettet, fehlender soz. Anschluss in Kl., schul.überfordert
76	schul.erlebte Unterford.,neg.Bez.zu Lehrer(bald auf AHS), gut kontaktfähig, soz.integriert, außerschul.gef.
77	emot.instabil, Angst, Erregbarkeit, belastet d.schul.Konfliktsituation, Umwelt wenig förderlich
78	gedrückte Stimmung, affektverflacht, wenig kontaktfreudig, soz.Probleme, fam.wenig unterstützt
79	emot.instabil, nicht bewältigte Krise, Ängstlichkeit, soz.sehr gut entw.u.integr., viele Freunde
80	emot.belastet,depressiv gestimmt, fam.sicher, ger. Gehorsam, robust-aggr.Verh.,Konflikte(schul.u.fam.)
81	emot.zurückhaltend, soz.Interesse, tw.unsozial, körp.empfindsam, schul.überford., in Peers integriert
82	emot.ängstlich,soz.reif u.integr., außerschul.geförd.,schul.unterfordert, motorisch aktiv
83	emot.u.soz.gut entw., fam.wenig Hilfe bei HÜ, in Schule: soz.integr./unwohl wg.Aufgaben, außerschul.gef.
84	emot.u.soz.gut entw., soz.integriert, fam.eingebettet, überhehrgeizig, schul./außerschul.geförd.
85	emot.empfindsam u.belastet(körp.Symptome),soz.scheu u.vorsichtig,oft allein,schul.gestress, fam.Hilfe
86	emot.belastet, Ängste,Zwangssymptome,Autoaggr.,fam.Schwierigkeiten,wenig förd.Umwelt(Schule, Peers)
87	emot.u.soz.gut entw.,empfindsam, fam.eingebettet,soz.integr./kompetent, fam./schul./außerschul.geförd.
88	soz.kompetent, emot.sensibel, fam.eingebettet, soz.integriert, fam./schul./außerschul.gut geförd.
89	emot.u.soz.gut entw.,zurückhaltend, aber offen, fam.gut gefördert
90	emot.u.soz.gut entw.,schul.unzufrieden(Unterford.u.in Kl.soz.nicht integr.), fam./außerschul.gut geförd.
91	emot.u.soz.gut entw., fam.eingebettet, schul.unzufrieden:nicht integr./unsicher in Kl.
92	gut kontaktfähig, fam.eingebettet u.soz.gefördert, Ängste, Schule: wenig lernförderlich
93	emot.u.soz.gut entw., fam.gut eingebettet, soz.integriert, fam./außerschul.geförd., schul.gelangweilt
94	emot.empfindsam, soz.integr./wenig leistungsförd.Peer-Group in Kl., außerschul.gef.(aber Freizeitstress)
95	emot.belastet (eigener Leistungsanspruch), fam.eingebettet, schul.nicht integr., schul./außerschul.gef.
96	emot.u.soz.gut entwickelt, soz.kompetent, interessiert, motorisch unruhig
97	emot.u.soz.gut entw., schul.gut gef., fam.eingebettet, fam.Auseinandersetzungen (Regeln einhalten)

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	Defizite zusammengefasst
	Hochleistungspotenzial
01	soz.Integration, AM: Schule
02	Vh.auffälligkeit (soz.Probleme im Hort)
03	AH tw., emot.sensibel,tw.soz.unsicher
04	
05	kog.Fähigk. tw.
06	soz.zurückhaltend
07	
08	
09	kog.Fähigk. tw., TLS: leichte Lese-und Rechtschreibstörung
10	kog.Fähigk.tw., soz.-emot.Bereich, AM: Schule
11	Leistungsschwankungen in Schule
12	soz.zurückhaltend
13	AH tw.
14	kog.Fähigk.tw., soz. schüchtern
15	
16	tw.emot.belastet, soz.schüchtern, AM: tw. Familie (Bruderrivalität); Schule
17	kog.Fähigk.tw., AH tw., emot.unsicher
18	AH tw.(hoher Selbstanspruch), AM: Schule
19	AM: Schule
20	AM: Schule
21	emot.sensibel
22	AH tw.
23	AM: Schule
24	AH, soz.-emot.Bereich, AM: Familie
25	
26	kog.Fähigk.tw., AH tw.
27	kog.heterogen, AM: Schule
28	kog.Fähigk.tw., AH tw.
29	AH tw., soz.-emot.Bereich, AM: Schule
30	
31	kog.heterogen, AM: Schule
32	soz.Integration, AM: Schule
33	soz.Integration, AM: Schule
34	AH tw.
35	AM: Schule
	Hochleistungspotenzial nach Intervention
36	AH tw., Vh.auffälligkeit, AM: Schule
37	kog.heterogen, soz.Integration, AM: Schule; außerschul. Förderung
38	kog.Fähigk.tw., AH, emot.unausgeglichen, AM: Schule
39	sozial-emot.Bereich, Vh.auffälligkeit, AM: Schule (Mobbing), TLS?: Asperger Syndrom
40	AH, tw.emot.instabil (Leistungen)
41	kog.Fähigk.tw., emot.belastet (Ängste), Vh.auffälligkeit, AM: Familie; Schule
42	kog.heterogen, TLS Legasthenie
43	kog.Fähigk.tw./heterogen, AH, (sprachliche Defizite)
44	kog.Fähigk.tw., emot.instabil, AM: Familie
45	kog.Fähigk.tw./heterogen, AH tw.
46	kog.Fähigk.tw., AH tw.,emot.instabil, Vh.auffällig, AM: Schule
47	kog.Fähigk.tw./heterogen, AM: Schule; außerschul.Förderung, (sprachliche Defizite)
48	AH tw., AM: Schule
49	AH tw., TLS: isolierte Rechtschreibstörung (RSS)
50	kog.heterogen, soz.-emot.Bereich tw.: introvertiert, sensibel, wenige Freunde, AM: Schule
51	AH tw.(unsicheres Selbstkonzept), emot.unsicher, AM: Schule
52	kog.Fähigk.tw.,AH tw., emot.belastet, Vh.auffällig, (soz.Profilieren, Angst)
53	AH tw., soz.-emot.Bereich, AM: Schule
	Kein Hochleistungspotenzial
54	kog.Fähigk., AH tw., sozial scheu, AM: Schule
55	kog.Fähigk., soz.-emot.Bereich
56	kog.Fähigk., AH, AM:Schule, TLS?: sensorische Integration/Körperschema
57	kog.Fähigk./heterogen, AH/Lerntechiken, emot.belastet, AM:Schule.
58	AH tw., soz.-emot.Bereich (Ängste), Vh.auffälligkeit, AM: Familie; Schule
59	kog.Fähigk.tw., AH, soz. scheu, (Graphomotorik, Aussprache)
60	kog.Fähigk.tw, AH, emot.instabil, TLS: Aufmerksamkeitsdefizit
61	kog.Fähigk./heterogen, AH, soz.Integration, AM: Familie; Schule
62	soz.-emot.Bereich, Vh.auffälligkeit, AM: Schule, (Schulangst,Mobbing)
63	kog.tw./mehrheitlich DS, AH tw.
64	kog.Fähigk./heterogen
65	AH, soz.-emot.Bereich, Vh.auffällig, AM: Schule
66	AH, emot.instabil, Vh.auffällig, Schule, TLS früher diagnostiziert: ADHS
67	kog.Fähigk./heterogen, TLS: schwere kombinierte LRS
68	AH tw., soz.-emot.Bereich, AM: Familie; außerschul.Förd.
69	kog.heterogen, AH tw., soz.-emot.Bereich, AM: Familie; Schule
70	kog.Fähigk.
71	kog.Fähigk.tw./heterogen, AH tw., Vh.auffällig.
72	kog.Fähigk.tw, AH tw, soz.-emot.Bereich, AM: Schule; außerschul.Förd.
73	AH, soz.-emot.Bereich, (ängstlich,soz.isoliert)
74	kog.Fähigk., AH, emot.unausgeglichen
75	kog.Fähigk., soz.Integration, AM: Schule, TLS: LRS
76	AH, AM: Schule
77	AH, emot.instabil, AM: Schule
78	kog.Fähigk./heterogen, AH, soz.-emot.Bereich, Vh.auffällig, AM: Familie
79	kog.Fähigk., AH, emot.instabil, (Verlustängste)
80	AH, soz.-emot.Bereich., Vh.auffällig, AM: Schule
81	AH, soz.-emot.Bereich, AM: Schule, TLS? Sensorische Integration
82	kog.Fähigk.tw./heterogen, AH, emot.instabil, AM: Schule
83	kog.Fähigk.tw., AH, AM: Familie; Schule
84	kog.Fähigk./heterogen, AH tw.
85	kog.Fähigk.tw., AH tw.,soz.-emot.Bereich, belastet, AM: Schule
86	kog.Fähigk., AH tw.,emot.B.,Vh.auffällig,AM:Familie;schul.u.außerschul.Förderung
87	kog.mehrheitlich DS, AH tw., emot.sensibel
88	kog.Fähigk.tw., AH tw., emot.sensibel/geringer Selbstwert
89	AH tw. (impulsiv und fehleranfällig)
90	AH, soz.Integration, AM: Schule
91	AH, soz.Integration, AM: Schule
92	kog.Fähigk./heterogen, AH, emot.instabil, AM: Schule
93	AH, AM: Schule
94	AH tw., emot.empfindsam, AM: Schule; außerschulisch: Freizeitstress
95	kog.Fähigk.tw., AH tw., soz.-emot.Bereich, Vh.auffällig, AM: Schule
96	kog.Fähigk.tw., AH, TLS:Körperwahrnehmungsstörung (motorische Unruhe)
97	kog.Fähigk.tw., AH, Vh.auffälligkeit

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	Voraussetzung für HLP/ Empfehlungen
	Hochleistungspotenzial
01	indiv.Förderung entsprechend hohem Niveau in Schule, alternativ Schulwechsel
02	indiv.Förderung in Kl., Hortplatz: Wechsel, Wohlbefinden steigern, fam.:Erleben neg.Gefühle unterstützen,außerschul.F.
03	indiv.F.in Kl.(Math.), fam.:Arbeitsstil bessern(Sorgfalt,Kontrollmechanismen),außerschulisch vielseitige Förderung
04	indiv.F.in Kl. wie bisher, ev. außerschulisch weiter fördern
05	Nebenstudium an Interessen angelehnt
06	indiv.F.in Kl.(nach Interessen u.Stärken), Anstrengungs- u.Sprachfähigkeiten steigern, ev.außerschul.Förderung
07	indiv.F.in Kl.wie bisher, vielseitige F.außerschulisch wie bisher gut umsetzen, Schullaufbahn: indiv.Förderung
08	indiv.F.in Kl.wie bisher, vielseitige F.außerschulisch wie bisher gut umsetzen, Schullaufbahn: indiv.Förderung
09	indiv.F.in Kl.wie bisher auch bei weiterer Schule berücksichtigen, ev. außerschulische F.(Musik, Sport, kog,...)
10	Schulwahl: AHS mit Begabtenförd.nach Interesse u.Förd.soz.Kompetenz, außerschul.Aktivitäten mit Gleichaltrigen
11	indiv.F.in Kl.(Mathematik), ruhige Hausübungssituation ohne Ablenkungen, ev.außerschulische Förd.
12	Klasse-Überspringen (keine Überford.zu erwarten), Wortschatz-Übungen d.Lehrer und Fam., ev.außerschulische Förd.
13	kein Überspringen(bisher kein Leidensdruck), indiv.F.in Kl., AHS m.Begabtenförd.wählen, außerschul.wie bisher fördern
14	vorzeitige Einschulung (vorbereitend Teilnahme an Vorschulgruppe),fam.: soz.Kompetenz unterstützen, ev.außerschul.F.
15	Schule entsprechend hohem Begabungsniveau (Unterforderung vermeiden), ev.außerschul.F.
16	indiv.F.in Kl., fam.Unterstützung bei Leistungsförd.AH, außerschul.Förd.(Selbstkonzept, Rivalität mit Bruder umgehen)
17	mög.vorzeitige Einschulung: indiv.F.in Kl.mit Rückmeldung, emot.u.soz.weiter fördern, außersch.F.
18	keinSchulwechsel(gut integr.),ind.F.in Kl., weit.Schule:mit Begabungsschwerpkt.u.entSpr.Interessen, außersch.weiter förd.
19	indiv.F.in Kl., alternativ Klassenübersprung od.parteille Teilnahme an höheren Schulstufen, ev.außerschul.F.
20	Schulwahl: sowohl für Sportgymnasium als auch für Begabten-Modellklasse geeignet, außerschul.vielseitig fördern
21	Einschulung: indiv.F.in Kl., wg. Empfindsamkeit behütetes Klassenklima berücksichtigen, ev.außerschul.fördern
22	außerschul.weiter fördern, im Umgang mit Unzulänglichkeiten unterstützen (Frustrationstoleranz)
23	indiv.F.in Kl., fam.u.außerschul.weiter fördern, weitere Schulwahl entspr.hohem Niveau
24	weit.Schule: AHS/eigener Wunsch, Leistungsdruck verringern, Erziehungsberatung(wg.Schlagen), soz.u.intellektuelle F.
25	indiv.F.in Kl.(wie bisher), weit.Schule mit Begabungsförderung, außerschul.F.(Hochbegabungsvereine), ev.weitere Förd.
26	indiv.F.in Kl (Mathe), Schule mit indiv.F.und nach Interesse (Sport) wählen, ev. außerschulische Förderung
27	indiv.F.in Kl., ev.Schulwechsel mit Begabungsschwerpkt., außersch.F.(Raum-Lage-Orientierung, gemeinsames Lesen)
28	derzeit Schule passend:pos.soz.Situation,genügend Freizeit,Interessen weiterentw., naturwiss.Beg.(Schulwahl),außersch.F.
29	indiv.F.in Kl.,kontinuierlich mitlernen, ev.psycholog.Beratung bei Verschlechterung d.Befindens,fam.:pos.Feedback geben
30	normale soz.u.emot.Entw. im Kindergarten ermöglichen, kog.altersuntypisch fördern, Spiele/Lernmaterialien,außerschul.F.
31	Klasse-Überspringen, fam.-beim Nachlernen helfen, alternativ :indiv.F.in Kl., Training vis. Gliederungsfähigk., außersch.F.
32	Schulwechsel entspr.Interessen oder AHS Oberstufe: neue Freunde, außerschul.Förd.der Interessen
33	kein Schulwechsel (Wunsch zu bleiben),ausßerhäusliche Förd.u Aktivitäten (Hochbeg.vereine), Sport (soz.Kontakte)
34	indiv.F.in Kl.:Leistungsfreude,Ausdauer in schwierigen Aufg., außersch.F.(Teamsportart:soz.Kompetenz u.Selbstsicherheit)
35	Klasse-Überspringen ins Gymnasium, alternativ:indiv.F.in VS, außerschul.F.
	Hochleistungspotenzial nach Intervention
36	indiv.Förderung in Klasse u.weitere Aneignung von Lerntechniken (für AHS), außerschulische vielseitige Förderung
37	schul. u.außerschul.Förderung, indiv.Förderung in Kl.entSpr.hoher Begabung; alternativ: Schulwechsel
38	indiv.Förderung in Kl., Raum-Lage: Training, leistungsförd.AH, außerschul.Förd.
39	Schulwechsel Sir-Karl-Popper-Schule alternativ: indiv.F.in derzeitiger Schule, Psychotherapie
40	Lerntherapie, Unterstützung bei HU, Lesen (Wortschatz verbessern), ev. außerschulische Förderung:Freude,emot.Stabilität
41	indiv.Förd.in Kl.(Mathematik); Kinderpsychotherapie, fam.auf kindgerechte Informationsaufnahme achten u.Gespräche
42	indiv.F.in Kl, Legasthenieerlass, Legastheniekurs, Lesen, auch in Fam.:orthografisches Training, außerschul.Förd.
43	Schulwahl entsprechend hoher Begabung, Deutschkurs, gemeinsames Lesen deutschsprachiger Kinderbücher
44	für Mehrstufenkl.g geeignet, Schule mit Begabtenförd., Spieltherapie: emot.Besserung und Aufarbeitung d.Eltern-Trennung
45	indiv.F.in Kl., für Mehrstufenkl.g geeignet, höhere Leistungserbringung d.pos.Rückmeldung, Deutsch: fam.Förd.u.ev.Vereine
46	indiv.F.in Kl.(auch Verhaltensregeln),ev.Schulwechsel, Erziehungsberatung(Sicherheit durch Struktur),fam.u.außerschul.F.
47	indiv.Förd.:Sprachentwicklung, indiv.F.in Kl.:Leistungsfreude, außerschul.vielseitig förd.
48	indiv.F.in Kl., in Fam.:auf leistungsförderliche AH achten: Anstrengung u.Pflichterfüllung verstärken, ev.außerschul.F.
49	indiv.F.in Kl., Lernstrategien u.Arbeitstechniken, Selbstorganisation, Rechtschreibtraining, Lerntherapie, außerschul.F.
50	für hum.Gym geeign.: Schulklima/kleine Kl.,kontinuierliches Lernen,bei Verschlechtern:therap.Begleitung, soz.Förderkurse
51	indiv.F.in Kl.,reguläres Gym., in Fam.leistungsförd.AH bestärken, außerschul.F.:Selbstsicherheit,Freude u.Ehrgeiz gewinnen
52	indiv.F.in Kl, Lern-u.Arbeitstechniken,Psychotherapie(Selbstwert,emot.Belastung,soz.Komp.),fam.unterstützen,außerschul.F.
53	Schulwechsel:kleine,ruhige Kl.,ger.Leistungsdruck, indiv.F., Abkl.bei Logopädin, Familientherapie(Ablösungsprozess)
	Kein Hochleistungspotenzial
54	keine Hochstufung in nächste Kl.(Überforderung); Wechsel in andere Kl.mit indiv.Förd.entSpr.Begabung, außerschul.F.
55	indiv.F.in Kl.: in Schwächen (ev.Nachhilfe), Selbstkonzept steigern, Lernspiele, soz.Kontakte stärken, Familientherapie
56	ergotherapeutische Abklärung, in Fam.: auf vermehrte Ruhe-u.Spielphasen achten, Konzentrationstraining
57	Lerntherapie, Hilfe bei strukturierter Hausübungs- u. Lernsituation, ev.Lerninstitut
58	kein Schulwechsel, sondern: Psychotherapie, Erziehungsberatung (Umgang mit Schulvermeidung)
59	indiv.F.in Kl.vorrangig nicht-kog.Fähigk.:Motivation, mit Struktur, außerschul.F.ohne Druck, Schreiben, Aussprache
60	Eltern-Kind-Aufmerksamkeitstraining,Vorschläge für Umgang m.unaufmerksamen Vh.im schul.u.privaten Kontext umsetzen
61	Rückstellung in Vorschule, ergotherapeutische Abkl, Erziehung zur Selbstständigkeit, Figur-Grund-Diff.schwäche abklären
62	weit.Schule am emot.-soz.Befinden orientieren: fam.Schulklima zur soz.u. emot.Reifung, Psychotherapie, ärztl.Behandlung
63	indiv.F.in Kl.entsprechend hoher Grundbegabung (Mathe), soz.Kontakte mit Gleichaltrigen, ev.außerschul.F.
64	indiv.Interessen bei Schulwahl berücksichtigen, gute Befähigung für HTL (sehr gute schulische Leistungen)
65	Lernstrategien, pos.Feedback, indiv.F.in Kl. u. außersch., Psychotherapie (soz.Kompetenz u.Selbstvertrauen)
66	indiv.F.in Kl (mittlere Schwierigkeit:Leistungsmotiv.erhalten), Verhaltenstherapie, außerschul.wie bisher stützend förd.
67	Legasthenie-Training, Schulwahl: Gym.mit indiv.Förd. (Stärken fördern und Schwächen berücksichtigen)
68	Psychotherapie, weitere Schule: HTL (entsprechend naturwiss.Interesse u.hoher Begabung im logischem Denken)
69	indiv.F.in Kl.: AHS als weit.Schule, ergotherapeutische Abkl.u.Training RLO/Aufm., Selbstwertstärkung., soz.Kontakte förd.
70	kein Schulwechsel in AHS (Überforderung),indiv.F.in Kl.der Stärken, vis.Diff.f.u.Sprache fam.förd, außersch.F.
71	indiv.F.in Kl.(Mathe), Grenzen bez.aggr.Verh.in Schulpausen aufzeigen, sprachliche Förderung
72	außerschul.intellektuell und sozial förd., begleitende psychotherapeutische Beratung
73	Schulwechsel mit indiv.Förd.vor allem Sprache, soz.Aktivitäten/Vereine, außerschul.Förd.
74	indiv.F.entSpr.Entwicklungsstand u.spielerisch (AH, soz.-emot.Reifung), Familientherapie, Schultyp: mit klaren Strukturen
75	Legasthenietraining, Legasthenieerlass, ev.Rückstufung (Defizite ausgleichen),Erklärungen im Alltag, Lesen, Druck nehmen
76	konzentrierter Arbeitsstil, ruhiger Arbeitsplatz, Gym. m.indiv.Förd.(Motivation erhalten), Respekt vor Lehrer, außersch.F.
77	Schule: Gym./Schule n. Interessensgebiet, Schulwechsel wg.Konflikte mit Lehrer, psychotherapeutische Begleitung, Sport
78	Schule nach Interesse wählen (HTL), Erziehungsberatung, Psychotherapie
79	Lernplan, Lern-u.Arbeitstechniken, Nachhilfe u.Förderangebote schulintern, Psychotherapie, fam.Unterstützung
80	Schulverbleib:Stabilität, soz.positionieren, Lernstrategien, Kindertherapie,Erziehungsberatung, fam.Interesse, außersch.F.
81	kein Schulwechsel, in Fam.:leistungsförderliche AH bzw.Lerntechniken fördern, Ergotherapie, Kinderpsychotherapie
82	indiv.Förderung in Kl.(Math./Sachunterricht,Referate), Lob/Verstärkung bei Aufgaben, Erklärungen im Alltag
83	in Fam.:leistungsförd. AH (kleine konzentrierte Arbeitseinheiten), Leistungsfreude, pos.motivieren, Lesen (Wortschatz)
84	TLS-Training, indiv.F.in Vorschule:Leistungsfreude, Rechnen, schul.mittels Drehtürenmodell fördern, mehr Flexibilität
85	spiel. kog.F.(Sprache,Lesen,techn.Begabung), Abkl.AspergerSyndr., Psychotherapie,soz.Kompetenz,Lerntechnik „ganzzheitl.F.
86	kein Schulwechsel, erst emot.Stabilisierung (längerfristig Schulwechsel erwägenswert), kinderpsychiatrische Abklärung
87	Begabungen fördern(Sprache),Vorlesen,Gespräche; im Alltag Rücksicht auf Sensibilität nehmen,außerschul.F.(Kreativität)
88	in Fam.: Selbstwert stärken: Anstrengung (nicht Erfolg) belohnen, Gefühle ansprechen, außerschul.F.ohne Leistungsdruck
89	Schule mit indiv.Förd.der Stärken(Sprache):.Unterford.vermeiden, außerschul.F.für noch höhere Leistungsentfaltung
90	Schulwechsel: mit indiv.Förd.durch Lehrer: Leistungsfreude, Lob für höhere Leistungserbringung; außerschul.Förd.
91	AHS, ev.Lerntherapie, klare Alltagsstrukturen/Regeln,Selbstwert,Begabungen außersch.förd.,(Team-)Sport wg.Unruhe
92	schulische (indiv.F.in Kl.) u.außersch.Förd., AH,höhere Leistungserbringung, RLO, Psychotherapie, Erziehungsberatung
93	vom Klassenüberspringen abgeraten, indiv.F.in Kl.entSpr. Stärken (Mathe) oder Drehtürenmodell, außerschul.F.
94	indiv.F.in Kl.(Math.),Beratungslehrer(wg.Klassendynamik),pos.Rückmeldung der Leistungen, ausreichend Ruhe,außersch.F.
95	indiv.F.in Kl., Förderkurse, Wechsel in VS mit weiterführender AHS (für emot.Reifung), Psychotherapie, außerschul.F.
96	indiv.F.in Kl.(Math.),Wiederaufnahme Ergotherapie,fam.Unterstützung bei AH/außersch.F.(vis.Diff.f.,impulsiver Arbeitsstil)
97	indiv.F.in Kl.(Rechnen), pos.Rückmeldung, Arbeitsplatz ruhig gestalten, Erziehungsberatung, Training RLO, außerschul.F.

A.1.: Darstellung der Datensammlung an der Gesamtstichprobe

Fall.Nr.	Bemerkungen
	Hochleistungspotenzial
01	wg.Langeweile, sinkender Freude u.Motivation im Unterricht
02	
03	Unsicherheit in Peer-Group (diesbezüglich kein expliziter Maßnahmenvorschlag)
04	anstehender Schulwechsel, Kontaktadressen bez.indiv.F./Hochbegabtenförderung beigelegt
05	hohes Potenzial kann in universitäre Hochleistungen umgesetzt werden
06	
07	Folgetestung, (1.Testung:HLP), hielt bzw.steigerte Leistung
08	Folgetestung, (1.Testung:HLP), steigerte Leistungen
09	wg. Austestung Legasthenie
10	wg. Schullaufbahnberatung; es liegt keine "klassische Hochbegabung" vor
11	wg. derzeitiger Leistungsschwankungen in Schule
12	wg.eventuellem Klasse-Überspringen
13	wg.eventuellem Klasse-Überspringen (möchte aber bleiben)
14	wg.möglicher vorzeitiger Einschulung
15	wg.Schullaufbahnberatung
16	wg.Schulwahlberatung, Mutter äußert Sorge der Unterforderung in Schule
17	bei Testung eingeschüchtert, konnte vermutlich sein Potenzial nicht voll zeigen
18	Folgetestung, Schulwahlberatung, kog.überDS (HLP nicht explizit erwähnt)
19	Folgetestung, (1.Testung: HLP:Klassenüberspringen geraten), Wunsch nach weit.Übersprung
20	Schulwahlberatung: Sportgym. (eig.Wunsch u.kein Druck "besonderer Begabungsförderung.")
21	Schulwahlberatung; HLP zu attestieren sofern richtige Schulwahl erfolgt
22	besucht bilingualen Kindergarten
23	Folgetestung, (1.Testung: Hochbegabung, aber kein HLP wg.fehlender AH);
24	viele fam.Konflikte, Kind berichtet von Mutter geschlagen zu werden
25	
26	wg. Schullaufbahnberatung
27	wg.Schulwechsel,derzeitig unterford., in psychologischer Behandlung wg.elterlicher Scheidung
28	
29	Folgetestung, (1.Testung: Hochbegabung, aber kein HLP wg.fehlender AH);
30	entwicklungsbedingte Unterschiede in kog. Niveau und soz/emot. Entwicklung
31	
32	wg.DS math.Begabung von Sir-Karl-Popper Schule abgeraten (Gefahr der Überforderung)
33	wg.Schullaufbahnberatung; (weiterführende Schule: mit Begabungsschwerpkt.wählen)
34	
35	
	Hochleistungspotenzial nach Intervention
36	wg.schul.Unterford., störendes Vh./Disziplinsschwierigkeiten; d.Beg.mühevoller Erfolg in VS
37	Testwerte belegen: Potenzial scheint noch lange nicht ausgeschöpft zu sein
38	
39	derzeit Hochbegabung zuzuschreiben (kein HLP)
40	Folgetestung, wg.Konzentrationsschwierigkeiten in Schule
41	wg. Verhaltensauffälligkeiten in Schule (stört Unterricht); zeigt hohe math.Beg.; insg.kein HLP
42	wg. Austestung Legasthenie
43	Sprachdefizit:hohes Pot.in sprachl.Leistungen n.umsetzbar;Besserung d. schul.Sprachgebrauch
44	wg.Feststellung der Eignung für Mehrstufenklasse
45	wg.vorzeitiger Einschulung (bereits für Mehrstufenkl.entschieden)
46	wg.Ursachenabkl.aggr.Verhaltens u. Schulwahlberatung
47	hohe kog.Begabung, zu geringe Förderung bisher: kein HLP derzeit
48	d.mangelnde AH geht über schulisches Niveau nicht hinaus, zeigt störendes Verhalten in Kl.
49	wg.Verdacht auf Legasthenie
50	wg.schul.Unterforderung u. Schulwahlberatung
51	wg.Schulwahlberatung;(wg.fehlendem Ehrgeiz/Selbstkonzept kein Gym.m.Begabungsförd.empf.)
52	wg.Verhaltensauffälligkeiten in Schule
53	wg.Unwohlsein in Kl., unorganisiert u.langsam; manchmal Sprachverständnisschwierigkeiten
	Kein Hochleistungspotenzial
54	aufgr.DS Beg./verspielter AH/ger.Anstrengungsb: kein Überspringen trotz derz.Unterford.geraten
55	wg.Leistungsschwächen in Schule, enge Bindung an Mutter, von Geschwistern abgewertet
56	Sprachverständnisschwierigkeiten, vermutete sensorische Integrationsstörung
57	wg.schulischer Probleme:Ursachenabklärung, möchte keinen Schulwechsel
58	wg.Aufmerksamkeitsschwierigk.u.Schulangst; (Probl.in Aufm.scheinen motivationaler Natur)
59	Schwierigkeiten beim Schreiben, "S"-Fehler in Aussprache
60	weitere Schule: bei Besserung AHS (hohe Begabung), sonst: kooperative Mittelschule
61	wg.ev. Rückstellung in Vorschule; (geraten um im spielerischen Rahmen AH zu bessern)
62	wg. Ursachenabklärung soz. Schwierigkeiten, (Ängste,Schulvermeidung u.kölp.Beschwerden)
63	überwieg.kog.DS: keine generelle Unterford. in Schule erw.,daher zusätzliche kog.F.nicht nötig
64	Folgetestung, Schulwahlberatung, nur DS kog.Fähigk.(kein HLP, aberbegabt u. wurde gut gef.)
65	wg. Verhaltensauffälligk.in Schule (stört Unterricht).ev.bedingt d.Unterford.u.soz.Unsicherheit
66	auffälliges Verh.im Unterricht (soz.Problable, Aggression), früher: diagnostizierte ADHS
67	neuerliche Austestung bestehender Legasthenie, Schulwahlberatung
68	wg.Schulwahlberatung
69	Folgetestung, (1.Testung:überDS Begabung, Ergotherapie, Familientherapie u.indiv.F.in Kl.)
70	derzeitige Schule günstig: Klassenbester, Wechsel in AHS würde Selbstbewertung mindern
71	kein generelles HLP, hohe Begabungen in Teilbereichen (Mathe, Merkfähigkeit)
72	wg.Schulwahlberatung
73	Begabung im sprachl.Bereich/rechnerische Fähigk./grundlegende Denkfähigkeit
74	ergotherapeutische Abkl.wg.probl.Feinmotorik/diff.Raumlage-Wahrnehmung und Konzentr.
75	wg.schulischer Leistungsprobleme, altersadäquat begabt, aber d.Teilschwäche n. umsetzbar
76	Folgetestung, (1.Testung: Hochbeg.kein HLP wg.fehlender AH, Interv.:Schulwechsel,Ergotherapie)
77	
78	heterogenes Profil: Schwächen u. Stärken, die zu Langeweile/Fehlverhalten führen
79	wg.Eignung für HTL(Wunsch),zeigt Leistungsprobleme:Alternativen bedenken (ger.Belastungen)
80	belastende soz.Erlebnisse; häufige Schulwechsel: ungünstige soz.Entwicklung
81	Abkl.möglicher sensorischer Integrationsstörung, ger.emot.Integration,Überford.nicht kog.bed.
82	wg.schul.Unterforderung
83	kog.DS: HLP nicht zu erwarten, bei Steigerung in AH sind gute schulische Leistungen erreichbar
84	wg. Leistungsschwierigkeiten in Vorschule; erreicht unterDS u.weitüberDS Leistungen
85	
86	wg.Verhaltensauffälligk.in Schule; emot.u.soz.Probleme vordergründig zu klären
87	in wichtigen Bereichen DS Entwicklung: keine generelle Unterford. in Vorschule zu erwarten
88	
89	
90	
91	wg.Schullaufbahnberatung (derzeit viel Freiarbeit;nicht optimal wg.Impulsivität u.Ablenkbar.)
92	"räumliche Legasthenie" war vorab attestiert u.eine Ergotherapie durchgeführt worden
93	wg.ev.Klassenüberspringen: abgeraten, kein generelles HLP (spiel.AH,soz.-emot.altersgemäß)
94	leistungshinderliches soz.Umfeld: Klassendynamik
95	wg.ev.Überspringen in AHS: Überforderung erwartet; (Pflegefamilie, Unstimmigkeiten m. Lehrer)
96	Ergotherapie nach Diagnose Körperwahrnehmungsstörung erfolgte vorab
97	zeigt störendes Verh.in Kl., Mehrstufenkl. wäre günstig (math.Unterricht mit älteren Kindern)

A.2.: Darstellung der kategorisierten Faktoren an der Diagnosegruppe "Hochleistungspotenzial"

ARBEITSSTICHPROBE											
Fall Nr.	kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	emot.St.	soz.Int.	V.auff.	fam.F.	schul.F.	auß.F.	TLS Bemerkung
01	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	geringe schul.Förderung
02	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	soziale Probleme/Hort
03	1	1	1	2	2	2	1		1		
04	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
06	2	1	1	1	1		1	1	1	1	
07	1	1	1	1	1		1	1	1	1	
08	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
09	2	1	1	1	1	1	1	1	1		leichte Lese-u.Rechts.störung
10	2	3	1	1	1	3	1	1	3	1	Schule:unwohl,keine Freunde
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Leistungseinbußen in Schule
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
13	1	1	1	2	1	1	1		1	1	
14	2	3	1	1	1	2	1	1	1		Schüchternheit
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
16	1	1	1	1	2	1	1	2	3		tw.belastet/Bruderrivalität
17	2	3	1	2	2	1	1	1	1		vorzeitige Einschulung
VALIDIERUNGSSTICHPROBE											
Fall Nr.	kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	emot.St.	soz.Int.	V.auff.	fam.F.	schul.F.	auß.F.	TLS Bemerkung
18	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	
19	1	1	1	1	1		1	1	3	1	
20	1	3	1	1	1		1		3	1	
21	1	1	1	1	2		3	1	1	1	bei Belastung:Psychosomatik
22	1	1	1	2	1	1	1		1	1	
23	1	1	1	1	1		1		3	1	
24	1	1	1	2	3	3	1	3	1	1	familiäre Konflikte
25	1	1	1	1	1		1	1	1	1	
26	2	1	1	2	1	1	1	1	1		
27	1	1	3	1	1		1	1	3		
28	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	positiver Selbstwert d. Klasse
29	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	Stress, hohe Selbstansprüche
30	1	1	1	1	1		1				Hochbegabung, Reife nötig
31	1	1	3	1	1	1	1	1	3		
32	1	1	1	1	1	3	1	1	3		ungünstiges Schulklima
33	1	1	1	1	1	3	1	1	3		
34	1	1	1	2	1	1	1	1		1	
35	1	1	1	1	1	1	1	1	3		

Kodierungsindex:

grün unterlegte Fälle = keine Passung mit Modell 1

rot unterlegte Fälle = keine Passung mit Modell 1 und Modell 2

Kodierungswert "1" = überwiegend vorhandene Stärken im jeweiligen Faktor

Kodierungswert "2" = Stärken und Schwächen im jeweiligen Faktor

Kodierungswert "3" = überwiegend vorhandene Schwächen im jeweiligen Faktor

A.3.: Darstellung der kategorisierten Faktoren an der Diagnosegruppe "Hochleistungspotenzial nach Intervention"

ARBEITSSSTICHPROBE											
Fall Nr.	kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	emot.St.	soz.Int.	V.auff.	fam.F.	schul.F.	auß.F.	TLS Bemerkung
36	1	1	1	2	1	1	3		3	1	
37	1	1	3	1	1	2	1		3	3	Schulunlust
38	2	1	1	3	2	1	1		3	1	
39	1	1	1	1	3	3	3		3		(x) Asperger Syndrom?, Hochbegabung
40	1	1	1	3	2	1	1			1	Folgetestung
41	2	1	1	1	3	1	3	2	2		Verhaltensauffälligkeit in Schule
42	1	3	3	1	1	1	1	1	1		x Legasthenie
43	2	3	3	2	1	1	1	1	1		Sprachdefizit; tw.hohe Begabung
44	2	1	1	1	3	1	1	3			belastet durch Eltern-Trennung
VALIDIERUNGSSTICHPROBE											
Fall Nr.	kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	emot.St.	soz.Int.	V.auff.	fam.F.	schul.F.	auß.F.	TLS Bemerkung
45	2	3	3	2	1		1	1	1		Vorschulalter
46	2	1	1	2	3	1	3		3	1	fehlende Struktur, aggressives V.
47	2	1	3	1	1	1	1	1	3	3	ungenügende Förderung
48	1	1	1	3	1	1	1	1	3		
49	1	1	1	2	2	1	1				x isolierte Rechtschreibstörung
50	1	3	3	1	2	2		1	3	1	emotional sensibel; sozial scheu
51	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	verunsichertes Selbstkonzept
52	2	1	1	2	3	1	3	1	1	1	Psychosomatik, soziales Profilieren
53	1	1	1	2	2	3	1		3		ungünstiges Schulklima

Kodierungsindex:

grün unterlegte Fälle = keine Passung mit Modell 1

rot unterlegte Fälle = keine Passung mit Modell 1 und Modell 2

Kodierungswert "1" = überwiegend vorhandene Stärken im jeweiligen Faktor

Kodierungswert "2" = Stärken und Schwächen im jeweiligen Faktor

Kodierungswert "3" = überwiegend vorhandene Schwächen im jeweiligen Faktor

A.4.: Darstellung der kategorisierten Faktoren an der Diagnosegruppe "Kein Hochleistungspotenzial"

ARBEITSSTICHPROBE											
Fall Nr.	kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	emot.St.	soz.Int.	V.auff.	fam.F.	schul.F.	auß.F.	TLS Bemerkung
54	3	3	3	2	1	1	1		3	1	kognitiv im DS
55	3	3	1	1	3	2	1	3			soz.-emot.Probleme; Therapie
56	3	3	1	3			1		3	1	(x) Ergotherapie, Körperschema
57	1	3	3	3	3	1	1		3		Lerntherapie
58	1	1	3	2	3		3	3	3		Ängste, Schulvermeidung
59	2	3	3	3	1	1	1	1		1	Defizite: Schreiben u. Aussprache
60	2	3	3	3	3		1				x Defizit: Aufmerksamkeit
61	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	Rückstellung in Vorschule
62	1	3	1	1	3	3	3	1	3	1	sozial-emotional belastet
63	2	3	3	3	1	2	1	1	1		überwiegend kognitiv im DS
64	3	3	3	1	1	1	1	1	1		kognitiv heterogen/mehrheitlich DS
65	1	1	1	3	3	3	3	1	3		problematisches soz.-emot.Verh.
66	1	1	1	3	3	1	3	1			x Defizit: Impulskontrolle
67	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	x schwere kombinierte LRS
68	1	3	3	2	3	3	1	3		3	geringes Selbstwert u. Förderung
69	1	1	3	2	3	3	1	2	3		soz. Konflikte, geringer Selbstwert
70	3	3	1	1	1	1	1		1	1	kein Schulwechsel
71	2	3	3	2	1	1	3			1	hohes Potenzial in Teilbereichen
72	2	1	1	2	3	3	1		3	3	Defizit: Selbstregulation
73	1	3	1	3	3	3	1		3		Schulwechsel, sprachliche Begabung
74	3	3	1	3	2	1	1				emotional sensibel, Ergotherapie
75	3	3	1	1	1	2	1		3		x LRS, schulische Überforderung
VALIDIERUNGSSTICHPROBE											
Fall Nr.	kog.Gl.	UTs	Hom.	AH	emot.St.	soz.Int.	V.auff.	fam.F.	schul.F.	auß.F.	TLS Bemerkung
76	1	1	1	3	2	1	1		3	1	unterfordert, Lehrerkonflikte
77	1	1	1	3	3	1	1	3	3		belastet, Umwelt nicht förderlich
78	3	3	3	3	3	3	3	3			belastet, Familie nicht förderlich
79	3	3	3	3	3	1	1				unbewältigte Krise/Ängstlichkeit
80	1	1	1	3	3	2	3	2	3		aggressives Verhalten, Konflikte
81	1	1	1	3	3	1	1		3		(x) Defizit: emotionale Integration
82	2	3	3	3	3	1	1		3	1	Ängste, schulisch unterfordert
83	2	3	3	3	1	1	1	3	3	1	familär wenig Hilfe bei HÜ
84	3	3	3	2	1	1	1		1	1	überheilig, kognitive TLS
85	2	3	1	2	3	3	3	1	3		(x) emotional belastet u. sozial scheu
86	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	Ängste, Autoaggress., geringe Förd.
87	1	3	3	2	2	1	1	1	1	1	
88	2	3	1	2	3	1	1	1	1	1	geringer Selbstwert
89	2	1	1	2	1		1	1			impulsiv, tw. hohe Begabung
90	1	1	1	3	1	3	1	1	3	1	Schule: unterfordert /nicht integriert
91	1	1	1	3	1	3	1		3		Schule: unzufrieden/nicht integriert
92	3	1	3	3	3	2	1	1	3		Ängste, schulisch wenig gefördert
93	1	3	3	3	1	1	1	1	3	1	schulisch unterfordert
94	1	3	1	2	2				3	3	ungünstiges Klasse, Stress
95	2	3	1	2	3	3	3		3	1	belastet durch Schulsituation
96	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	x motorische Unruhe
97	2	3	3	3	1		3		1		störendes Verhalten in Schule

Kodierungsindex:

grün unterlegte Fälle = keine Passung mit Modell 1

rot unterlegte Fälle = keine Passung mit Modell 1 und Modell 2

Kodierungswert "1" = überwiegend vorhandene Stärken im jeweiligen Faktor

Kodierungswert "2" = Stärken und Schwächen im jeweiligen Faktor

Kodierungswert "3" = überwiegend vorhandene Schwächen im jeweiligen Faktor

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Agnieszka Jaworska

Geburtsdatum: 04.11.1985

Bildungsweg

1992 – 1996 Volksschule Herderplatz 1, 1110 Wien

1996 – 2000 Unterstufe Bundesgymnasium
1996/97 Gottschalkgasse 21, 1110 Wien
1997 – 2000 Geringergasse 2, 1110 Wien

2000 – 2004 Oberstufe Bundesgymnasium
2000/01 Akademisches Gymnasium, 1010 Wien
2001 – 2004 Geringergasse 2, 1110 Wien

seit 10.2004 Diplomstudium Psychologie, Universität Wien

Schwerpunkte: Psychologische Diagnostik,
Sozialpsychologie und Klinische Psychologie

11/2006 Abschluss des ersten Studienabschnitts

Berufliche Tätigkeit

07. bis 10.2009 Praktikum an der Test- und Beratungsstelle,
Universität Wien, Arbeitsbereich Psychologische Diagnostik

Wien, September 2011

