



## **Verfahrensinformation zu den Vineland-3 Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition**

Stand 03.02.2023

---

Dieter Irblich, Sabine Kölbl und Markus Scholz

### **Zitationsempfehlung:**

Irblich, D., Kölbl, S. & Scholz, M. (2023). *Verfahrensinformation zu den Vineland-3. Deutsche Fassung der Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition* (unter Mitarbeit von Gerolf Renner, Dia-Inform Verfahrensinformationen 012-01). Ludwigsburg: Pädagogische Hochschule Ludwigsburg.

Diplom-Psychologe Dieter Irblich ist Psychologischer Psychotherapeut und ist in eigener Praxis tätig. Zuvor arbeitete er als Psychologe in einem Sozialpädiatrischen Zentrum.

Dr. Sabine Kölbl ist Sonderpädagogin und arbeitet als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Pädagogik bei geistiger Behinderung einschließlich inklusiver Pädagogik an der Universität Regensburg.

**Dieser Text wird veröffentlicht unter der Creative-Commons Lizenz  
CC BY-NC-ND 4.0 DE**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Diese Publikation darf dementsprechend nur unter Nennung der Urheber und ausschließlich zu nicht-kommerziellen Zwecken genutzt und weiterverbreitet werden, Modifikationen des Textes sind nicht zugelassen.

### **Potenzieller Interessenkonflikt:**

Dia-Inform will unabhängige und nicht von kommerziellen Interessen beeinflusste Informationen zur Verfügung stellen. Wir legen deshalb Wert auf eine sorgfältige Dokumentation aller Tatsachen, die auf einen potenziellen Interessenkonflikt hinweisen könnten.

Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

## **Das Projekt Dia-Inform**

---

### **Projektleitung und Korrespondenz:**

Prof. Dr. Gerolf Renner  
Pädagogische Hochschule Ludwigsburg  
Fakultät für Sonderpädagogik  
Reuteallee 46  
71634 Ludwigsburg  
renner@ph-ludwigsburg.de

Prof. Dr. Markus Scholz  
Pädagogische Hochschule Ludwigsburg  
Fakultät für Sonderpädagogik  
Reuteallee 46  
71634 Ludwigsburg  
markus.scholz@ph-ludwigsburg.de

### **Projektinformation:**

Ziel des Projektes Dia-Inform an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg ist es, ein umfangreiches Angebot an Informationsmaterialien zu diagnostischen Verfahren bereit zu stellen, die in der (sonder-)pädagogischen Diagnostik eingesetzt werden.

Informationen zu diagnostischen Verfahren sowie Informations-, Lehr- und Praxisvideos bilden ein abgestuftes System, das für unterschiedliche Informationsbedürfnisse von Lehrenden und Studierenden und verschiedene Einsatzzwecke (Veranstaltungen, Selbststudium, Vorbereitung auf diagnostische Gutachten) flexibel und passgenau verwendet werden kann und in dessen Weiterentwicklung Studierende aktiv mit eingebunden werden können.

Im Rahmen des Projektes soll ein umfassender, nicht von kommerziellen Interessen beeinflusster und anderweitig nicht verfügbarer Informationspool zu diagnostischen Verfahren entstehen.

### **Dia-Inform Verfahrensinformationen:**

Dia-Inform Verfahrensinformationen geben einen Überblick über theoretische Grundlagen, Aufbau und psychometrische Eigenschaften eines diagnostischen Instrumentes. Sie weisen eine einheitliche Struktur auf, die Leser\*innen die Orientierung erleichtert. Die Verfahrensinformationen diskutieren Stärken und Schwächen der Verfahren und weisen auf sinnvolle Einsatzmöglichkeiten in der sonderpädagogischen und klinisch-psychologischen Diagnostik hin. Dabei werden insbesondere die spezifischen Anforderungen einer Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen berücksichtigt.

Dia-Inform Verfahrensinformationen werden von mindestens zwei Autor\*innen gemeinsam verfasst, die unterschiedliche professionelle Perspektiven einbringen.

**Dia-Inform Verfahrensinformationen stehen Ihnen kostenfrei auf OPUS-PHLB, dem Hochschulschriftenserver der PH Ludwigsburg, unter folgendem Link zur Verfügung:**

<https://phbl-opus.phlb.de/solrsearch/index/search/searchtype/collection/id/16235>

## Vineland-3 Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition<sup>1</sup>

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. B. & Saulnier, C. A. (2021). *Vineland-3. Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition* (Deutsche Fassung: von Gontard, A., Wagner, C., Hussong, J. & Mattheus, H.). Frankfurt am Main: Pearson.

### Preis des Verfahrens und der Verbrauchsmaterialien laut Verlagsseite

Verfahren komplett € 499,00; 25 Lehrerfragebögen (Langform) € 102,50; 25 Lehrerfragebögen (Kurzform) € 63,00; 25 Elternfragebögen (Langform) € 102,50; 25 Elternfragebögen (Kurzform) € 63,00; Manual € 102,50; Ergänzungsmanual (Normtabellen) € 91,00

Onlinebasierte Auswertung: Lizenz für 1 Jahr und 1 Nutzer\*in (Langform) € 76,50; Lizenz für 1 Jahr und 1 Nutzer\*in (Kurzform) € 50,00; digitale Eingabe mit onlinebasierter Auswertung: Einzeldurchführung (Langform) € 3,85; digitale Einzeldurchführung (Kurzform) € 2,75

Alle Angaben zuzüglich Mehrwertsteuer.

### Altersbereich

3;0 bis 21;11 Jahre Elternfragebogen, 3;0 bis 18;11 Jahre Lehrerfragebogen

### Diagnostische Zielsetzung lt. Handbuch

Die Vineland-3 sind ein Einzelverfahren zur Erfassung des adaptiven Verhaltens (AV) von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (zur Definition des Konstrukts siehe nächster Abschnitt). Über eine Fremdbeurteilung des AVs durch Erziehungsberechtigte oder Lehrkräfte sollen die Fähigkeiten in den Bereichen *Kommunikation*, *Alltagsfertigkeiten* und *Soziale Fertigkeiten* festgestellt werden. Optional können noch *Problemverhalten* und *Motorik* erfasst werden, die aber nicht in den *Gesamtwert Adaptiven Verhaltens (GAV)* einfließen. Das Verfahren dient laut Manual „insbesondere zur Beurteilung von intellektuellen, entwicklungsbedingten und anderen Einschränkungen“ (Vorwort). Damit wird der Anspruch einer standardisierten Erhebung des adaptiven Funktionsniveaus erfüllt, die neben der Bestimmung des intellektuellen Leistungsniveaus in den Klassifikationssystemen ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5 zur Feststellung einer Intelligenzminderung (IM) bzw. Störung der Intelligenzentwicklung erforderlich ist.

### Theoretischer Hintergrund

Das Manual bezieht sich in seiner theoretischen Fundierung auf das Konstrukt AV und definiert es als „die Durchführung alltäglicher Aktivitäten, welche für die persönliche und soziale Lebensführung unabdingbar sind“ (Manual, S. 21). Darüber hinaus verweist das Manual auf vier verschiedene Charakteristika AVs:

<sup>1</sup> Die Verfahrensinformation bezieht sich hauptsächlich auf die Papierform des Verfahrens.

1. AV sei beeinflussbar und könne positiv gefördert werden.
2. Das Repertoire AVs nehme im Lauf des Lebens zu und gewinne an Komplexität, da die Verhaltensweisen, die von einem Kleinkind erwartet werden, einfacher strukturiert seien als diejenigen, die bei einem Erwachsenen vorausgesetzt werden.
3. Das Individuum begegne permanent Erwartungen der Umwelt, die es erfüllen muss. So sei AV immer von der Umwelt des Menschen abhängig, in der er sich bewegt und von den kulturellen Erwartungen, denen er gegenübersteht.
4. Zuletzt sei bei der Beurteilung AVs die tatsächliche Performanz der einzelnen Aufgaben im Alltag entscheidend. Das bedeute, dass keine Testsituation dieses Verhalten abbilden könne. Die im Alltag ausgeführten Verhaltensweisen seien also nur durch enge Bezugspersonen zu beurteilen, die die Proband\*innen gut kennen und die deshalb ihre typischerweise gezeigten Fähigkeiten einschätzen können.

Das Konstrukt des AVs spielt vor allem in Nordamerika schon lange als zweites Kriterium neben dem Konstrukt Intelligenz bei der Definition von IM eine Rolle. Seit Beginn des 21. Jahrhunderts gilt dies vermehrt auch für den deutschsprachigen Raum. Frühe Definitionen identifizierten sechs Bereiche, die in faktorenanalytischen Untersuchungen dem Adaptiven Verhalten zugeordnet wurden. Dazu gehörten u. a. die individuellen Fertigkeiten, um den gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen, die Fähigkeit, soziale Bindungen einzugehen, alters- und kulturgerechte Verhaltensweisen usw.

Im Lauf der Zeit reduzierten sich die Bereiche, die AV beinhalten, auf vier: Motorische Kompetenz, konzeptuelle Fähigkeiten, soziale und praktische Fähigkeiten. Heute gültige Definitionen, wie sie z. B. die American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) bei der Festlegung diagnostischer Kriterien zur Beschreibung einer „intellectual disability“ nutzt, weisen zumeist drei Bereiche auf: „Adaptive behavior is defined as the collection of conceptual, social, and practical skills that have been learned and are performed by people in their everyday lives“ (Schalock et al. 2021, S. 29).

Unter konzeptuellen Fähigkeiten (conceptual skills) werden Lesen, Schreiben und Rechnen subsummiert. Soziale Fähigkeiten (social skills) sind zwischenmenschliche Fertigkeiten, die Übernahme sozialer Verantwortung, das Ausmaß an Naivität oder Leichtgläubigkeit, Regelbewusstsein und -konformität sowie das Vermögen, zwischenmenschliche Probleme lösen zu können. Die (alltags-)praktischen Fähigkeiten (practical skills) beinhalten Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperpflege), Arbeitsverhalten und Fähigkeiten zum Umgang mit Geld, Gesundheit, Verkehr, zeitlichen Abläufen und Routinen und Kommunikation über Fernsprecher.

Das Konstrukt AV wie im Manual definiert entspricht in etwa der dreidimensionalen vorherrschenden Definition. Die Autor\*innen setzen aber mit der (teilweisen) Umbenennung ihrer Kernskalen Akzente. Die Vineland-3-Skala *Kommunikation* entspricht in etwa den konzeptuellen Fähigkeiten. Ihre Subskalen sind: *Zuhören und Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben*. Die Vineland-3-Skala *Alltagsfertigkeiten* entspricht den „alltagspraktischen Fähigkeiten“. Die Subskalen hier sind: *Für sich selbst sorgen, Hausarbeit, Zahlenverständnis, Leben in der Gemeinschaft, Schulgemeinschaft*. Die Vineland-3-Skala *Soziale Fertigkeiten* entspricht den „sozialen Fähigkeiten“. Ihre Subskalen sind: *Umgang mit Anderen, Spielen und Freizeit, Anpassung* (vgl. Tabelle 1).

Das Verfahren bietet weitere Skalen an, die separat erhoben werden können und nicht in den *Gesamtwert Adaptiven Verhaltens (GAV)* einfließen: Die Skala *Motorik (Grob- und Feinmotorik)* und zwei Skalen zu *Problemverhalten*. Eine davon misst internalisierende und die andere externalisierende problematische Verhaltensweisen. Außerdem enthält die

Vineland-3 eine Zusammenstellung weiterer Verhaltensauffälligkeiten, die sich keiner der beiden Skalen zuordnen lassen. Diese sogenannten *Kritischen Items* können lediglich qualitativ ausgewertet werden und bilden eine "große Bandbreite von schwerwiegenderen problematischen Verhaltensweisen" (Manual, S. 27) ab, beispielsweise zerfahrenes Denken oder Grausamkeit. Das Manual weist darauf hin, dass mit *Problemverhalten* zusätzlich zum AV auch „maladaptives“ Verhalten abgebildet werden kann (Manual, S. 26), gibt aber keine gesonderte Begründung für die Auswahl der aufgeführten Items. Die grundsätzliche Berücksichtigung der Motorik lässt sich u. U. auf frühere Versionen des Verfahrens zurückführen, die ebenfalls motorische Fähigkeiten abbildeten.

### **Setting, Durchführungsdauer und Auswertungsmöglichkeiten**

---

Die Vineland-3 sind ein Fremdbeurteilungsverfahren, um das AV einer Person zu erfassen. In der Regel erfolgt die Einschätzung durch eine primäre Bezugsperson mithilfe des sogenannten Elternfragebogens. Ergänzend kann eine weitere Perspektive einer Lehrkraft oder Erzieher\*in aus dem entsprechenden Kontext (Schule, Kindergarten, Tagesbetreuung etc.) mithilfe eines Lehrerfragebogens eingeholt werden. Es ist aber laut Manual auch möglich, nur den Lehrerfragebogen einzusetzen (S. 29).

Im Manual wird empfohlen, die befragten Personen in Bezug auf die Anwendung des jeweiligen Fragebogens genau zu instruieren. Dies kann entweder persönlich oder telefonisch erfolgen. Sollte dies nicht möglich sein, wird darauf verwiesen, die Personen zumindest zur Kontaktaufnahme aufzufordern, um zu gewährleisten, dass die Instruktionen richtig verstanden werden.

Die Bearbeitungsdauer ist davon abhängig, ob die Langform oder Kurzform eingesetzt wird und ob die optionalen Bereiche *Motorik* und *Problemverhalten* ebenfalls erfasst werden. Die Autor\*innen geben eine Bearbeitungszeit von je nach Alter zwischen 10 und 25 Minuten für die Langform und 8 bis 15 Minuten für die Kurzform an. Für die optionalen Ergänzungen werden 2 bis 3 Minuten veranschlagt<sup>2</sup>. Eigene Erfahrungen aus der klinischen und sonderpädagogischen Praxis mit der Paper-Pencil-Version sprechen für erheblich längere Bearbeitungszeiten. Nicht selten benötigten Eltern für die Bearbeitung der Langform inkl. der optionalen Skalen eine Stunde und länger.

Die Auswertung der Vineland-3 erfolgt manuell oder optional kostenpflichtig digital über Q-global<sup>3</sup>. In der Papierversion werden die Rohwerte in den Auswertungsbogen eingetragen und mithilfe der Normtabellen im Ergänzungsmanual in die jeweiligen Normwerte übertragen.

### **Verfahrensaufbau, Material, Durchführung und Auswertung**

---

Zu den Vineland-3 gehören ein Manual, ein Ergänzungsmanual mit den Normtabellen und in der Erstausstattung 25 Elternfragebögen in Kurz- und Langform und entsprechend 25 Lehrerfragebögen ebenfalls in Kurz- und Langform.

---

<sup>2</sup> Alle Angaben beziehen sich auf die Standardisierungserhebung in den USA (Manual, S. 28).

<sup>3</sup> Q-global ist eine webbasierte Durchführung- und Auswertungsmöglichkeit von psychologischen Testverfahren des Pearson-Verlags.

Die Vineland-3 setzen sich in der Langform aus 3 Skalen mit jeweils 3 Subskalen, also insgesamt 9 Subskalen, und in der Kurzform aus 3 Skalen zusammen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Skalen, Subskalen und Anzahl der Items der jeweiligen Versionen.

**Tabelle 1**

*Skalen, Subskalen und Anzahl der Items der Vineland-3*

Elternfragebogen		Lehrerfragebogen	
Kurzform	Langform	Kurzform	Langform
<b>Kommunikation (40)</b>	<b>Kommunikation (126)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuhören und Verstehen (39)</li> <li>- Sprechen (49)</li> <li>- Lesen und Schreiben (38)</li> </ul>	<b>Kommunikation (32)</b>	<b>Kommunikation (102)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuhören und Verstehen (30)</li> <li>- Sprechen (36)</li> <li>- Lesen und Schreiben (36)</li> </ul>
<b>Alltagsfertigkeiten (40)</b>	<b>Alltagsfertigkeiten (143)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Für sich selbst sorgen (55)</li> <li>- Hausarbeit (30)</li> <li>- Leben in der Gemeinschaft (58)</li> </ul>	<b>Alltagsfertigkeiten (32)</b>	<b>Alltagsfertigkeiten (69)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Für sich selbst sorgen (24)</li> <li>- Zahlenverständnis (23)</li> <li>- Schulgemeinschaft (22)</li> </ul>
<b>Soziale Fertigkeiten (40)</b>	<b>Soziale Fertigkeiten (112)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Anderen (43)</li> <li>- Spielen und Freizeit (36)</li> <li>- Anpassung (33)</li> </ul>	<b>Soziale Fertigkeiten (32)</b>	<b>Soziale Fertigkeiten (75)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Anderen (31)</li> <li>- Spielen und Freizeit (19)</li> <li>- Anpassung (25)</li> </ul>
<b>Motorik<sup>a</sup> (25)</b>	<b>Motorik<sup>a</sup> (77)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grobmotorik (43)</li> <li>- Feinmotorik (34)</li> </ul>	<b>Motorik<sup>a</sup> (20)</b>	<b>Motorik<sup>a</sup> (47)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grobmotorik (21)</li> <li>- Feinmotorik (26)</li> </ul>
<b>Problemverhalten (35)</b>	<b>Problemverhalten (44)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internalisierung (13)</li> <li>- Externalisierung (11)</li> <li>- Sonstige (11)</li> </ul>	<b>Problemverhalten (33)</b>	<b>Problemverhalten (40)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internalisierung (10)</li> <li>- Externalisierung (13)</li> <li>- Sonstige (17)</li> </ul>

*Anmerkungen.* Grau hinterlegte Skalen sind optional. <sup>a</sup> *Motorik* ist nur für den Altersbereich von 3 bis 9 Jahren normiert.

Die ausfüllenden Personen müssen in den jeweiligen Bereichen getroffene Aussagen (z. B. „Sagt den eigenen Vornamen oder Spitznamen“, „Isst selbstständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern“) auf einer 3-stufigen Skala (2 = Normalerweise oder Oft, 1 = Manchmal oder 0 = Nie; vereinzelt auch nur auf einer 2-stufigen Skala mit 2 oder 0) beurteilen. Die Aussagen werden häufig zusätzlich mit Beispielen veranschaulicht (z. B. „Verstreicht Essen mit einem Messer. Beispiele: Butter, Marmelade“, „Geht vorsichtig mit scharfen Gegenständen um. Beispiele: Messer, Schere“). Zusätzlich soll angegeben werden, ob die Antwort „geschätzt“ wurde. Dies soll dann erfolgen, wenn es für die ausfüllende Person

keine Möglichkeit gab das Verhalten zu beobachten. Die einzelnen Aussagen sind laut Manual in der Langform entwicklungslogisch (von sich früh nach später entwickelnden Verhaltensweisen) sortiert (S. 33).

Vor der eigentlichen Durchführung muss die Untersuchung mit den Vineland-3 durch die Untersuchungsleitung vorbereitet werden. Dies umfasst die Auswahl der einzusetzenden Fragebogenversion(en), die Entscheidung über die Personen, die befragt werden sollen und den Einsatz der beiden optionalen Skalen. Zudem wird bei der Langform für die jeweiligen Skalen – mit Ausnahme der Skalen zum *Problemverhalten* - ein sogenanntes Startpunktalter festgelegt. Es soll die „bestmögliche Schätzung des *Entwicklungsalters* (Hervor. i. Original) der Testperson widerspiegeln“ (Manual, S. 37) und dazu dienen, die Anzahl der auszufüllenden Items zu begrenzen. Das entsprechende Startitem soll durch die Testleitung umkreist werden. Zudem werden Skalen und Altersstufen, die nicht ausgefüllt werden sollen, durchgestrichen.

Auf den Fragebögen finden sich Hinweise zum Ausfüllen. Diese klären auch die Abbruchkriterien für die einzelnen Themenbereiche (fünfmal hintereinander die Auswahl von 0 = Nie) und spezielle Ausfüllhinweise (Einkreisen von 2 falls die Person die Verhaltensweisen früher gezeigt, aber sich weiterentwickelt hat; „Schätzen“, wenn die Verhaltensweise noch nicht beobachtet wurde).

Vor der eigentlichen Auswertung sollen die bearbeiteten Fragebögen auf Vollständigkeit und Korrektheit geprüft werden. Fehlende Eintragungen sind durch Nachbefragung zu komplettieren. Nur dann ist eine normierte Auswertung möglich. Der Anteil der geschätzten Items soll 25 % nicht übersteigen. Andernfalls wird von unzureichender Validität ausgegangen. Beträgt der Anteil der Schätzungen zwischen 15 und 25 %, soll die Interpretation „mit Vorsicht“ (Manual, S. 51) vorgenommen werden. Im deutschsprachigen Manual werden hierzu keine empirischen Begründungen gegeben.

In den Kurzformen sind alle Items zu bearbeiten. Die Rohwertsummen werden skalenweise in Normwerte (Mittelwert 100, Standardabweichung 15) umgewandelt. Die Tabellen weisen Normwerte von 20 bis 140 aus. Die Normwerte der Skalen werden aufsummiert und in den *Gesamtwert des Adaptiven Verhaltens (GAV)* umgewandelt. In der Langform werden zunächst die Rohwertsummen der Subskalen ermittelt. Die zugehörigen Normwerte werden  $\nu$ -Werte genannt. Diese weichen von der bekannten Wertpunkteskala ab und haben einen Mittelwert von 15 und eine Standardabweichung von 3. Die Normwerte der Skalen ergeben sich aus der Summe der  $\nu$ -Werte und werden dann, ebenso wie der *GAV*, analog zu den Kurzformen gebildet.

## **Ergebnis(-werte)**

---

### **Kurzform**

#### Zentrale Ergebniswerte

- Prozenträge und Standardwerte für die Gesamtskala (*GAV*) ( $M = 100$ ,  $SD = 15$ ) mit 85 %-, 90 %- und 95 %-Konfidenzintervallen
- Prozenträge und Standardwerte für die Skalen *Kommunikation*, *Alltagsfertigkeiten*, *Soziale Fertigkeiten* und *Motorik* ( $M = 100$ ,  $SD = 15$ ) mit 85 %-, 90 %- und 95 %-Konfidenzintervallen
- Skalenwerte ( $\nu$ -Werte) ( $M = 15$ ,  $SD = 3$ ) für die Skalen beim *Problemverhalten*

### Daten zur Profilinterpretation

Hier ist zunächst der Hinweis wichtig, dass die Auswertung in diesem Bereich im Lehrerfragebogen und im Elternfragebogen jeweils nur auf der Differenzierung in zwei Altersgruppen beruht.

- Kritische Werte auf dem 5 %- und 10 %-Signifikanzniveau zur Beurteilung der Frage, ob sich ein bestimmter Skalenwert signifikant vom Mittelwert aller Skalenwerte unterscheidet. Signifikante Abweichungen weisen auf individuelle Stärken oder Schwächen hin.
- Grundraten (Auftrittshäufigkeit in der Normstichprobe) der Abweichungen von den mittleren Skalenwerten. Angegeben werden die Werte für Häufigkeiten  $\leq 2\%$ ,  $\leq 5\%$ ,  $\leq 10\%$ ,  $\leq 15\%$ ,  $\leq 25\%$ .

### Zusätzliche Informationen

- Angabe der sogenannten *Kritischen Items* (Items mit Werten von 1 oder 2) beim *Problemverhalten*.

### Langform

#### Zentrale Ergebniswerte

- Prozentränge und Standardwerte für die Gesamtskala (*GAV*) ( $M = 100$ ,  $SD = 15$ ) mit 85 %-, 90 %- und 95 %-Konfidenzintervallen
- Prozentränge und Standardwerte für die Skalen *Kommunikation*, *Alltagsfertigkeiten*, *Soziale Fertigkeiten* und *Motorik* ( $M = 100$ ,  $SD = 15$ ) mit 85 %-, 90 %- und 95 %-Konfidenzintervallen
- Altersäquivalente und Skalenwerte ( $v$ -Werte) ( $M = 15$ ,  $SD = 3$ ) für alle Subskalen
- Skalenwerte ( $v$ -Werte) ( $M = 15$ ,  $SD = 3$ ) für die Skalen beim *Problemverhalten*

#### Daten zur Profilinterpretation (zusätzlich in der Langversion)

Hier ist zunächst der Hinweis wichtig, dass die Auswertung in diesem Bereich im Lehrerfragebogen und im Elternfragebogen jeweils nur auf der Differenzierung in zwei Altersgruppen beruht.

- Kritische Werte auf dem 5 %- und 10 %-Signifikanzniveau zur Beurteilung der Frage, ob sich ein bestimmter Skalen- oder Subskalenwert signifikant vom Mittelwert aller Skalen- und Subtestwerte unterscheidet. Signifikante Abweichungen weisen auf individuelle Stärken oder Schwächen hin.
- Grundraten (Auftrittshäufigkeit in der Normstichprobe) der Abweichungen von den mittleren Skalen- und Subtestwerten. Angegeben werden die Werte für Häufigkeiten  $\leq 2\%$ ,  $\leq 5\%$ ,  $\leq 10\%$ ,  $\leq 15\%$ ,  $\leq 25\%$ .

### Zusätzliche Informationen

- Angabe der sogenannten *Kritischen Items* (Items mit Werten von 1 oder 2) beim *Problemverhalten*.

### Längsschnittdaten

- Angabe von sogenannten „Wachstumswerten“. Diese Werte dokumentieren die Entwicklung auf Ebene der Subskalen bei einer erneuten Testung nach einer bestimmten Zeit. Sie sind nicht altersnormiert und stellen ein aus den Rohwerten abgeleitetes Maß für die absolute Leistungsfähigkeit dar.

## Objektivität

---

Die Instruktionen und die Items liegen schriftlich vor und erfüllen somit die Anforderungen einer objektiven Durchführung. Allerdings sind diese häufig nicht ausreichend, sodass der Untersucher sich gezwungen sieht, weitere Hinweise zur Bearbeitung zu geben, für die es keine Vorgaben gibt.

Bei der Vineland-3 soll das „aktuelle“ Verhalten bewertet werden. Es ist aber unklar, welcher Zeitraum dabei zu berücksichtigen ist. Je nach Leseverständnis und Voreinstellung der ausfüllenden Personen können Fragen unterschiedlich aufgefasst werden, was Auswirkungen auf das Antwortverhalten hat. Überhaupt handelt es sich bei der Bearbeitung um einen komplexen Vorgang: Zum einen soll die Definition von Selbstständigkeit (Ausführung ohne Aufforderung oder Hilfestellung) durchgehend berücksichtigt werden, zum anderen ist ein zusammenfassendes Urteil über einen unklar definierten Zeitraum zu bilden.

Vorausgesetzt, der Fragebogen wurde vollständig und eindeutig ausgefüllt, kann eine Auszählung der Rohwerte objektiv erfolgen. Die Normtabellen sind klar ablesbar, und zur verbalen Umschreibung der Ergebnisse gibt es Formulierungsvorschläge, die allerdings keine Abstufung in dem für IM relevanten Wertebereich von -5 bis -2 SD vorsehen.

## Reliabilität

---

Zur Reliabilitätsberechnung (interne Konsistenz) wird auf Haertel (2006) verwiesen, dessen Methodik insbesondere für Normen geeignet sein soll, die durch die Prozedur des continuous norming (Hogrefe, 2018) gebildet wurden. Die so ermittelten, nach Altersgruppen differenzierten, Kennwerte fallen für die Kernskalen der beiden Langformen mit Werten von  $\geq .89$  (Elternversion) und  $\geq .86$  (Lehrerversion) durchweg hoch aus. Für den *GAV* aller Fragebogenversionen werden Konsistenzwerte  $> .90$  berichtet, sodass sie sich von der Messgenauigkeit her für diagnostische Entscheidungen eignen. Die Reliabilität der Subskalen liegt, von wenigen Ausnahmen abgesehen, oberhalb von  $.80$ .

Breiten Raum nimmt im Manual die Darstellung der Retest- und Interrater-Reliabilität ein, die aber nur für die amerikanische Version ermittelt wurden. Für die unkorrigierten Retestreliabilitäten werden Korrelationen von  $.55$  bis  $.91$  (Elternversion) und  $.35$  bis  $.86$  (Lehrerversion) berichtet. Im deutschen Manual fehlen allerdings Angaben zum Zeitintervall zwischen den Erhebungen. Auffällig sind die großen Schwankungen zwischen den Altersgruppen, die aber keine klaren Muster erkennen lassen. Die Interrater-Reliabilität variiert in der Elternversion von  $.22$  bis  $.87$  und in der Lehrerversion von  $.11$  bis  $.83$ . Auch hier fallen die Ergebnisse sehr heterogen aus. Daher lassen sich weder die Mess-Stabilität noch die Beurteilerübereinstimmung zusammenfassend beurteilen. Eine Überprüfung der deutschen Version hinsichtlich Interrater- und Retestreliabilität wäre wünschenswert.

## Validität

---

Das Konstrukt des AV ist definiert als Fähigkeit, die gesellschaftlichen Erwartungen hinsichtlich Selbstständigkeit und selbstverantwortlichem Handeln zu erfüllen (Price et al., 2018). In diesem Sinne kann man den Items der Vineland-3 inhaltliche Validität zuschreiben. Schwieriger wird es schon mit der Zuordnung zu den drei AV-Bereichen. Zum einen bestehen inhaltliche Unterschiede zwischen den Kernskalen und den AV-Domänen, wie sie z. B. in DSM-5 (APA, 2013) definiert sind, was deutlich macht, dass es kein allgemein

verbindliches AV-Konzept gibt. Zum anderen ist bei einigen Items die Zuordnung zu den Kern- und Subskalen nicht eindeutig: Das Item „Schützt das Haus vor Eindringlingen, wenn er/sie weggeht“ wird der Subskala *Hausarbeit* im Kernbereich *Alltagsfertigkeiten* zugeordnet. Als Beispiel dient u. a. das Abschließen von Türen. Da es hier aber nicht um die Frage geht, ob jemand einen Schlüssel betätigen kann, wäre durchaus zu überlegen, ob das Item nicht besser zum *Leben in der Gemeinschaft* (gleiche Kernskala, andere Subskala) passt oder als *Soziale Fertigkeit* (andere Kernskala) verstanden werden könnte. Die Benennungen der Kernskalen geben die Inhalte der Subskalen, so wie sie im Manual definiert sind, weitgehend verständlich wieder. Lediglich bei der Subskala *Anpassung* wäre eine Spezifizierung wünschenswert, um welche Art der Anpassung es sich handelt.

Die Subskalen, die einer gemeinsamen Kernskala zugeordnet sind, korrelieren niedrig bis mittelhoch untereinander und heben sich nicht durchgehend von den Interkorrelationen zu den übrigen Subskalen ab. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse, die die Teststruktur der Vineland-3 mit den drei voneinander unterscheidbaren AV-Bereichen bestätigt, liegt lediglich für die amerikanische Interviewform vor (Farmer, Floyd & McNicholas, 2021). Für die Fragebogenversionen konnte die Faktorenstruktur in exploratorischen Faktorenanalysen für den Altersbereich 11 bis 20 Jahre dagegen nicht bestätigt werden (Pandolfi & Magyar, 2021). Die Autor\*innen empfehlen daher, bei der IM-Diagnostik ausschließlich den *GAV* zu berücksichtigen, und bezweifeln die Aussagekraft von Profilverinterpretationen. Dringend erforderlich wären faktorenanalytische Studien mit der deutschsprachigen Vineland-3 über die gesamte normierte Altersspanne. Des Weiteren fehlen Belege für die klinische Validität der optionalen Skalen.

Zur Überprüfung der Validität bei klinischen Gruppen werden Daten zu kleinen Stichproben von Kindern mit IM, Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) präsentiert. Erwartungsgemäß liegen die *GAV*-Werte bei Kindern mit IM durchschnittlich unter 70. Dies trifft auch für Personen mit ASS zu, wobei keine Angaben zu deren kognitiver Leistungsfähigkeit gemacht werden. Personen mit ADHS erzielen ebenfalls niedrigere AV-Werte als die Kontrollgruppe, wenn auch nicht so deutlich ausgeprägt wie bei den anderen beiden klinischen Gruppen. Auffällig sind bei diesen Studien die teilweise erheblichen Mittelwertunterschiede zwischen Lang- und Kurzform bei IM und ASS. Dies könnte als Hinweis gewertet werden, dass die hohen Korrelationen zwischen Lang- und Kurzform, die aus der Normierungsuntersuchung berichtet werden, nicht unbedingt für den unteren Leistungsbereich gelten.

Als weiterer Validitätsbeleg werden Korrelationen zwischen Eltern- und Lehrerfragebogen berichtet. Die ermittelten Werte für korrespondierende Skalen fallen in den Bereich von .31 (*Alltagsfertigkeiten*) bis .62 (*GAV*). Da es an deutschsprachigen Vergleichsverfahren fehlt, wäre eine Validitätsprüfung anhand klinischer Außenkriterien (Diagnosen, Expertenurteile etc.) von besonderer Wichtigkeit. Es gibt keine Cutoff-Werte hinsichtlich IM und auch keine Angaben zu Sensitivität und Spezifität.

Neben der Frage, ob die Vineland-3 die üblichen Validitätskriterien erfüllt, interessiert auch, ob die Ergebnisse im Einzelfall geeignet sind, das AV der Person valide abzubilden. Die Gefahr systematisch verfälschender Antworttendenzen im Sinne von Über- und Unterschätzung, mit der sich das amerikanische Manual eingehender beschäftigt, wird im deutschen Manual eher geringgeachtet: „Aus klinischer Erfahrung sollte an dieser Stelle jedoch betont werden, dass die meisten Eltern versuchen, so unvoreingenommen wie möglich zu antworten. Ungenauigkeiten kann durch die Auswahl eines hinreichend reflektierten und umfassend involvierten, kooperationsbereiten Beurteilers vorgebeugt werden“

(Manual, S. 33). Der Untersucher sollte sich aber bewusst sein, dass die diagnostische Abklärung einer IM für viele Eltern eine belastende Situation ist, die mit Ängsten, Hoffnungen, Befürchtungen, Schuld- und Kränkungsgefühlen einhergehen kann. Dabei wird u. U. über die Bewilligung von Hilfemaßnahmen (z. B. Integrationskraft) oder den Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot entschieden. Es sollte daher nicht generell angenommen werden, dass die Elternangaben die erforderliche Validität aufweisen. Auch bei der Befragung professioneller Bezugspersonen können Interessen und Voreinstellungen die Ergebnisse beeinflussen. Daher sollte bei der Interpretation der AV-Ergebnisse die Möglichkeit systematischer Urteilsverzerrungen in Betracht gezogen werden. Da in der Vineland-3 keine hinreichenden Validierungsmöglichkeiten implementiert sind, ist dies nur durch Inspektion der Antworten und durch Nachfragen möglich, wenn diese nicht plausibel erscheinen.

## Normierung

---

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von 2018 bis 2020 durch ein „renommiertes Sozialforschungsinstitut“ (Manual, S. 104). Es wurden 1.816 Elternfragebögen und 1.825 Lehrerfragebögen ausgewertet. In die Normierungsstichprobe wurden schließlich aber nur 1.182 Elternbeurteilungen und 1.100 Lehrerbeurteilungen aufgenommen. Gründe für einen Ausschluss waren sowohl Stratifizierungsgesichtspunkte als auch fehlerhafte Bearbeitung. Bei der Stichprobenzusammenstellung sei auf Repräsentativität hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Religionszugehörigkeit und Migrationsanteil geachtet worden. Von der Normierung wurden Befragte mit unzureichenden Deutschkenntnissen ausgeschlossen. Offen bleibt, ob Kinder mit IM und anderen Behinderungen in die Normstichprobe aufgenommen wurden. Zur Qualifikation und Schulung der Befrager, zur Art der Stichprobenrekrutierung und in welchem Setting die Bearbeitung der Fragen stattfand, werden keine Angaben gemacht. Es bleibt auch unklar, ob Anstrengungen unternommen wurden, fehlende Angaben durch Nachbefragung zu vervollständigen. Die Größe der Normstichprobe beträgt bei den 3- und 4-Jährigen je 160. Bei allen anderen Altersgruppen sind die Stichprobengrößen nicht jahrgangweise ausgewiesen, liegen aber bei den 5- bis 11-Jährigen im Schnitt bei ca. 80 und bei den Jugendlichen pro Jahrgang bei 30-40 (Elternversion) und lediglich 27 in der Lehrerversion.

Bei den 3- und 4-Jährigen umfassen die tabellierten Altersnormgruppen je 6 Monate, bei den 5- bis 11-Jährigen 12 Monate. Bei den 12- bis 15-Jährigen wurden Gruppen à 24 Monate gebildet, die 16- bis 18-Jährigen sind in einer Normgruppe zusammengefasst. Bei der Elternversion gibt es zusätzlich eine Altersgruppe der 19- bis 21-Jährigen. Für die Skalen *Internalisierung* und *Externalisierung* beim *Problemverhalten* gibt es altersübergreifende Normen, die für die Eltern und Lehrerversionen getrennt ausgewiesen werden. Für die *Kritischen Items* werden keine Normen angegeben. Die Auswertung erfolgt hier auf Itemebene. Die Normen wurden mithilfe kontinuierlicher Normierung gebildet. Die Vorgehensweise wird im Manual beschrieben, es fehlen aber Angaben zur Normierungsgüte.

Die GAV-Werte sind frei von Bodeneffekten, und die Itemgradienten sind stetig. Bei den Kernskalen kommt es zwischen benachbarten Rohwertsummen gelegentlich zu deutlichen Standardwertsprüngen, insbesondere bei den Kurzformen. Bei den Kernskalen bestehen im landläufigen Sinne keine Bodeneffekte, da in allen Altersgruppen Normwerte  $\leq -2$  SD bei einem Rohwertpunkt pro Subskala möglich sind. Den Entwickler\*innen scheint es aber ein Anliegen gewesen zu sein, noch niedrigere Werte differenziert abzubilden. Daher werden Normwerte bis  $-5$  SD ausgewiesen. Diese können aber in manchen Kernskalen –

insbesondere in den Kurzformen – erst bei älteren Kindern erreicht werden (z. B. bei Alltagsfertigkeiten in der Lehrer-Kurzform erst ab einem Alter von 9 Jahren). Bei den Subskalen ergeben sich z. T. deutliche Bodeneffekte, sodass bei Kindern bis 6 Jahre die Ergebnisse mancher Subskalen im unteren Bereich nur bedingt aussagekräftig sind. Deckeneffekte mit Maximalwerten  $\leq +2$  SD finden sich bereits ab einem Alter von 3;6 Jahren (Lehrerversion *Grobmotorik*) und bestehen ab einem Alter von 12 Jahren in allen Subskalen. Bei den Kernskalen der Kurzformen ergeben sich Deckeneffekte ab etwa 10 Jahren und in der Skala *Motorik* bereits ab 6 Jahren. Da der Hauptanwendungsbereich der Vineland-3-Skalen in der Erfassung von AV-Defiziten liegt, erweisen sich die Deckeneffekte in der Praxis jedoch als weitgehend unproblematisch.

Erwartungsgemäß steigen die Normen meist mit dem Alter an. Es gibt allerdings auch Bereiche, in denen die Mittelwerte stagnieren (Lehrerversion) oder gar abfallen (Eltern- und Lehrerversion). Dies wird im Manual als unsystematischer Stichprobenfehler interpretiert. Möglicherweise deutet dies aber auch auf Probleme mit der Repräsentativität der Altersgruppen bei der Normierungserhebung hin.

Die Altersanstiege des Gesamtwerts und der Kernskalen übersteigen häufig 5 Standardwerte beim Übergang von einer Altersgruppe zur nächsten. Bei punktueller Überprüfung wurden Normwertsprünge des *GAV* von bis zu 14 Standardwertpunkten gefunden. Davon betroffen sind insbesondere die Altersgruppen 4 bis 8 Jahre. In diesen Fällen hängt die Beurteilung des AV somit in starkem Maß davon ab, ob die Befragung kurz vor oder nach dem Wechsel von einer Altersgruppe in eine andere erfolgt.

### Weitere Gütekriterien

---

Die *Nützlichkeit* des Verfahrens ergibt sich aus der Möglichkeit, dem standardisiert erhobenen Intelligenzniveau (neben anderen relevanten Komponenten) auch die Beschreibung der adaptiven Fähigkeiten standardisiert beiseitezustellen, wenn es um die Feststellung einer IM oder eines sonderpädagogischen Förderbedarfs im Schwerpunkt geistige Entwicklung geht. Die Vineland-3 bieten in der Analyse auf Subskalen- und Item-Ebene zudem direkte Impulse für die Formulierung von Förderzielen.

Da es kein deutschsprachiges aktuelles Verfahren zur Messung des AV gibt, fehlt es an geeigneten Möglichkeiten zur Beurteilung der *Vergleichbarkeit*. Die Einführung des Adaptive Behavior Assessment System – Third Edition (ABAS-3; Harrison und Oakland 2015) ist in Vorbereitung, ein Erscheinungsdatum wurde noch nicht genannt.

Eine allgemeine *Unverfälschbarkeit* der Vineland-3-Ergebnisse kann nicht vorausgesetzt werden. Die Beantwortung der Items erfolgt zum einen aus der Erinnerung, was es fehleranfällig macht. Zum anderen kann die Beantwortung auch emotional gefärbt sein, wenn mit dem erwarteten Ergebnis möglicherweise (un-)erwünschte Konsequenzen verbunden sind (siehe auch Validität).

Die *Zumutbarkeit* des Verfahrens, hier bezogen auf diejenigen, die die Fragebögen ausfüllen, ergibt sich daraus, inwieweit der Nutzen und die Belastung der Eltern bzw. Lehrkräfte gegeneinander ausgewogen sind. Zeitlich kann der große Umfang an Items mühselig in der Abarbeitung sein, was vor allem auf die Langform zutrifft, da hier potenziell eine weitaus höhere Anzahl an Items bearbeitet werden muss. Für Eltern kann es auch in der Kurzform zu psychischem Stress kommen, besonders wenn die Fähigkeiten ihres Kindes schon in den ersten Fragen mit null Punkten bewertet werden. Dadurch, dass in der

Kurzform keine Abbruchregel greift, sind sie dazu angehalten, bis zum letzten Item auszufüllen, auch wenn sie durchweg null Punkte einkreisen.

### **Einsatz bei behinderten Kindern / Fairness**

---

In Bezug auf *Fairness* sind vornehmlich Kinder und Jugendliche mit kognitiven, körperlichen bzw. motorischen Beeinträchtigungen oder im autistischen Spektrum zu betrachten. Für das Verfahren ergibt sich also die Herausforderung Items so zu formulieren, dass diese für eine Vielzahl an spezifischen Ausgangsbedingungen passend sind. Dies gelingt nicht immer. Im Manual gibt es daher einen Abschnitt, der sich mit „in atypischer Weise gezeigten adaptiven Verhaltensweisen“ (S. 47) auseinandersetzt und versucht grundsätzliche Probleme der Fragenformulierung bei Personen mit motorischen Beeinträchtigungen oder fehlender Lautsprache anzugehen. In der Subskala *Sprechen* werden z. B. Gebärdensprache oder Kommunikationshilfen sinnvollerweise der gesprochenen Sprache gleichgestellt. Dies gilt auch für spezielle Hilfsmittel in den Bereichen Lesen und Schreiben (z. B. spezielle Eingabegeräte, Screenreader um Bildschirminhalte vorzulesen). Im Gegensatz dazu werden Hilfsmittel im Bereich Motorik anders bewertet. So erhalten Personen mit einem Rollstuhl bei Items in Bezug auf Laufen oder Treppensteigen grundsätzlich null Punkte.

### **Zielgruppengerechte Gestaltung**

---

Zielgruppengerechte Gestaltung wird hier unter dem Aspekt der Anwender\*innen betrachtet, die die Fragebögen ausfüllen. Sowohl Lehrer- als auch Elternfragebögen (Kurz- und Langform) setzen differenzierte schriftsprachliche Fähigkeiten voraus. Bei den Items haben sich die Autor\*innen um konkrete Formulierungen bemüht und teilweise erläuternde Beispiele hinzugefügt (z. B. „Zieht sich Kleidung an, die über den Kopf gezogen wird. Beispiele: T-Shirt, Pulli, Kleid“). Dennoch bleiben bei zahlreichen Items Ermessensspielräume offen („Folgt einem 15-minütigen Gespräch mit sachlichem Inhalt aufmerksam und versteht, was besprochen wird.“; „Liest und versteht Material auf Niveau der 6. Klasse oder höher“, „Ist sehr reizbar oder launisch“ usw.). Verstehen Erziehungsbeauftragte die Fragenformulierung nicht oder nur ungenügend, wird die Aussagekraft der Antworten beeinträchtigt, da nicht sicher davon ausgegangen werden kann, dass die Inhalte der Items vollständig erfasst wurden. Zusätzlich müssen die ausfüllenden Personen in der Lage sein, abstrahierende Urteile abgeben zu können und dabei verschiedene Aspekte berücksichtigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn adaptive Verhaltensweisen in atypischer Weise gezeigt werden, weil z. B. assistive Technologien eingesetzt werden (siehe zielgruppengerechte Gestaltung). Aufgrund der Vielzahl der Fragen müssen die Personen zudem ausdauernd sein. Genügend Bearbeitungszeit und die grundlegende Fähigkeit systematisch zu arbeiten sind ebenfalls hilfreich.

### **Stärken**

---

- Erfasst wesentliche Aspekte des AV
- Differenzierte Erfassung der drei Kernbereiche des AV
- Möglichkeit einer standardisierten und normierten Erfassung des AV
- Gute interne Konsistenz (Reliabilität)
- Erfragt werden konkrete AV-Verhaltensweisen anstatt pauschaler Einschätzungen

- Möglichkeit einer mehrperspektivischen Diagnostik durch Eltern- und Lehrerfragebogen
- Wahl zwischen Lang- und Kurzformen je nach Anwendungszweck

### **Einschränkungen / Schwächen**

---

- Fehlen einer Interview-Form für die Elternbefragung
- Diskontinuierliche Normwertverläufe durch zu breit gewählte Altersgruppen und ungünstige Itemgradienten (siehe Normierung)
- Fehlende Möglichkeiten, die Aussagekraft bzw. Richtigkeit der Ergebnisse im Einzelfall zu überprüfen (Plausibilität der Angaben, Verzerrungstendenzen)
- Unzureichende Validitätsbefunde (keine Faktorenanalysen, kein Vergleich mit Außenkriterien, fehlende Cutoff-Werte und Angaben zu Sensitivität und Spezifität im Hinblick auf die Diagnose einer IM)
- Fehlende Angaben zur klinischen Relevanz der Kennwerte, die durch die Profilininterpretation gewonnen werden können
- Durchführungsprobleme (Fehler beim Ausfüllen, verfälschende Antworttendenzen)
- Der Fragebogen sollte nur dann zur Bearbeitung ausgegeben werden, wenn eine persönliche Einführung durch den Untersucher stattgefunden hat. Von der im Manual (S. 43) aufgezeigten Möglichkeit, darauf zu verzichten und die befragte Person lediglich dazu aufzufordern, den Untersucher zu kontaktieren, sollte allenfalls dann Gebrauch gemacht werden, wenn die Befragten bereits Erfahrung mit dem Ausfüllen der Vineland-3 haben.
- Die Berücksichtigung „geschätzter“ Antworten bei der Auswertung erscheint problematisch. Zu den im Manual genannten Obergrenzen der Häufigkeit solcher Schätzungen fehlen empirische Belege.
- In der praktischen Durchführung erweist sich die Länge des Fragebogens zumindest in der Langform bisweilen als Problem.
- Es fehlen Cutoff-Werte oder andere Kriterien zur Unterscheidung der verschiedenen Schweregrade der IM, wie sie z. B. in der ICD-10 (Dilling et al., 2015) beschrieben sind.
- Geringe Differenzierung im untersten AV-Bereich (betrifft vor allem die Beurteilung junger Kinder und von Personen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen)
- Das Potenzial einer mehrperspektivischen Diagnostik wird durch die fehlende systematische Gegenüberstellung verschiedener Perspektiven in der Auswertung nicht vollständig ausgenutzt.
- Die Bearbeitung des Fragebogens kann insbesondere dann für Eltern belastend sein, wenn sich Antworten mit null Punkten häufen, was insbesondere bei der Kurzform passieren kann, da es hier kein Abbruchkriterium gibt.

### **Sinnvolle Ergänzungen**

---

- Als notwendige Ergänzung zur Diagnose einer Beeinträchtigung in der Intelligenzentwicklung bieten sich gängige Intelligenztestverfahren für Kinder und Jugendliche an. Je nach Ausgangsbedingungen können hier z. B. der SON-R 2-8 (Tellegen, Laros & Petermann, 2018), die KABC-II (Kaufman & Kaufman, 2015) oder

die WISC-V (Wechsler, 2017) genutzt werden. Von den genannten Verfahren deckt der SON-R 2-8 die geringste Breite des Konstrukts Intelligenz im Sinne der CHC-Theorie (Schneider & McGrew, 2018) ab, führt aber bei Kindern, die Schwierigkeiten haben, sich auf Testsituationen einzulassen, eher zu aussagekräftigen Ergebnissen als die anderen genannten Verfahren.

- Für Kinder und Jugendliche mit schwersten Beeinträchtigungen sind die Vineland-3 nicht sehr aussagekräftig, da sie zu wenige passende Items für diese Personengruppe enthalten. Geeigneter sind hier Beurteilungsverfahren, die speziell auf diese Personengruppe zugeschnitten sind. Ein Beispiel dafür ist die überarbeitete und neu aufgelegte „Förderdiagnostik mit Kindern und Jugendlichen mit schwerster Beeinträchtigung“ von Schäfer et al. (2022). Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich bei der „Förderdiagnostik“ im Gegensatz zur Vineland-3 nicht um ein standardisiertes und normiertes Verfahren handelt. Das Verfahren ist eine fachkundige Zusammenstellung beobachtbarer Kompetenzen, die zumindest teilweise dem Entwicklungsalter der ersten 12 Monate in der Normalentwicklung zugeordnet werden. Die Items können zur Beschreibung des individuellen Entwicklungsstandes von Kindern mit schwersten Behinderungen genutzt werden.

### **Anforderungen an die Anwender\*innen**

---

Diagnostiker\*innen, die die Vineland-3 nutzen wollen, sollten sich gründlich in das Konzept des AVs einarbeiten. Kenntnisse über die Auswirkungen von kognitiven Beeinträchtigungen im Lebensalltag der Personen und zur Situation von Betreuungspersonen müssen vorhanden sein. Nur so können die Ergebnisse der Befragung angemessen eingeordnet werden. Wie bei allen anderen Verfahren auch ist vertieftes testtheoretisches Wissen über die Art der Messung, die Gütekriterien und die messtechnischen Probleme, die bei der Vineland-3 bestehen, notwendig, um die Ergebnisse einordnen und fachlich korrekt interpretieren zu können.

Da es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren handelt, kommt der diagnostizierenden Person zusätzlich die Aufgabe zu, eine funktionierende Arbeitsbeziehung zu den Personen herzustellen, die den Fragebogen ausfüllen sollen (primäre Bezugspersonen, Lehrkraft). Bei Bearbeitungsproblemen muss unterstützt sowie flexibel und angemessen reagiert werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass je umfassender die Hilfestellung z. B. in Form von Erläuterung oder Übersetzung der Items ist, desto größer ist auch die Gefahr der Beeinflussung.

### **Zusammenfassende Bewertung von Dieter Irblich**

---

Bei der Diagnostik von IM verlangen die klinisch-diagnostischen Leitlinien zur ICD-10 neben der IQ-Testung auch den Einsatz von „Skalen zur Beurteilung der sozialen Reife oder Anpassung“ (Dilling et al., 2015, S. 310). In der Praxis scheiterte dies bisher im deutschsprachigen Raum am Fehlen geeigneter Verfahren. Mit dem Erscheinen der deutschen Bearbeitung der Vineland-3 steht nun ein Instrument zur Verfügung, mit dem sich alltagsbezogene Selbstständigkeit standardisiert erfassen und anhand repräsentativer Normen bewerten lässt.

Ein wesentlicher Unterschied zum US-amerikanischen Original ist das Fehlen der Interview-Form der Vineland-3. Es stehen also nur die Fragebögen zur Verfügung, bei denen

es, auch nach Auffassung der Verfahrensauteur\*innen, schwieriger ist, zu erkennen, ob die ausfüllenden Personen tatsächlich Selbstständigkeit instruktionsgemäß eingeschätzt haben oder ob ergebnisverzerrende Antworttendenzen vorliegen (vgl. Sparrow et al., 2016). Als Validierungsmaß soll der Anteil der geschätzten Antworten dienen. Diese können aber keine Hinweise auf Simulations- und Dissimulationstendenzen liefern. Es sollten daher effektivere Möglichkeiten der Beschwerdevalidierung eingebaut werden. Ein zweiter Unterschied gegenüber der Originalversion besteht darin, dass der normierte Altersbereich enger gefasst ist. So gibt es weder Normen für Kinder unter drei Jahren, was in Anbetracht der wenigen Items, die diesen Altersbereich abbilden, kein Nachteil sein muss, noch für Erwachsene. Das Fehlen von Erwachsenennormen ist generell zu bedauern.

Da hierzulande auch in Fachkreisen wenig über das Konzept des AVs bekannt ist, wäre eine ausführlichere Einführung in die theoretischen Grundlagen und den gegenwärtigen Stand der Fachdiskussion zum AV wünschenswert gewesen. Das Manual führt den Benutzer kleinschrittig und gut verständlich in die Durchführung ein, lässt aber Fragen bzgl. der Normierung und der Konstruktvalidität offen.

Der guten Reliabilität der Vineland-3 stehen einige messmethodische Schwächen gegenüber. Diese haben insbesondere Auswirkungen auf die Anwendung im unteren AV-Bereich, wie er für junge Kinder mit IM typisch ist. Da es gegenwärtig im deutschen Sprachraum kein AV-Instrument gibt, das hinsichtlich Standardisierung und Repräsentativität vergleichbar wäre, müssen die genannten Schwachstellen des Verfahrens in Kauf genommen werden. Der Verzicht auf eine systematische Erfassung des AV, wie es im Bereich der klinischen Diagnostik bisher der Regelfall ist, stellt m. E. die schlechtere Alternative dar. Allerdings setzt dies voraus, dass die Anwender der Vineland-3 die Ergebnisse mit der erforderlichen Umsicht bewerten und kommunizieren.

Die US-amerikanischen Leitlinien zur IM-Diagnostik (APA, 2013; Schalock et al., 2021) gehen davon aus, dass Werte von -2 SD im AV-Gesamtwert oder in einem der Kernbereiche als Beleg für das Vorliegen einer IM gelten. In Ermangelung vergleichbarer Vorgaben für den deutschsprachigen Raum erscheint es vertretbar, diesen Algorithmus für den AV-Gesamtwert – zumindest vorläufig – zu übernehmen, bis eine empirische Abklärung erfolgt ist. Bzgl. der diagnostischen Aussagekraft der drei Kernbereiche dürfte Zurückhaltung angebracht sein, solange es keine empirischen Belege dafür gibt, dass diese tatsächlich distinkte Bereiche des AV abbilden.

In der eigenen Erprobung ergaben sich bei allen Kindern und Jugendlichen mit gesicherter IM-Diagnose auch weit unterdurchschnittliche AV-Werte sowohl im *GAV* als auch in allen AV-Kernskalen. Unklarer stellt sich die diagnostische Situation im Grenzbereich von IM und unterdurchschnittlicher Intelligenz dar. Liegen zusätzlich noch komorbide körperliche und sensorische Beeinträchtigungen oder gravierende Verhaltensstörungen vor, die persönliche Assistenz erfordern, ist es schwierig zu entscheiden, ob die berichteten AV-Defizite Folge einer (fraglichen) IM sind oder andere Ursachen haben. Problematisch ist die AV-Bewertung bei Personen, die ausschließlich aufgrund einer Körper- oder Sinnesbehinderung Alltagshandlungen nicht selbstständig ausführen können. In diesen Fällen verbietet es sich, aus dem niedrigen AV auf das Vorliegen einer IM zu schließen.

Dem Anspruch, IM in ihren unterschiedlichen Schweregraden abbilden zu können, werden die Vineland-3 insbesondere bei jüngeren Kindern nur bedingt gerecht. Mit dem *GAV* lassen sich zwar AV-Werte bis zu einem Standardwert von 20 ablesen, was einer Auftretenswahrscheinlichkeit  $< .000005$  entspricht, dennoch fehlt es nach meiner Auffassung an einer genügenden Anzahl einfacher Items, um solche niedrigen AV-Stände angemessen

abbilden zu können. Schon das Fehlen begrifflicher Abstufungen in der qualitativen Beschreibung der AV-Normwerte von 20 bis 70 lässt Zweifel an der Eignung des Verfahrens für die Schweregradeinteilung in leichte, profunde, schwere und schwerste IM nach ICD-10 (Dilling et al., 2015) aufkommen. Das ist insbesondere bedeutsam, da die neueren Diagnoseleitlinien (APA, 2013; Schalock et al 2021) die verschiedenen Ausprägungsgrade der IM ausschließlich vom AV abhängig machen. Es ist anzunehmen, dass die ICD-11-Leitlinien sich diesem Trend anpassen werden.

Berücksichtigt man die Bodeneffekte bei einigen Skalen, empfiehlt sich bei den jüngeren Kindern mit kognitiven Rückständen eher, die Langformen zu verwenden.

Es gibt keine Informationen darüber, wie sich kulturelle Besonderheiten von Familien mit Migrationshintergrund auf die Ergebnisse der Vineland-3 auswirken. Dies spricht nicht gegen den Einsatz, sollte aber, insbesondere wenn es erhebliche Unterschiede zur Lehrerbefragung gibt, den Untersucher veranlassen, genauere Informationen zum Herkunftsmilieu der Familie, deren Einstellung zu Behinderung usw. einzuholen. Andererseits hat die praktische Erfahrung gezeigt, dass auch Lehrerbeurteilungen kontextabhängig sein können. So wird z. B. das AV eines Schülers bisweilen überschätzt, wenn seine Mitschüler vergleichsweise noch schwerer beeinträchtigt sind.

Um die Vineland-3 in der IM-Diagnostik zukünftig besser nutzbar machen zu können, sind Forschungsanstrengungen erforderlich, die z. B. Ergebnisse zur Sensitivität und Spezifität der Skalen und zur klinischen Relevanz der verschiedenen AV-Kennwerte liefern. Dennoch empfehle ich schon jetzt den Einsatz der Vineland-3 bei Personen mit klinisch bedeutsamen kognitiven Rückständen. Der Vorteil liegt darin, dass nach relativ konkreten Verhaltensweisen in vielfältigen Alltagsaspekten gefragt wird, die in der unstrukturierten Exploration oft nur pauschal angerissen oder ganz ausgelassen werden. Zum anderen gewinnt man durch die systematische Befragung von Eltern und Lehrer\*innen bzw. Erzieher\*innen eine breitere Informationsbasis bei der Einschätzung des AV. Dies gilt auch für Anwendungsfelder wie ASS und ADHS, auf die das Manual ebenfalls hinweist.

### **Zusammenfassende Bewertung von Sabine Kölbl**

---

Aus Sicht einer (ehemaligen) Lehrkraft begrüße ich die Vineland-3 als zweites Standbein bei der Feststellung des sonderpädagogischen Schwerpunkts neben der standardisierten Messung der intellektuellen Fähigkeiten. Die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz von 2021 erwähnen das AV ausdrücklich: „Im Rahmen der Diagnostik werden Kind-Umfeld-Analyse, kognitives Funktionsniveau sowie adaptive Fähigkeiten und Fertigkeiten ebenso wie die Ergebnisse einer Intelligenzdiagnostik berücksichtigt“ (KMK 2021, S. 18).

Da die Vineland-3 noch das einzige standardisierte Verfahren zur Messung adaptiver Kompetenzen ist, spricht viel für ihre Verwendung. Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass die Beurteilung von Kindern und Jugendlichen mit schwersten Beeinträchtigungen voraussichtlich der Ergänzung weiterer, spezifischer Verfahren bedarf, die (noch) differenzierter die vorhandenen Fähigkeiten beurteilen.

Ähnlich verhält es sich mit anderen förderdiagnostisch relevanten Bereichen. Steht, beispielsweise im Rahmen der Förderplanung, eine differenzierte Zusammenschau der kommunikativen Fähigkeiten an, sollte ein spezifisches und in die Tiefe gehendes Verfahren ergänzend durchgeführt werden, um möglichst feine Abstufungen der Kompetenzen abzubilden und daraus geeignete Fördermaßnahmen abzuleiten. Die Langform des Lehrerfragebogens ist sehr zeitintensiv, bietet sich aber gerade bei der Feststellung des sonder-

pädagogischen Schwerpunkts an, um ein umfangreiches und detailliertes Bild von den adaptiven Kompetenzen eines Kindes zu bekommen. Da nicht nur testdiagnostisch geschultes Personal (z. B. Psycholog\*innen oder Sonderschullehrkräfte) den Fragebögen ausfüllen darf, können hier auch gut die momentanen Bezugspersonen in der vorschulischen Einrichtung einbezogen werden, z. B. Erzieher\*innen, die die Kinder in der Regel am besten kennen.

Die Kurzform des Lehrerfragebogens ist meiner Meinung eher für Screenings geeignet, um schnell Informationen zum AV zu bekommen. Schade ist, dass die Elternfragebögen nicht in verschiedenen Sprachen und in leichter Sprache vorliegen.

Außerdem bleiben bei den Vineland-3 die Kinder und Jugendlichen selbst außen vor, da in dem Verfahren keine Befragung der zu beschreibenden Personen vorgesehen ist. Eine eigene Form des Fragebogens oder eine Interviewform wäre reizvoll und könnte bei einer partizipativen Förderplanung wichtige Impulse bringen, indem die Einschätzungen der Eltern, der Lehrkraft und des Kindes oder Jugendlichen verglichen und gemeinsam Ziele formuliert werden können.

Trotz dieser Einschränkungen ist das Verfahren eine Bereicherung der förderdiagnostischen Möglichkeiten und sicher eine wichtige Ergänzung zu Intelligenztests und anderen Erhebungsinstrumenten bei der Feststellung des sonderpädagogischen Schwerpunkts.

### **Zusammenfassende Bewertung von Markus Scholz**

---

Das theoretische Konstrukt des AVs hat in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum immer mehr Bedeutung in der Diagnostik gewonnen. Mit den Vineland-3 liegt nun auch ein Verfahren vor, dessen Ziel eine möglichst objektive und differenzierte Erfassung adaptiver Kompetenzen ist. Zunächst ist es erfreulich, dass hier überhaupt ein aktuelles normiertes deutschsprachiges Verfahren existiert. Bisher habe ich Studierenden an der Hochschule im Kontext von Übungsgutachten, abgesehen vielleicht vom Heidelberger-Kompetenz-Inventar (Holtz et al., 2005), wenig in diesem wichtigen Bereich an die Hand geben können. Andere deutschsprachige Verfahren in dem Bereich waren mir nicht bekannt.

Das Konstrukt wird nach meiner Einschätzung durch die Skalen bzw. Subskalen und die dortigen Fragen insgesamt gut repräsentiert. Viele Fragen der Fragebögen sind verständlich formuliert und es gibt Beispiele, die das Gemeinte erläutern. Allerdings gibt es auch Fragen deren Formulierungen schwer zu verstehen sind oder die breitere Interpretationsspielräume bei der Beantwortung zulassen (siehe auch Objektivität).

Die Regelungen zu atypisch gezeigten AV finde ich inhaltlich nicht vollständig stringent. Hilfsmittel zum Schreiben oder alternative Sprachausgabeformen werden auf dieselbe Weise bewertet, wie die typischen Kompetenzen in dem Bereich. Es wird also in der Einschätzung kein Unterschied zwischen aktiver Lautsprache und Lautsprache über digitale Sprachausgabegeräte gemacht. Hilfen z. B. zur Fortbewegung werden aber in der Beurteilung anders behandelt. Theoretisch erschließt sich diese Abgrenzung nicht. Konkret lässt sich diese Inkonsequenz am Vergleich zwischen dem Umgang mit einem Screen-Reader als Hilfsmittel zum Lesen und einem Treppenlift als Hilfsmittel zur Fortbewegung verdeutlichen. In beiden Fällen führt die Person die eigentliche Tätigkeit (Lesen bzw. Treppensteigen) nicht typisch aus, jedoch wird in dem Fall nur das Treppensteigen mit null Punkten bewertet.

Aufgrund der beiden Fragebögen (Eltern und Lehrer\*innen), bestünde grundsätzlich die Möglichkeit einer mehrperspektivischen Diagnostik. Da Kompetenzen in verschiedenen Bereichen durchaus kontextabhängig sein können oder verschiedene Beurteiler\*innen unterschiedlich sensibel für die Fähigkeiten von Personen sind, wäre dies an sich sehr sinnvoll und könnte wichtige kontext- oder personenabhängige diagnostische Informationen hervorbringen. Das Potenzial dieser mehrperspektivischen Möglichkeit wird im Verfahren allerdings zu wenig ausgeschöpft. Die fehlende Kennzeichnung inhaltsgleicher Fragen im Eltern- und Lehrerfragebogen erschwert dies zusätzlich.

Um ein Konstrukt differenziert zu erfassen, ist ein gewisser Umfang an Fragen zwingend notwendig. Allerdings hat eine große Anzahl immer den Nachteil, dass sich dies aufgrund von Zeit- oder Konzentrationsmangel auf die Qualität der Beantwortung durch die ausfüllenden Personen auswirken kann. Dies gilt sowohl für die Kurzform (hier aufgrund fehlender Abbruchkriterien) als auch für die Langform.

### **Ergänzende Anmerkung von Gerolf Renner (Dia-Inform-Mitherausgeber)**

Die Autor\*innen dieser Verfahrensinformation zeichnen ein umfassendes und differenziertes Bild der Einsatzmöglichkeiten und Grenzen der Vineland-3. Ich möchte auf zwei der angesprochenen Aspekte vertiefend eingehen, die m. E. eine besondere Bedeutung für kognitiv nicht oder nur leicht beeinträchtigte Kinder und Jugendliche mit schweren Körper- und/oder Sinnesbehinderungen haben. Die folgenden Hinweise gehen über den üblichen Rahmen einer Dia-Inform Verfahrensinformation hinaus. Sie beziehen sich in erster Linie auf die Vineland-3, sollten aber bei der Interpretation aller diagnostischen Befunde zum AV beachtet werden.

Die Vineland-3 definieren AV als Durchführung alltäglicher Aktivitäten. Die Bewertung der Items „erfolgt abhängig davon, wie häufig ein Verhalten selbstständig gezeigt wird, ohne Hilfe zu benötigen“ (Manual, S. 45). Atypische Ausführungen solcher Aktivitäten, die durch eine motorische oder sensorische Behinderung bedingt sind, können laut Manual (S. 47) jedoch teilweise mit einer vollen Punktzahl bewertet werden.

Doch welche Voraussetzungen müssen dafür gegeben sein? Das Manual führt hier einige Beispiele auf, lässt aber eine präzise und systematische Darstellung vermissen. Bei der Frage, was genau als atypische Ausführung eines Verhaltens bewertet werden kann, besteht ein beträchtlicher Ermessensspielraum der Diagnostiker\*innen. Im Wesentlichen scheint es dabei um die Frage zu gehen, ob trotz behinderungsbedingter Beeinträchtigungen die zentralen Merkmale eines AVs gezeigt werden können, z. B. Kommunikation über Gebärdensprache, Textverständnis auf Basis von elektronischen Sprachausgaben oder die Nutzung eines Rollstuhls, um Arbeiten im Haushalt zu erledigen. Nicht thematisiert wird im Manual die Möglichkeit, dass eine Ausführung von alltäglichen Aktivitäten nur deswegen nicht möglich ist, weil passende Hilfsmittel gar nicht zur Verfügung stehen.

Bei der Durchführung der Vineland-3 sollten Diagnostiker\*innen daher immer gezielt nach dem Vorhandensein von Hilfsmitteln fragen. Ist dies nicht der Fall, besteht die Gefahr, dass Barrieren im Umfeld eines behinderten Menschen als individuelle Defizite im AV interpretiert werden.

Hinsichtlich der Anwendung der Vineland-3 bei sensorischen und motorischen Behinderungen sei noch auf ein zweites, grundlegendes Problem hingewiesen. Die Fokussierung auf die selbstständige Durchführung von Aktivitäten vernachlässigt den Aspekt der

Selbstbestimmung, die durch den Einsatz von persönlicher Assistenz erreicht werden kann. Assistenz ermöglicht vielen Menschen mit Behinderung eine autonome persönliche und soziale Lebensführung, auch wenn spezifische Aktivitäten nicht ausgeführt werden können.

Hierzu ein Beispiel: Ein 19-Jähriger Rollstuhlfahrer, bei dem auch eine ausgeprägte Dysarthrie besteht, organisiert eigenverantwortlich Fahrten mit Transportdiensten, fordert bei Reisen Unterstützung durch den Mobilitätsservice an, instruiert Assistent\*innen und vertritt seine Interessen in einer Teilhabekonferenz. Diese Kompetenzen lassen sich nur schwer mit der Vineland-3 abbilden.

Nun ist es natürlich legitim, dass ein diagnostisches Verfahren sich auf das Ziel beschränkt, die selbstständige Ausführung von Aktivitäten zu erfassen. Bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit sensorischen und motorischen Behinderungen haben die Diagnostiker\*innen jedoch eine besonders hohe Verantwortung bei der Interpretation und Kommunikation der Ergebnisse der Vineland-3.

Dies gilt insbesondere, wenn die Vineland-3 zur Absicherung der Diagnose IM eingesetzt werden sollen. Bei Vorliegen von Körper- und Sinnesbehinderungen besteht bei der Anwendung standardisierter Intelligenzdiagnostischer Verfahren stets die Gefahr, dass Fähigkeiten aufgrund eingeschränkter Zugangsfertigkeiten unterschätzt werden (ausführliche Darstellung bei Renner & Scholz, 2022). Die gleiche Gefahr kann auch bei Einsatz der Vineland-3 nicht ausgeschlossen werden. Die Diagnostik von IM muss daher bei beiden Säulen der Diagnosestellung – Intelligenz und adaptive Fähigkeiten – sehr sorgsam die Auswirkungen körperlicher und sensorischer Beeinträchtigungen im Blick haben.

### **Aktuelle Entwicklungen**

---

Die deutschsprachige Vineland-3 ist 2021 erschienen. Die amerikanischen Originalversionen wurden zuletzt nach 19 Jahren (Vineland Adaptive Behavior Scales zu Vineland Adaptive Behavior Scales, 2nd edition) und nach 11 Jahren (Vineland Adaptive Behavior Scales, 2nd edition zu Vineland-3) revidiert. Eine baldige Neuauflage ist daher nicht zu erwarten.

### **Verfahrensrezensionen**

---

Irblich, D. (2022). Neuere Testverfahren: Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition. Deutsche Fassung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(8), 763-776.

Pepperdine, C. R. & McCrimmon, A. W. (2017). Test Review: Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3). *Canadian Journal of School Psychology*, 33(2), 157-163.

### **Zitierte Literatur**

---

APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition. DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) (10. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Farmer, R. L., Floyd, R. G. & McNicholas, P. J. (2021). Is the Vineland-3 Comprehensive Interview Form a multidimensional or unidimensional scale? Structural analysis of subdomain scores across early childhood to adulthood. *Assessment*, 28(2), 1848-1864, <https://doi.org/10.1177/1073191120947804>
- Harrison, P. & Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition (ABAS-3)*. Torrance: wps.
- Haertel, E. H. (2006). Reliability. In R. L. Brennan (Hrsg.), *Educational measurement* (4. Aufl., S. 65-110). Westport: American Council on Education.
- Hogrefe, A. (2018). *Continuous norming. An overview*. Verfügbar unter <https://www.ids-2.com/wp-content/uploads/2020/10/Hogrefe-White-Paper-Continuous-Norming.pdf>
- Holtz, K.-L., Eberle, G., Hillig, A. & Marker, K. R. (2005). *Heidelberger Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte. HKI* (5. Aufl.). Heidelberg: Winter.
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. L. (2015). *KABC-II. Kaufman Assessment Battery for Children – Second Edition. Deutsche Bearbeitung Peter & Martin Melchers*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2021). *Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung*. Zugriff am 17.05.2021. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2021/Empfehlung\\_Geistige\\_Entwicklung.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2021/Empfehlung_Geistige_Entwicklung.pdf)
- Pandolfi, V. & Magyar, C. I. (2021). Vineland-3 structural validity and interpretability of domain scores: Implications for practitioners assessing adolescents with developmental conditions. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 126(3), 216–229. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.3.216>
- Price, J. A., Morris, Z. A. & Costello, S. (2018). The application of adaptive behaviour models: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 8(1), <https://doi.org/10.3390/bs8010011>
- Renner, G. & Scholz, M. (2022). Fair oder nicht fair, das ist hier die Frage! Die Sicherung der Testfairness als Aufgabe der sonderpädagogischen Diagnostik. In M. Gebhardt, D. Scheer & M. Schurig (Hrsg.), *Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik. Grundlagen und Konzepte der Statusdiagnostik, Prozessdiagnostik und Förderplanung*. (S. 259–274). Regensburg: Universitätsbibliothek.
- Schäfer, H.; Zentel, P.; Manser, R., unter der Mitarbeit von A. Fröhlich (2022). *Förderdiagnostik mit Kindern und Jugendlichen mit schwerster Beeinträchtigung*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability. Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12. Auflage). Silver Spring: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schneider, J. & McGrew, K. S. (2018). The Cattell-Horn-Carroll Theory of Cognitive Abilities. In D. P. Flanagan & E. M. McDonogh (Hrsg.), *Contemporary Intellectual Assessment* (4. Aufl., S. 73–163). New York: Guilford Publications.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Saulnier, C. A. (2016) *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3)*. Bloomington: Pearson.

Tellegen, P. J., Laros, J. A. & Petermann, F. (2018). *SON-R 2-8. Non-verbaler Intelligenztest*. Göttingen: Hogrefe.

Wechsler, D. (2017). *WISC-V. Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth Edition. Deutsche Bearbeitung Franz Petermann*. Frankfurt: Pearson.

### **Internet**

---

Verlagswerbung: <https://www.pearsonclinical.de/webinar/vineland-3>