

4 Ein Arbeitsmodell für die empirische Erforschung der diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften

Stephanie Herppich, Anna-Katharina Praetorius, Andreas Hetmanek, Inga Glogger-Frey, Stefan Ufer, Detlev Leutner, Lars Behrmann, Ines Böhmer, Matthias Böhmer, Natalie Förster, Johanna Kaiser, Constance Karing, Karina Karst, Julia Klug, Annika Ohle & Anna Stüdkamp

4.1 Einführung

Zu der Frage, wie Lehrkräfte Leistungen und andere lernrelevante Merkmale diagnostizieren, gibt es eine Forschungstradition, die mittlerweile mehrere Jahrzehnte umspannt (Blömeke, Gustafsson & Shavelson, 2015; Ingenkamp, 1975; Shavelson, 1978). In diesem Zeitraum wurden aus unterschiedlichen Perspektiven Modelle zur Beschreibung diagnostischer Prozesse und diagnostischer Kompetenz entwickelt und so bereits viel zur theoretischen Fassung des Feldes beigetragen (vgl. Förster & Karst, Kap. 2.11). Im vorliegenden Kapitel wird ein neues Arbeitsmodell der diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften vorgeschlagen (vgl. Abb. 9). Dieses Arbeitsmodell greift vorhandene theoretische und empirische Ansätze aus teilweise sehr unterschiedlichen Perspektiven auf und führt sie integrierend zusammen. Dabei handelt es sich (noch) um kein Kompetenzmodell im engeren Sinne (vgl. Klieme & Leutner, 2006). Es ist vielmehr als eine „Blaupause“ gedacht, welche die Einordnung bestehender Befunde ermöglicht und weitere integrative Forschung inspirieren soll. Im Kapitel wird auf die theoretische Einbettung des Modells sowie auf seine Elemente und die Beziehungen zwischen diesen eingegangen. Abschließend werden die Beziehungen des vorgeschlagenen Modells zu bereits existierenden Modellen und empirischen Studien zu diesem Thema herausgearbeitet, um so seinen potenziellen Nutzen für weitere Theoriebildung und empirische Forschung aufzuzeigen.

4.2 Ziel der Modellentwicklung

Ziel der Modellentwicklung war es, eine integrierende Basis für zukünftige Theoriebildung und empirische Forschung zur Verfügung zu stellen, denn die in den vergangenen Jahren herausgearbeiteten Ansätze zur theoretischen Konzeptualisierung des diagnostischen Handelns von Lehrkräften stehen weitgehend unverbunden nebeneinander. Darüber hinaus konzentrieren sich die

bisherigen empirischen Zugänge auf recht eng umgrenzte Aspekte der theoretischen Überlegungen (insbesondere auf die Akkuratheit von Lehrerdiagnosen über einzelne Merkmale von Lernenden, vgl. Förster & Karst, Kap. 2.11; Praetorius, Hetmanek, Herppich & Ufer, Kap. 5). Gleichzeitig fanden Forschungsrichtungen, die sich ebenfalls mit dem diagnostischen Handeln von Lehrkräften befassen, wie die Forschung zur formativen Diagnostik (Bennett, 2011), bislang kaum Eingang in die entsprechende Theoriebildung. Schließlich wurden theoretische Neuerungen, wie die Konzeptualisierung von Kompetenzen als erlernbare Leistungsdispositionen (Klieme, Maag-Merki & Hartig, 2007; vgl. zur Erlernbarkeit auch die Expertiseforschung, Ericsson, 2006), noch wenig berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund soll das vorgeschlagene Arbeitsmodell diagnostischer Kompetenz von Lehrkräften vorhandene theoretische und empirische Ansätze integrieren. Insbesondere werden Modelle, die auf die Diagnose, also das Produkt, fokussieren und solche, die die Diagnostik, also den Prozess, in den Vordergrund rücken (siehe Abb. 10), in einem gemeinsamen Modell miteinander verbunden, welches sich auf den bildungswissenschaftlichen Kompetenzbegriff bezieht. Mit dieser Integrationsleistung kommt das Arbeitsmodell auch der Forderung nach, Prozesse in der Kompetenzmodellierung stärker zur berücksichtigen (Blömeke et al., 2015). Das vorgeschlagene Arbeitsmodell soll somit eine geeignete Grundlage bieten, um bisherige Befunde zur diagnostischen Kompetenz einzuordnen und in zukünftiger Forschung das diagnostische Handeln von Lehrkräften systematischer kompetenzbezogen beschreiben, erklären, vorhersagen und möglicherweise trainieren zu können (vgl. Abs, 2007).

4.3 Theoretische Einbettung

4.3.1 Gegenstandsbereich

Ausgangspunkt für die Entwicklung des neuen Modells war die Definition des Gegenstandsbereichs, also der *pädagogischen Diagnostik* (vgl. Schrader, 1989; van Ophuysen, 2010; von Aufschnaiter et al., 2015). In Anlehnung an Leutner (2010) und unter besonderer Berücksichtigung der Definition von Klauer (1978) verstehen wir pädagogische Diagnostik als Prozess des Einschätzens von Lernenden im Hinblick auf lernrelevante Merkmale mit dem Ziel, pädagogische Entscheidungen zu informieren (vgl. auch Ingenkamp & Lissmann, 2008; Schrader, 1989, 2013). Auch wenn Überschneidungen zu Nachbardisziplinen (z.B. psychologische oder medizinische Diagnostik) sicherlich bestehen bleiben, grenzt diese Definition die pädagogische Dia-

agnostik zunächst hinsichtlich ihres Gegenstandes von Diagnostik in anderen Bereichen ab (vgl. die differenzierte Diskussion des diagnostischen Gegenstandes bei von Aufschnaiter et al., 2015): Gegenstand pädagogischer Diagnostik sind nicht Patienten mit Merkmalen bestimmter Krankheiten, Klienten mit Merkmalen bestimmter Störungen oder Arbeitnehmer mit Merkmalen, die sie für eine bestimmte berufliche Tätigkeit mehr oder weniger geeignet erscheinen lassen (vgl. van Ophuysen, 2010). Die pädagogische Diagnostik konzentriert sich vielmehr auf Lernende mit ihren lernrelevanten Merkmalen. Der Unterschied zwischen den verschiedenen Arten von Diagnostik wird noch deutlicher, wenn man das jeweilige Ziel der Diagnostik berücksichtigt (vgl. Abs, 2007; van Ophuysen, 2010; von Aufschnaiter et al., 2015). Gemäß der Definition ist pädagogische Diagnostik immer auf eine pädagogische Entscheidung ausgerichtet und dem pädagogischen Handeln dadurch vor- sowie untergeordnet (Ingenkamp & Lissmann, 2008; Schrader, 1989). Sie ist kein eigenständiges Tätigkeitsfeld wie die psychologische Auftragsdiagnostik (Ingenkamp & Lissmann, 2008). Außerdem stellen diagnostische Aktivitäten nur einen kleinen Teil der Aufgaben dar, die das pädagogische Handeln von Lehrkräften ausmachen (Feldon, 2007; KMK, 2014). Insofern steht pädagogisches Diagnostizieren nicht so explizit im Fokus des beruflichen Handelns von Lehrkräften wie beispielsweise die medizinische Diagnostik bei Ärztinnen und Ärzten (Schmidt & Rikers, 2007; siehe van Ophuysen, 2010, für weitere Unterscheidungen zwischen pädagogischer und medizinischer Diagnostik). Dennoch ist weitgehend unstrittig, dass pädagogische Diagnostik eine wesentliche Informationsbasis für das Treffen tragfähiger pädagogischer Entscheidungen liefert (Schrader, 2013). Das anhaltende Interesse an der pädagogischen Diagnostik vonseiten der Forschung, aber auch der Praxis und Politik (KMK, 2014) ist insofern sicherlich berechtigt. Gleichzeitig sollte deutlich geworden sein, dass es wahrscheinlich nicht möglich ist, pädagogische Diagnostik angemessen abzubilden, indem man Modellvorstellungen über Diagnostik aus Nachbardisziplinen (z.B. Psychologische Diagnostik, vgl. Schmidt-Atzert & Amelang, 2012) unverändert überträgt. Stattdessen ist es vermutlich nötig, die Besonderheiten pädagogischer Diagnostik bei der Modellierung des Prozesses zu beachten. Ein Versuch, verschiedene Erscheinungsformen des pädagogisch-diagnostischen Prozesses innerhalb des vorgeschlagenen Arbeitsmodells diagnostischer Kompetenz zu konzeptualisieren, findet sich in Abschnitt 4.4. Ob die dort entwickelte Vorstellung von pädagogischer Diagnostik einen geeigneten Rahmen bildet, um pädagogisch-diagnostische Prozesse zu beschreiben, ist natürlich empirisch zu prüfen.

Diagnostisches und pädagogisches Handeln ist in der Praxis oftmals eng miteinander verwoben (vgl. Praetorius et al., Kap. 5). Trotzdem ist eine Tren-

nung zwischen beiden aus theoretischer Sicht sinnvoll und notwendig. Dies soll am folgenden Beispiel illustriert werden: Eine Lehrerin beginnt, mit ihrer Klasse ein neues Unterrichtsthema zu behandeln. Sie diagnostiziert, dass einem ihrer Schüler bestimmte Vorkenntnisse fehlen, die wichtig sind, um die Inhalte des Unterrichts zu verstehen. Als Folge dieser Diagnose könnte sich die Lehrerin dazu entschließen, dem Schüler nach dem Unterricht dabei zu helfen, die fehlenden Inhalte nachzuarbeiten. Alternativ könnte sie entscheiden, dass sie lieber einen Mitschüler bittet, dies zu tun.¹ Diese pädagogische Entscheidung – Unterstützung durch die Lehrerin oder den Mitschüler – beruht zwar auf der Diagnose „fehlende Kenntnisse“. Sie wird jedoch auch durch andere Faktoren beeinflusst, beispielsweise durch die zeitlichen Kapazitäten der Lehrerin, durch ihr Wissen über didaktische und pädagogische Handlungsalternativen oder durch die Kompetenzen des ausgewählten Mitschülers. Als Resultat wäre es möglich, dass die Lehrkraft zwar eine angemessene Diagnose stellt (diagnostisches Handeln), jedoch anschließend eine unangemessene Entscheidung trifft (pädagogisches Handeln).

4.3.2 Kompetenzdefinition

Der zweite Ausgangspunkt für die Entwicklung des vorgeschlagenen Modells ist die bildungswissenschaftliche Definition von *Kompetenz*. Laut Klieme und Leutner (2006, S. 879, Hervorhebungen im Original) sind Kompetenzen „*kontextspezifische kognitive Leistungsdispositionen, die sich funktional auf Situationen und Anforderungen in bestimmten Domänen beziehen*“. Für ein Arbeitsmodell diagnostischer Kompetenz ist der Kontextbezug in dieser Definition nützlich, um herauszustellen, dass das berufspraktische Handeln von Lehrkräften in der Domäne, das heißt in diesem Fall in pädagogischen Handlungssituationen beschrieben, erklärt und vorhergesagt werden soll. Nicht im Zentrum der Betrachtung stehen dagegen beispielsweise (situations-)unspezifische Persönlichkeitsmerkmale von Lehrkräften (z.B. Extraversion) oder das Handeln der Lehrperson in beliebigen Situationen. Gleichzeitig umfasst Kompetenz nach dieser Definition nur solche Leistungsdispositionen, die durch das Handeln in entsprechenden Situationen erlernt werden können, also veränderbar und trainierbar sind (Klieme et al., 2007). Durch dieses Verständnis wird das Modell auch als Grundlage für das Generieren von Gestaltungswissen für eine mögliche Förderung diagnostischer Kompetenz nutzbar. Zudem wird unser Arbeitsmodell der diagnostischen Kompetenz durch diese beiden

1 Die pädagogische Entscheidung kann anschließend in pädagogische Handlungen umgesetzt werden.

Definitionsaspekte, den Kontextbezug und die Veränderbarkeit, im Kontext der Professionalisierungsforschung anschlussfähig (Baumert & Kunter, 2006). Gleichzeitig macht die Definition deutlich, dass kontextunspezifische oder weniger veränderbare Leistungsdispositionen, wie Intelligenz oder allgemeine Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung, nicht unter den Kompetenzbegriff fallen, wie er hier verwendet wird (Karst, 2012; Klieme et al., 2007). Weiterhin wird die diagnostische Kompetenz in unserem Sinne somit als kognitive Leistungsvoraussetzung betrachtet. Sonstige, beispielsweise motivationale oder affektive, Leistungsvoraussetzungen umfasst sie dagegen nicht (siehe aber Shavelson, 2010).

In Arbeiten, die sich direkt (Fleischer, Koeppen, Kenk, Klieme & Leutner, 2013; Klieme & Leutner, 2006; Klieme et al., 2007) oder indirekt (Blömeke et al., 2015; Shavelson, 2010) auf die oben genannte Kompetenzdefinition von Klieme und Leutner (2006) beziehen, werden weitere Merkmale von Kompetenzen diskutiert, welche in der Definition zwar implizit anklängen, bisher aber nicht explizit enthalten sind. Das neue Arbeitsmodell soll eine möglichst systematische und dadurch nützliche Grundlage für weitere Forschung sein, diagnostisches Handeln ausgehend vom bildungswissenschaftlichen Kompetenzbegriff und den damit verbundenen Bedingungen zu beschreiben, zu erklären, vorherzusagen und zu optimieren. Um zu einem so umfassenden und detaillierten Verständnis zu gelangen, ist es nötig, die mit dem Kompetenzbegriff verbundenen Bedingungen (die Merkmale von Kompetenzen) möglichst explizit zu machen. Aus diesem Grund werden diese Merkmale hier im Rahmen einer erweiterten Kompetenzdefinition ergänzt.

Fasst man Kompetenzen als Dispositionen im Sinne von Personeneigenschaften auf, so schreibt man ihnen die Merkmale *Konsistenz* und *Stabilität* zu (Stemmler, Hagemann, Amelang & Bartussek, 2010). Daraus folgt, dass sich die fragliche Leistungsdisposition einer Person zunächst in verschiedenen Situationen innerhalb der Domäne in relativ ähnlichem Maße (d.h. relativ konsistent) zeigen sollte. Weiterhin muss die Leistungsdisposition in wiederholten zur Domäne gehörigen Situationen und nicht nur über einen kurzen Zeitraum hinweg (d.h. relativ stabil) wirksam werden. Da die Umsetzung der kognitiven Leistungsdispositionen in Performanz in einer bestimmten Situation von weiteren Einflüssen wie affektiv-motivationalen Merkmalen der Person und Merkmalen der Situation beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 4.2 und 4.3), sind absolute Konsistenz und Stabilität im Sinne völlig übereinstimmender Leistungen in verschiedenen Situationen zu verschiedenen Zeitpunkten nicht zu erwarten. Dennoch sollen diese Merkmale hier betont werden, um das Wirken einer Kompetenz (z.B. diagnostischer Kompetenz) vom Wirken verschiedener Kompetenzen in wenig vergleichbaren Situationen abzu-

grenzen (z.B. verschiedene diagnostische Kompetenzen, vgl. Abschnitt 4.3) oder einfach von der Performanz in einer bestimmten einzelnen Situation (Abs, 2007; Blömeke et al., 2015; Karst, 2012; Shavelson, 2010; siehe auch Karst, Klug & Ufer, Kap. 5.1). Dass die (verschiedenen) Situationen und Anforderungen als Teil einer bestimmten Domäne betrachtet werden, macht zudem die Kontextspezifität deutlich.

Die zweite Ergänzung bezieht sich darauf, dass Personen unterschiedlich kompetent sein können (Klieme et al., 2007; Shavelson, 2010). Diese Unterschiedlichkeit muss im Rahmen des bildungswissenschaftlichen Kompetenzbegriffs valide messbar, also quantifizierbar sein (Klieme & Leutner, 2006; Klug, Bruder, Kelava, Spiel, & Schmitz, 2013; Shavelson, 2010; siehe auch Praetorius et al., Kap. 5; Behrmann & Glogger-Frey, Kap. 5.4). Erst wenn eine Kompetenz quantifizierbar ist bzw. die sie indizierenden Handlungen quantifizierbar sind, wird es beispielsweise möglich, die Entwicklung der Kompetenz zu verfolgen, den Erfolg von Kompetenzförderung zu ermitteln und interindividuelle Kompetenzunterschiede festzustellen (Abs, 2007; Klieme et al., 2007). Schließlich soll in der erweiterten Kompetenzdefinition noch deutlicher herausgestellt werden, mit welcher Wirkrichtung sich die entsprechenden kognitiven Leistungsdispositionen auf Situationen und Anforderungen *beziehen*, um diese Wirkrichtung im neuen Modell abzubilden (Shavelson, 2010). Wir verstehen Kompetenzen somit als kognitive Leistungsdispositionen, die in verschiedenen Situationen bestimmter Domänen *wirksam werden* und es erlauben, die Anforderungen der jeweiligen Situationen *relativ² konsistent* und *relativ stabil* sowie *quantifizierbar* zu meistern.

4.4 Elemente des Arbeitsmodells

Aus den oben genannten Definitionen von pädagogischer Diagnostik und Kompetenz kann als Arbeitsdefinition abgeleitet werden, dass diagnostische Kompetenz von Lehrkräften als eine kognitive Leistungsdisposition betrachtet wird, die es Lehrkräften ermöglicht, relativ konsistent und relativ stabil sowie quantifizierbar pädagogisch-diagnostische Anforderungen in verschiedenen pädagogischen Handlungssituationen zu meistern. Diese Definition spiegelt sich im Arbeitsmodell wider (siehe Abb. 9). Bei dem Modell handelt es sich (noch) um kein Kompetenzmodell im engeren Sinne: Gegenwärtig ist

2 Relativ soll verdeutlichen, dass wir annehmen, das Wirken einer Kompetenz könne in verschiedenen Situationen zum Teil unterschiedlich durch andere Faktoren beeinflusst werden. Relativ soll außerdem verdeutlichen, dass wir Kompetenz als veränderbar ansehen.

weder die Frage der Kompetenzstruktur geklärt, noch die Frage nach möglichen Indikatoren zur Beschreibung von Kompetenzniveaus (vgl. Klieme & Leutner, 2006). Das neu konstruierte Arbeitsmodell bildet jedoch eine strukturierte Grundlage, um diese Modelle zu entwickeln.

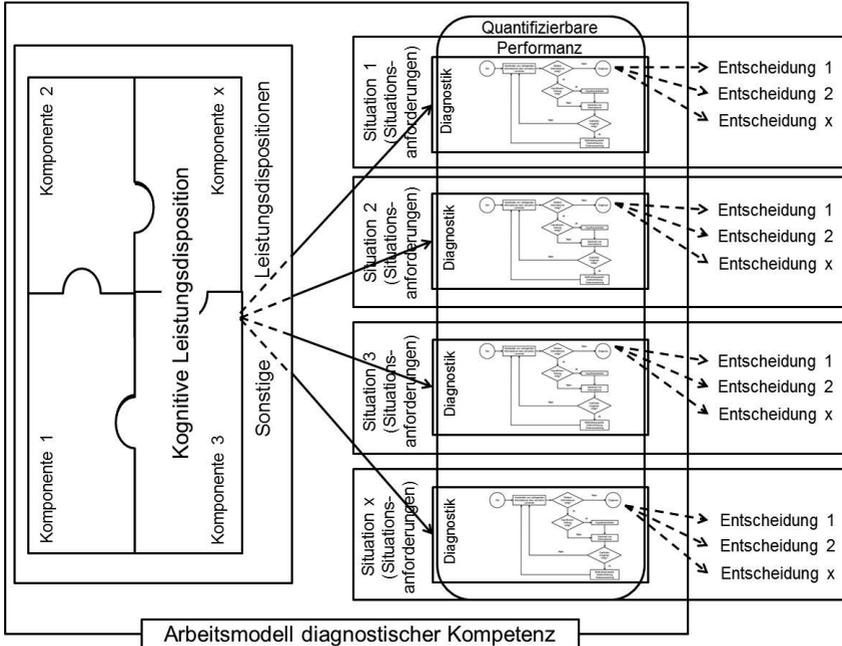


Abbildung 9: Schematische Darstellung zum NeDiKo-Arbeitsmodell diagnostischer Kompetenz. Eine Lehrperson führt auf Basis ihrer kognitiven Leistungsdisposition, deren Wirksamwerden durch die sonstigen Leistungsdispositionen (z.B. Motivation) gefiltert wird, in verschiedenen pädagogischen Handlungssituationen pädagogische Diagnostik durch, an deren Ende jeweils eine Diagnose steht (siehe Abb. 10 zur Darstellung des diagnostischen Prozesses). Auf Grundlage dieser Diagnose trifft sie eine pädagogische Entscheidung. Diese ist jedoch nicht mehr Teil der Diagnostik und erlaubt somit keine direkten Rückschlüsse auf die diagnostische Kompetenz. Die diagnostischen Handlungen der Lehrperson (im diagnostischen Prozess) sowie die Diagnose selbst sind als Performanz messbar, also quantifizierbar.

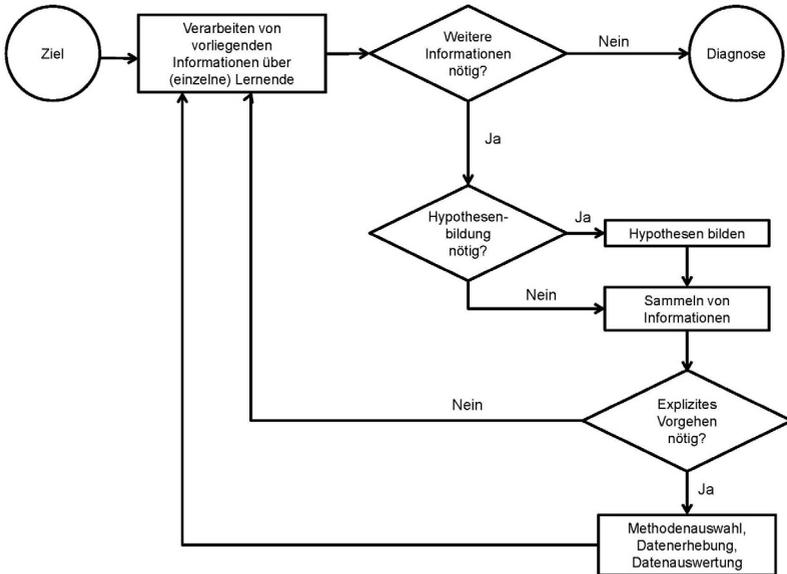


Abbildung 10: Schematische Darstellung des NeDiKo-Prozessmodells pädagogischer Diagnostik durch Lehrkräfte. Abhängig vom Ziel der Diagnostik (das bestimmt wird durch die zu treffende pädagogische Entscheidung), von den weiteren Anforderungen der Situation und den kognitiven und sonstigen Leistungsdispositionen der Lehrperson läuft die Diagnostik in unterschiedlichem Ausmaß kontrolliert oder automatisiert ab. Bei stärker kontrollierter Diagnostik werden auf dem Weg von der Zielstellung zur Diagnose mehr Elemente des Modells durchlaufen als bei stärker automatisierter Diagnostik. Elemente unterhalb der obersten Horizontale in der Abbildung zeigen Schritte an, die nicht bei jeder Diagnostik ausgeführt werden.

4.4.1 Kognitive Leistungsdisposition

Ausgehend von der erweiterten Kompetenzdefinition (Abschnitt 4.3.2, vgl. Klieme & Leutner, 2006; Shavelson, 2010) ist die für die diagnostische Kompetenz spezifische kognitive Leistungsdisposition ein grundlegender Bestandteil des Arbeitsmodells. Gegenwärtig wird angenommen, dass Aspekte konzeptuellen, situationalen, prozeduralen und strategischen Wissens verschiedene Komponenten dieser Leistungsdisposition ausmachen (De Jong & Ferguson-Hessler, 1996; vgl. Fleischer, Wirth, Rumann & Leutner, 2010, für die strukturelle Modellierung von Problemlösekompetenz). Inhaltlich könnte es sich beispielsweise um Wissen der Lehrperson über das zu

diagnostizierende lernrelevante Merkmal handeln, etwa um das Wissen über häufige normativ fehlerhafte Vorstellungen und Strategien von Schülerinnen und Schülern als ein Aspekt konzeptuellen Wissens (vgl. Eichelmann, Narciss, Schnaubert & Melis, 2012, für die Mathematik). Nach van Ophuysen (2010) wäre derartige Wissen durch den engen Bezug zum Gegenstand der pädagogischen Diagnostik möglicherweise besonders spezifisch für die (pädagogische) diagnostische Kompetenz von Lehrkräften. Zumindest kann vermutet werden, dass dieses Wissen in anderen diagnostischen Aufgabenfeldern (z.B. klinisch psychologischer Diagnostik) weit weniger bedeutsam ist. Weitere Komponenten könnten das Wissen über diagnostische Methoden, Prozesse und über Ziele sein (van Ophuysen, 2010). Methodisches Wissen kann allgemeine Aspekte umfassen, die eventuell auch relevant für Diagnostik in anderen Bereichen sind (z.B. prozedurales Wissen über Verhaltensbeobachtung). Gleichzeitig könnte es für pädagogische Diagnostik spezifische Aspekte methodischen Wissens geben (z.B. Wissen über die verschiedenen Bezugsnormen bei der Interpretation diagnostischer Informationen, Wissen über Vergleichsarbeiten, Wissen über informelles oder semiformelles Diagnostizieren von Lernstrategien).

Um mögliche interindividuelle Unterschiede in der diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften erklären zu können und um Ansätze für die Förderung diagnostischer Kompetenz zu finden, ist es nötig, in Zukunft empirisch zu untersuchen, welche Wissensaspekte als Komponenten der kognitiven Leistungsdisposition in die diagnostische Kompetenz tatsächlich eingehen und in welcher Beziehung sie zueinander stehen (Abs, 2007). Inwieweit diese Komponenten ausschließlich spezifisch für die *diagnostische* Kompetenz sind oder ob sie auch für andere Bereiche professioneller Kompetenz eine Rolle spielen, wird später diskutiert (vgl. Praetorius et al., Kap. 5; siehe auch van Ophuysen, 2010) und ist ebenfalls empirisch zu prüfen.

4.4.2 Sonstige Leistungsdispositionen

Eine zentrale Annahme in unserem Modellvorschlag ist, dass die sonstigen Leistungsdispositionen der Person beeinflussen bzw. filtern, ob und wie die kognitive Leistungsdisposition in Situationen wirksam wird. Infrage kommen hier Merkmale der Person, wie z.B. ihre allgemeinen Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung, ihre Motivation, diagnostikrelevante Selbstkonzepte und ihre Überzeugungen. Welche Rolle diese sonstigen Leistungsdispositionen spielen, ist in zukünftiger Forschung zu untersuchen. So könnte es sich um Moderatoren des Zusammenhangs zwischen kognitiver Leistungsdisposition

und Performanz handeln oder um unabhängig von der kognitiven Leistungsdisposition auf die Performanz wirkende Faktoren (siehe Fleischer, Wirth & Leutner, 2014, für die moderierenden Effekte von mathematischem Selbstkonzept und Mathematikangst auf den Zusammenhang zwischen der kontextuellen Einkleidung von mathematischen sowie Problemlöseaufgaben und der Leistung beim Lösen dieser Aufgaben).

4.4.3 Situationen

Will man sich mit einem Modell diagnostischer Kompetenz von Lehrkräften explizit auf das Kompetenzkonzept beziehen, ist es theoretisch wie praktisch zentral, die Klassen von Situationen zu identifizieren und zu charakterisieren, die die diagnostischen Anforderungen an Lehrkräfte in deren beruflichen Alltag repräsentativ abbilden. Hiervon hängt ab, ob später tatsächlich diagnostische Kompetenz von Lehrkräften gemessen und gefördert wird und nicht irgendwelche anderen Fertigkeiten, die keine Berufsrelevanz besitzen (vgl. die Kontextspezifität von Kompetenzen, Abschnitt 4.3.2). Welche empirischen Herausforderungen sich aus der Notwendigkeit ergeben, repräsentative Situationen zu identifizieren, wird von Praetorius et al. (Kap. 5) im Detail diskutiert. Karst et al. (Kap. 5.1) unterbreiten zudem einen Vorschlag zur Charakterisierung diagnostisch relevanter Situationen.

Hinsichtlich der Beziehungen zwischen den Elementen im Arbeitsmodell wird angenommen, dass das Wirksamwerden der kognitiven Leistungsdisposition in einer bestimmten pädagogischen Handlungssituation von den Merkmalen und Anforderungen der jeweiligen Situation abhängig ist (über die Einflüsse der sonstigen Leistungsdispositionen hinaus; vgl. Karst et al., Kap. 5.1). Im Arbeitsmodell ist zunächst *eine* generalisierte diagnostische Kompetenz angelegt. Wird von einer generalisierten Kompetenz ausgegangen, müssen intraindividuell positiv zusammenhängende und über mehrere Klassen von verschiedenen Situationen hinweg gültige Rückschlüsse auf das Vorliegen bzw. die Ausprägung der Kompetenz gezogen werden können (Blömeke et al., 2015; Shavelson, 2010). Die Kompetenz bezieht sich also auf eine „Menge hinreichend ähnlicher realer Situationen, in denen bestimmte, ähnliche Anforderungen bewältigt werden müssen“ (Klieme et al., 2007, S. 8, Hervorhebung im Original; siehe auch Baumert & Kunter, 2006; Karst, 2012; Lintorf et al., 2011; Praetorius, Karst & Lipowsky, 2012; Schrader, 1989; Spinath, 2005). Abhängig von der Höhe der positiven Zusammenhänge wäre es sinnvoller, eine solche generalisierte diagnostische Kompetenz eindimensional (bei hohen Zusammenhängen) oder mehrdimensional (bei modera-

ten Zusammenhängen) zu modellieren. Betrachtet man Modellierungen anderer Kompetenzen, ist wahrscheinlich, dass für die umfassende Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Förderung diagnostischer Kompetenz ein mehrdimensionaler Zugang erforderlich ist (vgl. Fleischer et al., 2010). Der gegenwärtige Stand der Forschung deutet allerdings darauf hin, dass es unterscheidbare Klassen von Situationen gibt, die möglicherweise nicht nur die Annahme einer mehrdimensionalen Kompetenz erfordern. Stattdessen könnten niedrige Zusammenhänge zwischen der beobachteten Bewältigung verschiedener Situationsklassen eine Modellierung unterschiedlicher Kompetenzen nahelegen (Karst, 2012; Spinath, 2005; Schrader, 1989, 2013; siehe hier auch die Verwendung des Begriffs diagnostischer *Kompetenzen*). Trifft dies zu, ist es notwendig, empirisch Klassen einander ähnlicher Situationen zu identifizieren und auf Basis des Arbeitsmodells entsprechend mehrere diagnostische Kompetenzen zu spezifizieren (für einen Ansatz zur Klassifikation von Situationen, siehe Karst et al., Kap. 5.1).

4.4.4 Diagnostik

Um die Diagnostik, das heißt den diagnostischen Prozess in der Theoriebildung zur diagnostischen Kompetenz salienter zu machen, haben wir ein Prozessmodell entwickelt (siehe Abb. 10), welches das Arbeitsmodell diagnostischer Kompetenz von Lehrkräften komplettiert (vgl. Abb. 9). Das Prozessmodell basiert auf etablierten Modellen (psychologisch) diagnostischen Urteilens (Lukesch, 1998; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012; Ziegler & Bühner, 2012) und auf dualen Prozessmodellen der sozialen Urteilsbildung (Böhmer, Gräsel, Krolak-Schwerdt, Hörstermann & Glock, in Druck; Ferreira, Garcia-Marques, Sherman, & Sherman, 2006; Fiske & Neuberg, 1990; siehe auch Böhmer, Englich & Böhmer, Kap. 2.8). Es wurde an die spezifischen Erfordernisse pädagogischer Diagnostik angepasst.

Prozessmodelle der vornehmlich formell verlaufenden *psychologischen* Diagnostik sehen vor, dass die diagnostizierende Person mehrere festgelegte, theoretisch trennbare Schritte vollzieht, um zu einer objektiven, reliablen und validen Diagnose zu gelangen (siehe Lukesch, 1998; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012; Ziegler & Bühner, 2012). Folgende Schritte werden im Allgemeinen unterschieden: Aus einem Auftrag, einem Problem bzw. einer Zielvorgabe wird eine konkrete Fragestellung abgeleitet und aus dieser werden, für gewöhnlich mehrere, prüfbare Hypothesen entwickelt. Liegen bereits Informationen über die zu diagnostizierende Person vor, finden diese Eingang in die Hypothesenbildung. Für die für eine Hypothesenprüfung notwendige

Operationalisierung werden anschließend geeignete Methoden ausgewählt. Diese Methoden werden eingesetzt, um diagnostische Daten zu erheben. Die gewonnenen Daten werden in der Folge nach zuvor festgelegten Regeln ausgewertet. Die nun vorliegenden Informationen werden regelbasiert integriert, um die eingangs formulierten Hypothesen zu prüfen und schließlich die Fragestellung zu beantworten und so zu einer Diagnose zu gelangen. Falls sich nach der Informationsintegration die Fragestellung nicht widerspruchsfrei beantworten lässt, kann es sein, dass der diagnostische Prozess erneut vollständig oder in Teilen durchlaufen wird. Auch wenn die Diagnose zunächst neue Fragen aufwirft (z.B. im Falle investigatorischer diagnostischer Entscheidungen, siehe Ziegler & Bühner, 2012) oder wenn auf Basis der Diagnose eine Intervention folgt (treatmentbegleitende Diagnostik, siehe Hesse & Latzko, 2011), kann sich ein weiterer diagnostischer Prozess anschließen. Diagnostik kann somit in mehreren Zyklen ablaufen.

Der zuvor beschriebene (formell-)diagnostische Prozess findet sich auch in unserem Prozessmodell *pädagogischer* Diagnostik durch Lehrkräfte wider (Abb. 10). Da die Diagnostik für Lehrkräfte eine Aufgabe von vielen ist und immer von der jeweils anstehenden pädagogischen Entscheidung abhängt, wird allerdings davon ausgegangen, dass Lehrkräfte im Unterrichtsalltag selten einen so umfangreichen diagnostischen Prozess vollständig durchlaufen (können). Hinzu kommt, dass Lehrkräften kaum eindeutige Regeln z.B. für das Ableiten einer Diagnose zur Verfügung stehen. So gibt es häufig keine verbindlichen Kriterien und bestenfalls Empfehlungen zu Interpretationsstandards (d.h. Bezugsnormen), nach denen beispielsweise die Leistung eines Schülers in einem Referat als „ausreichend“ zu bewerten ist (vgl. van Ophuysen, 2010; von Aufschnaiter et al., 2015). Insofern gelangen Lehrkräfte vermutlich für gewöhnlich auf eher informellen Wegen zu Diagnosen (vgl. Schrader, 2013).

Im Gegensatz zum Ablauf der formellen Diagnostik führt der kürzeste diagnostische Weg im hier vorgeschlagenen Prozessmodell vom Feststellen oder Festlegen eines diagnostischen Ziels über das Verarbeiten bereits vorliegender Informationen direkt zur Diagnose. Solch unterschiedlich ablaufende diagnostische Prozesse können als verschiedenartige Informationsverarbeitungsprozesse auf Grundlage dualer Prozessmodelle der sozialen Urteilsbildung beschrieben werden (Ferreira et al., 2006; Fiske & Neuberg, 1990; siehe Böhmer et al., Kap. 2.8). Abhängig von der pädagogischen Entscheidung, auf welche die Diagnostik zielt, abhängig von den weiteren Merkmalen der Situation sowie von den Ausprägungen der kognitiven Leistungsdisposition und den sonstigen Leistungsdispositionen der Lehrperson verläuft die Diagnostik stärker kontrolliert, kognitiv aufwändig, systematisch und dem

Bewusstsein zugänglich oder stärker automatisiert, heuristisch und mit geringerem kognitiven Aufwand. Die Vielzahl verschiedenartiger diagnostischer Anforderungen im schulischen Alltag macht es für Lehrkräfte dabei vermutlich erforderlich, häufig und schnell zwischen unterschiedlichen Informationsverarbeitungsprozessen zu wechseln (Böhmer et al., in Druck; siehe auch Böhmer et al., Kap. 2.8).

Zur Veranschaulichung sollen folgende Beispiele dienen: Die Empfehlung der Grundschule für den Übergang zum Sekundarbereich I ist in manchen Bundesländern für die Eltern weitgehend bindend. Um verantwortlich eine solche Empfehlung zu treffen, wird ein Grundschullehrer aus einem dieser Bundesländer, der ausreichendes Hintergrundwissen besitzt (beispielsweise über die Regelungen der Kultusministerkonferenz zum Bilden von Übergangsempfehlungen; siehe KMK, 2015), einen eher kontrollierten Urteilsprozess durchlaufen (Böhmer, Hörstermann, Gräsel, Krolak-Schwerdt & Glock, 2015). Er wird sowohl vorliegende relevante Informationen über eine Schülerin nutzen (v.a. Noten) als auch gezielt nach weiteren Informationen suchen. In manchen Fällen muss er sich dabei überlegen, auf welche Weise er diese Informationen sammeln kann. Alle relevanten Informationen wird er wahrscheinlich in einem relativ bewussten, teilweise rechtlich geregelten Prozess gewichten und integrieren, um zur Diagnose zu gelangen. Soll derselbe Lehrer dagegen einem Kollegen einen kurzen Rat zu einer Übergangsempfehlung für eine bestimmte Schülerin geben, „lastet“ auf diesem Rat deutlich weniger Rechenschaftspflicht als auf der verantwortlichen Empfehlung. In der Folge wird der Lehrer weniger systematisch vorgehen und als Basis für seine Diagnose beispielsweise eher ihm bekannte Informationen über die Leistung der Schülerin nutzen. Dies wird insbesondere der Fall sein, wenn diese vorliegenden Informationen konsistent für starke oder schwache Leistungen sprechen (für das Beispiel siehe Böhmer et al., in Druck; Krolak-Schwerdt, Böhmer & Gräsel, 2013). Wieder anders wird die Diagnostik ablaufen, wenn das Ziel der Diagnostik ein anderes ist. Beispielsweise kann es sein, dass eine Lehrerin im Unterrichtsverlauf entscheiden muss, ob sie einen neuen Aspekt des aktuellen Unterrichtsthemas einführen kann oder ob die Schülerinnen und Schüler noch Übung im Umgang mit dem zuletzt bearbeiteten Aspekt brauchen. Um zu einer Entscheidung zu gelangen, stellt sie einem Schüler eine diagnostische Frage. Durch Erfahrung mit der Klasse weiß sie, dass die Antwort dieses Schülers wahrscheinlich das Verständnis der Klassenmehrheit repräsentieren wird (Leinhardt & Greeno, 1986). Sie wird daher die Antwort des Schülers verarbeiten, eine Diagnose stellen und eine Entscheidung treffen. Dieser Prozess muss unter hohem Zeitdruck und parallel zu vielen anderen Tätigkeiten ablaufen (z.B. Verfolgen der Unterrichtsziele, Klassen-

führung, Anpassung von Unterrichtsmethoden; Feldon, 2007; Leinhardt & Greeno, 1986; Wecker, Hetmanek & Fischer, 2016). Um effektives Unterrichten zu unterstützen, muss dieser Prozess also hochautomatisiert sein. Derart unterschiedliche diagnostische Prozesse explizit in Forschung und Praxis zu berücksichtigen, kann u.a. dabei helfen, bestmögliche Ansätze zur Förderung diagnostischer Kompetenz zu entwickeln. Denn sinnvolle Herangehensweisen, um formalisierte Entscheidungen zu unterstützen, die hoher Rechenschaftspflicht unterliegen und relativ selten zu fällen sind, unterscheiden sich möglicherweise stark von Herangehensweisen, um Routinediagnosen für „on-the-fly“-Entscheidungen zu fördern (vgl. Hetmanek & van Gog, Kap. 7.2; Karing & Seidel, Kap. 7.6).

4.4.5 Performanz

Nach dem vorliegenden Arbeitsmodell müssen Rückschlüsse auf die diagnostische Kompetenz einer Lehrperson aus deren diagnostischer Performanz gezogen werden (siehe Abb. 9). Im Prozess des Diagnostizierens und bzw. oder durch das Ergebnis des Prozesses (die Diagnose) zeigt die Lehrperson bestimmte Leistungen. Diese Leistungen müssen unter Verwendung valider Kriterien (= Qualitätsindikatoren, vgl. Praetorius et al., Kap. 5; Behrmann & Glogger-Frey, Kap. 5.4) quantifiziert werden. Genauso wie die Identifikation repräsentativer diagnostischer Situationen ist die Ermittlung valider Kriterien zentral, um diagnostische Kompetenz zu erforschen und zu fördern. Beispielsweise können wir nur dann feststellen, ob eine Fördermaßnahme erfolgreich war, wenn wir wissen, wie die Kompetenz gemessen werden kann. Erst die Beurteilung der Diagnostik über verschiedene repräsentative Situationen hinweg anhand valider Kriterien erlaubt Inferenzen über Vorliegen bzw. Ausprägung der diagnostischen Kompetenz bei einer Person (Shavelson, 2010).

4.5 Bezug zu und Abgrenzung von vorhandenen Ansätzen der Modellierung diagnostischer Kompetenz

4.5.1 Integration vorhandener Ansätze

Eine Stärke des vorgeschlagenen Modells ist, dass es die Integration verschiedener theoretischer und empirischer Ansätze zur Erforschung der diagnostischen Kompetenz ermöglicht. So lassen sich sowohl Modelle der dia-

gnostischen Kompetenz mit Fokus auf den Diagnoseprozess als auch Modelle mit Fokus auf das Urteil, die Urteilsakkuratheit und die jeweiligen Determinanten einordnen (für einen Überblick über diese Ansätze siehe Karst & Förster, Kap. 2). Schließlich muss sich diagnostische Kompetenz, dem Arbeitsmodell nach, in verschiedenen Situationen mit ähnlichen Anforderungen äußern (Karst, 2012; Klieme et al., 2007; Shavelson, 2010; vgl. auch Karst, Kap. 2.2). Durch diese Integrationsleistung bietet das Modell auch ein besonders differenziertes Bild über Ansatzmöglichkeiten von Maßnahmen zur Förderung diagnostischer Kompetenz (vgl. Karing & Seidel, Kap. 7).

Die bisherigen Modellierungsansätze wurden zwar oft unverbunden weiterentwickelt, sind jedoch im Großen und Ganzen zur Erforschung diagnostischer Kompetenz von Lehrkräften durchaus etabliert. Das neue Modell integriert diese etablierten Ansätze und bildet darüber hinaus eine gute Grundlage, um weitere Forschungsrichtungen einzubinden, die thematische Überschneidungen mit der Forschung zu diagnostischer Kompetenz aufweisen, bislang aber kaum berücksichtigt wurden. Ein zentrales Beispiel hierfür ist die Forschung zur Lernprozessdiagnostik bzw. formativen Diagnostik (Förster & Souvignier, 2014; Glogger, Schwonke, Holzäpfel, Nückles & Renkl, 2012; Herppich, Wittwer, Nückles & Renkl, 2014; für einen Überblick siehe Bennett, 2011; vgl. Glogger-Frey & Herppich, Kap. 2.6). Sie verläuft gegenwärtig weitgehend unabhängig von der Modellbildung und empirischen Forschung zur diagnostischen Kompetenz (siehe aber Klug et al., 2013). Für zukünftige Untersuchungen zur diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften bietet diese Forschung jedoch nützliche Impulse. Denn viele Arbeiten fordern, dass pädagogische Diagnostik und damit auch die diagnostische Kompetenz von Lehrkräften vor allem daraufhin untersucht wird, inwieweit sie, gegebenenfalls vermittelt über einen Beitrag zur Adaptivität von Unterricht, der Optimierung von Lernprozessen und der Qualifizierung von Lernenden dient (Abs, 2007; Schrader, 1989, 2013; Praetorius et al., 2013; van Ophuyesen, 2010). Genau mit diesen Fragen befassen sich Studien zur formativen Diagnostik (Bennett, 2011). Die Integration dieser Forschung in das Modell kann über das Ermitteln entsprechender diagnostischer Situationen, Entscheidungen und Qualitätsindikatoren erfolgen (zu den Situationen und Qualitätsindikatoren sowie der damit verbundenen Problematik, siehe Praetorius et al., Kap. 5; vgl. auch Karst et al., Kap. 5.1; Behrmann & Glogger-Frey, Kap. 5.4).

4.5.2 Abgrenzung des Arbeitsmodells von anderen Ansätzen

Das vorgeschlagene Modell orientiert sich eng an der Definition von pädagogischer Diagnostik und am bildungswissenschaftlichen Kompetenzbegriff. Aufgrund dieser Ausrichtung fehlen im Modell auch einige Elemente oder stehen nicht an zentraler Stelle, obwohl sie in der vorhandenen Literatur im Zusammenhang mit diagnostischer Kompetenz diskutiert werden. Weiter oben wurde bereits festgestellt, dass nach der Kompetenzdefinition (Klieme & Leutner, 2006) beispielsweise affektive und motivationale Faktoren ebenso wie allgemeine Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung hier nicht als Teil der diagnostischen Kompetenz angesehen werden. In das Arbeitsmodell finden diese Variablen Eingang als Einflussfaktoren auf das Wirken der kognitiven Leistungsdisposition (siehe aber Ohle, McElvany, Horz & Ullrich, 2015). Ebenso sind pädagogische Entscheidungen und die möglicherweise daraus resultierenden pädagogischen Handlungen nicht Teil der Diagnostik und erlauben somit keine hinreichenden Rückschlüsse auf die diagnostische Kompetenz (vgl. van Ophuysen, 2010; siehe aber Abs, 2007; Ingenkamp & Lissmann, 2008; Klug et al., 2013; zu Herausforderungen bei der Abgrenzung diagnostischer Kompetenz von anderen Kompetenzen in pädagogischen Handlungssituationen siehe Praetorius et al., Kap. 5). Weiterhin wird die pädagogische Diagnostik hier auf die *Einschätzung von Lernenden* bzw. deren *lernrelevanter Merkmale* begrenzt (Leutner, 2010) und somit eine enge Definition von Diagnostik zugrunde gelegt (vgl. die Diskussion des Gegenstands von Diagnostik bei Schmidt-Atzert & Amelang, 2012). Einschätzungen von Aufgaben(-schwierigkeiten), die in einigen Modellen eine Rolle spielen (Karst, 2012; McElvany et al., 2009; Schrader, 1989), ebenso wie die Evaluation von Unterricht (Helmke et al., 2014) stehen also nicht im Mittelpunkt der diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften im engeren Sinne, wie sie hier verstanden wird (vgl. Ingenkamp & Lissmann, 2008). Schließlich impliziert die hier verwendete Definition, dass pädagogische Diagnostik vor allem auf individuelle Lernende gerichtet ist, weniger auf ganze Klassen oder Schulen. Dieser Fokus steht im Einklang mit dem Verständnis in der bildungswissenschaftlichen Kompetenzforschung. Diese schreibt der Diagnostik Aussagen über Personen zu, dem „Assessment“ dagegen Aussagen über Aggregate von Personen (Klieme & Leutner, 2006; siehe aber Karst, 2012; Schrader, 1989). Die Konzentration auf Einschätzungen individueller Lernender soll dazu beitragen, eine zukünftige konkrete Modellierung diagnostischer Kompetenz etwas zu vereinfachen. Das Wissen über Aufgaben, über den Unterricht und über lernrelevante Merkmale auf höheren Aggregatebenen könnte jedoch als fachdidaktisches und allgemeines pädagogisches bzw.

pädagogisch-psychologisches Wissen (Baumert & Kunter, 2006; Voss, Kunter & Baumert, 2011) Teil der kognitiven Leistungsdisposition sein und so die Diagnostik von Lernenden unterstützen (siehe hierzu wiederum die Diskussion zur Verzahnung von diagnostischer Kompetenz und anderen Kompetenzen in pädagogischen Handlungssituationen, Praetorius et al., Kap. 5; Kaiser, Praetorius, Südkamp & Ufer, Kap. 5.2).

Das hier entwickelte Arbeitsmodell zur diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften stellt durch diese Integrationsleistungen und Abgrenzungen bestimmte Variablen ins Zentrum der Forschung (z.B. die kognitive Leistungsdisposition, den diagnostischen Prozess, Diagnosen über lernrelevante Merkmale einzelner Lernender). Zudem definiert es die Beziehungen zwischen verschiedenen Konzepten, welche im Zusammenhang mit diagnostischer Kompetenz in der Literatur diskutiert werden, beispielsweise zwischen kognitiver Leistungsdisposition und sonstigen Leistungsdispositionen. Dadurch soll es eine nützliche Grundlage für die weitere Theoriebildung und Forschung zu einem wichtigen Aspekt der professionellen Kompetenz von Lehrkräften bilden.

4.6 Zusammenfassung

Zur diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften gibt es bereits verschiedene theoretische und empirische Zugänge (siehe Karst & Förster, Kap. 2). Diese stehen bisher weitgehend unverbunden nebeneinander. Im vorliegenden Kapitel wurde ein neues *Arbeitsmodell diagnostischer Kompetenz* vorgestellt, das die Integration der unterschiedlichen Zugänge ermöglicht. Insbesondere gründet es sich nicht ausschließlich auf Modelle zur Urteilsakkuratheit sowie deren Determinanten, sondern bezieht – in der Ergänzung um ein Prozessmodell – auch Modelle des diagnostischen Urteilens und duale Modelle der sozialen Urteilsbildung ein. Darüber hinaus schafft das neue Modell eine Basis, um gezielt weitere Forschungsrichtungen einzubeziehen, welche sich mit der Erforschung des diagnostischen Handelns von Lehrkräften befassen, die bisher aber weitgehend unabhängig von der Theoriebildung und Empirie zur diagnostischen Kompetenz untersucht wurden. Ein Beispiel hierfür ist die Forschung zur formativen Diagnostik. Schließlich berücksichtigt das Arbeitsmodell explizit den bildungswissenschaftlichen Kompetenzbegriff (Klieme & Leutner, 2006). Es handelt sich allerdings (noch) um kein Kompetenzmodell im engeren Sinne (vgl. Klieme & Leutner, 2006), sondern ist vielmehr als eine „Blaupause“ gedacht, welche die Einordnung bestehender Befunde ermöglicht und weitere integrative Forschung inspirieren soll.

Der erste Ausgangspunkt für die Entwicklung des Arbeitsmodells war die Eingrenzung des Gegenstandsbereichs: der *pädagogischen Diagnostik*. Diese wurde definiert als Prozess des Einschätzens von Lernenden im Hinblick auf lernrelevante Merkmale mit dem Ziel, pädagogische Entscheidungen zu informieren (vgl. Klauer, 1978; Leutner, 2010). Der zweite Ausgangspunkt war eine bildungswissenschaftliche Kompetenzdefinition in Anlehnung an Klieme und Leutner (2006; siehe auch Klieme et al., 2007; Shavelson, 2010). Unter *Kompetenz* wird eine kognitive Leistungsdisposition verstanden, die in verschiedenen Situationen bestimmter Domänen wirksam wird und es erlaubt, die Anforderungen der jeweiligen Situationen relativ stabil und relativ konsistent sowie quantifizierbar zu bewältigen.

Ausgehend von diesen beiden Definitionen wird diagnostische Kompetenz von Lehrkräften zunächst als eine kognitive Leistungsdisposition verstanden, die es Lehrkräften ermöglicht, relativ stabil und relativ konsistent sowie quantifizierbar pädagogisch-diagnostische Anforderungen in verschiedenen pädagogischen Handlungssituationen zu meistern. Gemäß dem so entwickelten Arbeitsmodell (Abb. 9) führt eine Lehrperson auf Basis ihrer kognitiven Leistungsdisposition, deren Wirksamwerden durch die sonstigen Leistungsdispositionen gefiltert wird, in verschiedenen pädagogischen Handlungssituationen pädagogische Diagnostik durch, an deren Ende jeweils als Ergebnis eine Diagnose steht. Auf Grundlage dieser Diagnose trifft sie dann eine pädagogische Entscheidung. Diese Entscheidung ist zwar das zentrale Ziel der Diagnostik, jedoch nicht Teil von ihr. Die diagnostischen Handlungen der Lehrperson (im diagnostischen Prozess) sowie die Diagnose selbst sind als Performanz messbar, also quantifizierbar.

Das Arbeitsmodell diagnostischer Kompetenz umfasst grob umrissen fünf Elemente. Die *kognitive Leistungsdisposition* ist nach der allgemeinen Kompetenzdefinition (vgl. Klieme & Leutner, 2006; Shavelson, 2010) grundlegend für das Modell. Gegenwärtig wird angenommen, dass Aspekte konzeptuellen, situationalen, prozeduralen und strategischen Wissens verschiedene Komponenten dieser Leistungsdisposition ausmachen (De Jong & Ferguson-Hessler, 1996). Ob und wie die kognitive Leistungsdisposition in Situationen wirksam wird, wird durch die *sonstigen Leistungsdispositionen* der Person beeinflusst bzw. gefiltert. Hier kommen Merkmale der Person wie ihre Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung, ihre Motivation, diagnostik-relevante Selbstkonzepte oder ihre Überzeugungen in Frage. Das Wirksamwerden der kognitiven Leistungsdisposition in einer bestimmten pädagogischen Handlungssituation ist weiterhin abhängig von den Merkmalen und Anforderungen der jeweiligen Situation (vgl. Karst et al., Kap. 5.1). Der diagnostische Prozess, also die *Diagnostik* in einer bestimmten Situation, hat eine zentrale Stellung

in dem Arbeitsmodell und wurde als Prozessmodell genauer ausdifferenziert (Abb. 10). Die Diagnostik kann kontrolliert, kognitiv aufwändig, systematisch und dem Bewusstsein zugänglich durchgeführt werden, vergleichbar mit einer formellen psychologischen Diagnostik (Lukesch, 1998). Abhängig vom Ziel der Diagnostik (das bestimmt wird durch die zu treffende pädagogische Entscheidung), den weiteren Anforderungen der jeweiligen Situation und den sonstigen Leistungsdispositionen der Person kann sie jedoch auch eher heuristisch und mit geringerem kognitivem Aufwand ablaufen (vgl. Böhmer et al., in Druck). Gegenstand der Diagnostik ist vor allem der oder die (individuelle) Lernende mit seinen oder ihren lernrelevanten Merkmalen. Nicht im Fokus der Diagnostik liegen somit andere unterrichtlich relevante Gegenstände wie Aufgaben(-schwierigkeiten), die Qualität von Unterricht oder lernrelevante Merkmale auf der Ebene ganzer Klassen oder Schulen (vgl. Klieme & Leutner, 2006). Die Diagnostik mit ihrem Ergebnis, der Diagnose, wird schließlich in der *Performanz* der Lehrperson quantifizierbar. Über die Messung der Performanz anhand von validen Kriterien (d.h. Qualitätsindikatoren, vgl. Praetorius et al., Kap. 5; siehe auch Behrmann & Glogger-Frey, Kap. 5.4) können Rückschlüsse auf Vorliegen bzw. Ausprägung der diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften gezogen werden (Shavelson, 2010).

Unter Einbezug vorhandener Theorie und Forschung macht das neue Arbeitsmodell somit insgesamt Aussagen über die verschiedenen Konzepte, welche im Zusammenhang mit der diagnostischen Kompetenz diskutiert werden. Es verdeutlicht dadurch auch bereits konkrete Herausforderungen für die weitere Theoriebildung und empirische Forschung, wie z.B. die Identifikation repräsentativer, diagnostisch relevanter Situationen, die Trennung diagnostischen und pädagogischen Handelns, die Ermittlung von Qualitätsindikatoren für die Messung und die forschungsbasierte Entwicklung von Ansätzen zur Förderung diagnostischer Kompetenz. Diese sollen in den folgenden Kapiteln genauer ausgearbeitet werden.

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Dieser Text wird via DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

DOI: 10.17185/duepublico/77064

URN: urn:nbn:de:hbz:465-20221024-105108-5

Herppich, Stephanie et al.: Ein Arbeitsmodell für die empirische Erforschung der diagnostischen Kompetenz von Lehrkräften. In: Südkamp, Anna; Praetorius, Anna-Katharina (Hrsg.), *Diagnostische Kompetenz von Lehrkräften. Theoretische und methodische Weiterentwicklungen*. Münster; New York: Waxmann, 2017, S. 75-93.
<https://www.waxmann.com>

© Waxmann Verlag GmbH, 2017. Alle Rechte vorbehalten.