



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Studie zur aktuellen Situation der Psychologischen
Diagnostik in der Praxis mit zusätzlichem
Inventarbenutzungscheck“

Verfasserin:

Birgit Neubauer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, Juni 2014

Studienkennzahl:

298

Studienrichtung:

Psychologie

Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Mag. Klaus D. Kubinger

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei meiner Diplomarbeit so tatkräftig unterstützt haben:

Meinen Eltern, Hans und Ingrid Neubauer gilt der größte Dank. Sie haben mich die meiste Zeit meines Studiums finanziell unterstützt. Obwohl ich doch immer wieder ins Stocken kam, haben sie den Glauben an mich nie verloren.

Weiters möchte ich mich bei meiner besten Freundin Mag. Yvonne Pehn bedanken. Sie stand jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung und hat mich stets seelisch unterstützt.

Ein großer Dank ist Mag. Annemarie Weber gewidmet.

Besonderer Dank gilt meinem Diplomarbeitsbetreuer Univ. Prof. Dr. Mag. Klaus D. Kubinger für die fachkundige Unterstützung während des gesamten Diplomarbeitsprozesses.

Abstrakt

In der vorliegenden Arbeit wurde der Status Quo der Psychologischen Diagnostik in der psychologischen Praxis untersucht. Die Datenerhebung erfolgte mittels Online-Fragebogen, auf welchen deutsche und österreichische PsychologInnen per Link zugreifen konnten, im Erhebungszeitraum Mai bis August 2009. Der entsprechende Link wurde über E-Mail zugesandt bzw. verlinkten Fachverbände und Gesellschaften den Fragebogen auf ihren Homepages.

Das Ziel war einen aktualisierten Inventarbenutzungsscheck durchzuführen. Die Analyse listet im Detail die Nennungshäufigkeiten für Intelligenztests, Entwicklungstests, Konzentrations- und Leistungstests, Persönlichkeitsfragebögen, Interessenstests, Klinische Checklisten, Schultests und Projektive Verfahren auf. Von Interesse war, welchen Stellenwert und welchen Anteil die diagnostischen Tätigkeiten im Rahmen der praktischen Arbeit aufweisen. Die Empfehlungen der PsychologInnen zu diagnostischen Verfahren für AnfängerInnen und ein Feedback darüber, welche Inhalte in der universitären Ausbildung im Bereich der Psychologischen Diagnostik fehlen, wurden berücksichtigt. Die Notwendigkeit von DolmetscherInnen im Zuge der Befundbesprechung mit KlientInnen wird ebenso thematisiert wie Probleme, die durch die Übersetzung mittels dritter Person entstehen. Der Bedeutung der DIN 33430 in der Praxis bezüglich Stellenwert und Bekanntheitsgrad wurde Rechnung getragen.

Die Ergebnisse wurden einerseits deskriptivstatistisch dargestellt und andererseits inferenzstatistisch sowohl mittels Korrelationskoeffizienten als auch durch Chi-Quadrat - Anpassungstests geprüft. Zudem wurden die Ergebnisse zur bestehenden themenrelevanten Literatur in Bezug gesetzt.

Die Ergebnisdarstellung erfolgte unter Berücksichtigung der soziodemographischen Daten, des akademischen Grades, der Weiterbildungen, der Daten zum Arbeitsverhältnis und der Mitgliedschaft in Berufsverbänden. Ein besonderer Stellenwert kam dem Vergleich der Situation in Österreich und Deutschland zu.

Betrachtet man das Arbeitsverhältnis, so sind rund 38% PsychologInnen angestellt, 34% freiberuflich tätig und 28% finden sich gleichzeitig in beiden Arten von Arbeitsverhältnissen wieder.

Sowohl in Österreich als auch in Deutschland existieren Berufsverbände für PsychologInnen. 63% der Gesamtstichprobe sind Mitglied in einem solchen Verband. Die Psychologische Diagnostik nimmt einen größer werdenden Anteil im psychologischen Alltag ein. In Österreich nimmt die Psychologische Diagnostik im Arbeitsalltag rund 28% ein, bei den deutschen KollegInnen 40%. Bei der Erstellung

von psychologischen Gutachten berücksichtigen 90% das Gütekriterium der Nachvollziehbarkeit, die DIN 33430 halten lediglich 14% ein. Es besteht ein Bedarf an neuen, psychometrischen Verfahren. Gegenwärtig werden oftmals Verfahren aus den Jahren 1956 bis 1996 eingesetzt. Weiters ist kritisch anzumerken, dass den PsychologInnen häufig eine korrekte Klassifizierung der Psychologisch - diagnostischen Verfahren nicht gelingt. Dieses Problem zeigt sich häufig bei den Objektiven Persönlichkeitstests, hier konnten nur 3% der befragten PsychologInnen einen tatsächlichen Objektiven Persönlichkeitstest korrekt benennen.

Abstract

In this diploma thesis the status quo of psychological diagnostics in applied psychology had been reviewed. Data collection was completed by means of an online survey accessible to German and Austrian psychologists via an internet link during the survey period from May to August 2009. The link was sent to participants by email as well as having been made available through relevant professional associations and organisations on their respective World Wide Web pages. The aim was to take stock of currently in use diagnostic tools.

The analysis specifically lists in details the frequency of nominations of intelligence tests, development tests, ability to concentrate and performance tests, personality and personal interest questionnaires, clinical checklists, educational tests, and projection based processes/methods.

It was of particular interest to understand the importance of, and extent to which diagnostics are applied in practical/applied psychology. Recommendations for beginners regarding diagnostics processes, provided by psychologists, as well as feedback suggesting which content is lacking in the field of diagnostics during the course of an academic education, has been taken into consideration. The central theme of the necessity of having translators during discussions of clinical evidence has been picked up to the same extent as the inherent issues created through such third party translations. The relative importance and awareness levels of the standard DIN 33430 in practice has been adequately considered.

Results have been presented utilising descriptive statistics on the one hand, and hypothesis testing on the other, and in addition examined by applying correlation coefficients and qui quadrant adaptability tests. Furthermore, the results have been put into perspective using existing literature of relevant and respective themes.

Socio demographic data, academic titles, training level, working conditions in terms of type of contract, and the membership of industry associations have been taken into consideration in the results generation. Particular emphasis was based on the comparison between Austria and Germany.

Having a look at the employment relationship, around 38% of the psychologists are employed, 34% work freelance and 28% can be found simultaneously in both types of employment relationship. Both in Austria and Germany, professional associations for psychologists exist. 63% of the surveyed psychologists are members of such an association.

The psychological diagnostics becomes more and more important in psychological life. In Austria, the psychological diagnostics take around 28% in everyday work, in

Germany even 40%. In a psychological assessment, 90% consider the quality criterion of comprehensibility, whereas only 14% are following the DIN 33430. Therefore, there is a strong need for new psychometric methods. At the moment, most of the methods used were developed between 1956 and 1996. Furthermore, it is necessary to note that psychologists are often unable to classify psychological diagnostic procedures correctly. This is especially the case in objective personality tests, where only 3% of the surveyed psychologists could determine an actual objective personality test properly.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	11
A	Theoretischer Teil	12
2	Psychologische Diagnostik	13
2.1	Aufgabengebiete der Psychologischen Diagnostik	13
2.2	Zur Geschichte der Psychologischen Diagnostik	14
3.	Psychologisch – Diagnostische Verfahren	15
4.1	Intelligenztests	18
4.1.1	Nichtsprachliche Intelligenztests	18
4.2	Entwicklungstests	19
4.3	Persönlichkeitsverfahren und Objektive Persönlichkeitstests	19
4.4	Interessensfragebögen	19
4.5	Klinische Checklisten	19
4.6	Schultests	20
4.7	Projektive Verfahren	20
4.8	Assessment – Center	21
4.9	Exploration & Anamnese	21
4.10	Systematische Verhaltensbeobachtung	21
5.	Das Psychologische Gutachten	22
5.1	Der Psychologische Befund	22
5.2	Psychologischer Befund und Psychologisches Gutachten	22
6.	DIN 33430	23
9.	Psychologische Testverfahren in der Meinung von PsychologInnen	23
10.	Stand und Perspektiven diagnostischer Verfahren in der Praxis	27
11.	Methode der Datenerhebung	30
B	Empirischer Teil	31
12.	PsychologInnen in Österreich und Deutschland	32
13.	Erhebungsinstrument	32
13.1	Durchführung der Untersuchung	32
14.	Stichprobe	33
15.	Abschlussalter	34
15.1	Lebens- und Abschlussalter	35
16.	Akademischer Grad	37
17.	Herkunft	38
18.	Zusatzausbildungen	39
18.1	Klinische- und GesundheitspsychologInnen	40
18.2	Postgraduelle Ausbildungen	40
19.	Mitgliedschaft	41
20.	Arbeitsverhältnisse	41
21.	Ausmaß der Psychologischen Diagnostik in der Praxis	42
22.	Selbstentwickelte Fragebögen	43
23.	Standardisierter Beobachtungsprotokolle	44
24.	Verwendung von Testmaterial im Original bzw. als Kopie	45
25.	Unterbindung „inkompetenter Arbeit“	45
26.	Überweisung an PsychologInnen	46
27.	Bekanntheitsgrad der DIN 33430	47
27.1	Bekanntheitsgrad und Erfüllen der DIN 33430 in der Praxis	48
28.	Relevanz universitärer Lerninhalte der Psychologischen Diagnostik für die Praxis	49
28.1	Fehlen von Inhalten in der Ausbildung	50
29.	Dolmetschen und Probleme in der Praxis	51
30.	Erfüllung der allgemeinen Richtlinien der Nachvollziehbarkeit	52
31.	Schwierigkeiten bei der Befundbesprechung	54
32.	Weiterbildungskurse	57
32.1	Besuch von Weiterbildungskursen	58
33.	Bevorzugte Psychologisch-diagnostische Verfahren	58
33.1	Intelligenztests	59
33.2	Entwicklungstests	61
33.3	Konzentrations- und besondere Leistungstests	61

33.4	Persönlichkeitsfragebogen	63
33.5	Objektive Persönlichkeitstests	64
33.6	Interessensfragebögen	64
33.7	Klinische Checklisten	66
33.8	Schultests.....	67
33.9	Projektive Verfahren.....	68
34.	Bekanntheitsgrad kürzlich veröffentlichter diagnostischer Verfahren und Einsatzhäufigkeit in der Praxis	69
34.1	Empfehlung von Psychologisch – diagnostischen Verfahren an AnfängerInnen	70
34.2	Abraten von Psychologisch – diagnostischen Verfahren.....	71
35.	Diskussion	72
36.	Zusammenfassung	78
37.	Literatur	81
ANHANG.....		84

1. Einleitung

Floquet (1995) verfasste ihre Diplomarbeit zum Thema „Was wissen die Praktiker über Psychologische Diagnostik? Eine Status„diagnose“ der Psychologischen Diagnostik bei österreichischen Psychologen“. Die Arbeit basierte darauf, den Wissensstand der PsychologInnen in der Praxis bezüglich der Psychologischen Diagnostik einer Überprüfung zu unterziehen. Die Autorin verwendete hierzu den „Diagnostik–Info-Check `05“ (vgl. Kubinger, 2006, S. 405-415). Diesen Fragebogen verschickte sie an 1990 PsychologInnen in ganz Österreich.

Die gegenständliche, in der vorliegenden Arbeit untersuchte Fragestellung wurde mit dem Ziel formuliert, eine Erhebung zu verwirklichen, auf deren Grundlage ein aktualisierter Status Quo der Psychologisch-diagnostischen Praxis beschrieben werden kann. Im Gegensatz zu Floquets Studie wurde ein Fragebogen entwickelt, der primär nicht das Wissen der PsychologInnen testete, sondern die allgemeine Situation der Psychologischen Diagnostik in der Praxis erfasst. Es interessierte, mit welchen Problemen PsychologInnen im täglichen Berufsleben konfrontiert sind.

Der Fokus lag auf den in Österreich verwendeten, teils offensichtlich veralteten Verfahren, die sich parallel zu jenen mit aktuelleren Normen in der Praxis halten.

Ein Seitenblick zum Thema eingesetzte Verfahren erfolgt auch über die Landes–grenzen nach Deutschland, um Vergleiche anstellen zu können.

Des Weiteren sollen die Ergebnisse des Fragebogens beleuchten, welchen Stellenwert die Berufsethik für PsychologInnen im Berufsalltag einnimmt und inwieweit sie über rechtliche Auflagen ihren Berufsstand betreffend – etwa die Berufshaftpflichtversicherung – informiert sind. Ebenso wird aufgezeigt ob psychologische Testungen bzw. psychologische Gutachten mehrheitlich auch von PsychologInnen oder doch eher von Nicht-PsychologInnen verfasst werden. Ein ausführlicher Abschnitt beschäftigt sich mit den Fort- und Weiterbildungsgebaren der PsychologInnen und im Zuge dessen mit dem Bekanntheitsgrad der DIN33430 in PsychologInnenkreisen.

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit werden die Grundlagen der Psychologischen Diagnostik kurz dargelegt.

Zudem wurde auf die Psychologisch-diagnostischen Verfahren selbst eingegangen. Es werden dementsprechend jene speziellen Verfahren beschrieben, die die befragten PsychologInnen häufig in ihrer Praxis verwenden.

A Theoretischer Teil

2 Psychologische Diagnostik

Zu den Bereichen der Psychologischen Diagnostik liegen unterschiedliche Begriffsbestimmungen vor:

„Das Teilgebiet der Psychologie, das sich mit der Theorie, der Konstruktion und Analyse von Diagnoseverfahren befasst, ist die Psychologische Diagnostik.“ (Zimbardo, 1995, S.521)

Kubinger (2006, S.3) beschreibt Psychologische Diagnostik demgemäß:

„Psychologisches Diagnostizieren ist ein Prozess, der unter Zuhilfenahme verschiedener Verfahren zielgerichtet Informationen über psychische Eigenschaften des in Betracht stehenden Menschen gewinnen will; dieser Prozess bezieht sich auf:

- Klärung der Fragestellung
- Auswahl der diagnostischen Verfahren
- Anwendung und Auswertung der diagnostischen Verfahren
- Interpretation und Gutachtenerstellung
- Festsetzen der Intervention (des Maßnahmenvorschlages).“

Dadurch ergibt sich wie folgt, eine Definition für die Psychologische Diagnostik:

Jäger und Petermann (1992, S.11, zitiert nach: Amelang, Schmidt-Atzert, 2006, S.2) fassen Psychologische Diagnostik als System von Regeln, Anleitungen und Algorithmen zur Bereitstellung von Instrumenten auf, mit deren Hilfe sowohl psychologisch relevante Charakteristika von Merkmalsträgern gewonnen als auch die erworbenen Daten zu einem diagnostischen Urteil integriert werden sollen, und zwar mit dem Ziel einer Vorbereitung von Entscheidungen sowie Prognosen und deren Evaluation.

2.1 Aufgabengebiete der Psychologischen Diagnostik

Im Folgenden werden Aufgabengebiete im Rahmen der Psychologischen Diagnostik aufgelistet:

- Berufsberatung
- Bildungs- und Schullaufberatung
- Pädagogische Psychologie

- Arbeits- und Wirtschaftspsychologie
- Betriebspsychologie
- Klinische Psychologie
- Eignungsdiagnostik
- Umfrageforschung
- Soziale Beratung
- Erwachsenenbildung
- Hochbegabtenselektion
- Forschung
- Psychiatrie
- Sonder- und Heilpädagogik
- Erziehungsberatung

2.2 Zur Geschichte der Psychologischen Diagnostik

In den Anfängen orientierte sich die Psychologische Diagnostik an der Experimentellen Psychologie (vgl. Kubinger, 1998, S.86-98). Hier wurden Sinnesfunktionen und Reaktionszeiten untersucht. Mit dieser Entwicklung werden der Naturforscher Francis Galton und der Psychologe James McKeen Cattell in Verbindung gebracht. Später wurde der Psychiater Emil Kraepelin bekannt, der komplexere Aufgaben, wie Problemlöseaufgaben und Gedächtnisaufgaben, an die Testpersonen stellte. Diese Anforderungen wurden bis heute beibehalten.

1905 gaben der Psychologe Alfred Binet und der Psychiater Theodore Simon einen entscheidenden Anstoß im Rahmen der Intelligenzdiagnostik. Noch heute orientieren sich einige Intelligenztestbatterien an der *primary mental abilities* von Louis Leon Thurstone. Dem amerikanischen Psychologen David Wechsler ging es darum, viele spezifische Fähigkeiten zu erfassen, um damit einen zuverlässigen Wert für die globalen Fähigkeiten der Testperson zu erhalten. Kraepelins Beobachtung von psychopathologisch erkrankten Menschen war der Grundstein für das *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*. Raymond B. Cattell war es jedoch, der eines der bis heute aktuellen diagnostischen Instrumente, entwickelte, den sogenannten *Sixteen Personality Factors Questionnaire – 16 PF* (1994). Cattell versuchte wie Thurstone voneinander unabhängige Traits zu identifizieren, um die Fülle von Persönlichkeiten durch alle möglichen Kombinationen der Ausprägungsgrade in diesen Traits zu erklären. Diese Intelligenztheorie postuliert voneinander unabhängige Fähigkeiten, die für intelligentes Verhalten maßgeblich sind. Folgende Fähigkeiten werden dabei angenommen: *Verbal comprehension, word fluency, number, space*.

3. Psychologisch – Diagnostische Verfahren

Lienert und Raatz (vgl. Lienert & Raatz, 1998, S. 1) definieren einen Test als ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung. In der Umgangssprache werden Psychologisch-diagnostische Verfahren als „Tests“ bezeichnet.

Ein psychologischer Test (vgl. Kubinger, 2006, S.5) ist letztlich nur eine besondere Untergruppe von Psychologisch – diagnostischen Verfahren.

Grubitzsch (1991, S. 54) definiert unter dem Titel „Psychologische Tests – eine begriffliche Neubestimmung“:

„Psychologische Tests – wie z.B. Hochschulzugangstests- sind auf dem jeweiligen Stand der Wissenschaft basierende instrumentelle Resultate gesellschaftlich hervorgetriebener Prüf-, Bewertungs- und Beurteilungssituationen, die in wissenschaftlich abgesicherter Form Informationen über Personen oder Personengruppen (jeweils im Unterschied zu anderen), deren Fähigkeiten, intellektuelle Möglichkeiten, Arbeitsauffassung, individuelle Qualifikationen oder emotionale Verarbeitungsformen zum Zwecke der Entscheidung erbringen soll.“

Zu Psychologisch-diagnostischen Verfahren zählen unter anderem nicht nur der psychologische Test, sondern auch die Anamneseerhebung, Exploration und die Verhaltensbeobachtung, sowie das biographische Inventar und das Assessment – Center als auch die Arbeitsplatzanalyse (vgl. Kubinger, 2006, S. 6).

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen als Flussdiagramme zum Ablauf eines diagnostischen Prozesses.

Die verschiedenen Handlungsabläufe durchläuft ein Gutachter, bevor er die vorgegebene Fragestellung beantworten kann (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 193).

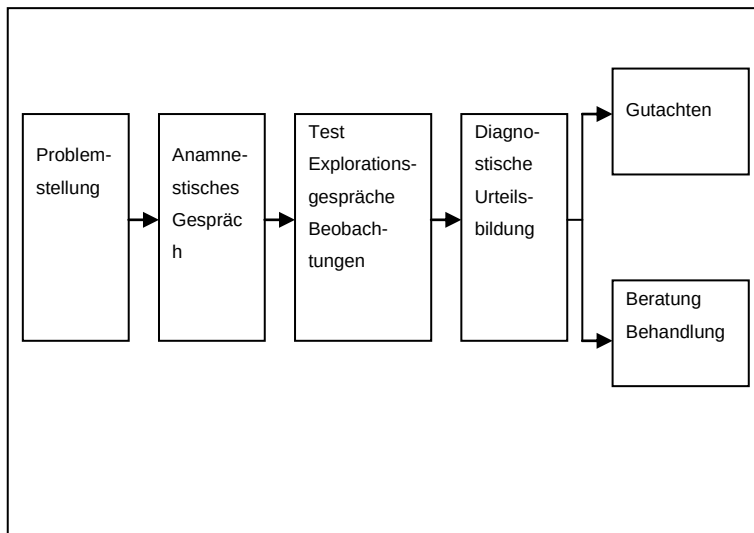


Abbildung 1. Diagnostischer Prozess nach Kaminski 1970 (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 192)

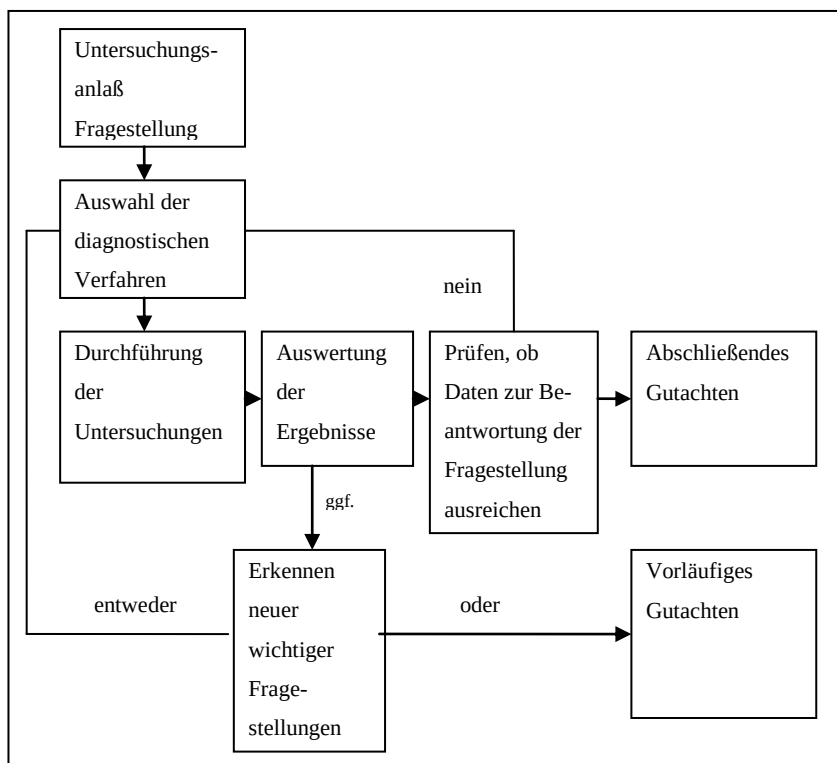


Abbildung 2. Schema zum Ablauf des diagnostischen Prozesses nach Kormann, 1977 (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 193)

Weitere Psychologisch-diagnostische Verfahren sind

- Intelligenztests
- Konzentrations- und besondere Leistungstests
- Persönlichkeitsverfahren
- Objektive Persönlichkeitstests
- Interessensfragebögen
- Klinische Checklisten
- Schultests

- Projektive Verfahren

Untrennbar mit den psychologischen Testverfahren sind bestimmte Gütekriterien verbunden, die die Qualität eines Erhebungsinstrumentes ausmachen (vgl. Lienert, 1998, S. 7)

Hier unterschied Lienert (1998, S.7) zunächst zwischen den drei Hauptgütekriterien:

1. Objektivität
2. Reliabilität
3. Validität

und vier Nebengütekriterien:

4. Normierung
5. Ökonomie
6. Nützlichkeit
7. Skalierung

Gemäß Testkuratorium (Föderation deutscher Psychologenverbände, 1986) werden noch drei weitere Kriterien angeführt und beschrieben:

8. Zumutbarkeit
9. Unverfälschbarkeit versus Verfälschbarkeit
10. Fairness

Vor einer kurzen Beschreibung der Psychologisch-diagnostischen Verfahren soll ein Zitat von Paul Walter (1991 zitiert nach: Grubitzsch, 1991, S. 101) angeführt werden.

„Unter einer Messung versteht man in Anlehnung an Stevens (1959, S.18) die Zuordnung von Zahlen zu Objekten oder Ereignissen nach bestimmten Regeln-irgendeiner Regel`. Hinzuzufügen ist, dass nicht die Objekte selbst gemessen werden, sondern Ausprägungen von Eigenschaften der Objekte.“

„Brickenkamp (1975, S. 9) folgt einer Schätzung von Krevelens, wonach 1966 bereits mehr als 10000 Testverfahren gezählt wurden.“ (Brickenkamp, 1975, S. 9 zitiert nach: Grubitzsch, 1991, S. 186)

Klassifikationssysteme Psychologisch - diagnostischer Testverfahren

Brickenkamp (1975, S. 13) gliederte die Psychologisch-diagnostischen Verfahren wie folgt:

- Leistungstests
- Entwicklungstests

- Allgemeine Leistungstests
- Schultests
- Spezielle Funktionsprüfungs- und Eignungstests
- Psychometrische Persönlichkeitstests
- Persönlichkeits-Struktur-Tests
- Einstellungs- und Interessenstests
- Klinische Tests
- Persönlichkeits-Entfaltungungsverfahren
- Formdeutungsverfahren
- Verbal-thematische Verfahren
- Zeichnerische und Gestaltungsverfahren

4.1 Intelligenztests

„Intelligenz ist die Fähigkeit zur Anpassung an neuartige Bedingungen und die Fähigkeit zur Lösung neuartiger Probleme (Stern, 1911). Intelligenz wurde auch definiert als das Ensemble von Fähigkeiten, das den in einer Gesellschaft Erfolgreichen gemeinsam ist (vgl. Hofstätter, 1957), oder ganz lapidar als das, was Intelligenztests messen.“ (zitiert nach Süß, 2003, S.217)

Intelligenztests sind in der Praxis sehr beliebt, da sie gute Vorhersagen in wichtigen Lebensbereichen einer Person machen (vgl. Amelang & Schmidt-Atzert, 2006, S.200).

Das bekannteste Maß der Ergebnisse eines Intelligenztests ist wohl immer noch der Intelligenzquotient, der „ein Maß zur Quantifizierung von Intelligenztestergebnissen, mittels dessen Rückschlüsse auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit einer Person“ gezogen wird (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 406, zitiert nach Herle, 2003, S. 207). Der IQ-Begriff unterliegt im Allgemeinen einer Fehleinschätzung in dem Sinne, dass der Intelligenzquotient eine relativ festgelegte ererbte Eigenschaft sei, wobei der Index für die genetische Unterlegenheit gewisser Gruppen benutzt wird. Daraus ergibt sich die Vermutung, dass Intelligenztests vorurteilsbeladen sind und verzerrte Ergebnisse liefern (vgl. Zimbardo, 1995, S. 537).

4.1.1 Nichtsprachliche Intelligenztests

Um das Gütekriterium „Fairness“ zu gewährleisten, werden jene Kinder mit „Nichtsprachlichen“ Verfahren getestet. Einen Dolmetscher einzusetzen wäre auch keine optimale Lösung, da das Gütekriterium „Unverfälschbarkeit“ in Frage gestellt werden müsste.

4.2 Entwicklungstests

Unter Entwicklungstests fasst Brickenkamp (1975, S.13) diejenigen Verfahren zusammen, die primär den Entwicklungsstand eines Probanden erfassen soll.

Entwicklungsdiagnostik beschäftigt sich sowohl mit den lebenslaufbezogenen Veränderungen, als auch mit entwicklungsbezogenen Leistungsdaten, vor allem im Kindesalter. Im engeren Sinn bezieht sich die Entwicklungsdiagnostik auf die Leistungsdiagnostik im Kindes- und Jugendalter (vgl. Macha, Petermann, 2006, S. 594).

Die Intention der Vorgabe von Entwicklungstests ist es, durch Vergleiche der einzelnen Ergebnisse mit den Normwerten der Gleichaltrigen rechtzeitig Entwicklungsretardierungen zu erfassen, um rasch dem entgegenwirken zu können (vgl. Amelang, Schmidt-Atzert, 2006, S.232).

4.3 Persönlichkeitsverfahren und Objektive Persönlichkeitstests

„Schmidt (1975, S.19) definiert objektive Tests folgendermaßen:

Objektive Tests zur Messung der Persönlichkeit und Motivation sind Verfahren, die unmittelbar das Verhalten eines Individuums in einer standardisierten Situation erfassen, ohne dass diese sich in der Regel selbst beurteilen muss. Die Verfahren sollen für den Probanden keine mit der Messintention übereinstimmende Augenscheinvalidität haben.“ (Schmidt, 1975 zitiert nach: Rost, 2004, S. 45)

Die Durchführung und Bewertung eines objektiven Persönlichkeitstests ist einfach und folgt genauen Regeln. Computerprogramme helfen bei der Auswertung und Interpretation. (vgl. Zimbardo, 1995, S. 541).

4.4 Interessensfragebögen

Das Konstrukt „Interesse“ ist eine relativ stabile, kognitive, emotionale und werthafte, in der Persönlichkeit des Menschen, verankerte Handlungstendenz. Die Interessen lassen sich nach Art, Richtung, Generalisiertheit und Intensität unterscheiden (vgl. Bergmann, 2003, S. 225).

4.5 Klinische Checklisten

Standardisierte klinische Interviews haben aber nicht nur den Zweck eine Diagnose zu erstellen, sondern können auch den Verlauf oder das Ergebnis einer Therapie evaluieren (vgl. Amelang, Schmidt-Atzert, 2006, S. 330).

4.6 Schultests

Die Gruppe der Schultests umfasst Verfahren, die die Frage der Schulfähigkeit (Schulreife bzw. Umschulung) direkt betrifft (vgl. Brickenkamp, 1975, S. 14).

Für die ausschlaggebende Zuordnung zur Gruppe der Schultests gehören Lese-, Rechtschreib-, Sprachen-, und Mathematiktests, sowie der direkte, inhaltliche Bezug zur Schule und Ausbildung (vgl. Brickenkamp, 1975, S. 14).

Aufgrund der Vielzahl, Heterogenität und wachsenden Bedeutung dieser Gruppe von Tests hat Brickenkamp (1975, S. 14) diese in Unterkategorien gegliedert:

- Einschulungstests
- Spezielle Schuleignungstests
- Mehrfächertests
- Lesetests
- Rechtschreibtests
- Wortschatztests
- Rechentests
- Fremdsprachentests
- Sonstige Schulleistungstests

Schultests werden nach Amelang, Schmidt-Atzert (2006, S. 238 f) unterteilt in

- Schuleignungstests
- Übertrittstests
- Schulleistungstests

4.7 Projektive Verfahren

Brickenkamp (1975, S. 15) bezeichnet Projektive Verfahren als Persönlichkeits-Entfaltungsverfahren.

Bei Entfaltungsverfahren wird der persönliche Ausdruck mehr oder weniger unvorherbestimmter Verhaltensaspekte des Probanden provoziert, aus denen der Diagnostiker – nach heterogenen, meist qualitativen Deutekonzepten – seine Schlüsse zieht. (vgl. Brickenkamp, 1975, S. 15)

Brickenkamp (1975) teilt Projektive Verfahren in Formdeuteverfahren, verbal – thematische Verfahren, zeichnerische und Gestaltungsverfahren ein.

Die Projektiven Tests sind die umstrittensten diagnostischen Verfahren. In der Praxis werden Projektive Verfahren hauptsächlich nur noch zur Explorationshilfe bei Kindern verwendet

4.8 Assessment – Center

Ein Assessment-Center ist ein ein- bis dreitägiges Seminar mit acht bis zwölf Bewerbern, die vom Personalfachleuten in Rollenübungen oder Fallstudien beobachtet und beurteilt werden. Charakteristisch sind diese Rollenspiele bzw. Fallstudien für bestehende oder zukünftige Arbeitssituationen und Aufgabenfelder (vgl. Obermann, 2009, S.9).

Das Assessment-Center wird zur Hilfe genommen, um Stärken und Schwächen einschätzen zu können. Es wird für die Personalauswahl und zur Förderung von bereits in der Organisation tätigen Mitarbeitern eingesetzt. Die Beurteilung sozialer Kompetenzen oder überfachlicher Fähigkeiten, bei denen kommunikative und überfachliche Anforderungen besonders wichtig sind, stehen im Vordergrund (vgl. Obermann, 2009, S. 9 f.).

Dieses Testverfahren wird auch als Gruppenauswahlverfahren bezeichnet.

4.9 Exploration & Anamnese

Das diagnostische Gespräch ist eine zielgerichtete, mündliche Kommunikation zwischen einem Diagnostizierendem und einem oder auch mehreren Befragten. Es wird eine Sammlung problembezogener Informationen angestrebt.

Zum einen gibt es die Anamnese, in der die Entwicklungsgeschichte des Problems im Vorrang steht, zum anderen gibt es die Exploration, die der Analyse des aktuellen Problemstandes dient (vgl. Langenfeld & Nothdurft, 2007, S. 200).

4.10 Systematische Verhaltensbeobachtung

Im Unterschied zur einfachen Alltagsbeobachtung, die nach individuellen Interessen gestaltet wird, setzt die Systematische Verhaltensbeobachtung einen genauen Beobachtungsplan voraus. Dieser schreibt vor was zu beobachten ist, was für die Beobachtung wesentlich ist, ob das Beobachtete gedeutet werden darf, wann die Beobachtung stattfinden soll und wie der Beobachter das Beobachtete protokollieren soll. Die Systematische Verhaltensbeobachtung wird wie andere Datenerhebungsmethoden (z.B. Testen) nach den Kriterien der Messtheorie beurteilt (vgl. Bortz, Döring, 2006, S. 263).

Die Systematische Verhaltensbeobachtung erreicht einen höheren Grad an Objektivität als vergleichbare standardisierte Beurteilungsverfahren.

5. Das Psychologische Gutachten

Ein Gutachten ist eine umfassende schriftliche oder mündliche, für den Adressaten nachvollziehbare Darlegung der Aufgabe, des Verlaufs, des Ergebnisses und der Bewertung dieses Ergebnisses einer Untersuchung, die die dafür erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen besitzt, wobei die zugrunde gelegten Beurteilungsmaßstäbe und die zur Verfügung stehenden oder gestellten Hilfsmittel anzugeben sind (vgl. B. Zuschlag, 1992: Online im WWW unter URL: <http://www.psyonline.at/contents/12996/gutachterrichtlinie-kriterien-fuer-die-erstellung-von-gutachten-durch-psychotherapeutinnen-und-psychotherapeuten-#3.6.%20Gutachten,%20Stellungnahme,%20prozessorientierte%20Empfehlung> [letzter Zugriff : 3.3.2011]).

Zunächst sollen die beiden Begriffe „Psychologischer Befund“ und „Psychologisches Gutachten“ erläutert werden, wobei vorab festzuhalten ist, dass der Psychologische Befund ein Teil des Psychologischen Gutachtens ist.

5.1 Der Psychologische Befund

Der Psychologische Befund ist die zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse einer psychologischen Untersuchung aufgrund einer Fragestellung bzw. Verdachtsdiagnose bezeichnet, die auch für NichtpsychologInnen verständlich sein muss. Psychologische Befunde werden im Gesundheitswesen als Hinweise und Entscheidungshilfen für gesundheitsbezogene Maßnahmen herangezogen. Kurz gesagt ist ein Psychologischer Befund eine verständliche Zusammenfassung über Ergebnisse aus einer psychologischen Untersuchung für NichtpsychologInnen. Der Befund ist eine rein deskriptive Zusammenfassung der Ergebnisse (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2002, S.3).

5.2 Psychologischer Befund und Psychologisches Gutachten

Das Psychologische Gutachten wird als eine umfassende Beantwortung einer präzisen gutachterlichen Fragestellung durch einen psychologischen Sachverständigen verstanden. Es handelt sich dabei um die Beantwortung von psychologischen ExpertInnen auf Fragen, zu denen diese aufgrund ihres Fachwissens, des aktuellen Forschungsstandes und ihrer Erfahrung Stellung nehmen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2002, S.3).

6. DIN 33430

Die DIN 33430, die für Deutschland ein zentraler Qualitätsstandard ist, wurde im Jahr 2002 veröffentlicht. Sie bezeichnet eine Prozessnorm und keine Produktnorm. Sie betrachtet den gesamten Prozess als eine Einheit (Kersting, 2007, S. 62).

Die DIN 33430 weist zunächst keine Rechtsverbindlichkeit auf. Die Einführung sowie die Umsetzung sind freiwillig. Die ArbeitgeberInnen müssen sie nicht einsetzen und die BewerberInnen können die Norm nicht einfordern. Die DIN 33430 kann dennoch verbindlich werden. Sie wird es dann, wenn sich AuftraggeberInnen und AuftragnehmerInnen verbindlich auf die Norm einigen (Weber, 2007).

Nach Kersting (2007, S. 62) werden bestimmte Themenbereiche von der DIN 33430 abgedeckt:

- Arbeits- und Anforderungsanalyse
- Auswahl der Strategien und Verfahren
- Kenntnisse und Erfahrungen der Verantwortlichen sowie Mitwirkende
- Durchführung und Auswertung von Verfahren einschließlich der Interpretation der Ergebnisse
- Evaluation und Qualitätsoptimierung

9. Psychologische Testverfahren in der Meinung von PsychologInnen

Eine Umfrage zur Meinung von PsychologInnen zu Testverfahren zusammengefasst (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 373-385.) hatte zum Ziel, einen umfassenden Überblick zu den verschiedenen Aspekten der Anwendung in der Praxis zu erhalten.

Stoll (1978) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 373) verglich schweizerische Angaben zum Testgebrauch mit Daten aus Holland. Hier gelangte er zu dem Ergebnis, dass standardisierte, psychometrische Testverfahren gegenüber Projektiven Verfahren nun verstärkt zum Einsatz kommen. Ende der 60er Jahre wurden Projektive Verfahren noch vorgezogen.

Evers und Zaal (1982) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 374) bestätigten dieses Ergebnis. Sie merkten jedoch an, dass eher jüngere PsychologenkollegInnen diverse psychologische Testverfahren in ihr Inventar aufgenommen haben. Evers & Zaal (1982) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 373) wiesen zugleich darauf hin, dass noch immer unter den zehn meistbenutzten Verfahren drei Projektive Verfahren sind.

Die Tabelle 1 zeigt jene Testverfahren, die am häufigsten angewendet werden (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 375).

Tabelle 1. Übersicht über die 31 am häufigsten benutzten Tests (vgl. Grubitzsch, 1991, S.375) (N= 117)

Rangplatz	Verfahren	Häufigkeiten
1	HAWIE	66
2	HAWIK	63
3	F-P-I	59
4	SPM	55
5	I-S-T	55
6	TAT	52
7	Rorschach Test	51
8	d2	51
9	BT	48
10	PFT	42
11	HORN L-P-S	35
12	CFT 1,2,3	33
13	DRT 2,3,4-5	33
14	Sceno Test	31
15	P-S-B	30
16	HANES-KJ	28
17	MMPI	27
18	Baum Test	25
19	C.A.T.	23
20	GT	22
21	Problemfragebogen für Jugendliche	20
22	K-L-T	17
23	G-F-T	17
24	K-V-T	16
25	HAWIVA	16
26	WZT	15
27	Familie in Tieren	15
28	K-A-T	15
29	AFS	14
30	B-I-T	14
31	Zürcher Lesetest	14

Gemäß Grubitzsch (1991, S. 374) handelt es sich hier um Allroundverfahren, denen in der Praxis eine universelle Bedeutung bzw. eine größere Anwendungsbreite zugeschrieben wird. Grubitzsch (1991, S. 375) formuliert, dass jene Verfahren, die, wie in Tabelle 1 angeführt, vor allem deshalb zum Einsatz kommen, weil sie sich in der Praxis bewährt haben und keine inhaltlichen bzw. ökonomischen Alternativen auf dem Markt vorhanden sind.

Tabelle 2. Gründe für den Verzicht auf Tests (Mehrfachnennungen) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 378)

Testname	Grund 1	Grund 2	Grund 3
Rorschach	Zuverlässige Interpretation bei Kindern fragwürdig	Zu unklar in der Auswertung	Zu spekulativ; zu indiskret, nicht valide, zu zeitaufwendig
Projektive Verfahren allg.	Nicht standardisiert, keine objektive Auswertung	Unökonomisch, Problem der erfassten Persönlichkeitsvariablen	Interpretationsunsicherheit, fehlende Erfahrung
HAWIE/ HAWIK	Völlig veraltet (Normen, Inhalt der Items)	Geringe Gültigkeit, unzureichende Faktorenstruktur	Schlechte Differenzierung im unteren Intelligenzbereich

TAT	Diagnostisch wertlos, zu aufwendig	Zu fragwürdig in Bezug auf Validitätsanspruch	Tafeln veraltet, keine Funktion
Wartegg-Zeichentest	Nicht valide	Auswertung nicht objektiv, Konstruktionsschwäche	Interpretationsschwierigkeiten, mangelnde Erfahrung
Sceno-Test	Unsinn	Nicht objektiv, nicht zuverlässig und nicht valide	
Szondi-Test	Unsinn	Validität fragwürdig	
Baum-Test	Zu schwammig, nicht aussagekräftig	Eklektisch	Abstruse Auswertungsrichtlinien
MMPI	Gibt keine Hilfe für Therapie	Zu aufwendig, zu lang, eklektisch	Fragwürdige Profilauswertung, unzureichende Gütekriterien
KLT/ K-V-T	Zu unökonomisch, völlig „beknackt“	Wegen häufiger „Rechentraumata“ angstbesetztes Umgehen mit Zahlen	Unergiebig, veraltet
C.A.T.	Aus Zeitgründen nicht	Tafeln veraltet	Auswertung spekulativ

Tabelle 2 führt gemäß Grubitzsch (1991, S. 378) jene Testverfahren an, die sowohl am häufigsten angewendet als auch am meisten kritisiert werden. Diesen Umstand erklärt Grubitzsch (1991, S. 378f.) damit, dass mit diesen diagnostischen Verfahren die meisten Erfahrungen gesammelt werden. Auffällig war auch, dass zunächst nur Projektive Verfahren erwähnt werden. Dies ist darauf zu schließen, dass mehr psychometrische Tests zum Einsatz kommen und gegen die weniger Einschränkungen bestehen. Die Tabelle 3 bietet einen Überblick zu jenen Testverfahren, die entgegen der intendierten Verwendung zum Einsatz kommen.

Tabelle 3. Übersicht über die am häufigsten eingesetzten Verfahren (Grubitzsch, 1991, S. 379)

Testname	Abweichende Verwendung 1	Abweichende Verwendung 2	Abweichende Verwendung 3
Sceno	Zum therapeutischen Freispielen der Kinder	Explorationshilfe	Mutter-Kind-Therapie (Durchspielen von Situationen)
TAT/C.A.T.	Explorationshilfe	Sprachliche Ausdrucksfähigkeit	Individuelle Auswahl von Tafeln (auch weniger als 10)
Rorschach	Explorationshilfe, Auflockerung	Vereinfachte Durchführung	Verhalten der Mutter; Interaktion von Ehepaaren
HAWIE/HAWIK	Fortlassen des Verbalteils bei klinischen Untersuchungen von Restaphasien	Zeitverlängerungen, um zu sehen, ob Lösungen schließlich erkannt werden	

Mängel von psychologischen Tests aus Sicht der Praktiker fasste die Studie von Grubitzsch und Rexilius 1978 (vgl. Grubitzsch, 1991. S. 381) folgender Maßen zusammen:

- Validierung häufig sehr schlecht
- Normen veraltet / Standardisierung fehlt
- Reliabilität unzureichend, es fehlt Standardmessfehler
- Inhalt der Testitems unzulänglich / veraltet
- inhaltliche Gültigkeit schlecht
- Durchschaubarkeit der Items in Fragebögen groß
- Objektivität schlecht
- Theorien der Merkmalsbereiche fehlen
- Auswertungskriterien fehlen
- Motivierung zur Mitarbeit der ProbandInnen schlecht
- Hochbegabung schlecht differenziert
- Instruktionen schlecht / oft nicht für andere ProbandInnen als „normale“ benutzbar (z.B. Instruktionen für Behinderte oft mangelhaft)
- Zeitaufwand zu groß

Darüber hinaus wurden Bereiche und Merkmalskomplexe benannt, für die es keine Tests gibt (vgl. Grubitzsch, 1991. S. 381):

- Objektive Erfassung des Schulsystems
- Erziehungsverhalten der Eltern/Lehrer
- Differentialdiagnosen von Psychosen/Schizophrenie
- Für Verhaltenstherapie Tests auf Habit-Ebene
- Soziale Beziehungen, soziale Intelligenz
- Emotionale Entwicklung und ihre Erfassung
- Hirnschädigungen der verschiedensten Arten
- Spezielle Funktionsprüfungen (optische, akustische Funktionen)
- Entwicklungsdiagnostik für Alter 0-4 Jahre/ für Alter 3-8 Jahre
- Kreativitätserfassung / Erfassung der Loyalität
- Erfassung von Motivation, sozialer Anpassung, sprachlichen Schwächen
- Konzentration (für 7-8 Jahre)

Die Kritik an psychologischen Testverfahren bestehe nicht in der praktischen Ablehnung der Testverfahren, sondern zeige das Interesse nach neuen und besseren bzw. zusätzlichen Verfahren (vgl. Grubitzsch, 1991. S. 382).

10. Stand und Perspektiven diagnostischer Verfahren in der Praxis

Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung westdeutscher PsychologInnen zusammengefasst (Schorr, 1995, S. 3-20) zeigen, dass die Psychologische Diagnostik eine zentrale Rolle im Aufgabengebiet der PsychologInnen spielt. Das Ziel war, Informationen über den aktuellen Stand der Psychologischen Diagnostik, insbesondere der Testdiagnostik in der Praxis zu gewinnen.

28,4% der Befragten nehmen in ihrer beruflichen Tätigkeit diagnostische Aufgaben in Anspruch. In den Ergebnissen lässt sich herauslesen, dass es eine erhebliche Unzufriedenheit mit den handelsüblichen Testverfahren gibt. Die Studie lieferte auch ein bedenkliches Ergebnis. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass Projektive Testverfahren ein regelmäßiger Bestandteil ihrer diagnostischen Tätigkeiten sind.

Erhoben wurde, welche diagnostischen Verfahren BerufspraktikerInnen am häufigsten einsetzen, in welchem Verhältnis der Einsatz handelsüblicher zu intern entwickelten Testverfahren steht, in welchem Ausmaß Gesprächsleitfäden und Beobachtungsprotokolle eingesetzt werden und ob ein Wunsch nach neuen Testverfahren besteht.

Grubitzsch und Rexilius (1978) (vgl. Schorr, 1995, S. 5) konnten mit dem ersten Versuch ihrer Studie, „eine umfassende Erhebung bei Berufspraktikern“ durchzuführen, auf Grund der zu niedrigen Rücklaufquote von 2,9 % keine verallgemeinerbaren Rückschlüsse ziehen. Aus diesem Grund wählte Schorr (1995) einen anderen Weg und versandte direkt an 1500 per Zufall ermittelte PsychologInnen aus dem Mitgliederverzeichnis des Berufsverbandes Deutscher Psychologen. Von den 1500 Fragebögen wurden 751 nach zweimaliger Aufforderung zurückgeschickt. Somit konnte eine Rücklaufquote von 50,1% erreicht werden.

Die Frage nach dem prozentualen Anteil Psychologischer Diagnostik an den Gesamttätigkeiten beantworteten 643 der Befragten. Mit durchschnittlichen 28,4% liegt der ermittelte Anteil der diagnostischen Tätigkeit am Gesamt der beruflichen Aufgaben relativ hoch.

Die Frage „Nennen Sie die fünf häufigsten handelsüblichen Testverfahren, die Sie am häufigsten verwenden“ beantworteten 613 Personen. In Tabelle 4 werden die am häufigsten verwendeten handelsüblichen Testverfahren angeführt.

Tabelle 4. Die am häufigsten verwendeten Testverfahren (vgl. Schorr, 1995, S. 7)

Verfahren	Antwortende in % (n = 613)	Gesamtstichprobe in % (n = 661)
FPI	31,8%	29,5%
HAWIE	18,1%	16,8%
d2	16,0%	14,8%
GT	14,7%	13,6%
TAT	13,1%	12,1%
Sceno	12,6%	11,6%
RAVEN	12,2%	11,3%
HAWIK-R	11,4%	10,6%
HAWIK	10,8%	10,0%
Benton	10,6%	9,8%
IST	9,3%	8,6%
Rorschach	8,6%	8,0%
MMPI	7,7%	7,1%
CFT	6,9%	6,4%
PSB	6,2%	5,7%
PFK 9-14	5,7%	5,3%
AFS	5,7%	5,3%
FPI-R	5,2%	4,8%
LPS	5,1%	4,7%
Hanes	4,9%	4,7%

Tabelle 5 zeigt die Anteilswerte jener Testverfahren, die nie zum Einsatz kamen.

Tabelle 5. Testverfahren, die nie zum Einsatz kommen (vgl. Schorr, 1995, S. 8)

Verfahren	Antwortende in % (n=297)	Gesamtstichprobe in % (n=661)
Rorschach	33,0%	14,8%
MMPI	16,2%	7,3%
TAT	11,4%	5,1%
FPI	8,8%	3,9%
HAWIE	7,1%	3,2%
HAWIK	6,4%	2,9%
IST	6,4%	2,9%
GT	5,1%	2,3%
Szondi	4,0%	1,8%
Lüscher	3,0%	14%

Als auffällig wurde angeführt, dass offenbar noch viele Testverfahren in den veralteten Versionen und nicht in ihren revidierten Neufassungen zur Anwendung kommen. Ebenfalls wurde als bedeutsam angemerkt, dass Projektive Verfahren einen erstaunlich hohen Anteil an Nennung haben, sowohl im Bereich der meist verwendeten, als auch im Bereich nie verwendeter Tests.

Kritisch anzumerken ist ebenfalls, dass die Testverfahren, die sich in der Kategorie „abgelehnte Tests“ befinden, ebenfalls in der Kategorie „meist verwendete Tests“ genannt wurden.

Eine weiterer bedeutsamer Aspekt sind die Begründungen, warum manche handelsübliche Testverfahren in der Praxis nicht zum Einsatz kommen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6. Gründe für die Nichtanwendung handelsüblicher Testverfahren in Prozent der Befragten (Mehrfachnennungen; n = 275, resp. 592) (vgl. Schorr, 1995, S. 9)

Grund	
zu aufwendig	58,2%
für die Zielgruppe ungeeignet	48,0%
methodische Mängel	47,7%
Auslösung unerwünschter Reaktionen	13,1%
persönliche Gründe	12,1%
Interpretation schwierig	9,8%
Alternativen besser	7,6%
rechtliche & ethische Gründe	6,2%
sonstige Gründe	12,0%

Die Frage, ob sich die Befragten neue bzw. verbesserte Testverfahren wünschen, befürworteten 58,7% der Befragten. Es gibt einen verstärkten Wunsch nach verbesserten Verfahren zur Intelligenzmessung, der an „externe“ TestentwicklerInnen gerichtet ist. Das bedeutet, dass eine Mehrheit der Befragten der Meinung ist, dass solche Verfahren professionelle Arbeit erfordern. Die Entwicklung zur Erstellung biographischer Anamnesen traut man sich häufiger „intern“ zu.

Die sehr verbreitete Unzufriedenheit der Befragten mit handelsüblichen Testverfahren muss ernst genommen werden. Die häufigsten Gründe der Unzufriedenheit mit handelsüblichen Testverfahren sind die mangelnde Ökonomie in der Anwendung, fehlende Spezifität von Testverfahren für bestimmte Gruppen und methodische Mängel aller Art.

Zur Fragestellung, ob selbstentwickelte Testverfahren bzw. Fragebögen zum Einsatz kommen, befürworteten 52,7% der Befragten. In der Studie stellt sich zudem heraus, dass 51,6% der Befragten heute noch regelmäßig Projektive Verfahren verwenden.

Hierzu formulierte Zumkley (1993, S. 544), dass es für Projektive Verfahren keine Ausbildung gibt, weil es keine Nachfrage gäbe, und es gäbe keine Nachfrage, weil die Ausbildung fehle. Dieses Zitat von Zumkley wurde mit der Studie von Schorr (1995) dahingehend widerlegt, dass es auf Grund der Häufigkeit der Anwendungen von Projektiven Verfahren doch einen Bedarf an einer Ausbildung zu Projektiven Verfahren gibt.

Tabelle 7. Die 10 häufigsten Projektiven Verfahren (vgl. Schorr, 1995, S. 15)

Projektive Verfahren	Antwortende in % (n=332)	Gesamtstichprobe in % (n=661)
TAT	58,1%	29,2%
Sceno	36,7%	18,5%
Rorschach	31,9%	16,0%
Familie in Tieren	24,4%	12,3%
CAT	19,6%	9,8%
Rosenzweig PF-Test	17,2%	8,6%
Satzergänzungstest	8,7%	4,4%

Baumtest	7,8%	3,9%
WZT	7,8%	3,9%
Tafeln – Z – Test	3,3%	1,7%

Am häufigsten kommen Projektive Verfahren in psychologischen Praxen (36,9%) zum Einsatz, an zweiter Stelle in Beratungsstellen (21,4%), an dritter Stelle in psychiatrischen Kliniken (8,3%), an vierter Stelle in Kliniken (6,4%) und an fünfter Stelle im schulpyschologischen Dienst (5,9%).

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Einsatz intern entwickelter Tests, der Wunsch nach neuen Testverfahren und die Verwendung aufwendiger diagnostischer Verfahren (Gesprächsleitfäden, Beobachtungsbögen, Projektive Verfahren) gute Indikatoren für ein erhöhtes berufliches Interesse und damit ein hohes Interesse an der Psychologischen Diagnostik sind.

11. Methode der Datenerhebung

Die Grundlage der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Datenerhebung bildete eine Online – Befragung, die mittels „Lime Survey“ erstellt wurde. Das Programm wurde vom Softwareentwickler Jason Cleeland entworfen und die erste Version 0.93 konnte im Jahr 2003 veröffentlicht werden. Es ermöglichte, sowohl den Online – Fragebogen zu erstellen als auch darüber hinaus die Ergebnisse in einer Datenbank zu verwalten (Quelle: <http://www.limesurvey.org/> letzter Zugriff: 3.3.2011).

Dank Herrn Mag. Poinstingl, der auf dem Uni - Server eine entsprechende Webseite (www.univie.ac.at/testlabor) zur Verfügung stellte, konnte die Version 1.70+ verwendet werden.

B Empirischer Teil

12. PsychologInnen in Österreich und Deutschland

Im Dezember 2009 wurde eine Anfrage an den Berufsverband Deutscher Psychologen und an den Bundesverband für Österreichische PsychologInnen (BÖP) gerichtet, wie viele PsychologInnen in den beiden Ländern tätig sind. Gemäß Auskunft des Berufsverbandes Deutscher Psychologen waren im Jahr 2009 58.000 PsychologInnen tätig, während der BÖP 3967 PsychologInnen vertritt. Weiters gab der BÖP an, dass ca. 8000 PsychologInnen in Österreich tätig sind. In der Liste des Bundesministeriums für Gesundheit sind 6480 Personen in der Liste der GesundheitspsychologInnen und 6489 Personen in der Liste der Klinischen PsychologInnen eingetragen. Hierzu ist anzumerken, dass der Großteil der eingetragenen GesundheitspsychologInnen mit dem der eingetragenen Klinischen PsychologInnen ident ist.

13. Erhebungsinstrument

Zur Erstellung des Erhebungsinstruments wurde zunächst die vorhandene Literatur gesichtet und in Anlehnung an Floquet (1995) die Befragung gestaltet. Außerdem erfolgte in Absprache mit Univ. Prof. Dr. Mag. Klaus Kubinger die Formulierung der Iteminhalte. Die Endversion des Fragebogens umfasste schließlich 67 Items, die sowohl in Multiple Choice als auch im freien Antwortformat gestaltet waren. Der vollständige Fragebogen kann dem Anhang entnommen werden.

Nach einem einleitenden soziodemographischen Teil folgt ein Itemblock, der eingehend die Inhalte psychologischer Tätigkeit und vor allem den Anteil der diagnostischen Arbeit erfasst. Zudem werden Kenntnis der DIN 33430, ihre Einhaltung bzw. Gründe für ihre Ablehnung erfragt.

Der finale Abschnitt legt das Schwergewicht auf die Erhebung des Bekanntheitsgrades diagnostischer Verfahren und deren Einsatzhäufigkeit bzw. Einsatzart in der Praxis.

13.1 Durchführung der Untersuchung

Der Fragebogen wurde von Mai bis August 2009 online gestellt. Zeitlich parallel erfolgte ein Schreiben an:

- Deutscher Psychologen Verlag (Report-Psychologie.de)
- GNPÖ (Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich)
- ZPID (Uni Trier)

Diese erklärten sich einverstanden, den Link zum Fragebogen zu veröffentlichen.

Folgende Adressaten stimmten der Veröffentlichung des Fragebogens nicht zu:

- Berufsverband Österreichischer Psychologen (BÖP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP)
- Österreichische Gesellschaft für Psychologie (ÖGP)
- Springer-Verlag
- Schuhfried-Verlag
- Hogrefe-Verlag
- Universität Graz
- Universität Salzburg
- Universität Innsbruck

Auf Grund der anfangs relativ geringen Rücklaufquote wurde im Mai 2009 das Ausbildungsinstitut für Klinische- und GesundheitspsychologInnen, KLINGES angeschrieben und zudem im Juni 2009 548 PsychologInnen. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, haben diese PsychologInnen im Juli 2009 per E-Mail ein Erinnerungsschreiben erhalten.

Im Mai 2009 gab es einen Rücklauf von 52, im Juni von 111, im Juli von 44 Fragebögen und im August 2009 von einem Fragebogen.

Insgesamt haben 208 Personen den Fragebogen komplett ausgefüllt; weitere 238 Personen haben die Befragung abgebrochen. Von den 208 vollständigen Datensätzen waren sechs Fälle aufgrund einer offensichtlich doppelten Bearbeitung zu entfernen.

14. Stichprobe

Die Gesamtstichprobe umfasste schließlich 144 weibliche und 58 männliche PsychologInnen. Dies ergibt einen Anteilswert von 71,3% Psychologinnen und 28,7% männlichen Psychologen (siehe Tabelle 8). Davon waren in Österreich 120 (74,1%) weibliche und 42 (25,9%) männliche Personen, die den Fragebogen beantwortet haben. In Deutschland waren es 24 (60,0%) weibliche und 16 (40,0%) männliche Psychologen. Die entsprechende Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 3.10$; $p = .078$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in Bezug der Herkunft in Abhängigkeit vom Geschlecht beobachtet werden, somit kann kein Zusammenhang zwischen Herkunftsland und Geschlecht der Befragten angenommen werden.

Tabelle 8. Geschlechterverhältnis in Österreich & Deutschland

		Häufigkeit	Anteilswert
Gültig	weiblich	144	71,3%
	männlich	58	28,7%
	Gesamt	202	100,0%

15. Abschlussalter

Das Ausbildungsabschlussalter der Gesamtstichprobe wurde bei den Männern mit 28.7 Jahre und bei den befragten Frauen 28.3 Jahren ermittelt (siehe Tabelle 9). Die Berechnung eines t-Tests für unabhängige Stichproben ergab mit der Prüfgröße $t(200) = -0,50$; $p = .615$ ein nicht signifikantes Ergebnis, sodass im Abschlussalter kein Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern angenommen werden kann.

Das ermittelte Abschlussalter der Gesamtstichprobe beträgt in Österreich 28.2 Jahre und in Deutschland 29.2 Jahre; mit $t(200) = -1.01$; $p = .312$ kann ebenfalls kein Unterschied der beiden Länder im Abschlussalter beobachtet werden.

Tabelle 9. Abschlussalter in Abhängigkeit von Geschlecht und Land

Geschlecht	Land	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
weiblich	Österreich	28.06	5.39	120
	Deutschland	29.38	6.39	24
	Gesamt	28.28	5.57	144
männlich	Österreich	28.64	4.85	42
	Deutschland	28.81	3.04	16
	Gesamt	28.69	4.40	58
Gesamt	Österreich	28.21	5.25	162
	Deutschland	29.15	5.27	40
	Gesamt	28.40	5.25	202

Trennt man die Gesamtstichprobe nach Geschlecht und nach Ländern auf, beträgt das Abschlussalter der österreichischen Psychologinnen 28.1 Jahre und bei den deutschen Psychologinnen 29.4 Jahre. Bei den österreichischen Psychologen beträgt das Abschlussalter im Durchschnitt 28.6 Jahre und bei den deutschen Psychologen 28.8 Jahre. Zur Prüfung auf Unterschiedlichkeit der vier Gruppen wurde eine univariate zweifaktorielle Varianzanalyse berechnet. Die Homogenität der Varianzen konnte angenommen werden ($p = .281$).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass keine Unterschiede des Abschlussalters auf Grund von Geschlecht ($p = .991$) und Herkunftsland ($p = .446$) festzustellen sind. Darüber hinaus sind keine Wechselwirkungen aus Geschlecht und Herkunftsland ($p = .556$) bezüglich des Abschlussalters zu beobachten.

15.1 Lebens- und Abschlussalter

Das durchschnittliche Alter der befragten PsychologInnen zum Erhebungszeitpunkt betrug 40.4 Jahre. Der jüngste befragte Psychologe war 25 Jahre, der älteste der befragten Personen war 68 Jahre alt. Beim Abschlussalter wurde das durchschnittliche Alter mit 28.4 Jahren ermittelt. Die Person, die mit dem höchsten Alter das Studium abgeschlossen hat, war 53 Jahre, die jüngste war 22 Jahre (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10. Deskriptivstatistische Kennwerte zu Lebens- und Abschlussalter

		Alter	Abschlussalter
N	gültig	202	202
	fehlend	6	6
<i>M</i>		40.44	28.40
<i>Md</i>		39.00	27.00
<i>SD</i>		9.83	5.25
Spannweite		43	31
min		25	22
max		68	53

Die weiblichen Psychologinnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, waren durchschnittliche 38.5 Jahre alt; das durchschnittliche Abschlussalter dieser Gruppe war 28.3 Jahre.

Bei den männlichen Psychologen, die an der Umfrage teilgenommen haben, betrug das durchschnittliche Lebensalter 45.3 Jahre; das durchschnittliche Abschlussalter lag bei durchschnittlich 28.7 Jahren (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11. Lebens- und Abschlussalter nach Geschlecht

Geschlecht		Alter	Abschlussalter
Weiblich (n = 144)	<i>M</i>	38.50	28.28
	<i>Md</i>	37.00	26.50
	<i>SD</i>	8.46	5.57
	Spannweite	42	31
	min	25	22
	max	67	53
Männlich (n = 58)	<i>M</i>	45.26	28.69
	<i>Md</i>	43.00	28.00
	<i>SD</i>	11.31	4.40
	Spannweite	41	23
	min	27	22
	max	68	45

In Österreich lag das durchschnittliche Alter der PsychologInnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, bei 40.1 Jahren; das Abschlussalter bei 28.2 Jahren

Bei den deutschen PsychologInnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, lag das durchschnittliche Lebensalter bei 41.8 Jahren. Das Studienabschlussalter war bei den deutschen PsychologInnen durchschnittlich 29.2 Jahre (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12. Lebens- und Abschlussalter nach Herkunftsland

Land		Alter	Abschlussalter
Österreich (n = 162)	<i>M</i>	40.11	28.21
	<i>Md</i>	39.00	27.00
	<i>SD</i>	9.75	5.25
	Spannweite	42	31
	min	25	22
	max	67	53
Deutschland (n= 40)	<i>M</i>	41.78	29.15
	<i>Md</i>	39.50	28.00
	<i>SD</i>	10.82	5.27
	Spannweite	39	29
	min	29	22
	max	68	51

Das durchschnittliche Alter der österreichischen Psychologinnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, betrug 38.0 Jahre, das der männlichen österreichischen Psychologen durchschnittlich 46.1 Jahre. Das mittlere Studienabschlussalter der österreichischen Psychologinnen war 28.1 Jahre, das der österreichischen Psychologen 28.6 Jahre.

Bei den deutschen befragten Psychologinnen betrug das durchschnittliche Lebensalter 41.0 Jahre, das der deutschen Psychologen 43.0 Jahre. Das Studienabschlussalter der deutschen Psychologen war im Durchschnitt 28.8 Jahre. Im Vergleich dazu betrug das durchschnittliche Abschlussalter der befragten deutschen Psychologinnen 29.4 Jahre (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13. Lebens- und Abschlussalter nach Land und Geschlecht

Land	Geschlecht		Alter	Abschlussalter
Österreich	weiblich	N gültig	120	120
		<i>M</i>	38.01	28.06
		<i>Md</i>	37.00	26.00
		<i>SD</i>	8,11	5.39
		Spannweite	42	31
		min	25	22
		max	67	53
	männlich	N gültig	42	42
		<i>M</i>	46.12	28.64
		<i>Md</i>	45.00	28.00
		<i>SD</i>	10.92	4.85
		Spannweite	40	23
		min	27	22
		max	67	45
Deutschland	weiblich	N gültig	24	24
		<i>M</i>	40.96	29.38
		<i>Md</i>	39.50	27,00

	<i>SD</i>	9.85	6.39
	Spannweite	31	29
	min	29	22
	max	60	51
männlich	N gültig	16	16
	<i>M</i>	43.00	28.81
	<i>Md</i>	39.50	29.00
	<i>SD</i>	12.36	3.04
	Spannweite	39	11
	min	29	24
	max	68	35

16. Akademischer Grad

Von den befragten PsychologInnen waren 46 DoktorInnen der Psychologie. Dies entspricht einem Anteilswert von 22,8%. 153 der befragten PsychologInnen haben den Titel Magister / Magistra / Bachelor der Psychologie / Diplompsychologe/In erworben. Dies entspricht einem Anteilswert von 75,7%. Drei Personen (1,5%) gaben den Titel „sonstiges“ an (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14. Akademischer Grad in der Gesamtstichprobe

	Häufigkeit	Prozent
DoktorIn der Psychologie	46	22,8
Magister/Magistra, Bachelor, DiplompsychologIn	153	75,7
Sonstiges	3	1,5
Gesamt	202	100,0

Trennt man die Gesamtstichprobe nach Geschlecht und nach Ländern auf, verfügten in der Gruppe der österreichischen Psychologinnen 14,2% über ein Doktorat, 84,2% schlossen das Diplomstudium der Psychologie ab und 1,7% gaben als akademischen Grad „Sonstiges“ an.

Bei den österreichischen Psychologen wiesen 52,4% ein Doktorat auf, 45,2% schlossen ein Diplomstudium der Psychologie ab und 2,4% gaben als akademischen Grad „Sonstiges“ an.

In der Gruppe der deutschen Psychologinnen verfügten 8,3% über ein Doktorat, 91,7% schlossen das Diplomstudium der Psychologie ab.

Bei den deutschen Psychologen verfügten 31,3% über ein Doktorat, 68,8% schlossen ein Diplomstudium der Psychologie ab (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15. Akademischer Grad in Abhängigkeit von Geschlecht und Land

Land			Häufigkeit	Prozent
Österreich	weiblich	DoktorIn der Psychologie	17	14,2
		Magister / Magistra, Bachelor	101	84,2
		DiplompsychologIn		
		Sonstiges	2	1,7
	männlich	Gesamt	120	100,0
		DoktorIn der Psychologie	22	52,4
		Magister / Magistra, Bachelor	19	45,2
		DiplompsychologIn		
		Sonstiges	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Deutschland	weiblich	DoktorIn der Psychologie	2	8,3
		Magister / Magistra, Bachelor	22	91,7
		DiplompsychologIn		
		Gesamt	24	100,0
	männlich	DoktorIn der Psychologie	5	31,3
		Magister / Magistra, Bachelor	11	68,8
		DiplompsychologIn		
		Gesamt	16	100,0

17. Herkunft

Die österreichischen PsychologInnen in der untersuchten Stichprobe teilen sich wie folgt auf die neun Bundesländer auf. Bei den deutschen PsychologInnen wurden keine Angaben zu den Bundesländern erhoben (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16. Bundesländeraufteilung Österreich

Land	Geschlecht			Häufigkeit	Prozent
Österreich	weiblich	gültig	Burgenland	4	3,3
			Kärnten	7	5,8
			Niederösterreich	23	19,2
			Oberösterreich	21	17,5
			Salzburg	7	5,8
			Steiermark	18	15,0
			Tirol	8	6,7
			Vorarlberg	1	,8
			Wien	31	25,8
			Gesamt	120	100,0
	männlich	gültig	Burgenland	2	4,8
			Kärnten	5	11,9
			Niederösterreich	4	9,5
			Oberösterreich	6	14,3
			Salzburg	6	14,3
			Steiermark	5	11,9
			Tirol	7	16,7
			Wien	7	16,7
			Gesamt	42	100,0
Deutschland	weiblich	gültig		24	100,0
	männlich	gültig		16	100,0

Von den teilnehmenden 162 österreichischen PsychologInnen waren 38 (23,5 %) aus dem Raum Wien, während die übrigen 124 (76,5 %) aus den österreichischen Bundesländern stammten.

18. Zusatzausbildungen

Bei 88 (43,6%) Personen, die an der Umfrage teilgenommen haben, konnten Angaben über zusätzliche Ausbildungen im Laufe der Berufslaufbahn erhoben werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (siehe Tabelle 17).

Zusatzausbildungen zum Psychotherapeuten / zur Psychotherapeutin und des Weiteren im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie wurden vergleichsweise häufiger genannt. Abgesehen von Einzelnennungen werden die Zusatzausbildungen im psychologischen, respektive Psychotherapeutischen Feld absolviert.

Tabelle 17. Zusatzausbildungen im Zuge der Berufslaufbahn (Mehrfachnennungen waren möglich)

Zusatzausbildungen	Nennungen
PsychotherapeutInnen	32
Arbeits- und OrganisationspsychologInnen	15
SupervisorInnen	6
VerkehrspsychologInnen	5
Coach / TrainerInnen	5
NeuropsychologInnen	4
Klinischer- und GesundheitspsychologInnen	3
MediatorInnen	3
BiofeedbacktherapeutInnen	2
Dipl. BetriebswirtIn	2
RechtspsychologInnen	2
Forensik	1
Lebens- und SozialberaterInnen	1
Master Kinder- und Jugendentwicklung	1
MethodikerInnen	1
Selfness-Profiler	1
Rebirther	1
RehabilitationspsychologInnen	1
SchriftsachverständigerInne	1
SportpsychologInnen	1
Versicherungskaufmann/frau	1
NotfallpsychologInnen	1
Psychotherapeutisches Propädeutikum	1
Lese- und Rechtschreibtherapeut	1
KommunikationspsychologInnen	1
DIN 33430	1
EMDR	1

18.1 Klinische- und GesundheitspsychologInnen

Bei 153 der befragten PsychologInnen wurde eine Zusatzausbildung zum / zur klinischen PsychologIn angegeben, entsprechend einem Anteilswert von 75,7%. 49 der befragten Personen wiesen diese Zusatzausbildung nicht auf. Dies entspricht einem Anteilswert von 24,3% (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18. Häufigkeiten und Anteilswerte Klinischer PsychologInnen

	Häufigkeit	Prozent
ja	153	75,7
nein	49	24,3
Gesamt	202	100,0

Eine Zusatzausbildung zum / zur GesundheitspsychologIn wurde bei 144 der befragten PsychologInnen beobachtet, entsprechend einem Anteilswert von 71,3%. 58 der befragten Personen haben jene Zusatzausbildung nicht erworben. Das entspricht einem Anteilswert von 28,7% (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19. Häufigkeiten und Anteilswerte von GesundheitspsychologInnen

	Häufigkeit	Prozent
ja	144	71,3
nein	58	28,7
Gesamt	202	100,0

18.2 Postgraduelle Ausbildungen

Die Tabelle 20 zeigt die Häufigkeiten und Anteilswerte der beiden bedeutendsten postgraduellen Zusatzausbildungen im Zusammenhang.

Tabelle 20. Vierfeldertafel Klinische- & GesundheitspsychologInnen

			GesundheitspsychologIn		Gesamt
			ja	nein	
Klinische PsychologIn	ja	Anzahl	139	14	153
		% innerhalb	90,8%	9,2%	100,0%
	nein	Anzahl	5	44	49
		% innerhalb	10,2%	89,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	144	58	202
		% innerhalb	71,3%	28,7%	100,0%

Von den befragten 202 PsychologInnen wiesen 139 (68,8%) beide Zusatzausbildungen auf. Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 117.93$; $p < .001$ signifikant aus. Es kann ein Zusammenhang der beiden Ausbildungsarten beobachtet werden.

19. Mitgliedschaft

Eine Mitgliedschaft in einer Berufsvereinigung wurde von 128 der Befragten angegeben; entsprechend einem Anteilswert von 63,4 % (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21. Mitgliedschaft in einem Berufsverband

	Häufigkeit	Prozent
ja	128	63,4
keine	74	36,6
gesamt	202	100,0

Zudem ist eine Aufstellung der befragten PsychologInnen zum Organisationsgrad bezüglich eines Berufsverbandes in Abhängigkeit vom Herkunftsland von Interesse.

Tabelle 22. Mitgliedschaft in einem Berufsverband nach Herkunftsland

Land		Häufigkeit	Prozent
Österreich	ja	90	55,6
	keine	72	44,4
	gesamt	162	100,0
Deutschland	ja	38	95,0
	keine	2	5,0
	gesamt	40	100,0

In Österreich gehörten 90 Personen dem BÖP an, entsprechend einem Anteilswert von 55,6 %. In Deutschland gehörten 38 Personen dem BDP an. Dies entspricht einem Anteilswert von 95,0 % (siehe Tabelle 22).

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 21.50$; $p < .001$ signifikant aus. Es kann ein Zusammenhang insofern angenommen werden, dass in Deutschland ein höherer Organisationsgrad vorherrscht als in Österreich.

20. Arbeitsverhältnisse

78 (38,6%) der PsychologInnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, befanden sich in einem Angestelltenverhältnis. Freiberuflich sind 68 (33,7%) PsychologInnen tätig. Die Anzahl der PsychologInnen, die sowohl im Angestelltenverhältnis als auch freiberuflich tätig sind, beträgt 56, entsprechend einem Anteilswert von 27,7% (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23. Arbeitsverhältnis

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	freiberuflich	68	33,7
	angestellt	78	38,6
	beides	56	27,7
Gesamt		202	100,0

Im Angestelltenverhältnis waren 53 (32,7 %) der befragten österreichischen PsychologInnen. 55 (34,0 %) der befragten österreichischen PsychologInnen waren freiberuflich tätig.

54 der österreichischen befragten PsychologInnen waren sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig, entsprechend einem Anteilswert von 33,3 %.

In Deutschland waren 25 (62,2%) der befragten PsychologInnen angestellt. Freiberuflich tätig waren zum Erhebungszeitpunkt 13, entsprechend einem Anteilswert von 32,5%. Der Anteilswert der deutschen PsychologInnen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt waren, erreichte 5,0 % (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24. Arbeitsverhältnis nach Herkunftsland

Land		Häufigkeit	Prozent
Österreich	freiberuflich	55	34,0
	angestellt	53	32,7
	beides	54	33,3
	gesamt	162	100,0
Deutschland	freiberuflich	13	32,5
	angestellt	25	62,5
	beides	2	5,0
	gesamt	40	100,0

Die Berechnung der Prüfgröße ergab mit $\chi^2(2) = 16.68$; $p < .001$ ein signifikantes Ergebnis. Es kann ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsverhältnis und österreichischen bzw. deutschen PsychologInnen in der Form beobachtet werden, dass in Deutschland mehr PsychologInnen in einem Angestelltenverhältnis stehen.

21. Ausmaß der Psychologischen Diagnostik in der Praxis

Bedeutsam ist das Ausmaß der Psychologischen Diagnostik in der Praxis zu untersuchen. Hierzu wurden die Anteilswerte erhoben.

Tabelle 25. Anteilswert der diagnostischen Tätigkeit an der Gesamtarbeitszeit in Abhängigkeit von Geschlecht und Herkunftsland

Geschlecht	Land	Prozentwert (M)	SD	N
weiblich	Österreich	27.42	23.65	120
	Deutschland	42.08	28.93	24
	gesamt	29.86	25.10	144
männlich	Österreich	28.93	22.61	42
	Deutschland	36.75	25.99	16
	gesamt	31.09	23.62	58
Gesamt	Österreich	27.81	23.32	162
	Deutschland	39.95	27.58	40
	gesamt	30.21	24.63	202

Die Prüfgröße (Homogenität der Varianzen kann angenommen werden, $p = .222$) fiel mit $F(1,198) = 6.28$, $p = .013$ signifikant aus. Es kann ein Unterschied hinsichtlich des Anteilswertes der Psychologisch-diagnostischen Tätigkeit in der Praxis zwischen Österreich und Deutschland beobachtet werden.

Die deutschen PsychologInnen gaben an, dass die Psychologisch-diagnostische Tätigkeit insgesamt knapp 40% einnimmt, während in Österreich dieser Anteilswert 27,8 % beträgt (siehe Tabelle 25). Zwischen den Geschlechtern konnte mit $F(1,198) = 0.18$, $p = .671$ kein signifikanter Unterschied im Anteilswert angenommen werden; ebenso war für die Wechselwirkung aus Geschlecht und Herkunftsland mit $F(1,198) = 0.58$, $p = .446$ ein nicht signifikantes Ergebnis zu beobachten. Das Lebensalter wies mit $r_s = -.070$ ($p = .320$, $n = 202$) auf keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Anteilswert der Psychologisch-diagnostischen Tätigkeit hin.

Der Anteilswert der Psychologisch-diagnostischen Tätigkeit bezogen auf das Geschlecht unterlag keiner Normalverteilung. Die Berechnung der Prüfgröße des parameterfreien U-Tests nach Mann & Whitney fiel mit $U = 3925.0$ ($z = -0.67$), $p = .502$ nicht signifikant aus. Es kann kein Unterschied im Anteilswert der Psychologisch-diagnostischen Tätigkeit bezüglich weiblicher und männlicher PsychologInnen angenommen werden.

22. Selbstentwickelte Fragebögen

Von 40 befragten deutschen TestteilnehmerInnen gaben 35% an, selbstentwickelte Fragebogen zu verwenden. Bei 162 österreichischen TestteilnehmerInnen erreichte der Anteilswert 40% (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26. Verwendung selbstentwickelter Fragebögen

		Selbstentwickelt		Gesamt
		ja	nein	
Österreich	Anzahl	65	97	162
	% innerhalb	40,1%	59,9%	100,0%
Deutschland	Anzahl	14	26	40
	% innerhalb	35,0%	65,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	79	123	202
	% innerhalb	39,1%	60,9%	100,0%

Die Tabelle 27 gibt die Anwendungsbereiche für die selbstentwickelten Fragebögen an:

Tabelle 27. Art selbstentwickelter Fragebögen (N = 202)

Selbstentwickelte Fragebögen	Nennungen (Häufigkeiten)
Anamnese	5 (2,5%)
Verkehrspsychologie	2 (1,0%)
Genusstraining	1 (0,5%)
erweiterte Exploration	1 (0,5%)
kognitive Fähigkeiten	1 (0,5%)
Feedback	1 (0,5%)
ADHS bei Erwachsenen	1 (0,5%)
pfliegende Angehörige	1 (0,5%)
Motive	1 (0,5%)
Diagnostik	1 (0,5%)

Die Tabelle 28 gibt jene Anwendungsbereiche der selbstentwickelten Fragebögen an, die eine Nennung >1 aufweisen:

Tabelle 28. Art selbstentwickelter Fragebögen Österreich (N = 202)

Selbstentwickelte Fragebögen	Nennungen (Häufigkeiten)
Exploration / Anamneseleitfäden	12 (6,0%)
Forschungszwecke	5 (2,5%)
Berufseignungsdiagnostik	4 (2,0%)
Zufriedenheit mit Beratung / Behandlung	3 (1,5%)
Verkehrssicherheit und -psychologie	3 (1,5%)
Einschätzen von Schmerzen / Spastik	2 (1,0%)
Ressourcen	2 (1,0%)
Screening	2 (1,0%)

Je Berechnung der Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 0.35$; $p = .552$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Verwendung selbstentwickelter Fragebögen zwischen den beiden Ländern Österreich und Deutschland beobachtet werden.

23. Standardisierter Beobachtungsprotokolle

Die Analyse der bestehenden Literatur zur Thematik hat darauf hingewiesen, dass zu einem beträchtlichen Ausmaß selbstentwickelte Fragebögen in der Praxis eingesetzt werden (Schorr, 1995). Aus diesem Wissen heraus wurde erhoben, ob sich diese Befundlage ein gutes Jahrzehnt später in Folge von neuen Erkenntnissen in der wissenschaftlichen Diagnostik und teils veränderter Ausbildungscurricula geändert hat.

Tabelle 29. Häufigkeiten und Anteilswerte in der Verwendung von standardisierten Beobachtungsprotokollen

			Stand. Beobachtungsprotokolle		Gesamt
			ja	nein	
Land	Österreich	Anzahl	59	103	162
		% innerhalb	36,4%	63,6%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	20	20	40
		% innerhalb	50,0%	50,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		79	123	202
	% innerhalb		39,1%	60,9%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 2.48$; $p = .115$ nicht signifikant aus (siehe Tabelle 31). Es kann kein Unterschied zwischen den beiden Ländern und der Verwendung von standardisierten Beobachtungsprotokollen beobachtet werden.

24. Verwendung von Testmaterial im Original bzw. als Kopie

106 (52,5%) der befragten PsychologInnen gaben an, Testmaterial im Original zu verwenden. Rund ein Viertel der PsychologInnen, die die Frage beantwortet haben, verwenden Kopien (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30. Häufigkeiten und Anteilswerte der Verwendung von Originaltestbögen

			original	kopiert	keine Angabe	
Land	Österreich	Anzahl	79	41	42	162
		% innerhalb	48,8%	25,3%	25,9%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	27	6	7	40
		% innerhalb	67,5%	15,0%	17,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl		106	47	49	202
	% innerhalb		52,2 %	23,3%	24,3%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(2) = 4.55$; $p = .103$ nicht signifikant aus. Es kann kein Unterschied zwischen deutschen und österreichischen PsychologInnen bezüglich der berichteten Verwendung von Originalmaterial und Kopien beobachtet werden.

25. Unterbindung „inkompetenter Arbeit“

Unter „inkompetenter Arbeit“ werden hier einerseits fachfremde Berufsgruppen, die trotzdem Psychologische Diagnostik durchführten und andererseits Mängel in der Durchführung im Rahmen von Psychologisch-diagnostischen Tätigkeiten zusammengefasst. 95 (47%) der befragten PsychologInnen gaben an, dass sie eine „inkompetente Arbeit“ eines Kollegen bzw. einer anderen Berufsgruppe unterbinden würden bzw. schon unterbunden haben. 107 (53%) der befragten PsychologInnen gaben an, dass sie eine „inkompetente Arbeit“ einer Kollegin bzw. eines Kollegen nicht unterbinden würden bzw. haben (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31. Häufigkeiten und Anteilswerte zu Angaben „inkompetenter Arbeiten“ von KollegInnen

			„inkompetent“		Gesamt
			ja	nein	
Land	Österreich	Anzahl	73	89	162
		% innerhalb	45,1%	54,9%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	22	18	40
		% innerhalb	55,0%	45,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		95	107	202
	% innerhalb		47,0%	53,0%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit $X^2(1) = 1.27$; $p = .259$ nicht signifikant aus. Es kann kein Unterschied bezüglich der Unterbindung einer inkompetenten Arbeit zwischen Österreich und Deutschland beobachtet werden (siehe Tabelle 31).

Tabelle 32 zeigt, in welchen Berufsfeldern „inkompetente Arbeit“ beobachtet werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Tabelle 32. „Inkompetente Arbeit“ in einzelnen Berufsgruppen (N = 202)

Berufsgruppen	Nennungen
Lehrer/Pädagogen	22 (10,9%)
Lebens- u. Sozialarbeiter	16 (7,9%)
Ärztliche Kollegen	10 (5,0%)
PsychologInnen	7 (3,5%)
PsychotherapeutInnen	7 (3,5%)
Sozialarbeiter	5 (2,5%)
"Heiler", Esoteriker	4 (2,0%)
Pflegepersonal	4 (2,0%)
Krankenhauspersonal	3 (1,5%)
LegasthetietrainerInnen	3 (1,5%)

Je nach Berufsgruppe konnten unterschiedlich hohe Häufigkeiten für mangelhafte oder nicht erlaubte Durchführung Psychologisch-diagnostischer Verfahren erhoben werden. Die Tabelle 32 weist darauf hin, dass auch Personen in diesem Bereich tätig waren, obwohl sie nicht in Psychologisch-diagnostischen Bereichen ausgebildet worden sind.

26. Überweisung an PsychologInnen

Der überwiegende Teil an Zuweisungen erfolgt durch Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33. Überweisung an PsychologInnen (N = 202)

Quelle der Überweisung	Nennungen
Arzt	127 (62,9%)
LehrerInnen / PädagogInnen	32 (15,8%)
KollegInnen/PsychologInnen	30 (14,9%)
Gerichte/Justiz/Jurist/ Jugendamt	16 (7,9%)

Krankenhaus	15 (7,4%)
Kindergarten	12 (5,9%)
PsychotherapeutInnen	11 (5,4%)
Sozialamt/SozialarbeiterInnen	10 (5,0%)
Ämter	9 (4,5%)
KlientInnen	5 (2,5%)
LogopädInnen	5 (2,5%)
ErgotherapeutInnen	4 (2,0%)
Arbeitsmarktservice (AMS)	3 (1,5%)
BeraterInnen / Institute	3 (1,5%)
Beratungsstellen	3 (1,5%)
Betriebe	3 (1,5%)
Bezirkshauptmannschaft	3 (1,5%)
Eltern	3 (1,5%)
Sozialversicherungsanstalten	3 (1,5%)
Jugendwohlfahrt	3 (1,5%)

27. Bekanntheitsgrad der DIN 33430

53 (26,2%) der befragten PsychologInnen gaben an, dass ihnen die DIN 33430 bekannt sei, während 149 (73,8%) der befragten PsychologInnen keine Kenntnis dieser Norm berichteten (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34. Bekanntheitsgrad DIN 33430

	Häufigkeit	Prozent
ja	53	26,2
nein	149	73,8
gesamt	202	100,0

Rund 19% der österreichischen PsychologInnen ist die DIN 33430 bekannt. In Deutschland beträgt der Bekanntheitsgrad rund 58% (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35. Bekanntheitsgrad der DIN 33430 in Abhängigkeit vom Herkunftsland

			DIN 33430 bekannt		Gesamt
			ja	nein	
Land	Österreich	Anzahl	30	132	162
		% innerhalb	18,5%	81,5%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	23	17	40
		% innerhalb	57,5%	42,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl		53	149	202
	% innerhalb		26,2%	73,8%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 25.19$, $p < .001$ ($r_\phi = -.353$) signifikant aus. Es kann ein Unterschied im Bekanntheitsgrad der DIN 33430 zwischen Österreich und Deutschland angenommen werden. Österreichischen PsychologInnen ist die DIN 33430 offenbar weniger bekannt als den deutschen PsychologInnen.

27.1 Bekanntheitsgrad und Erfüllen der DIN 33430 in der Praxis

Die Tabelle 36 zeigt die Häufigkeiten und Anteilswerte der Anwendung der DIN Norm in der Praxis in Abhängigkeit der Bekanntheit der DIN Norm.

Tabelle 36. Kontingenztafel Bekanntheit der DIN und Anwendung in der Praxis

			Anwendung von DIN			Gesamt
			ja	nein	weiß nicht	
DIN bekannt	ja	Anzahl	26	7	20	53
		% innerhalb	49,1%	13,2%	37,7%	100,0%
	nein	Anzahl	3	5	141	149
		% innerhalb	2,0%	3,4%	94,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl		29	12	161	202
	% der Gesamtzahl		14,4%	5,9%	79,7%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit X^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 75.11, $p < .001$ signifikant aus. Es kann ein Zusammenhang zwischen dem Bekanntheitsgrad und der Erfüllung der DIN 33430 in der Praxis angenommen werden. Rund ein Drittel der deutschen PsychologInnen gab an, die DIN 33430 zu erfüllen. 13% der deutschen PsychologInnen erfüllen die Kriterien der DIN 33430 nicht (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37. Erfüllen der DIN 33430 in Abhängigkeit vom Herkunftsland

			ja	nein	weiß nicht	Gesamt
Land	Österreich	Anzahl	16	7	139	162
		% innerhalb	9,9%	4,3%	85,8%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	13	5	22	40
		% innerhalb	32,5%	12,5%	55,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		29	12	161	202
	% innerhalb		14,4%	5,9%	79,7%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(2) = 18.87$, $p < .001$ (Cramer-V = .306) signifikant aus, es kann ein Verteilungsunterschied dahingehend angenommen werden, dass die Anwendung der DIN Norm in der Praxis der österreichischen PsychologInnen häufiger nicht genau bekannt ist.

Folgende Gründe werden von den deutschen PsychologInnen angeführt, die für ein Einhalten der DIN 33430 sprechen:

- Die standardisierten Testverfahren entsprechen der DIN 33430
- Umsetzung der Richtlinien in der täglichen Arbeit mit Hilfe von Checklisten und Heuristiken

Folgende Gründe werden von den österreichischen PsychologInnen angeführt, die gegen ein Einhalten der DIN 33430 sprechen:

- Es ist ein untaugliches Instrument.
- Es wird keine Eignungsdiagnostik durchgeführt.
- Die Norm ist zu unrealistisch und zu kompliziert.
- Es wird bei den ProbandInnen ausschließlich Persönlichkeitsdiagnostik durchgeführt.
- Es gibt keine hinreichend schriftliche Dokumentation

10% der österreichischen PsychologInnen geben an, nach der DIN 33430 zu arbeiten. Folgende Gründe werden angeführt, die für ein Einhalten der DIN 33430 sprechen:

- Aktualität der Verfahren und der Normierung ist gegeben.
- Dokumentation
- Interpretation
- Urteilsbildung
- Standardisierte Testsysteme

Rund 4% der österreichischen PsychologInnen hielten die DIN 33430 nicht ein. Folgende Gründe werden angeführt, die gegen ein Einhalten der DIN 33430 sprechen:

- Ist nicht bekannt
- Für Kleinbetriebe stehen Kosten- und Nutzverhältnisse in keiner Relation.

28. Relevanz universitärer Lerninhalte der Psychologischen Diagnostik für die Praxis

Zur Beantwortung der Frage war den UntersuchungsteilnehmerInnen ein Rating auf einer Analogskala zwischen 0% und 100% möglich. Der Mittelwert erreichte 51,04 % ($Md = 50,0$) (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38. Rating der Relevanz psychologischer Diagnostik je Herkunftsland

Land	N	M	SD
Österreich	162	49.97	26.68
Deutschland	39	55.51	29.75
Gesamt (gültige Fälle)	201	51,04	27.31

Für Österreich beträgt der Mittelwert 49,97 und für Deutschland 55,51 Prozent. Die Daten unterlagen einer Normalverteilung, womit zur Überprüfung der Unterschiedlichkeit ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet werden konnte. Die Prüfgröße fiel mit $t(199) = -1.14$; $p = .256$ nicht signifikant aus. Es kann kein

Unterschied bezüglich der Relevanz der Lerninhalte der Psychologischen Diagnostik in der Praxis zwischen Österreich und Deutschland beobachtet werden.

28.1 Fehlen von Inhalten in der Ausbildung

Tabelle 39 zeigt, welche Inhalte in der deutschen Ausbildung gefehlt haben¹, wobei Mehrfachnennungen möglich waren

Tabelle 39. Inhalte, die in der deutschen Ausbildung gefehlt haben (N = 40)

Inhalte	Nennungen
Auswahl geeigneter Verfahren	3
Schriftliche Darstellung / Befunderstellung	3
Spezielle Inhalte zur Diagnostik im Kindes- und Jugendalters	2
Praktische Testdurchführung	3
mehr Praxisbezug	3
klinischer Bereich	2
Neuropsychologie	2
Gesprächsführung	2
Umgang mit Störvariablen (Bildung, Medikamente, physische / psychische Einschränkung, multiple Erkrankungen)	2

Tabelle 40 zeigt, welche Inhalte in der österreichischen Ausbildung gefehlt haben²:

Tabelle 40. Inhalte, die in der österreichischen Ausbildung gefehlt haben (N = 162)

Inhalte	Nennungen
genauerer Eingehen auf psychologischen Testverfahren (aktuelle)	6
Projektive Verfahren (bei Kindern; Persönlichkeitsdiagnostik)	9
Rechtliche Angelegenheiten	3
klinische Diagnostik + konkrete Störungsbilder	8
Gutachten / Befund schreiben	16
neuropsychologische Diagnostik / Leistungsverfahren (bei Kindern)	11
Gutachten, Befunde zu verschiedenen Fragestellungen vorstellen	2
Anwendungsbeispiele in der Praxis	2
Theorie	2
Theorie - Praxis - Transfer	2
mehr Praxisbezug	32
Erfahrung beim Interpretieren	2
Fehlen von Kurztests, Screenings und Ratings aus der Praxis	2
Gelehrten Tests sind in der Praxis zu zeitintensiv / praxisrelevante Tests	3
Anamnese	2
Verhaltensbeobachtung	6
Kinder- und Jugendbereich (psychische Störungen bei Kindern)	8
Diagnostik im Behindertenbereich (körperliche Behinderung, intellektuelle Behinderung)	3
Gerontopsychologie	3
spezielle Diagnostik	3
Differentialdiagnostik	2
Forensik	4

¹ Die Tabelle enthält nur exemplarische Nennungen

² Die Tabelle enthält nur exemplarische Nennungen

Auswahl geeigneter Verfahren (Welche Tests für welches Anwendungsgebiet)	2
einzelne Störungsbilder genauer	3
Beratung	2
(psychologische) Behandlung	2
Arbeitsrehabilitation	2
Traumadiagnostik	2
psychiatrische Diagnostik	2
ICD-10 Diagnostik / DSM- Diagnostik	2
psychologische Beratung	2
Interpretation	3
PC-unterstütztes Testmaterial & Möglichkeiten und Grenzen	2

29. Dolmetschen und Probleme in der Praxis

Die Angaben zum Einsatz von DolmetscherInnen in der Befundbesprechung wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Von Interesse war hierbei, ob die PsychologInnen bereits mit DolmetscherInnen gearbeitet haben und welche Vor- und Nachteile hierbei angegeben wurden. Die Ergebnisdarstellung erfolgt getrennt nach den beiden Ländern.

In Deutschland gibt es gute Erfahrung mit DolmetscherInnen, die selbst PsychologInnen sind, da sich in diesem Fall die Möglichkeit ergibt kulturelle Besonderheiten einzubeziehen. Ein Dolmetschen durch Nicht-PsychologInnen ist schwierig, da bei der Besprechung von Inhalten es zu Missverständnissen kommen kann. Erfolgt die Übersetzung nicht ausschließlich wörtlich werden vor allem Kinder durch verbale Hilfestellungen beeinflusst und unterliegen Suggestionen. Deshalb sollten zumindest Screeninginstrumente in gängigen Sprachen zur Verfügung stehen.

In Österreich betrachtet man DolmetscherInnen als nützlich für psychoedukative Ausführungen. Diesem Nutzen stehen jedoch zahlreiche Nachteile gegenüber: Der Beziehungsaufbau zwischen KlientInnen und PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen wird schwieriger, da sich die KlientInnen im Gespräch meist an den Dolmetsch wendet. Es kommt vor, dass die KlientInnen den Dolmetsch bitten etwas nicht zu übersetzen. Die Problematik wird um eine weitere Facette reicher, wenn es sich bei dem Klienten um einen Mann aus einem südlichen bzw. südöstlichen Land handelt und als Dolmetsch eine Frau fungiert. Außerdem schwingen die Einstellung und Werthaltung der DolmetscherInnen in der Übersetzung mit und beschämen vielleicht die KlientInnen. Oft werden die DolmetscherInnen durch Bekannte oder Verwandte gestellt, die ihrerseits nur begrenzt der deutschen Sprache mächtig sind. Professionelle DolmetscherInnen sind für die KlientInnen jedoch oft nicht leistbar. Ebenfalls gilt es zu bedenken, dass Mimik, Gestik und Intonation womöglich anders zu interpretieren sind.

Für die Arbeit mit Kindern sollte berücksichtigt werden, dass durch das Dolmetschen die Spontaneität im Ausdrucksverhalten gehemmt werden kann. Bei der Leistungsdiagnostik ist unklar, inwiefern die erbrachte Leistung aufgrund der Sprachkompetenz vs. kognitiver Defizite zustande kommt. Weitere Schwierigkeiten liegen in der Schweigepflicht sowie in der zeitlichen Flexibilität des Dolmetschs. Aus diesen Nachteilen ergibt sich der Wunsch nach professionellen DolmetscherInnen, die zeitlich flexibel verfügbar sind und durch Hilfsorganisationen für die KlientInnen leistbar werden. Bis dahin wären fremdsprachige Fragenkataloge für die Praxis von erforderlich oder auch, dass die DolmetscherInnen selbst PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen wären.

30. Erfüllung der allgemeinen Richtlinien der Nachvollziehbarkeit

Folgende Kriterien zählt Kubinger (2006, S. 306) zur Nachvollziehbarkeit eines Gutachtens:

- die eingesetzten Psychologisch – diagnostischen Verfahren müssen namentlich im Gutachten angeführt werden
- die Grenzen zwischen Ergebnisdarstellung und der Interpretation der Ergebnisse dürfen nicht verwischt werden
- die gewonnen Resultate sollen erläutert und zueinander in Beziehung gesetzt werden

Tabelle 41. Häufigkeiten und Anteilswerte zur Nachvollziehbarkeit

			Nachvollziehbarkeit		Gesamt
			ja	nein	
Land	Österreich	Anzahl	146	16	162
		% innerhalb	90,1%	9,9%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	36	4	40
		% innerhalb	90,0%	10,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		182	20	202
	% innerhalb		90,1%	9,9%	100,0%

90% der deutschen PsychologInnen erfüllen beim Erstellen eines psychologischen Gutachtens die allgemeinen Richtlinien der Nachvollziehbarkeit (siehe Tabelle 41). Im Folgenden werden jene Gründe angeführt, die für ein Erfüllen der Nachvollziehbarkeit sprechen³:

- Transparenz
- Transkription der Gespräche

³ Die Nennungen stellen einen Auszug der vollständigen Liste dar

- Bei der Rückmeldung der Klientinnen nachfragen lassen
- Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen werden für Interventionen in Bezug zu Daten gesetzt, die in der Anamnese und Diagnostik gewonnen wurden.
- Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen werden im Befundvermittlungsgespräch die Ergebnisse mitgeteilt, jeweils dem Entwicklungsstandes angepasst
- Ausformulierung von beobachteten und konsolidierten Inhalten
- Hypothesengeleitet
- Besprechung eines jeden verwendeten Tests ausführlich mit meinen TherapiepatientInnen und formuliere die Gesamteinschätzung mit ihnen zusammen
- Orientierung am Verhalten
- Klientengerechte Erklärung des Hintergrundes der Untersuchung
- Genaue Quellenangabe
- Beschreibung wie Daten erhoben wurden

90% der österreichischen PsychologInnen erfüllen beim Erstellen eines psychologischen Gutachtens die allgemeinen Richtlinien der „Nachvollziehbarkeit“ (siehe Tabelle 41).

Folgende Gründe werden angeführt, die für ein Erfüllen der „Nachvollziehbarkeit“ sprechen⁴:

- Befunde klar und verständliche geschrieben
- evidenzbasierte Argumentation
- Auflistung der Testergebnisse inkl. Interpretation, sowie die genaue Anführung und Beschreibung aller durchgeführten Instrumente
- adäquate Methodenauswahl
- genaue Anamnese
- telefonische Erreichbarkeit bei weiteren Fragen
- Befundbesprechung mit den Eltern der diagnostizierten Kinder
- Patientenaufklärung während der Diagnostik
- strikte Explizitheit des Begutachtensprozesses
- Plausibilität der Interpretationen und Schlussfolgerungen
- klare Fragestellung
- Aufbewahrung von Tests

⁴ Die Nennungen stellen einen Auszug der vollständigen Liste dar

- Begründung der Ergebnisse
- die Person ist in den gesamten Prozess der Abklärung eingebunden und bekommt ihr Ergebnis als *Karriereplan*
- Ausführliche Vor- und Nachbesprechung
- Verwendung geeichter Tests unter Standardbedingungen
- verwendete Verfahren kurz begründet und erläutert
- alle Schritte bis zur Entscheidung werden berichtet
- Dokumentation aller abgeklärten Bereiche sowie notwendige Erklärungen dazu
- verbale Beschreibung sowohl des Verfahrens allgemein als auch der Skalen
- gerichtlich vorgeschriebene Kriterien
- ständige Validierung

31. Schwierigkeiten bei der Befundbesprechung

Folgende Gründe wurden für Schwierigkeiten bei der Befundbesprechung in Deutschland angeführt⁵:

- Berichte, die für Eltern, PädagogInnen und ÄrztInnen gleichermaßen verständlich und informativ sind
- Unklare Weitergaberegeln für Berichte
- Mehrdeutigkeit
- Widersprüchlichkeit
- Umsetzung in der Psychotherapie-Planung
- Selektive Wahrnehmung der ProbandInnen bzw. der Bezugspersonen
- Paradox: erstaunlicherweise kommt man mit der Rückmeldung von Schwachstellen oder auch besonders guten Fähigkeiten besser mit Personen ins Gespräch, als wenn sich die Eigenschaft im Normalbereich befindet
- Reduktion auf das Wesentliche bei hoher Komplexität der Zusammenhänge
- Mangelnde Bereitschaft der KlientInnen ursachenorientiert zu denken und nicht nur oberflächliche Symptome zu kurieren
- Medikation erhofft
- Wenn Verhaltensänderung des Umfeldes nötig sind
- Ressourcenorientierte Besprechung von „Schlechten Leistungen“
- Testgläubigkeit der KlientInnen und die Illusion, für immer auf einen Wert reduziert zu sein

⁵ Die Nennungen stellen einen Auszug der vollständigen Liste dar

- Angst vor psychologischen Testverfahren
- Manchen KlientInnen wird das Testen von ihren BetreuerInnen wie eine Strafe vermittelt
- PatientInnen mit Demenz
- PatientInnen mit schweren Depressionen
- Eigene Befangenheit beim Mitteilen negativer Ergebnisse
- Forensisches Klientel
- Befunde mitzuteilen ohne die KlientInnen zu erschrecken, zu verunsichern oder zu demotivieren und doch hinzuweisen, wo die Schwierigkeiten auftreten oder Gefahren auftreten könnten
- Unlust der ÄrztInnen, hinreichende Differentialdiagnostik zu betreiben, um Ursachen zu erschließen oder Diagnosen zu verifizieren
- Zeitmangel
- Keine ambulante Therapien anbieten zu können, da sie nicht existieren oder bezahlt werden würden
- Traumata
- Erwartungshaltung / Ergebniserwartung der KlientInnen
- Verdeutlichung statistischer Kennwerte
- Dysfunktionalität (Rentenbegehren)

Folgende Gründe wurden für Schwierigkeiten bei der Befundbesprechung in Österreich angeführt⁶:

- Niedriger Bildungsgrad
- Eltern, die geschickt werden und eigentlich keinen Anlass einer Diagnostik sehen
- Vorgefasste Meinungen der PatientInnen bezüglich seiner Beschwerden
- Aufmerksamkeit / Desinteresse der PatientInnen
- Unsicherheit meinerseits
- Das Vermitteln unterdurchschnittlicher Ergebnisse und das Aufzeigen der Relevanz für den Alltag
- Angst der PatientInnen in eine Schublade gesteckt zu werden
- Schwierige Befunde zu erklären
- Validität / Bedeutung psychologischer Konstrukte erklären
- Wenn die KlientInnen weitere Schritte planen sollen, nicht aber in der Lage dazu sind
- Auffällige Ergebnisse auf konstruktive Weise rückmelden

⁶ Die Nennungen stellen einen Auszug der vollständigen Liste dar

- Fehlende Krankheitseinsicht der ProbandInnen
- Überfürsorgliche oder autoritäre ZuweiserInnen
- Alte PatientInnen (Gehör, Sehkraft, Aufnahmefähigkeit), kognitive Defizite
- Deutliche Beeinträchtigungen vermitteln
- Bereitschaft zur Veränderung nicht gegeben
- Eltern, die glauben, wenn das Kind in Therapie geht, müssen sie nichts mehr machen
- Anerkennen der Diagnose
- Enttäuschte Erwartungen
- Uneindeutige Ergebnisse
- Fragestellung kann nicht zufriedenstellend beantwortet werden
- Skaleninterpretation
- Anwesende Bezugspersonen
- Mangelnde Introspektions- und Reflexionsmöglichkeiten der KlientInnen
- Traumatisierte Personen
- Eigene Bedürfnisse der KlientInnen
- Oft zu wenig aufschlussreich
- Im Einzelfall ist es schwierig, PatientInnen davon zu überzeugen, eine Verlaufstestung zu machen
- Selektive Wahrnehmung
- Psychologische Behandlung wird nicht von der Kasse vergütet
- Negative Befunde, die Konsequenzen für die KlientInnen haben
- Versteckte Aufträge
- Widerstände gegen Ergebnisse
- Selten: Ärger der PatientInnen, wenn Ergebnisse bei Leistungstests nicht den Erwartungen entsprechen
- Wenn PatientInnen nicht exakt über die Relevanz der Untersuchungen aufgeklärt wurden
- Fragen bei Sachwalterschaft
- Selbstbetroffene Eltern von ADHS und oder Autismus
- PatientInnen nehmen ein weniger gutes Ergebnis den ganzen Tag mit, das heißt, sensibles Vorgehen notwendig
- Fehlen von passenden Profilbildern
- Wenn KlientInnen sich durch Ergebnisse nicht repräsentiert finden
- Zeitfaktor
- Aufnahmefähigkeit der KlientInnen in der Situation nach der Testung
- Idealisierung von IQ Gesamtwerten

32. Weiterbildungskurse

98% der österreichischen PsychologInnen gaben an, Weiterbildungskurse zu besuchen, während 95% der deutschen PsychologInnen ebenfalls Weiterbildungskurse in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42. Besuch von Weiterbildungskurse

		Weiterbildung		Gesamt
		ja	nein	
Land	Österreich	Anzahl	159	162
		% innerhalb	98,1%	100,0%
	Deutschland	Anzahl	38	40
		% innerhalb	95,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		197	202
	% innerhalb		97,5%	100,0%

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 1.32$; $p = .251$ nicht signifikant aus. Es kann kein Unterschied bezüglich des Herkunftslandes und des Besuches von Weiterbildungskursen beobachtet werden. Tabelle 43 zeigt darüber hinaus, welche Form von Weiterbildungskursen österreichische bzw. deutsche PsychologInnen besuchen⁷.

Tabelle 43. Besuch von Weiterbildungskursen (Häufigkeiten und Anteilswerte, N = 202)

Art des Weiterbildungskurses	Nennungen
ADHS-Problematik (bei Verkaufsauffälligen)	6 (3,0%)
Angststörungen / Panikattacken (bei Kindern)	6 (3,0%)
Arbeitspsychologie	3 (1,5%)
Ausbildung Klinischer- und Gesundheitspsychologe	5 (2,5%)
Ausbildung psychischer Psychotherapeut	4 (2,0%)
BDP	4 (2,0%)
Bindungsdiagnostik (Theorie)	3 (1,5%)
Biofeedback (bei chronischen Kopfschmerzen)	7 (3,5%)
Borderline Persönlichkeitsstörung	3 (1,5%)
Diagnostik	3 (1,5%)
Diagnostik / Therapie von Persönlichkeitsstörungen	3 (1,5%)
EMDR - Diagnostik von dissoziativen Störungen	8 (4,0%)
Essstörungen	3 (1,5%)
Genderworkshop	3 (1,5%)
GNPÖ(-Jahrestagung)	3 (1,5%)
Hypnotherapie	4 (2,0%)
ICD - 10	3 (1,5%)
Interne Fortbildung (KJPP)	3 (1,5%)
Intervisionszirkel	4 (2,0%)
Klinische Hypnose (Kinder)	4 (2,0%)
Kongresse	8 (4,0%)
Krisenintervention und -management	3 (1,5%)
Neuropsychologie Epilepsie; -Diagnostik)	9 (4,5%)
Notfallpsychologie	6 (3,0%)
Positive Psychologie	3 (1,5%)
Psychiatrie / Psychosomatik (ärztliche Fortbildung)	5 (2,5%)

⁷ Die Tabelle enthält nur exemplarische Nennungen

Psychoonkologie	6 (3,0%)
Psychotherapeutisches Propädeutikum	10 (5,0%)
Psychotherapiewoche / Tagung	3 (1,5%)
Selbsterfahrung (Gruppe)	3 (1,5%)
Supervision (Fall)	9 (4,5%)
Systemische Familientherapie [(von Lämle): Lebenswelten]	3 (1,5%)
Systemische Methoden / Therapie	4 (2,0%)
Tagungen	4 (2,0%)
Trauma(therapie)	7 (3,5%)
Verhaltenstherapie (für Kinder und Jugendliche Weiterbildung)	9 (4,5%)
Verkehrspsychologie, Verkehrssicherheit, Nachschulung	9 (4,5%)

32.1 Besuch von Weiterbildungskursen

Tabelle 44 zeigt, welche Form von Weiterbildungskursen im Falle des Angebotes österreichische bzw. deutsche PsychologInnen besuchen würden⁸:

Tabelle 44. Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen von Gründen für Weiterbildungskurse im Falle des Angebotes

Besuch von Kursen im Falle des Angebotes	Deutschland (N = 40)	Österreich (N = 160)	Gesamt (N = 202)
Vertiefung im Bereich der Diagnostik	3 (7,5%)	1 (0,6%)	4 (2,0%)
neuere diagnostische Verfahren (HAWIK IV, neuropsychologische Testverfahren)	1 (2,5%)	5 (3,1%)	6 (3,0%)
Diagnostik von ADHS	1 (2,5%)	2 (1,25%)	3 (1,5%)
Störungen im Kinder- und Jugendalter	1 (2,5%)	2 (1,25%)	3 (1,5%)
Traumatherapie / Traumabewältigung im Kindesalter	1 (2,5%)	7 (4,4%)	8 (4,0%)
Psychotherapie	2 (5%)	3 (1,9%)	5 (2,5%)
Neuropsychologie / neuropsychologische Diagnostik	2 (5%)	7 (4,4%)	9 (4,5%)
Psychosomatik / Psychosomatische Rehab.	1 (2,5%)	3 (1,9%)	4 (2,0%)
Hypnose	1 (2,5%)	2 (1,25%)	3 (1,5%)
Krisenintervention	1 (2,5%)	2 (1,25%)	3 (1,5%)
Notfallpsychologie	1 (2,5%)	4 (2,5%)	5 (2,5%)
Diagnostik Persönlichkeitsstörung	1 (2,5%)	2 (1,25%)	3 (1,5%)
Differentialdiagnostik Demenz / Depression	0	3 (1,9%)	3 (1,5%)
Psychologische Schmerzbehandlung / Schmerzdiagnostik	0	3 (1,9%)	3 (1,5%)
Biofeedback	0	4 (2,5%)	4 (2,0%)
Szenotest	0	3 (1,9%)	3 (1,5%)
Sucht	0	3 (1,9%)	3 (1,5%)

33. Bevorzugte Psychologisch-diagnostische Verfahren

Die Graphik in Abbildung 3 zeigt die meistgenannten diagnostischen Verfahren in der psychologischen Praxis in Österreich und Deutschland. Diese Zusammen-

⁸ Die Tabelle enthält nur exemplarische Nennungen

fassung gestattet einen Überblick über die Verwendungshäufigkeit der 20 häufigst verwendeten Verfahren.

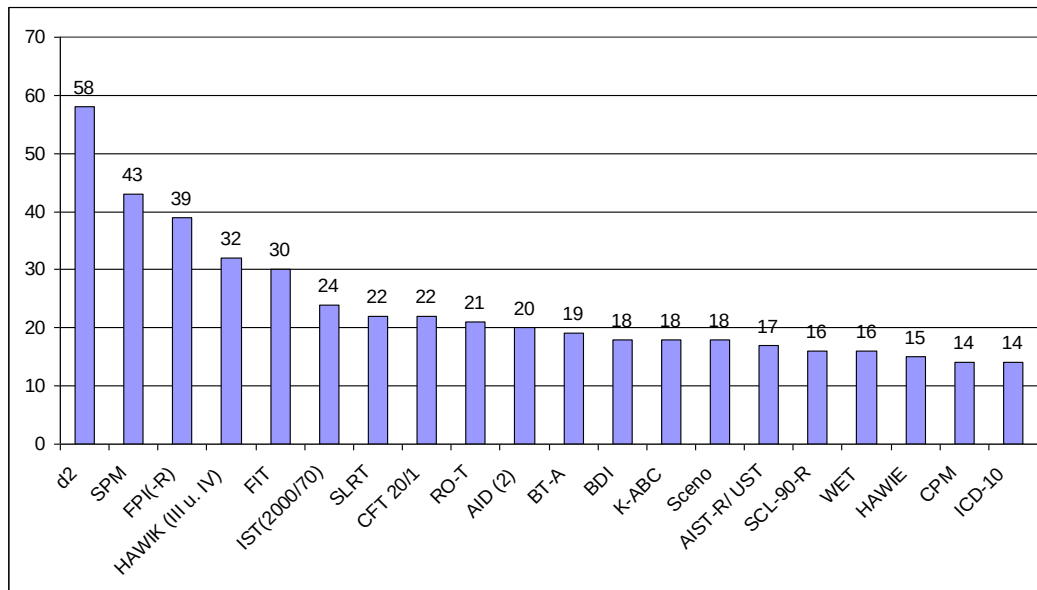


Abbildung 3. Meistgenannte psychologisch- diagnostische Verfahren

Im Folgenden werden die speziellen Verfahrensarten in Kategorien zusammengefasst dargestellt, wobei neben der angegebenen Verwendungshäufigkeit auch die Aktualität der Verfahren unter dem Aspekt des Testalters erörtert wird. Pro Kategorie konnten von den TeilnehmerInnen jeweils bis zu fünf verschiedene Verfahren benannt werden. Um eine Übersichtlichkeit in den Tabellendarstellungen zu gewährleisten, wurden je Kategorie nur jene Verfahren berücksichtigt, die insgesamt zumindest 5 Mal genannt wurden.

33.1 Intelligenztests

Tabelle 45 zeigt in einer Übersicht die 10 häufigst genannten Intelligenztests.

Tabelle 45. Die 10 häufigst genannten Intelligenztests (Häufigkeiten und Anteilswerte, N = 202)

Nennungen	D	Ö	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
43 (21,3%)	11	32	SPM	Standard Progressive Matrices. Heller, K.A., Kratzmeier, H. & Lengfelder, A.	1998
18 (8,9%)	6	12	K-ABC	Kaufman-Assessmant Battery for children - deutschsprachige Fassung Melchers, P. & Preuss, U.	1991
15 (7,4%)	3	12	AID 2	Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2 Kubinger, K.D. & Wurst, E.	2000
15 (7,4%)	4	11	HAWIE	Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene Hardesty, A. & Lauber, H.	1956
14	3	11	CPM	Coloured Progressive Matrices	2002

(6,9%)				Raven, J.C., Raven, J. & Court, J.H.	
14	7	7	HAWIK IV	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest fuer Kinder - IV	2007
(6,9%)				Petermann, F. & Petermann, U.	
14	4	10	IST 2000 - R	Intelligenz-Struktur-Test 2000 R	2001
(6,9%)				Amthauer, R., Brocke, B., Liepmann, D. & Beauducel, A.	
13	4	9	CFT 20	Grundintelligenztest SKALA 2	1987
(6,4%)				Weiss, R.H.	
12	1	11	MWT (A /B)	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest. Lehrl, S., Merz, J., Burkhard, G. & Fischer, S.	1991
(5,9%)				Wechsler Intelligenztest fuer Erwachsene	
11	4	7	WIE	Aster, Mv (Ed.), Neubauer, A (Ed.) & Horn, R (Ed.).	2006
(5,4%)					

Anmerkung: Es werden hier die ersten 10 der am häufigsten genannten Tests angeführt.

Es wurden 43 unterschiedliche Verfahren bei 271 Nennungen von 101 (50,0%) Personen genannt. Bei 3 der genannten Testverfahren fehlte die Angabe des Erscheinungsjahres. Der Median des Testalters beträgt 12 Jahre, das mittlere gewichtete Testalter 16.8 Jahre (siehe Tabelle 46).

Tabelle 46. Testalter (Intelligenztest) in Jahren

N	gültig	43
	fehlend	3
M		17.63
Md		12.00
SD		15.44
Spannweite		63
min		1
max		64

Die Tabelle 47 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeit und Anteilswerte von Intelligenztestverfahren im Ländervergleich.

Tabelle 47. Intelligenztests in Österreich und Deutschland (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	SPM	K-ABC	AID 2	HAWIE	CPM	HAWIK-IV	IST-2000-R	CFT-20	MWT (A / B)	WIE	Gesamt
Ö	32 (26,2%)	12 (9,8%)	12 (9,8%)	11 (9,0%)	11 (9,0%)	7 (5,7%)	10 (8,2%)	9 (7,4%)	11 (9,0%)	7 (5,7%)	122
D	11 (23,4%)	6 (12,8%)	3 (6,4%)	4 (8,5%)	3 (6,4%)	7 (14,9%)	4 (8,5%)	4 (8,5%)	1 (2,1%)	4 (8,5%)	47
Gesamt	43 (25,4%)	18 (10,7%)	15 (8,9%)	15 (8,9%)	14 (8,3%)	14 (8,3%)	14 (8,3%)	13 (7,7%)	12 (7,1%)	11 (6,5%)	169

Die Berechnung der Prüfgröße fiel mit $\chi^2 (9) = 7.20$, $p = .617$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von bestimmten Intelligenztestverfahren in Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.2 Entwicklungstests

Tabelle 48 zeigt die 2 häufigst genannten Entwicklungstests.

Tabelle 48. Die häufigsten Entwicklungstests (N = 202)

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
16 (7,9%)	2	14	WET	Wiener Entwicklungstest Kastner-Koller, U; Deimann, P.	1998
10 (5,0%)	5	5	ET 6-6	Entwicklungstest fuer Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahre Petermann, F. & Stein, I.A.	2000

Anmerkung: Es werden hier die beiden häufigst genannten Verfahren angeführt.

Tabelle 49. Testalter (Entwicklungstests) in Jahren

N	gültig	19
	fehlend	1
M		16.68
Md		9.00
SD		14.81
Spannweite		43
min		1
max		44

Als Entwicklungstests wurden insgesamt 35 Verfahren bei 92 Nennungen von 48 (23,8%) Personen benannt. Unter alleiniger Berücksichtigung der tatsächlichen Entwicklungstests wurden 20 Verfahren genannt, davon gab es ein Verfahren mit ungültiger Angabe. Hier beträgt der Altersmedian 9 Jahre. Das mittlere gewichtet Alter beträgt 12.3 Jahre (siehe Tabelle 49).

Die Tabelle 50 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeit und Anteilswerte von Entwicklungstestverfahren im Ländervergleich.

Tabelle 50. Entwicklungstests Österreich Deutschland (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	WET	ET 6-6	Gesamt
Österreich	14 (73,7%)	5 (26,3%)	19
Deutschland	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7
Gesamt	16 (61,5%)	10 (38,5%)	26

Das Ergebnis ist signifikant. $\chi^2(1) = 4.41$, $p = .036$. Es kann ein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit in Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.3 Konzentrations- und besondere Leistungstests

Tabelle 51 zeigt die 5 häufigst genannten Konzentrations- und besonderen Leistungstests.

Tabelle 51. Die 5 häufigsten Konzentrations- & Leistungstests (N = 202)

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
58 (28,7%)	16	42	d2	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Brickenkamp, R.	1962
11 (5,4%)	2	9	FAIR	Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar. Moosbrugger, H. & Oehlschlaegl, J.	1996
10 (5,0%)	0	10	COG	Cognitrone. Schuhfried, Fa.Dr.G.	1994
7 (3,5%)	3	4	TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung. Zimmermann, P. & Fimm, B.	1993
7 (3,5%)	3	4	ZVT	Zahlen-Verbindungs-Test. Oswald, W.D. & Roth, E.	1978

Anmerkung: Es werden hier die ersten 5 der häufigst genannten Verfahren angeführt.

Insgesamt wurden hierbei 86 Verfahren bei 235 Nennungen von 90 (4,5%) Befragten unter dem Label Konzentrations- und Leistungstest angeführt. Allerdings handelt es sich bei 52 der angeführten Verfahren nicht um Konzentrations- und Leistungstests. Diese 52 Verfahren wurden von der folgenden Bearbeitung ausgeschlossen. Somit gingen 34 genannte Konzentrations- und Leistungstests in die Analyse ein. Der Median des Testalters beträgt 14.5 Jahre. Das gewichtet Durchschnittsalter beträgt 28.3 Jahre (siehe Tabelle 52).

Tabelle 52. Testalter (Konzentrations- & Leistungstests)

N	gültig	34
	fehlend	2
M		17.68
Md		14.50
SD		12.71
min		2
max		53

Die Tabelle 53 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeit und Anteilswerte von Konzentrations- und Leistungstestverfahren im Ländervergleich.

Tabelle 53. Konzentrations- & Leistungstests (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	d2	FAIR	COG	TAP	ZVT	Gesamt
Österreich	42 (60,9%)	9 (13,0%)	10 (14,5%)	4 (5,8%)	4 (5,8%)	69
Deutschland	16 (66,7%)	2 (8,3%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	24
Gesamt	58 (62,4%)	11 (11,8%)	10 (10,8%)	7 (7,5%)	7 (7,5%)	93

Das Ergebnis fiel mit $\chi^2(4) = 10.55$, $p = .032$ signifikant aus. Es kann ein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von Konzentrations- und Leistungstests in Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.4 Persönlichkeitsfragebogen

Tabelle 54 zeigt die 6 häufigst genannten Persönlichkeitsfragebögen.

Tabelle 54. Die 6 häufigsten Persönlichkeitsfragebögen (N = 202)

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
18 (8,9%)	5	13	FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar. Fahrenberg, J., Selg, H. & Hampel, R.	1978
21 (10,4%)	6	15	FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar- Revidierte Form. Fahrenberg, J.,Hampel, R. & Selg, H.	1984
12 (5,9%)	3	9	PFK 9-14	Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14. Seitz, W. & Rausche, A.	1992
16 (7,9%)	5	11	MMPI/K	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-deutsche Kurzform. Gehring, A. & Blaser, A.	1993
7 (3,5%)	1	6	ASF-KJ	Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche. Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., Eckert, C. & Pelster, A.	1994
8 (4,0%)	0	8	SVF- KJ	Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B.	2001

Anmerkung: Es werden hier die ersten 6 der häufigst genannten Verfahren angeführt.

Gesamt wurden 77 Verfahren bei 221 Nennungen von 91 (45,0%) Personen genannt, deren Testalter bekannt ist. Berücksichtigt man nur die 54 gültig benannten Persönlichkeitstests, beträgt der Median 12 Jahre. Das mittlere gewichtete Testalter beträgt 17.56 Jahre (siehe Tabelle 55).

Tabelle 55. Testalter (Persönlichkeitsfragebögen)

N	gültig	54
	fehlend	1
<i>M</i>		14.87
<i>Md</i>		12.00
<i>SD</i>		9.70
min		1
max		37

Die Tabelle 56 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeiten und Anteilswerte von Persönlichkeitsfragebögen im Ländervergleich.

Tabelle 56. Persönlichkeitsfragebögen (Häufigkeiten und Anteilswert in Prozent)

	FPI-R	FPI	MMPI/K	PFK 9-14	SVF- KJ	ASF- KJ	Gesamt
Österreich	15 (24,2%)	13 (21,0%)	11 (17,7%)	9 (14,5%)	8 (12,9%)	6 (9,7%)	62

Deutschland	6 (30,0%)	5 (25,0%)	5 (25,5%)	3 (15,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	20
Gesamt	21 (25,6%)	18 (22,0%)	13 (15,9%)	12 (14,6%)	8 (9,8%)	7 (8,5%)	82

Das Ergebnis fiel mit $\chi^2(5) = 4.48$, $p = .483$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von Persönlichkeitsfragebögen in der Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.5 Objektive Persönlichkeitstests

In diesem Bereich der psychologischen Testverfahren wurden insgesamt 24 Verfahren bei 29 Nennungen von 16 (7,9%) Personen angeführt, davon waren 5 tatsächlich Objektive Persönlichkeitstests. Auf Grund der Tatsache, dass es hier relativ wenige Nennungen gab und zusätzlich 19 von 24 Verfahren Falschnennungen waren, wurde eine Untersuchung der Korrektheit der Nennungen durchgeführt.

3% der befragten Teilnehmer konnten einen tatsächlich Objektiven Persönlichkeitstest nennen, 79% der Befragten gaben Falschnennungen ab.

In dieser Kategorie wurde das mittlere gewichtete Alter bzw. der Median nicht berechnet, da zu wenige Tests genannt wurden.

Die Tabelle 57 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeiten und Anteilswerte von Objektiven Persönlichkeitstests im Ländervergleich.

Tabelle 57. Objektive Persönlichkeitstests (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	Richtige Benennung	Falsche Benennung	Gesamt
Österreich	7 (30,4%)	16 (70,0%)	23
Deutschland	0 (0,0%)	6 (100,0%)	6
Gesamt	7 (24,1%)	22 (76,0%)	29

Das Ergebnis fiel mit $\chi^2(1) = 2.41$, $p = .120$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Richtigkeit der Benennung beobachtet werden. Auffällig ist, dass es in der deutschen Stichprobe keine richtige Benennung gab. Nur in der österreichischen Stichprobe gab es tatsächliche Nennungen von Objektiven Persönlichkeitstests.

33.6 Interessensfragebögen

Die Tabelle 58 zeigt die 5 häufigst genannten Interessensfragebögen.

Tabelle 58. Die 4 häufigsten Interessensfragebögen (N = 202)

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
10 (5,0%)	0	10	AIST AIST/UST	Allgemeiner Interessen- Struktur-Test/Umwelt- Struktur-Test Bergmann, C. & Eder, F. Berner Inventar für	1992
9 (4,5%)	2	7	BIT	Therapieziele (revidierte Version) Grosse-Holtforth, M. Allgemeiner Interessen- Struktur-Test mit Umwelt- Struktur-Test (UST-R) - Revision	2001
7 (3,5%)	2	5	AIST-R // UST-R	Eder, F. & Bergmann, C. Berufsinteressenstest II	2005
5 (2,5%)	0	5	BIT II	Irle, M. & Allehoff, W.H.	1984

Anmerkung: Es werden hier die ersten 4 der häufigst genannten Verfahren angeführt.

Insgesamt wurden 15 Tests bei 45 Nennungen von 34 (16,8%) Personen benannt, deren Alter bekannt ist. Bei einem Verfahren gab es keine gültige Angabe. Der Median beträgt 17.0 Jahre, das mittlere gewichtete Testalter 15.0 Jahre (siehe Tabelle 59).

Tabelle 59. Testalter (Interessensfragebögen)

N	gültig	15
	fehlend	1
M		20,40
Md		17,00
SD		14,29
Spannweite		42
min		1
max		43

Die Tabelle 60 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeit von Interessensfragebögen im Ländervergleich.

Tabelle 60. Interessensfragebögen (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	AIST/UST	BIT	AIST-R/ UST-R	BIST II	Gesamt
Österreich	10 (37,0%)	7 (25,9%)	5 (18,5%)	5 (18,5%)	27
Deutschland	0 (0,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0	4
Gesamt	10 (32,3%)	9 (29,0%)	7 (22,6%)	5 (16,1%)	31

Das Ergebnis fiel mit. $\chi^2(3) = 4.46$, $p = .216$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von Interessensfragebögen in der Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.7 Klinische Checklisten

Die folgende Zusammenstellung zeigt die am häufigsten eingesetzten Klinischen Checklisten in Österreich bzw. Deutschland und gestattet – mittels Erscheinungsjahr – einen Einblick auf die Aktualität der Verfahren. Tabelle 61 zeigt die 6 häufigst genannten Klinischen Checklisten.

Tabelle 61. Die 6 häufigsten Klinischen Checklisten (N = 202)

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
17 (8,4%)	5	12	BDI	Beck-Depressions-Inventar (BDI). M. Hautzinger u.a. 1994. A. T. Beck u. a.	1994
14 (6,9%)	4	10	SCL-90-R	System - Checkliste von Derogatis. Franke, G. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)	1995
13 (6,4%)	3	10	ICD-10	Weltgesundheitsorganisation Dilling H., Mombour, W. & Schmidt, M.H.	1991
11 (5,0%)	4	7	DISYPS II	DISYPS II Diagnostik - System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche II. Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A., Lehmkuhl, G., Breuer, D. & Goletz, H.	2008
7 (3,5%)	0	7	DISYPS KJ	DISYPS-KJ Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 und DSM-IV. Döpfner, M. & Lehmkuhl G.	1998
7 (3,5%)	1	6	SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R Version 2.0 . Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Prengler, P., Rummler, R. & Mombour, W.	1989

Anmerkung: Es werden hier die ersten 6 der häufigst genannten Verfahren angeführt.

Gesamt wurden 53 Tests bei 146 Nennungen von 79 (39,1%) Personen genannt, wo das Alter bekannt ist. Bei 6 Testverfahren gab es keine gültige Angabe. Der Median beträgt 12.0 Jahre. Das mittlere gewichtete Testalter beträgt 9.9 Jahre (siehe Tabelle 62).

Tabelle 62. Testalter (Klinische Checklisten)

N	gültig	53
	fehlend	6
M		13,53
Md		12,00
SD		8,94
Spannweite		36
min		1
max		37

Die Tabelle 63 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeit von Klinischen Checklisten im Ländervergleich.

Tabelle 63. Klinische Checklisten (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	BDI	SCL-90-R	ICD-10	DIYSPY II	DISYPS KJ	SKID	Gesamt
Österreich	12 (23,1%)	10 (19,2%)	10 (19,2%)	7 (13,5%)	7 (13,5%)	6 (11,5%)	52
Deutschland	5 (29,4%)	4 (23,5%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	1 (5,9%)	17
Gesamt	17 (24,6%)	14 (20,3%)	13 (18,8%)	11 (15,9%)	7 (10,1%)	7 (10,1%)	69

Das Ergebnis fiel mit. $\chi^2(5) = 3.84$, $p = .573$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von Klinischen Checklisten in Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.8 Schultests

Die Auflistung in Tabelle 64 zeigt die 4 häufigst genannten Schultests in Österreich bzw. Deutschland inklusive Publizierungsjahr.

Tabelle 64. Die 4 häufigsten Schultests (N = 202)

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
22 (10,9%)	3	19	SLRT	Salzburger Lese- und Rechtschreibtest. Landerl, K., Wimmer, H. & Moser, E.	1997
8 (4,0%)	5	3	DRT 5	Diagnostischer Rechtschreibtest für 5. Klassen. Grund, M., Haug, G. & Naumann, C.L.	1998
6 (3,0%)	3	3	HSP 1-9	Hamburger Schreib-Probe für 1. bis 9. Klasse. May, P.	2000
5 (2,5%)	1	4	ZAREKI-R	Neuropsychologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern (Kurznachw.). Aster, M.v., Weinhold ZULAUF. M. & Horn, R.	2006

Anmerkung: Es werden hier die ersten 4 der häufigst genannten Verfahren angeführt.

Insgesamt wurden 36 Testverfahren bei 94 Nennungen von 35 (17,3%) Personen benannt. Die tatsächlichen Schulleistungsverfahren umfassen 32. Hier beträgt der Median des Testalters ebenfalls 10.0 Jahre. Das mittlere gewichtete Alter beträgt 11.9 Jahre (siehe Tabelle 65).

Tabelle 65. Testalter(Schultests)

N	gültig	32
	fehlend	0
M		12.78
Md		10.00

SD	9.61
min	1
max	31

Die Tabelle 66 bietet eine Gegenüberstellung der Anwendungshäufigkeit von Schultestverfahren im Ländervergleich. Es wurden insgesamt 41 Nennungen verzeichnet.

Tabelle 66. Schultests (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	SLRT	DRT 5	HSP 1-9	Zareki-R	Gesamt
Österreich	19 (65,5%)	3 (10,3%)	3 (10,3%)	4 (13,8%)	29
Deutschland	3 (25,0%)	5 (41,7%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	12
Gesamt	22 (53,7%)	8 (19,5%)	6 (14,6%)	5 (12,2%)	41 (20,3%)

Das Ergebnis fiel mit $\chi^2(3) = 8.31$, $p = .039$ signifikant aus. Es kann ein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von Schultests in Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

33.9 Projektive Verfahren

Auch Projektive Verfahren zählen in der Praxis zum Einsatzrepertoire. Nachstehende Übersicht zeigt die am häufigsten eingesetzten Projektiven Verfahren in Österreich bzw. Deutschland. Tabelle 67 zeigt die 8 häufigst genannten Projektiven Verfahren bei zunächst 144 Nennungen von 58 (28,7%) Personen.

Tabelle 67. Die 8 häufigsten projektiven Verfahren

Nennungen	Deutschland	Österreich	Akronym	Langbezeichnung	Jahr
30 (14,9%)	6	24	FIT	Familie in Tieren. nach Luitgard Brem-Gräser	1957
21 (10,4%)	3	18	RO-T	Rorschach - Test. Rorschach, H. (1941)	1941
19 (9,4%)	1	18	BT-A	Baumtest nach Ave-Lallenment. Ave-Lallement	1976
18 (8,9%)	4	14	ScT	SCENOTEST. Staabs, G.v.	1964
11 (5,4%)	5	6	SET	Projektiver Satzergänzungstest. Gruber, H.	1988
10 (5,0%)	2	8	TAT	Thematischer Apperzeptionstest. Murray, H.A.	1971
5 (2,5%)	1	4	C.A.T	Kinder - Apperzeptions -Test. Bellak, L. & Bellak, S.S.	1955
5 (2,5%)	0	5	MZT	Mann-Zeichen-Test. Ziller, H.	1970

Anmerkung: Es werden hier die ersten 8 der häufigst genannten Verfahren angeführt.

Die Tabelle 68 bietet zusätzlich eine Gegenüberstellung der Anteilswerte von projektiven Testverfahren im Ländervergleich.

Tabelle 68. Projektive Verfahren (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)

	FIT	RO-T	BT-A	ScT	SET	TAT	C.A.T.	MZT	Gesamt
Österreich	24 (24,7%)	18 (18,6%)	18 (18,6%)	14 (14,4%)	6 (6,2%)	8 (8,2%)	4 (4,1%)	5 (5,2%)	97
Deutschland	6 (27,3%)	3 (13,6%)	1 (4,6%)	4 (18,2%)	5 (22,7%)	2 (9,1%)	1 (4,5%)	0 (0,0%)	22
Gesamt	30 (25,2%)	21 (17,6%)	19 (16,0%)	18 (15,1%)	11 (9,2%)	10 (8,4%)	5 (4,2%)	5 (4,2%)	119

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(7) = 11.19$, $p = .131$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Verwendungshäufigkeit von projektiven Verfahren in Abhängigkeit der beiden Länder angenommen werden.

34. Bekanntheitsgrad kürzlich veröffentlichter diagnostischer Verfahren und Einsatzhäufigkeit in der Praxis

Unter den kürzlich veröffentlichten Verfahren stellt der HAWIK⁹ (23 Nennungen) das bekannteste Verfahren für die PsychologInnen dar, gefolgt vom AID¹⁰ (15 Nennungen) und dem WIE (12 Nennungen) (siehe Abbildung 4)

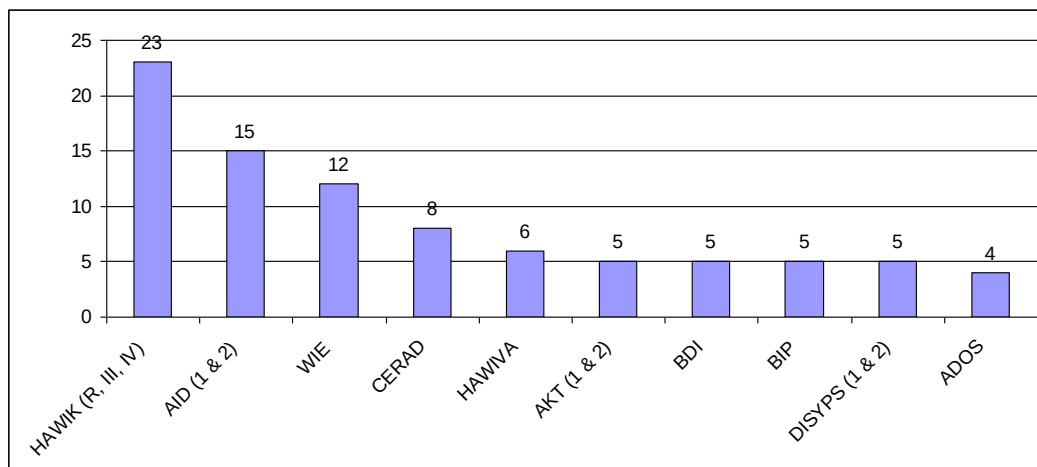


Abbildung 4. Bekanntheitsgrad kürzlich veröffentlichter Verfahren

Unter den kürzlich veröffentlichten Verfahren stellt der HAWIK - IV (10 Nennungen) das am häufigsten in der Praxis eingesetzte Verfahren für die PsychologInnen dar, gefolgt vom WIE (7 Nennungen) und der CERAD plus - Testbatterie (6 Nennungen) (siehe Abbildung 5).

⁹ Unter HAWIK sind hier HAWIK III, HAWIK IV & HAWIK R subsummiert

¹⁰ Unter AID sind hier 4x AID 1 und 11x AID 2 subsummiert

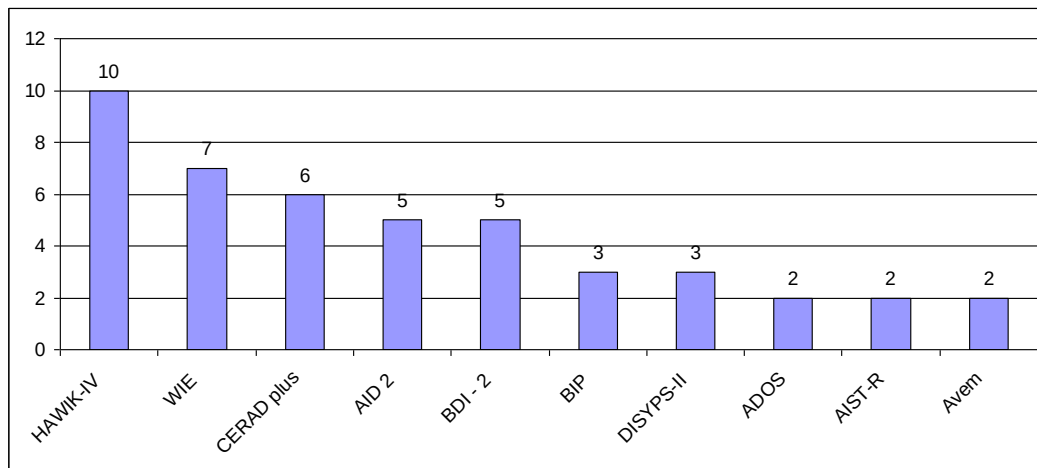


Abbildung 5. Kürzlich veröffentlichte und praktisch eingesetzt Verfahren

Folgende Gründe wurden angeführt, ein bekanntes Verfahren in der Praxis nicht einzusetzen:

Deutschland:

- ökonomische Gründe: Anschaffungskosten, Durchführungsdauer
- inhaltliche Gründe: Projektive Verfahren sind derzeit nicht adäquat durch standardisierte Verfahren ersetzbar bzw. deckt eine Verhaltensanalyse ab, was ein standardisiertes Verfahren an Informationsgewinn liefern kann
- persönliche Gründe: keine bekannten Vorteile oder uninteressant

Österreich:

- ökonomische Gründe: Anschaffungskosten, Durchführungsdauer, Verfügbarkeit, Bewilligung ausständig
- inhaltliche Gründe: Diagnose sekundär, ähnliche Tests im Gebrauch
- persönliche Gründe: zu wenig praktische Erfahrung, keine Vorteile, keine Gelegenheit

34.1 Empfehlung von Psychologisch – diagnostischen Verfahren an AnfängerInnen

Die PsychologInnen empfehlen AnfängerInnen für die psychologische Praxis am häufigsten den AID ¹¹ (15 Nennungen) bzw. den HAWIK ¹² (15 Nennungen) und den d2 (11 Nennungen) (siehe Abbildung 6).

¹¹ Unter AID sind hier 5x AID 1 und 10x AID 2 subsummiert

¹² Unter HAWIK sind hier 8x HAWIK, 5x HAWIK IV & 2x HAWIK III subsummiert

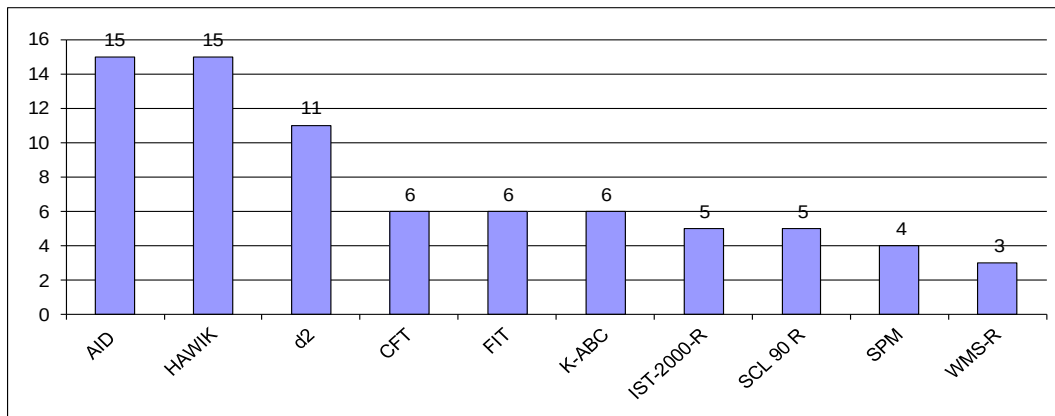


Abbildung 6. Anfängern empfohlene Verfahren

34.2 Abraten von Psychologisch – diagnostischen Verfahren

Die PsychologInnen rieten AnfängerInnen für die psychologische Praxis am häufigsten von Projektiven Verfahren¹³ (29 Nennungen) und vom HAWIK¹⁴ (3 Nennungen) ab (siehe Abbildung 7).

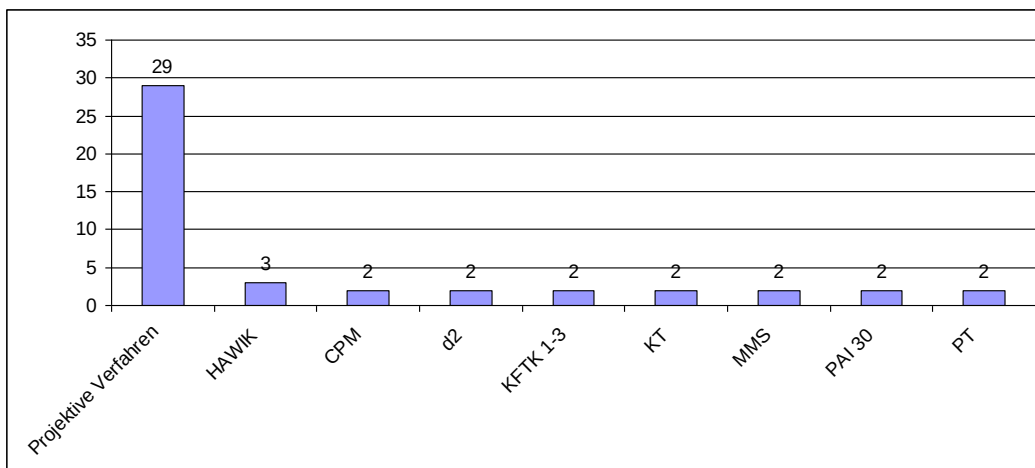


Abbildung 7. Verfahren, die AnfängerInnen nicht empfohlen werden

¹³ Unter Projektive Verfahren werden die Antworten Projektive Verfahren und 5 konkret genannte Verfahren (6x RO-T, 1x FIT, 1x HAT, 1x MZT, 1x PFT) subsummiert.

¹⁴ Unter HAWIK werden hier 1x HAWIK und 2x HAWIK-IV subsummiert.

35. Diskussion

Das Resümee zu den Ergebnissen der empirischen Untersuchung erfolgt u.a. im Vergleich zur vorliegenden Literatur. Zudem werden mögliche Schwächen der Untersuchung aufgezeigt und Hinweise gegeben, worauf bei nachfolgenden AbsolventInnenbefragungen geachtet werden sollte.

Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit umfasste 202 österreichische und deutsche PsychologInnen. Die deutschen PsychologInnen konnten über den deutschen Psychologenverlag bzw. die Universität Trier kontaktiert werden. Der Berufsverband der österreichischen Psychologen bekundete kein Interesse an der Untersuchung im Rahmen dieser Diplomarbeit, weshalb entsprechende Kontaktdaten aus der Liste des Bundesministeriums für Klinische- und GesundheitspsychologInnen entnommen wurden. Außerdem stellte die österreichische Gesellschaft für Neurologie den Link zum Fragebogen auf ihrer Webseite online.

Die Stichprobe konstituierte sich zu rund 70% aus Frauen. Dies deckt sich mit der Erwartung, die bereits vor Datenerhebung bestand, dass der Frauenanteil im Fach Psychologie seit den 1980ern kontinuierlich angestiegen ist (Hoff, 2000).

Etwa 40% der befragten PsychologInnen verfügen über eine abgeschlossene Zusatzqualifikation. Dies konnte zumindest für die österreichischen PsychologInnen ebenfalls erwartet werden, wobei in Österreich die Ausbildung zum Klinischen- und Gesundheitspsychologen nahezu Voraussetzung geworden ist, um auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen tätig sein zu können. Es ist auch naheliegend, dass die österreichischen PsychologInnen nicht nur Klinische- oder GesundheitspsychologIn sind, sondern über beide Zusatzqualifikationen verfügen. Die Ursache hierfür ist in der Struktur der Ausbildung zu suchen. Der theoretische Teil der beiden Ausbildungen ist ident. Lediglich die praktische Ausbildung unterscheidet sich in Nuancen. Da sich derzeit kein Mehrfachaufwand ergibt, ist es naheliegend, beide Qualifikationen zu erwerben.

Die Ergebnisse zeigen, dass 95% der deutschen PsychologInnen Mitglied im Berufsverband deutscher Psychologen (BDP) sind, während dies nur für die Hälfte der österreichischen KollegInnen zutrifft. Die vorliegende Datenanalyse liefert für diese unterschiedlichen Anteilswerte jedoch keine fundierte Erklärung. Möglicherweise sind diese in den wahrgenommenen Aufgaben der beiden Berufsverbände zu suchen.

Die Datenanalyse zeigte ebenso, dass in Österreich mehr PsychologInnen in einem Angestelltenverhältnis tätig sind als in Deutschland. Gleichzeitig sind in Österreich aber auch mehr PsychologInnen freiberuflich tätig. Möglicherweise gestatten es die

Strukturen des österreichischen Arbeitsmarktes den PsychologInnen eher, in beiden Arbeitsverhältnissen tätig zu sein. Diesbezüglich benötigt es jedoch eine differenzierte Analyse vor dem Hintergrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen für angestellte und freiberufliche Tätigkeit in beiden Ländern. Darüber hinaus müsste die Arbeitsmarktlage beider Länder miteinbezogen werden.

Männer finden sich deutlich länger in einem Angestelltenverhältnis wieder bzw. sind sie länger freiberuflich tätig als Frauen. Es ist naheliegend, dass hier etwaige Karenzzeiten von Frauen wirksam werden.

In Deutschland nimmt die diagnostische Tätigkeit rund 40% des Zeitaufwandes ein. Hier erhob Schorr (1995) einen etwas niedrigeren Wert mit 28,4%. Die Psychologische Diagnostik hat demgemäß in Deutschland mittlerweile einen höheren Stellenwert als in Österreich (rund 28%). Die Ursache hierfür bleibt offen; möglicherweise besteht ein Zusammenhang zur DIN 33430. Den deutschen PsychologInnen ist die DIN 33430 offensichtlich bekannter als den österreichischen KollegInnen. Ferner erfüllen die deutschen PsychologInnen auch öfters diese Qualitätsnorm in der Praxis. Dies bedeutet eine weitere Professionalisierung der Psychologischen Diagnostik und erhöht somit wohl ihren Stellenwert im Alltag.

In beiden Ländern werden zu einem nicht zu vernachlässigbarem Prozentsatz (39%) selbstentwickelte Fragebögen eingesetzt. Dies repräsentiert einen nach wie vor relativ hohen Anteilswert, der bereits bei Schorr (1995) mit rund 53% gewichtig ausfiel. Hauptsächlich dienen diese selbstentwickelten Fragebögen bei Anamnese und Exploration. Es sollte untersucht werden, warum die PsychologInnen sich zu Eigenkreationen veranlasst sehen. Als Ursache kann vermutet werden, dass entweder kein entsprechendes diagnostisches Verfahren vorliegt oder sich die bestehenden Verfahren nicht für den praktischen Einsatz eignen.

Die Analysen zur „inkompetenten“ Arbeit zeigten, dass auch häufig Personen aus anderen Berufsgruppen diagnostische Verfahren durchführen. Zum einen ist psychologiefremden Berufsgruppen der Zugang zu psychologischen Verfahren prinzipiell uneingeschränkt möglich, zum anderen sind zu wenig PsychologInnen diagnostisch tätig um die gesamte Nachfrage abzudecken. Allerdings gaben 47% der befragten PsychologInnen an, inkompetente Arbeit eines Kollegen / Kollegin bzw. einer anderen Berufsgruppe bereits unterbunden zu haben.

Die Bedeutung der universitären Lerninhalte der Psychologischen Diagnostik für die Praxis schätzen die PsychologInnen in Österreich und Deutschland gleichwertig ein. Die VertreterInnen beider Länder nennen im großen Ausmaß Inhalte, die ihrer Meinung nach in der Ausbildung fehlen, wobei die österreichischen PsychologInnen vor allem den fehlenden Praxisbezug anführen (siehe Tabelle 39 und Tabelle 40).

Das Dolmetschen in der Psychologie scheint einen besonders diffizilen Bereich darzustellen. Zahlreiche Gründe werden von den PsychologInnen angeführt. Der Kern des Problems liegt darin, dass eine wörtliche Übersetzung nicht ausreicht. Es benötigt zusätzlich sowohl psychologisches als auch kulturelles Fachwissen im Hintergrund. Weiters darf nicht außer Acht gelassen werden, wie sich die Anwesenheit eines Dolmetschs auf die KlientInnen - PsychologInnen Beziehung auswirkt.

90% der PsychologInnen halten gemäß den Angaben in der Befragung das Gütekriterium der Nachvollziehbarkeit ein. Hier wird nach dem universitären Leitbild gearbeitet, um dem psychologischen Laien die Ergebnisse transparent werden zu lassen. Dennoch zeigen die genannten Schwierigkeiten bei Befundbesprechungen, dass das Einhalten der Nachvollziehbarkeit nicht sämtliche Probleme beseitigen kann. Beispielsweise bleibt das Mitteilen negativer Ergebnisse eine Herausforderung.

Ein Problem ergab sich durch eine vermutlich missverständliche Itemformulierung bei der Frage, ob die PsychologInnen Weiterbildungskurse besuchen. Das Item könnte danach fragen, ob man grundsätzlich an Weiterbildungsmaßnahmen teilnimmt oder ob man sich speziell im Bereich Diagnostik weiterbildet. Es kann vermutet werden, dass zumindest einige PsychologInnen die Frage nach Weiterbildung speziell auf die Diagnostik bezogen sahen.

Zudem lässt sich eine mögliche Vermengung von Weiterbildung und Fortbildung erkennen. Ebenso ist hier nicht gesichert, ob die PsychologInnen bei der Beantwortung der Frage nicht Weiter- mit Fortbildung vermenget haben. Es scheint nicht sehr wahrscheinlich, dass 202 PsychologInnen an Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen. Wahrscheinlich ist jedoch, dass nahezu 100% der befragten PsychologInnen Fortbildungen besuchen, da dies zum Teil – etwa für Klinische- und GesundheitspsychologInnen – gesetzlich vorgeschrieben ist. Betrachtet man die besuchten Weiterbildungsveranstaltungen im Detail, erkennt man, dass vor allem psychotherapeutische Veranstaltungen bzw. störungsspezifische Kurse besucht werden. Im Vergleich wurden diagnostische Weiterbildungen seltener genannt. Betrachtet man die Liste der gewünschten Weiterbildungsveranstaltungen, so wird der Wunsch nach einer Erweiterung von diagnostischen Kompetenzen deutlich. So bleibt offen, ob die derzeit am Weiterbildungsmarkt angebotenen diagnostischen Inhalte zu spärlich sind oder die Inhalte nicht den Bedürfnissen der PsychologInnen entsprechen.

Bei den meist genannten Verfahren sind vor allem zwei Aspekte auffällig:

- Häufig kommen Verfahren zum Einsatz, die im Zuge des Studiums der Psychologie vorgestellt wurden
- Projektive Verfahren finden sich nach wie vor in der Aufzählung

Bei der Analyse der Erscheinungsjahre der Intelligenztests trifft man auf eine Spannweite von 1956 bis 2007. Dies kann einerseits daran liegen, dass keine gleichwertigen oder besseren neueren Verfahren zur Verfügung stehen. Andererseits kann der Grund hierfür aber auch daran liegen, dass nicht immer die Motivation vorhanden ist, sich durch Weiterbildung auf dem aktuellen Wissensstand der Psychologischen Diagnostik zu halten.

Kritisch zu betrachten ist die Tatsache, dass die PsychologInnen oft nicht fehlerfrei zwischen Entwicklungstests und Psychologischen Verfahren anderer Bereiche unterscheiden haben. Von 35 Nennungen unter der Rubrik Entwicklungstests entsprachen nur 20 auch tatsächlich Entwicklungstests. Die Österreicher verwenden in der Praxis offenbar häufiger Entwicklungstests als die deutschen KollegInnen. Eine Ursache hierfür scheint nicht augenscheinlich.

Bei den Konzentrations- und Leistungstests zeigt sich ein ähnliches Phänomen wie bei den Entwicklungstests. Auch hier können die PsychologInnen nicht immer zwischen Konzentrations- und Leistungstests und diagnostischer Verfahren anderer Bereiche unterscheiden. Von 86 Nennungen entsprechen lediglich 34 auch tatsächlich Konzentrations- und Leistungstests. Weiters hat man es auch hier mit bereits älteren Verfahren aus dem Zeitraum 1962 - 1996 zu tun. In Österreich werden mehr Leistungs- und Konzentrationstests eingesetzt.

Das Problem von veralteten Verfahren und der fehlerhaften Differenzierung begegnet man auch bei den Persönlichkeitsfragebögen. Von 77 Nennungen handelt es sich nur bei 54 um tatsächliche Persönlichkeitstests. Dieses Problem zeigt sich deutlich im Bereich der Objektiven Persönlichkeitstests. 3% der befragten Teilnehmer konnten einen tatsächlich Objektiven Persönlichkeitstest nennen, 79% der Befragten gaben Falschnennungen ab.

Es gibt in der Praxis offenbar falsche Vorstellungen über die wesentlichen Eigenschaften von Objektiven Persönlichkeitstests, denn diese können eigentlich ausschließlich am PC vorgegeben und ausgewertet werden.

Die Klassifizierung von Interessenfragebögen stellte indessen kein Problem dar. Alle genannten Verfahren waren auch tatsächlich Interessensfragebögen.

Die häufigst genannten Klinischen Checklisten stellen eine vergleichsweise junge Gruppe dar, mit einer Spannbreite im Erscheinungsjahr von 1990 bis 2008. Dies mag daran liegen, dass der klinische Bereich das größte Arbeitsfeld innerhalb der

Psychologie repräsentiert. Demzufolge bestehen mit Verfahren aus diesem Arbeitsbereich die größten Erfahrungswerte. Ferner könnte auch eine größere Motivation vorliegen, um auf dem aktuellen Stand des Forschungsbereiches zu arbeiten.

Die Publikationsjahre für Schultests liegen zwischen 1997 bis 2006. Folglich handelt es sich auch hier um vergleichsweise junge Verfahren. Dadurch ergibt sich folgender theoretischer Ansatz: Je spezifischer der Einsatzbereich eines Psychologisch-diagnostischen Verfahrens ist, umso aktueller sind die eingesetzten Verfahren. Die österreichischen PsychologInnen verwenden deutlich häufiger Schultests.

Entsprechend der historischen Entwicklung innerhalb der Psychologie stammen die Projektiven Verfahren mehrheitlich aus den 50er, 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts. Eine einstimmige Kritik besteht stets darin, dass Projektive Verfahren die Testgütekriterien verletzen. Dennoch erfreuen sie sich einer gewissen Beliebtheit in der psychologischen Praxis (Schorr, 1995). Eine Tatsache, die bereits Evers und Zaal (1982) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 375) anführten ist, dass unter den zehn meistbenutzten Verfahren drei projektive Verfahren sind. Diese Feststellung machte auch Grubitzsch (1991) als er bei den häufigst eingesetzten Verfahren vier Projektive Verfahren fand. Trotz allem geht ihr Einsatz gemäß Stoll (1978) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 374) und Evers und Zaal (1982) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 375) über die Jahrzehnte betrachtet tendenziell zurück.

Das Für und Wider des Einsatzes von Projektiven Verfahren reflektiert ein langer und breiter Diskurs. Ein häufig genannter Grund liegt darin, dass Projektive Verfahren nicht als diagnostisches Instrument im engeren Sinn verwendet werden, sondern als Einstiegshilfe in die Gesprächsführung (im Speziellen mit Kindern) genutzt werden bzw. als Teilbereich von Anamnese und Exploration angesehen werden. Die BefragungsteilnehmerInnen wurden gebeten, kürzlich veröffentlichte Verfahren zu nennen. In der Auswertung hat sich gezeigt, dass die Zeitangabe „in den letzten Jahren am Markt veröffentlicht“ präziser definiert hätte werden müssen. Die Verfasserin des Fragebogens bezieht den Ausdruck „in den letzten Jahren am Markt veröffentlicht“ auf die letzten beiden Jahre. Die Antworten der TeilnehmerInnen gehen jedoch bis zum Erscheinungsjahr 1958 zurück.

Es zeigte gleichsam erwartungsgemäß, dass die PsychologInnen mehr Verfahren kennen als sie in der Praxis einsetzen. Dies hat nicht ausschließlich aber vor allem ökonomische Gründe. Zum einen ist die Anschaffung von Verfahren mit Kosten verbunden, zum anderen liegt ihre Durchführungsdauer über den zur Verfügung gestellten zeitlichen Ressourcen.

Bemerkenswert ist die Beobachtung, dass die PsychologInnen ihren jungen KollegInnen überwiegend Intelligenztests bzw. Konzentrationstests empfehlen. Der Grund hierfür mag in der strukturierten Auswertung solcher Verfahren liegen und zum anderen benötigt die Interpretation von Persönlichkeitsfragebögen oft mehr praktische Erfahrung.

36. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war, den Status Quo der Psychologischen Diagnostik in der psychologischen Praxis zu erheben: Wie viel Diagnostik wird betrieben? Welche Verfahren werden eingesetzt? Wo liegen die Probleme?

Zu Beginn der Arbeit stand ein Sichten der bereits zu dieser Thematik publizierten Literatur. Es ergab sich vor allem ein Konnex zur Umfrage von Grubitzsch und Rexilius zum Thema „Psychologischen Testverfahren in der Meinung von Psychologen“ (1991), zur Arbeit von Schorr (1995) mit dem Titel „Stand und Perspektiven diagnostischer Verfahren in der Praxis, sowie zu den Ergebnissen der Diplomarbeit von Marion Floquet (1995) zum Thema „Was wissen die Praktiker über Psychologische Diagnostik? Eine Status“diagnose“ der Psychologischen Diagnostik bei österreichischen Psychologen“.

Um diese und weitere Fragen von PsychologInnen, die praktisch tätig sind, beantworten zu lassen, wurde ein entsprechendes Erhebungsinstrument generiert. Die PsychologInnen erhielten einen Link über Zugriff, der ihnen entweder per E-Mail übermittelt wurde oder der sich auf der Homepage entsprechender Fachverbände bzw. Gesellschaften fand. Entsprechende E-Mailadressen wurden der Liste des Bundesministeriums für Gesundheit entnommen.

In die Auswertung gingen schließlich 202 Fragebögen aus Österreich und Deutschland ein. Es wurden soziodemographische Daten, akademischer Grad, Weiterbildungen, Daten zum Arbeitsverhältnis und zur Mitgliedschaft in Berufsverbänden erhoben. Weiters gaben die PsychologInnen Auskunft wie viel Prozent ihrer praktischen Arbeit auf die diagnostische Tätigkeit entfällt, welche Verfahren sie einsetzen bzw. welche Psychologisch – diagnostischen Verfahren sie ablehnen. Außerdem wurde erfragt, welche Schwierigkeiten bei der Befundbesprechung auftreten, ob die befragten PsychologInnen die Richtlinie „Nachvollziehbarkeit“ (Kubinger, 2006) einhalten. Ein weiterer wichtiger Aspekt stellt der Bekanntheitsgrad der DIN 33430 dar.

Die Stichprobe umfasst 71% Frauen und 29% Männer. Zum Zeitpunkt des Studienabschlusses betrug das mittlere Alter 28 Jahre. Rund 25% tragen im Anschluss den Dokortitel, 75% erhielten den Titel Magister, Bachelor oder Diplomp-sychologInnen.

Im Anschluss an das Studium der Psychologie erwarben 44% eine Zusatz-ausbildung, hauptsächlich im Bereich des Klinischen- und GesundheitspsychologIn.

Betrachtet man das Arbeitsverhältnis, so sind rund 38% angestellt, 34% freiberuflich tätig und 28% finden sich gleichzeitig in beiden Arten von Arbeitsverhältnissen wieder.

Sowohl in Österreich als auch in Deutschland existiert ein Berufsverband für PsychologInnen. 63% der Gesamtstichprobe sind Mitglied in einem solchen Verband.

In Österreich nimmt die Psychologische Diagnostik im Arbeitsalltag rund 28% ein, bei den deutschen KollegInnen 40%. In beiden Ländern werden bevorzugt Intelligenztests eingesetzt. Allerdings sind den PsychologInnen grundsätzlich mehr Verfahren bekannt als sie tatsächlich anwenden. Mit 39% haben jedoch auch selbstentwickelte Fragebögen einen hohen Stellenwert.

Bei der Erstellung von psychologischen Gutachten berücksichtigen 90% das Gütekriterium der Nachvollziehbarkeit, die DIN 33430 halten lediglich 14% ein. Hier besteht jedoch ein großer Länderunterschied. In Deutschland genießt die Norm einen weitaus höheren Bekanntheitsgrad und somit auch einen deutlicheren Stellenwert.

97,5% der befragten PsychologInnen nehmen Weiterbildungskurse in Anspruch. Die Inhalte beziehen sich jedoch in den seltensten Fällen auf Psychologische Diagnostik. Die PsychologInnen würden sich jedoch mehr Weiterbildungsangebot im diagnostischen Fachbereich wünschen.

Den österreichischen PsychologInnen fehlt offensichtlich mehrheitlich eine Verbindung zwischen theoretischen diagnostischen Inhalten und der praktischen Anwendbarkeit wie sie an der Universität gelehrt werden, während dies in Deutschland besser zu gelingen scheint.

In der Diskussion wurde deutlich, dass sich die Ergebnisse aus der gesichteten Literatur aus den 90ern zu einem großen Teil zumindest teilweise auch in der vorliegenden Diplomarbeit wieder zeigen:

Die Psychologische Diagnostik nimmt einen größer werdenden Bereich im psychologischen Alltag ein. Die Forderung nach adäquaten psychometrischen Verfahren – mit einem ungebrochenen Einsatz Projektiver Verfahren – besteht.

In der zukünftigen Forschung bleiben die Gründe zu differenzieren, warum die PsychologInnen trotz besseren Wissens oft sehr alte Verfahren einsetzen, obwohl Neuere zur Verfügung stehen, und warum trotz aller Kritik die Faszination an den Projektiven Verfahren bestehen bleibt.

Außerdem bleibt abzuwarten, in wie weit sich die DIN 33430 auch in Österreich flächendeckend durchsetzt und somit zu einem verbindlichem Qualitätsstandard wird.

Ist das der Fall, muss der DIN 33430 sicherlich im Rahmen des Psychologiestudiums mehr Raum gewidmet werden und an die in der Praxis tätigen PsychologInnen, den KlientInnen und PatientInnen, herangetragen werden, dass sich daran eine hochqualitative Arbeit ausmachen lässt.

37. Literatur

Amelang M. & Schmidt-Atzert L. (2006). Psychologische Diagnostik und Intervention (4. Aufl., S.2, 200, 232, 328-330,). Hogrefe Verlag

Bergmann, C. (2003). Interessensfragebogen. In Kubinger, Jäger (Hrsg.) (2003). Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik (1.Aufl. S. 225). Beltz PVU

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (S. 263). Springer Verlag

Brickenkamp, R. (1975). Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests (S. 13-15). Göttingen: Hogrefe

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2002). Richtlinien für die Erstellung von psychologischen Befunden und Gutachten, Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychologenbeirates vom 23. Mai 2002, veröffentlicht in Psychologie in Österreich Nr. 5, 2002 und in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung Nr. 12, 2002, S. 3

Eberwein Manfred Verzeichnis psychologischer und pädagogischer Testverfahren aus dem Datenbanksegment PSYNDEX Tests (16. Aufl.). Trier: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID). Universität Trier URL: http://www.zpid.de/pub/tests/verz_teil2.pdf [Stand: 5.4.2011]

Floquet, M. (1995). Was wissen die Praktiker über psychologische Diagnostik? Eine Status"diagnose" der Psychologischen Diagnostik bei österreichischen Psychologen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien

Grubitzsch, S. (1991). Testtheorie Testpraxis psychologische Tests und Prüfverfahren im kritischen Überblick (S.54, 100, 101, 186, 192, 193, S. 373-385). Rowohlt Taschenbuch Verlag

Hoff, E.H. & Dettmer, S. (2000). Psychologie als „Frauenberuf“?. Report Psychologie, 25 (10), 652-658

Herle, M. (2003). Intelligenzquotient. In Kubinger, K.D. & Jäger, R.S (2003). Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik (S. 207). Beltz PVU

Kersting, M. (2007). Diagnostische Grundlagen der Eignungsdiagnostik. In John, Günter W. Maier (Hrsg.) (2007). Eignungsdiagnostik in der Personalarbeit Grundlagen, Methoden, Erfahrungen Mechthild. (S. 62). Symposion Publishing

Kubinger, K. D. (1998). Psychologische Diagnostik. In Institut der Universität Wien (Hrsg.), Psychologie als Wissenschaft (2. Aufl., S. 86-98). WUV

Kubinger, K. D. (2006). Psychologische Diagnostik Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens (S. 3, 5, 6, 405-415). Hogrefe Verlag

Langenfeld, H.P. & Nothdurft, W. (2007). Psychologie Grundlagen und Perspektiven für die Soziale Arbeit (4. Aufl. S. 200). Stuttgart: UTB für Wissenschaft

Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse (6. Aufl., S. 1, 7). Beltz Psychologie Verlags Union

Macha, T. & Petermann, F. (2006). Entwicklungsdiagnostik Development Assessment. In Petermann, F. & Eid, M. (2006). Handbuch der Psychologischen Diagnostik (S. 594). Göttingen:Hogrefe

Obermann, C. (2009). Assessment Center: Entwicklung, Durchführung, Trends. Mit originalen AC-Übungen.(4.Aufl. S. 9-10). Gabler Verlag

Rost, J. (2004). Lehrbuch Testtheorie-Testkonstruktion (2. Aufl.; S45). Verlag Hans Huber

Schorr, A. (1995). Stand und Perspektiven diagnostischer Verfahren in der Praxis. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung westdeutscher Psychologen. Diagnostica 41, 3—20

Süß, M. (2003). Intelligenztheorien. In Kubinger, K.D. & Jäger, R.S (2003). Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik (S. 217). Beltz PVU

Walter, P. (1991), Die „Vermessung“ der Menschen: Messtheoretische und methodologische Grundlage psychologischen Testens. In Grubitzsch, G. (1991), Testtheorie Testpraxis psychologische Tests und Prüfverfahren im kritischen Überblick (S101). Rowohlt Taschenbuch Verlag

Weber, S. (2007). Multimodales Interview als Personalauswahlverfahren aus Unternehmensperspektive. Studienarbeit. Grin Verlag

Zimbardo, P. (1995). Siegfried Hoppe-Graf & Barbara Keller & Irma Engel (Hrsg. der dt. Ausg.). Psychologie (6. Aufl., S. 521, 537, 541). Springer –Verlag Berlin Heidelberg New York

Zuschlag, B.,1992: Online im WWW unter **URL:** <http://www.psyonline.at/contents/12996/gutachterrichtlinie-kriterien-fuer-die-erstellung-von-gutachten-durch-psychotherapeutinnen-und-psychotherapeuten-#3.6.%20Gutachten,%20Stellungnahme,%20prozessorientierte%20Empfehlung> Stand : 3.3.2011.)

Internet:

URL: <http://www.limesurvey.org> [Stand: 7.5.2013]

URL: http://www.psychologie-und-gesundheit.at/klinische_psychologie.html [Stand: 3.3.2011]

Anhang

A) Tabellen

Tabelle 1. Übersicht über die 31 am häufigsten benutzten Tests (vgl. Grubitzsch, 1991, S.375) (N= 117)	24
Tabelle 2. Gründe für den Verzicht auf Tests (Mehrfachnennungen) (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 378).....	24
Tabelle 3. Übersicht über die am häufigsten eingesetzten Verfahren (Grubitzsch, 1991, S. 379).....	25
Tabelle 4. Die am häufigsten verwendeten Testverfahren (vgl. Schorr, 1995, S. 7)	28
Tabelle 5. Testverfahren, die nie zum Einsatz kommen (vgl. Schorr, 1995, S. 8).....	28
Tabelle 6. Gründe für die Nichtanwendung handelsüblicher Testverfahren in Prozent der Befragten (Mehrfachnennungen; n = 275, resp. 592) (vgl. Schorr, 1995, S. 9) 29	
Tabelle 7. Die 10 häufigsten Projektiven Verfahren (vgl. Schorr, 1995, S. 15).....	29
Tabelle 8. Geschlechterverhältnis in Österreich & Deutschland.....	34
Tabelle 9. Abschlussalter in Abhängigkeit von Geschlecht und Land	34
Tabelle 10. Deskriptivstatistische Kennwerte zu Lebens- und Abschlussalter.....	35
Tabelle 11. Lebens- und Abschlussalter nach Geschlecht.....	35
Tabelle 12. Lebens- und Abschlussalter nach Herkunftsland	36
Tabelle 13. Lebens- und Abschlussalter nach Land und Geschlecht.....	36
Tabelle 14. Akademischer Grad in der Gesamtstichprobe	37
Tabelle 15. Akademischer Grad in Abhängigkeit von Geschlecht und Land	38
Tabelle 16. Bundesländeraufteilung Österreich	38
Tabelle 17. Zusatzausbildungen im Zuge der Berufslaufbahn (Mehrfachnennungen waren möglich).....	39
Tabelle 18. Häufigkeiten und Anteilswerte Klinischer PsychologInnen	40
Tabelle 19. Häufigkeiten und Anteilswerte von GesundheitspsychologInnen	40
Tabelle 20. Vierfeldertafel Klinische- & GesundheitspsychologInnen.....	40
Tabelle 21. Mitgliedschaft in einem Berufsverband.....	41
Tabelle 22. Mitgliedschaft in einem Berufsverband nach Herkunftsland.....	41
Tabelle 23. Arbeitsverhältnis	41
Tabelle 24. Arbeitsverhältnis nach Herkunftsland	42
Tabelle 25. Anteilswert der diagnostischen Tätigkeit an der Gesamtarbeitszeit in Abhängigkeit von Geschlecht und Herkunftsland.....	42
Tabelle 26. Verwendung selbstentwickelter Fragebögen.....	43
Tabelle 27. Art selbstentwickelter Fragebögen (N = 202)	44
Tabelle 28. Art selbstentwickelter Fragebögen Österreich (N = 202)	44
Tabelle 29. Häufigkeiten und Anteilswerte in der Verwendung von standardisierten Beobachtungsprotokollen	45
Tabelle 30. Häufigkeiten und Anteilswerte der Verwendung von Originaltestbögen	45
Tabelle 31. Häufigkeiten und Anteilswerte zu Angaben „inkompetenter Arbeiten“ von KollegInnen	46
Tabelle 32. „Inkompetente Arbeit“ in einzelnen Berufsgruppen (N = 202)	46
Tabelle 33. Überweisung an PsychologInnen (N = 202).....	46
Tabelle 34. Bekanntheitsgrad DIN 33430	47
Tabelle 35. Bekanntheitsgrad der DIN 33430 in Abhängigkeit vom Herkunftsland	47
Tabelle 36. Kontingenztafel Bekanntheit der DIN und Anwendung in der Praxis	48
Tabelle 37. Erfüllen der DIN 33430 in Abhängigkeit vom Herkunftsland	48
Tabelle 38. Rating der Relevanz psychologischer Diagnostik je Herkunftsland.....	49
Tabelle 39. Inhalte, die in der deutschen Ausbildung gefehlt haben (N = 40).....	50
Tabelle 40. Inhalte, die in der österreichischen Ausbildung gefehlt haben (N = 162)....	50
Tabelle 41. Häufigkeiten und Anteilswerte zur Nachvollziehbarkeit	52
Tabelle 42. Besuch von Weiterbildungskurse	57
Tabelle 43. Besuch von Weiterbildungskursen (Häufigkeiten und Anteilswerte, N = 202).....	57

Tabelle 44. Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen von Gründen für Weiterbildungskurse im Falle des Angebotes	58
Tabelle 45. Die 10 häufigst genannten Intelligenztests (Häufigkeiten und Anteilswerte, N = 202)	59
Tabelle 46. Testalter (Intelligenztest) in Jahren	60
Tabelle 47. Intelligenztests in Österreich und Deutschland (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	60
Tabelle 48. Die häufigsten Entwicklungstests (N = 202)	61
Tabelle 49. Testalter (Entwicklungstests) in Jahren	61
Tabelle 50. Entwicklungstests Österreich Deutschland (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	61
Tabelle 51. Die 5 häufigsten Konzentrations- & Leistungstests (N = 202)	62
Tabelle 52. Testalter (Konzentrations- & Leistungstests)	62
Tabelle 53. Konzentrations- & Leistungstests (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	62
Tabelle 54. Die 6 häufigsten Persönlichkeitsfragebögen (N = 202)	63
Tabelle 55. Testalter (Persönlichkeitsfragebögen)	63
Tabelle 56. Persönlichkeitsfragebögen (Häufigkeiten und Anteilswert in Prozent)	63
Tabelle 57. Objektive Persönlichkeitstests (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	64
Tabelle 58. Die 4 häufigsten Interessensfragebögen (N = 202)	65
Tabelle 59. Testalter (Interessensfragebögen)	65
Tabelle 60. Interessensfragebögen (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	65
Tabelle 61. Die 6 häufigsten Klinischen Checklisten (N = 202)	66
Tabelle 62. Testalter (Klinische Checklisten)	66
Tabelle 63. Klinische Checklisten (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	67
Tabelle 64. Die 4 häufigsten Schultests (N = 202)	67
Tabelle 65. Testalter(Schultests)	67
Tabelle 66. Schultests (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	68
Tabelle 67. Die 8 häufigsten projektiven Verfahren	68
Tabelle 68. Projektive Verfahren (Häufigkeiten und Anteilswerte in Prozent)	69

B) Abbildungen

Abbildung 1. Diagnostischer Prozess nach Kaminski 1970 (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 192)	16
Abbildung 2. Schema zum Ablauf des diagnostischen Prozesses nach Kormann, 1977 (vgl. Grubitzsch, 1991, S. 193)	16
Abbildung 3. Meistgenannte psychologisch- diagnostische Verfahren	59
Abbildung 4. Bekanntheitsgrad kürzlich veröffentlichter Verfahren	69
Abbildung 5. Kürzlich veröffentlichte und praktisch eingesetzt Verfahren	70
Abbildung 6. Anfängern empfohlene Verfahren	71
Abbildung 7. Verfahren, die AnfängerInnen nicht empfohlen werden	71

C) Begleitschreiben an PsychologInnen

a)

Wien, am 27.4.2009

S. g. Vorstand der Hp!

Ich, Birgit Neubauer, bin Psychologiestudentin an der Universität Wien.

Meine Diplomarbeit, mit dem Thema „Studie zur aktuellen Situation der Praktiker im Bereich der psychologischen Diagnostik mit zusätzlichem Inventarbenutzungsscheck“, schreibe ich im Arbeitsbereich der „Psychologische Diagnostik“. Mein Diplomarbeitbetreuer ist Herr Univ.- Prof. Dr. Mag. Klaus Kubinger.

Ich habe einen Fragebogen mit dem Programm „Lime Survey“ erstellt, der nun online gestellt werden soll.

Hiermit suche ich Homepages, wo ich meinen Fragebogen verlinken darf.

Wären Sie dazu bereit mir diese Erlaubnis zu geben?

Mit bestem Dank im Voraus verbleibe ich,
mit freundlichen Grüßen

Birgit Neubauer

b)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich, Birgit Neubauer, studiere Psychologie an der Universität Wien.

Ich arbeite gerade an meiner Diplomarbeit, mit dem Thema „Studie zur aktuellen Situation der Praktiker in der Psychologischen Diagnostik mit zusätzlichem Inventarbenutzungsscheck“, im Arbeitsbereich der Psychologischen Diagnostik.

Zielgruppe: PsychologInnen in der Praxis

Weiters möchte ich einen Vergleich von österreichischen und deutschen Psychologen darstellen.

Dazu habe ich einen Fragebogen entwickelt.

Leider war bis jetzt die Rücklaufquote österreichischer Psychologen sehr gering und somit wollte ich Sie bitten meinen Fragebogen auszufüllen.

Der Link:

<http://www.univie.ac.at/testlabor/limesurvey/index.php?sid=56174&lang=de>

Ich bedanke mich schon jetzt für Ihre Unterstützung
und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Birgit Neubauer

D) Erhebungsverfahren

Inventarbenutzungsbefragung	
Diese Umfrage wurde im Rahmen meiner Diplomarbeit im Bereich der Psychologischen Diagnostik erstellt.	
Umfrage	
* 1.1: Geschlecht	<u>Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:</u> ☐ Weiblich ☐ Männlich
* 1.2: Alter	<u>Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier</u>
* 1.3: In welchem Land sind Sie tätig?	<u>Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:</u> ☐ Österreich ☐ Deutschland ☐ Sonstiges
[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Österreich' war bei der Frage '1.3 ']	
1.3.1: Bundesland	<u>Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:</u> ☐ Wien ☐ Niederösterreich ☐ Burgenland ☐ Oberösterreich ☐ Steiermark ☐ Kärnten ☐ Salzburg ☐ Tirol ☐ Vorarlberg
* 1.5: Geben Sie bitte Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an	<u>Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:</u> ☐ DoktorIn der Psychologie ☐ Magister / Magistra / Bachelor der Psychologie / DiplompsychologIn ☐ Sonstiges
* 1.6: Sind Sie BÖP / BDP - Mitglied?	<u>Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:</u> ☐ Ja ☐ Nein
1.7: Über welche Zusatzqualifikationen verfügen Sie?	<u>Bitte alle wählen Sie alle Punkte aus, die zutreffen:</u> ☐ Klinischer PsychologIn ☐ GesundheitspsychologIn

Sonstiges:

*** 1.8: Wann hatten Sie Ihren ersten Studienabschluss?**

(Angabe in
Lebensalter)

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

*** 1.9: Auf welche Weise üben Sie Ihren Beruf aus?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ im Angestelltenverhältnis
- ☐ freiberuflich
- ☐ beides

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'beides' oder 'im Angestelltenverhältnis' war bei der Frage '1.9 ']

*** 1.9.1: Wie viele Jahre davon im Angestelltenverhältnis?**

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'beides' oder 'freiberuflich' war bei der Frage '1.9 ']

*** 1.9.2: Wie viele Jahre davon freiberuflich?**

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

*** 1.10: Welche Klientel betreuen Sie in Ihrer Praxis?**

Bitte alle wählen Sie alle Punkte aus, die zutreffen:

- ☐ Kinder
- ☐ Jugendliche
- ☐ Erwachsene

Sonstiges:

*** 1.11: In welchem Bereich der Psychologischen Diagnostik sind Sie tätig?**

Bitte alle wählen Sie alle Punkte aus, die zutreffen:

- ☐ Ausbildungs- und berufsbezogene Eignungsdiagnostik und Rehabilitationsdiagnostik
- ☐ Entwicklungsdiagnostik im Kindesalter
- ☐ Forensisch - psychologische / rechtspsychologische Diagnostik
- ☐ Neuropsychologische Diagnostik / Klinische-psychologische Diagnostik
- ☐ Gerontopsychologische Diagnostik
- ☐ Personalwesen
- ☐ Verkehrspsychologische Diagnostik

Sonstiges:

*** 1.12: Wie viel von 100% Ihrer beruflichen Tätigkeit nimmt die Psychologische Diagnostik in Anspruch?**

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

*** 1.13: Haben Sie für Ihre psychologische Tätigkeit regelmäßig HelferInnen**

(PraktikantInnen, etc.)?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.13']

1.13.1: Welche HelferInnen unterstützen Sie bei Ihrer psychologischen Tätigkeit?

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.13']

*** 1.14: Bekommen Ihre Praktikanten/Innen Geld für ihrer Arbeit?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.13' und falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.14']

*** 1.14.1: Wie viel Geld erhalten Ihre Praktikanten/Innen pro Monat?**

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

1.15: Falls Sie mit Dolmetschern/Innen zusammenarbeiten, welche Probleme entstehen dabei in der Praxis? Welche Wünsche hätten Sie diesbezüglich in der Zukunft?

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

*** 1.16: Wo führen Sie Ihre Tätigkeit aus?**

Bitte alle wählen Sie alle Punkte aus, die zutreffen:

- ☐ Private Praxis
☐ Öffentliche Institution

Sonstiges:

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Öffentliche Institution' war bei der Frage '1.16']

*** 1.16.1: Wenn Sie Ihre Tätigkeit in einer öffentlichen Institution ausführen, arbeiten Sie ...**

Bitte alle wählen Sie alle Punkte aus, die zutreffen:

- ☐ ... gemeinsam mit anderen Psychologen/Innen
☐ ... gemeinsam mit anderen Ärzten/Innen
☐ ... gemeinsam mit Psychotherapeuten/Innen, Sozialarbeiter/Innen, Ergotherapeuten/Innen, u.ä.
☐ ... gemeinsam mit Juristen/Innen

Sonstiges:

*** 1.28: Ist Ihnen die DIN 33430 bekannt?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

*** 1.17: Würden Sie sagen, Sie erfüllen beim psychologischen Diagnostizieren die DIN 33430?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Weiß nicht

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.17']

1.17.1: Wenn Ja, inwiefern?

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Nein' war bei der Frage '1.17']

1.17.2: Wenn Nein, warum nicht?

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

*** 1.18: Würden Sie sagen, Sie erfüllen bei der Erstellung psychologischer Gutachten die allgemeinen Richtlinien der "Nachvollziehbarkeit"? (Kubinger, 2003)**

"Nachvollziehbarkeit"
= Die Begutachtung
soll so dargestellt
werden, dass der
Adressat das
Verfahren, in das er
einbezogen war,
wiedererkennt und
gezielt nachfragen
kann, wenn er etwas
nicht versteht.
(Kubinger, 2003)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.18']

1.18.1: Wenn Ja, inwiefern

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Nein' war bei der Frage '1.18']

1.18.2: Wenn Nein, warum nicht?

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

*** 1.19: Haben Sie Gutachten von Kollegen/Innen erhalten, die nicht den allgemeinen Richtlinien der "Nachvollziehbarkeit" erarbeitet wurden?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

*** 1.20: Wenn Ihnen eine inkompetente psychologische Tätigkeit (insbesondere durch Nicht-Psychologen/Innen) auffällt, versuchen Sie diese zu unterbinden?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.20']

1.20.1: Falls Ja, welche Personen waren das?

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

1.21: Welche einschlägigen Fachzeitschriften lesen Sie regelmäßig?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

1.22: Welche Fachbücher zur Psychologischen Diagnostik verwenden Sie gelegentlich, um bestimmte Sachverhalte im Zweifelsfall nachzuschlagen?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

*** 1.23: Haben Sie eine Berufshaftpflichtversicherung?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

*** 1.24: Sind Ihnen Fälle bekannt, in denen gegen die Begutachtung eines Psychologen / einer Psychologin Rechtsklage erhoben wurde?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

*** 1.25: Inwieweit sind die Lerninhalte der Diagnostik - Ausbildung, die Sie im Rahmen Ihres Hauptstudiums erfahren haben, für Sie als Praktiker/Innen relevant?**

(Bitte geben Sie Ihre Antwort in Prozent an)

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

1.25.1: Welche Bereiche haben gefehlt?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

1.25.2: Welche Bereiche wurden überflüssigerweise zu ausführlich besprochen?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

1.26: Wer überweist an Sie als Psychologe/In?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

*** 1.27: Besuchen Sie Weiterbildungskurse?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '1.27']

1.27.1: Welche Weiterbildungskurse besuchten Sie im letzten Jahr?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' oder 'Nein' war bei der Frage '1.27 ']

1.27.2: Welche Weiterbildungskurse würden Sie im Falle des Angebots besuchen?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..	
..	
..	
..	
..	

2.1: Auf den folgenden Seiten finden Sie verschiedene Arten von psychologisch-diagnostischen Verfahren.

Bitte benennen Sie diejenigen Verfahren, die Sie am häufigsten in der Praxis verwenden und geben Sie diese in aufsteigender Reihenfolge an. (1. am häufigstens usw.)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Weiter

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.10: Intelligenztest

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:	
2:	
3:	
4:	
5:	

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.1: Entwicklungstests

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:	
2:	
3:	
4:	
5:	

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.2: Konzentrations- und besondere Leistungstests

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:	
2:	
3:	
4:	

5:

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.3: Persönlichkeitsfragebogen

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:

2:

3:

4:

5:

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.4: Objektive Persönlichkeitstests

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:

2:

3:

4:

5:

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.5: Interessensfragebögen

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:

2:

3:

4:

5:

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.6: Klinische Checklisten

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:

2:

3:

4:

5:

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.7: Schultests

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:

2:	
3:	
4:	
5:	

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.8: Projektive Verfahren

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:	
2:	
3:	
4:	
5:	

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Weiter' war bei der Frage '2.1 ']

2.1.9: Andere

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

1:	
2:	
3:	
4:	
5:	

2.2: Welche der in den letzten Jahren am Markt veröffentlichten psychologisch-diagnostischen Verfahren kennen Sie?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..:	
..:	
..:	
..:	
..:	

2.3: Welche dieser Verfahren haben Sie bereits praktisch eingesetzt?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..:	
..:	
..:	
..:	
..:	

2.4: Wenn Sie diese Verfahren noch nicht eingesetzt haben, warum nicht?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..:	
..:	

..

..

..

2.5: Welche psychologisch-diagnostischen Verfahren würden Sie einem/einer Anfänger/In weiterempfehlen?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..

..

..

..

..

2.6: Von welchen psychologisch-diagnostischen Verfahren würden Sie abraten? Warum?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..

..

..

..

..

*** 2.7: Verwenden Sie selbst entwickelte Fragebögen?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '2.7']

2.7.1: Wenn Ja, für welchen Anwendungsbereich?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..

..

..

..

..

*** 2.8: Verwenden Sie standardisierte Beobachtungsprotokolle?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

2.9: Verwenden Sie

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Originalmaterial der psychologisch - diagnostischen Verfahren
- ☐ Kopien

2.10: Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Klienten/Innen Ihnen gut bei der Ergebnismeldung folgen können?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

2.11: Was macht bei der Ergebnismeldung / Befundbesprechung Schwierigkeiten?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..

..

..

..

..

2.12: Sind Sie der Meinung, dass manche Fragebögen, Tests etc. schlecht normiert sind oder Normierungen so veraltet sind, dass das Verfahren eigentlich nicht mehr benutzt werden dürfte?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

[Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls ihre Antwort 'Ja' war bei der Frage '2.12']

2.12.1: Wenn Ja, welche?

Bitte Ihre Antwort(en) hierher schreiben

..

..

..

..

..

2.12.2: Setzen Sie diese Verfahren dennoch ein?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens..

E) Erinnerungsschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich starte nochmals einen Aufruf um meinen Fragebogen zu bearbeiten.

Ich hatte eine Rücksprache mit meinem Diplomarbeitbetreuer und mir fehlen noch rund 100 Testteilnehmer.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten.

Sie müssen nicht rein in der Psychologischen Diagnostik tätig sein.

Wichtig ist, dass Sie in der Praxis tätig sind, und nicht in der Forschung, das ist die einzige Bedingung.

Ich hoffe, dass sich noch einige unter Ihnen dazu entschließen meinen Fragebogen auszufüllen.

Und ich möchte mich nochmals ganz herzlich bei denen unter Ihnen bedanken, die meinen Fragebogen bereits ausgefüllt haben.

Der Link zum Fragebogen:

<http://www.univie.ac.at/testlabor/limesurvey/index.php?sid=56174&lang=de>

Besten Dank

Birgit Neubauer

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen und Hilfsmittel wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 10. Juni 2014

F) Lebenslauf

Birgit Neubauer
Pilotengasse 14/17
A-1220 Wien

Geboren am: 10.02.1980
Staatsbürgerschaft: Österreich

Mobil: 0650/ 727 35 69
E-Mail: birgit.neubauer@tmo.at

Ausbildung

Ab 02/2009	Psychotherapeutisches Propädeutikum
06/2008	Theoretische Ausbildung zum AID 2 (Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2), 1010 Wien
04/2007 – 11/2007	Ausbildung zum Lerncoach für Kinder und Jugendliche nach APÄDO, 1070 Wien
Seit 10/1998	Studium der Psychologie, Universität Wien, 1010 Wien Schwerpunkte: Psychologische Diagnostik Entwicklungspsychologie Diplomarbeit: Studie zur aktuellen Situation der Psychologischen Diagnostik in der Praxis mit zusätzlichem Inventarbenutzungscheck (Institut für Psychologische Diagnostik)
09/1990 – 06/1998	Piaristengymnasium, 1080 Wien
09/1986 – 06/1990	Volksschule Lange Gasse, 1080 Wien

Studienbegleitende Tätigkeiten

Seit 01/2010	Sonderschullehrerin bei Stadtschulrat Wien, 1010 Wien 01/2010-08/2010 im SPZ Leopold-Ernst-Gasse, 1170 Wien Seit 09/2010 Integrationslehrerin in oNMS Max-Winter-Platz, 1020 Wien (Leitung SPZ Holzhausergasse, 1020 Wien)
09/2009-01/2010	Angestellte an der Universität Wien (HoPP – psychotherapeutisches Propädeutikum), 1090 Wien
04/2009-12/2009	Praktikum bei der Österreichischen Autistenhilfe, 1010 Wien
02/2009-06/2009	Lernbegleiterin für Kinder und Jugendliche beim Hilfswerk Korneuburg
02/2008 – 04/2009	Tuchlauben Kino als Kassa- und Buffetkraft, 1010 Wien
09/2007 – 12/2007	Praktikum in der Heilpädagogischen Praxis - „Team“, 2340 Mödling
24. – 26. 09/2007	Hörsaalbetreuung bei der 9. Arbeitstagung der Fachgruppe für Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien
04/2006 – 06/2006	Praktikum im St. Anna Kinderspital in der Psychosomatischen Ambulanz, 1090 Wien
10/2000 – 11/2004	Max Mobil bzw. T-mobile Austria im Direct Marketing,

1030 Wien

07/1999

Ferialpraktikum bei OMV, 1020 Wien

09/1998

Kinderbetreuung in der Privatschule Mag. Maria Zwinz,
1080 Wien

Sprachkenntnisse

Englisch in Wort und Schrift

Französisch Grundkenntnisse (5. bis 8. Klasse)

Sonstige Kenntnisse

EDV-Kenntnisse: MS Office; Lime Survey

Führerschein Klasse B (Auto vorhanden)

Hobbys

Mountainbike, Skifahren, Golf spielen, Wandern,
Lesen, Gesellschaftsspiele