

**Klinisch Psychologisches
Diagnosesystem 38 (KPD-38)**

Manual

Forschungsstelle für Psychotherapie
Universitätsklinikum Heidelberg

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Überblick KPD-38

1. Einleitung

2. Zielsetzung und Anwendungsbereich

3. Fragebogenentwicklung

4. Konstruktion des KPD-38

5. Bevölkerungsrepräsentative Erhebung und Normierung

6. Skalenbeschreibung

7. Patientenerhebung und Normierung

8. Testanwendung

8.1 Durchführung

8.2 Auswertung allgemein

8.3 Umgang mit fehlenden Werten/ missings

8.4 Computergestützte Auswertung: Web- AKQUASI

9. Normen

11. Lizenzbedingungen und Kosten

12. Zusammenfassung

Literatur

Anhang

Vorwort

Das vorliegende Selbstbeurteilungsinstrument KPD-38 wurde von der Forschungsstelle für Psychotherapie (FOST) für die computergestützte Qualitätssicherung und das Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin entwickelt.

Das KPD-38 entstand aus dem Bedarf nach einem Instrument, das die für die Ergebniseinschätzung in der Psychotherapie relevanten Merkmale einheitlich erfasst, für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring validiert ist und einen ökonomischen Einsatz gewährleistet. Es erlaubt eine globale Einschätzung der Beeinträchtigung und erfasst zentrale Aspekte körperlicher, psychischer und sozialer Probleme, sowie Ressourcenaspekte (Handlungskompetenz, Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung). Eine Validierung des entwickelten Instruments erfolgte an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (N= 2066), sowie an einer klinischen Stichprobe (N= 1533). Neben deutlichen Validitätsbelegen sprechen auch testökonomische Aspekte für eine Anwendung des KPD-38 in den Bereichen Therapieevaluation, Qualitätssicherung und therapiebegleitendes Monitoring des Behandlungsverlaufs.

Danksagung

Wir danken an dieser Stelle den Mitarbeitern und Patienten der Panorama Fachklinik Scheidegg, der Sonnenberg Klinik Stuttgart, der Klinik Wollmarshöhe Bodnegg und dem Psychosomatischen Zentrum Bad Mergentheim für die Unterstützung und Zusammenarbeit.

Gleichstellungsklausel

Alle Status- und Funktionsbezeichnungen in diesem Manual gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form. Die maskuline Schreibweise wird ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwendet.

Überblick KPD-38

Titel	Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38 (KPD-38)
Autoren	Forschungsstelle für Psychotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg
Anwendungsbereich	Selbstbeurteilungsverfahren für den Einsatz in Qualitätssicherung, Ergebnisevaluation und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin
Skalen	Sechs Skalen: Körperbezogene Beeinträchtigung (KOE) Psychische Beeinträchtigung (PSY) Soziale Probleme (SOZ) Handlungskompetenz (KOM) Allgemeine Lebenszufriedenheit (ZUF) Soziale Unterstützung (SOU) Gesamtskala (GES)
Itemanzahl	38
Durchführung	Computer- (Web- AKQUASI) oder Papier-/Bleistift-Vorgabe
Testdauer	Durchschnittliche Bearbeitungszeit: 7 Minuten (Computer)
Auswertung	Berechnung von Skalenwerten Verschiedene Auswertungs- und Rückmeldefunktionen durch das Computerprogramm Web-AKQUASI
Normierung	Bevölkerungsrepräsentative Erhebung (N= 2066) Patientenerhebung (N= 1533)
Objektivität	Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität in hohem Maße gewährleistet
Reliabilität	gute interne Konsistenzen (.75 - .95)
Validität	Belege für faktorielle und konvergente Validität liegen vor

1. Einleitung

Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 erfasst auf sechs Skalen zentrale Merkmale körperlicher, psychischer und sozialer Probleme, sowie Ressourcenaspekte. Das KPD-38 wurde als Selbstbeurteilungsverfahren für den Einsatz in Qualitätssicherung, Ergebnisevaluation und Ergebnismonitoring entwickelt. In diesen Anwendungsfeldern der Psychotherapie gehören Selbstbeurteilungsverfahren zur Standardmethodik (z.B. Schumacher & Brähler, 2000; Stieglitz, 2003). Häufig werden dabei etablierte Fragebögen zu einer Fragebogenbatterie zusammengesetzt und an die jeweilige Situation und die als relevant erachteten Merkmale adaptiert (Kordy, Hannover & Richard, 2001). Bei diesem Vorgehen können diverse inhaltliche und methodische Probleme auftreten. Zum einen sind die wenigsten Fragebögen speziell für eine Anwendung in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring entwickelt worden, was auch bedeutet, dass Validierungsstudien selten den Anforderungen in diesen Bereichen entsprechen. Zum anderen lassen sich redundante Iteminhalte, mangelnde theoretische Fundierung und inkonsistente Itemformulierungen selten vermeiden. Daraus resultieren häufig wenig ökonomische und uneinheitliche Testbatterien. Hinzu kommen Lizenzgebühren, die sich mitunter zu enormen Gesamtkosten summieren können, oder Lizenz einschränkungen, die ein adaptiertes Verwenden verhindern. Um dieser Problematik entgegenzutreten wurde das KPD-38 entwickelt.

2. Zielsetzung und Anwendungsbereich

Das KPD-38 ist ein diagnoseunspezifisches Instrument zur globalen Einschätzung körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen, sowie zentraler Ressourcenaspekte.

Der Anwendungsschwerpunkt des KPD-38 liegt in der Qualitätssicherung, im Ergebnismonitoring und in der Ergebnisevaluation in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Die relevanten Merkmale werden mit dem KPD-38 in einheitlicher Form erfasst, das Instrument ist für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring validiert und in Bezug auf Lizenzbedingungen und Testmerkmale ökonomisch einsetzbar. Damit unterstützt das KPD-38 auch den zunehmenden Einsatz von kontinuierlichem Ergebnismonitoring und computergestützter Testdarbietung in der klinischen Routineversorgung.

Die Anwendung des KPD-38 ist unabhängig von Therapierichtung und Behandlungsschwerpunkt möglich.

3. Fragebogenentwicklung

Als Basis für die Auswahl relevanter Merkmale diente die Gesundheitsdefinition der WHO, wonach Gesundheit als Zustand des umfassenden körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens verstanden wird (WHO, 1948), sowie das bio-psycho-soziale Modell (v. Uexküll & Wesiack, 2003). Als Ergebnisindikatoren sollten somit neben dem seelischen Befinden auch das körperliche und soziale Funktionsniveau erfasst werden.

Weiterhin sollten personale und soziale Ressourcenmerkmale Berücksichtigung finden. Die Grundlage dafür bilden zum einen aktuelle Gesundheitsmodelle, die die Wechselwirkung zwischen Risiko- und Protektivfaktoren betonen (Schwarzer, Jerusalem & Weber, 2002). Zum anderen leitete Grawe aus den Ergebnissen zur Wirksamkeit von Psychotherapie (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) vier allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie ab, wobei Ressourcenaktivierung (Fokussierung auf die positiven Seiten des Patienten) als übergreifender und unspezifischer Wirkfaktor angesehen wird (Grawe, 1999a). Grawe bezeichnet diesen Faktor zudem

als das wichtigste Wirkprinzip zur Erreichung positiver therapeutischer Veränderung (Grawe, 1998).

Die Handlungskompetenz wird als eine der wichtigsten personalen Ressourcen angesehen. Sie drückt sich in Selbstwirksamkeit (self-efficacy), als der Überzeugung, Verhalten erfolgreich ausführen zu können (vgl. Bandura, 1997), als auch in effektiven Copingmechanismen (Lazarus, 1993) aus, ebenso in Selbstmanagement-Fähigkeiten (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

Als wichtige soziale Ressource im Verlauf psychischer Erkrankungen erwies sich die soziale Unterstützung (Fydrich & Sommer, 2003; Klauer & Schwarzer, 2001).

Des Weiteren sollten Aspekte der Lebenszufriedenheit erfasst werden, da diese in der Psychotherapie als Evaluationskriterium zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003).

Anstatt einen neuen Itempool zu generieren, wurde entschieden, Items aus bereits vorliegenden Fragebögen auszuwählen und zu untersuchen. Hierfür bot sich der Itempool des Klinisch Psychologischen Diagnosesystems 2000 (KPD 2000) (Schwarz & Hünerfauth, 2000) aus verschiedenen Gründen an. Das KPD 2000 wurde mit dem Ziel entwickelt, als Teil eines Qualitätsmanagementsystems den spezifischen Anforderungen der klinischen Praxis gerecht zu werden, therapeutische Prozesse transparent zu machen und systematisch zu optimieren (Schwarz & Hünerfauth, 2000), zudem sind alle für den Anwendungsbereich relevanten Merkmale enthalten. Ebenso erwies sich das Instrument als reliabel, konstruktvalid und gut differenzierend zwischen unterschiedlichen Diagnosegruppen (Schwarz & Hünerfauth, 2000).

Der Itempool des KPD 2000 stellt somit die Grundlage für die hier vorliegende Weiterentwicklung dar. Potenzial für eine Verbesserung dieses Instrumentes boten dabei insbesondere das Fehlen repräsentativer Bevölkerungsnormen, testökonomische Aspekte, die komplexe Skalenstruktur und die unzureichende Validierung im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung.

Das KPD-38 wurde basierend auf den Grundlagen der Klassischen Testtheorie entwickelt.

4. Konstruktion des KPD-38

Das KPD 2000 besteht aus 134 Items; davon wurden in einem ersten Schritt 32 Items ausgeschlossen, die die Textpassage „aufgrund meiner Krankheit“ enthielten. Dies begründet sich darin, dass diese Items bei der Befragung einer nichtklinischen Population ungeeignet sind und zum anderen, dass der Krankheitsbegriff in einzelnen Psychotherapie-Schulen unterschiedlich definiert oder ganz vermieden wird.

Voruntersuchungen zum KPD 2000 (vgl. Schwarz & Hünerfauth, 2000) ergaben, dass nur wenige Patienten den Fragebogen inhaltlich schwierig, unangenehm auszufüllen oder unangemessen fanden. Daher wurden die ursprünglichen Formulierungen aus dem KPD 2000 ohne weitere Überarbeitung übernommen.

Ebenso wurde die ursprüngliche Itemreihenfolge und das vierstufige Antwortformat (ohne mittlere Ausprägung) des KPD 2000 übernommen. Es bestehen dabei die Antwortalternativen „trifft nicht zu“, „trifft weniger zu“, „trifft eher zu“, „trifft genau zu“, was eine sprachlich gut verständliche Grundlage für die Beantwortung darstellt. Das vierstufige Antwortformat wird in der Literatur kontrovers diskutiert (vgl. Bortz & Döring, 2002): Auf der einen Seite ist das Risiko für Antwortartefakte erhöht, auf der anderen Seite kann so das Problem der unklaren Bedeutung der mittleren Kategorie umgangen und der Tendenz zur Mitte entgegengewirkt werden.

5. Bevölkerungsrepräsentative Erhebung und Normierung

Eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe (N= 2066) wurde Ende 2002 im Auftrag der Forschungsstelle für Psychotherapie durch das Meinungsforschungsinstitut USUMA bundesweit erhoben. Für die Erhebung wurde ein ADM- Design¹ verwendet. An 3194 ermittelten Adressen wurden auswertbare Daten von 2006 Personen gesammelt. Die Zielpersonen wurden von geschulten Interviewern zu Hause aufgesucht, wobei ihnen verschiedene Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt wurden, darunter auch die 102 aus dem KPD 2000 ausgewählten Items. In Tabelle 1 sind die soziodemografischen Merkmale der Bevölkerungsstichprobe dargestellt.

¹ Mehrstufiges Auswahlverfahren zur Ziehung von Stichproben, v.a. bei bundesweiten repräsentativen Erhebungen und Bevölkerungsumfragen eingesetzt.

Zum überwiegenden Teil entsprechen diese Merkmale den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2003), mit Ausnahme der Angaben zum Schulabschluss: in der Stichprobe sind Personen mit höheren Bildungsabschlüssen unterrepräsentiert (16,6% im Vergleich zu 22,4% laut Statistischem Bundesamt) und Personen mit mittlerer Reife überrepräsentiert (35,2% im Vergleich zu 27,8%).

Tabelle1: Soziodemografische Beschreibung: Bevölkerungsstichprobe (N=2066)

Alter N= 2066		range: 14 - 93 M= 49 (SD= 18.1)
Geschlecht N= 2066	Männlich Weiblich	47.0% 53.0%
Familienstand N= 2066	Verheiratet Getrennt Ledig Geschieden Verwitwet	49.6% 1.2 % 24.6% 10.7% 13.9%
Schulabschluss N= 2066	Ohne/ Sonst. Hauptschule Mittlere Reife Fach- bzw. Hochschulreife/ Abgeschlossenes Uni- bzw. FH- Studium	2.0% 46.3% 35.2% 16.0%

Die Endfassung des vorliegenden Instruments wurde anhand dieser Bevölkerungsstichprobe entwickelt.

In einem ersten Schritt erfolgte eine inhaltliche Zuordnung der 102 Items zu den sechs Bereichen: „Körperbezogene Beeinträchtigung“ (KOE), „Psychische Beeinträchtigung“ (PSY), „Soziale Probleme“ (SOZ), „Handlungskompetenz“ (KOM), „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ (ZUF) und „Soziale Unterstützung“ (SOU). Insgesamt fünf Items, die verschiedene Aspekte der Arbeitssituation betrafen, konnten nicht zugeordnet werden und wurden nicht übernommen.

Konnte ein Item nicht eindeutig einem der sechs Bereiche zugeordnet werden, wurde es in einem vorläufigen Schritt allen in Betracht kommenden Bereichen zugeordnet. Diese inhaltliche Zuordnung wurde über die Item-Skala-Korrelation kontrolliert, wobei nur Items mit $r_{it} > .40$ beibehalten wurden. Weiterhin orientierte sich die endgültige Zuordnung der Items zu den Bereichen an zwei Kriterien: es wurden so viele Items aufgenommen, dass die interne Konsistenz möglichst $\alpha > .80$ und die Abdeckung des Summenwertes aller Items des Bereiches $r > .90$ betragen. Weiterhin waren

Kriterien für die Aufnahme einzelner Items deren Aufnahmeposition bei schrittweiser Regression aller Items eines Bereiches auf den zugehörigen Summenwert, sowie die Auswirkung der Aufnahme des Items auf die interne Konsistenz. Das Kriterium der sprachlichen Formulierung kam zum Tragen, wenn mehrere gleichwertige Items vorlagen. Nach dieser Auswahl resultierten 38 Items, die den sechs Bereichen zugeordnet wurden. (siehe Tabelle 2)

Tabelle 2: Skalen des KPD-38

	Skalenbezeichnung	Itemanzahl
KOE	Körperbezogene Beeinträchtigung	5
PSY	Psychische Beeinträchtigung	14
SOZ	Soziale Probleme	9
KOM	Handlungskompetenz	5
ZUF	Allgemeine Lebenszufriedenheit	2
SOU	Soziale Unterstützung	3

Die Faktorenstruktur für die Bevölkerungsstichprobe wurde explorativ gewonnen. Aufgrund ordinaler Antwortskalierung wurde MINRES als Extraktionsmethode mit dem Kriterium Eigenwert > 1 verwendet (Jöreskog, 2003). Die Faktoren wurden anschließend nach dem VARIMAX- Kriterium rotiert. Die ermittelte Faktorenstruktur in der Bevölkerungsstichprobe deckt sich weitgehend mit der postulierten Skalenstruktur (siehe Tabelle 3). Jedoch bilden die beiden Skalen PSY und SOZ einen gemeinsamen Faktor. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit WLS als Schätzverfahren lieferte einen Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) von .96 ($\text{Chi}^2/\text{df} = 4250/650$; $\text{RMSEA} = .05$), was für eine gute Anpassung des berechneten Modells spricht (Browne & Cudeck, 1993). Damit liegt ein Beleg für die faktorielle Validität des KPD-38 für die Bevölkerungsstichprobe vor.

Tabelle 3: Faktorladungen der Bevölkerungsstichprobe

Item	Skala	KOE	PSY/ SOZ	ZUF	KOM	SOU
1.	KOE	.78	.30	.04	.13	.01
2.	KOE	.74	.30	.04	.19	.14
4.	KOE	.76	.37	.12	.14	.04
6.	KOE	.80	.23	.07	.11	-.02
7.	KOE	.85	.28	.13	.17	-.01
8.	PSY	.53	.42	.24	.21	.01
10.	PSY	.17	.57	.01	.06	-.07
12.	PSY	.57	.52	.21	.16	-.05
13.	PSY	.38	.46	.30	.08	-.01
15.	PSY	.26	.52	.10	.29	.19
17.	PSY	.44	.57	.25	.20	.14
19.	PSY	.38	.62	-.03	.16	.08
20.	PSY	.35	.55	-.08	.10	.05
21.	PSY	.27	.70	-.11	.24	-.04
23.	PSY	.16	.66	-.03	.10	-.14
33.	PSY	.26	.43	.01	-.04	.07
34.	PSY	.31	.61	.12	.12	-.01
35.	PSY	.11	.54	.08	-.16	-.04
37.	PSY	.40	.61	.16	.12	.03
11.	SOZ	.20	.66	-.01	.30	.02
18.	SOZ	.12	.60	.06	-.04	-.05
25.	SOZ	.31	.54	.28	.08	.20
28.	SOZ	.12	.61	.11	-.13	-.03
29.	SOZ	.13	.62	.21	-.09	.19
30.	SOZ	.26	.58	.02	.05	.22
31.	SOZ	.31	.60	.15	.20	.23
36.	SOZ	-.01	.47	.07	-.05	-.20
38.	SOZ	.12	.69	.14	.02	.08
14.	ZUF	.41	.24	.54	.30	.19
26.	ZUF	.39	.23	.56	.41	.16
9.	KOM	.29	.14	.25	.49	.17
16.	KOM	.10	.02	.00	.69	.26
24.	KOM	.20	.08	.16	.74	.14
27.	KOM	.14	.07	.08	.70	.15
32.	KOM	.08	-.10	-.05	.47	.25
3.	SOU	-.03	-.02	.07	.32	.71
5.	SOU	.00	.01	.00	.42	.74
22.	SOU	.09	.02	.14	.35	.73

* grau unterlegt: erwartungskonform, fett: Maximalwert

Die Verteilungskennwerte der Skalen für die Bevölkerungsstichprobe sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Daten der Bevölkerungsstichprobe weisen linksschiefe Verteilungen auf (KOE: .97, PSY: .35, SOZ: .30, KOM: .37, ZUF: .40, SOU: .48, GES: .42)

Tabelle 4: Verteilungen der KPD-38- Skalen, Bevölkerungsstichprobe (N=2066)

Skalen	M	SD	Min	Max	1. Quartil	Median	3. Quartil
KOE	1.64	0.70	1.00	4.00	1.00	1.40	2.00
PSY	1.95	0.55	1.00	4.00	1.50	1.93	2.36
SOZ	2.04	0.55	1.00	3.89	1.67	2.00	2.44
KOM	2.24	0.62	1.00	4.00	1.80	2.20	2.60
ZUF	2.14	0.74	1.00	4.00	1.50	2.00	2.50
SOU	2.06	0.81	1.00	4.00	1.33	2.00	2.67
GES	2.00	0.47	1.00	3.84	1.65	1.95	2.32

Die Skalenwerte korrelieren mit Ausnahme von KOM und SOU mit dem Alter. Dabei geben ältere Personen höhere Werte an, als jüngere (r von .16 (ZUF) bis .38 (KOE), $p < .01$). Weiterhin unterscheiden sich in der Bevölkerungsstichprobe die Verteilungen der Skalen bezüglich des Geschlechts, mit Ausnahme von SOU. Frauen geben dabei höhere Werte an als Männer. (siehe Tabelle 5)

Tabelle 5: Verteilung der KPD-38 Skalen, Geschlechtsunterschiede in der Bevölkerungsstichprobe(N=2066)

		KOE	PSY	SOZ	KOM	ZUF	SOU	GES
Männer	M	1.53	1.84	1.94	2.17	2.07	2.09	1.91
	SD	0.65	0.53	0.54	0.63	0.73	0.84	0.46
	MD	1.20	1.79	1.89	2.00	2.00	2.00	1.86
Frauen	M	1.74	2.04	2.12	2.30	2.20	2.05	2.08
	SD	0.72	0.55	0.54	0.61	0.74	0.78	0.47
	MD	1.60	2.00	2.11	2.20	2.00	2.00	2.04

Alle Skalen korrelieren untereinander mit Korrelationskoeffizienten zwischen .08 und .80 ($p < .05$). Dabei findet sich die höchste Korrelation zwischen den Skalen PSY und SOZ (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Interkorrelationen der KPD-38 Skalen - Bevölkerungsstichprobe

	PSY	SOZ	SOU	KOM	ZUF	GES
KOE	.66	.48	.09	.30	.50	.79
PSY		.80	.08	.26	.50	.83
SOZ			.08	.15	.40	.72
SOU				.52	.32	.30
KOM					.48	.60
ZUF						.80

Reliabilität

Die internen Konsistenzen der KPD-38-Skalen reichen von .75 (KOM) bis .90 (KOE) (Tabelle 7). Cronbachs Alpha der Gesamtskala (GES) beträgt .91, was -in Anbetracht der Kürze des Instruments- für eine hohe Reliabilität des KPD-38 spricht.

Tabelle 7: Interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Bevölkerungsstichprobe

Skala	α
KOE	.90
PSY	.89
SOZ	.82
KOM	.75
ZUF	.78
SOU	.80
GES	.91

Eine Retest-Reliabilität des KPD-38 kann mit den Daten der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe nicht angegeben werden.

6. Skalenbeschreibung

KOE: Körperbezogene Beeinträchtigung

Die fünf Items dieser Skala beschreiben unspezifische somatische Probleme, die häufig mit psychischen Erkrankungen einhergehen. Es werden Erschöpfungs- und Schwächegefühle, körperliches Unwohlsein, Schmerzen, sowie Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit erfasst.

PSY: Psychische Beeinträchtigung

Die Skala Psychische Beeinträchtigung enthält 14 Items, die charakteristische Merkmale häufiger psychischer Störungen erfragen. So sind kennzeichnend für affektive Störungen Items enthalten, die Gefühle von Niedergeschlagenheit und innerer Leere, Sinnlosigkeitsgefühle und die Neigung zum Grübeln erfragen. Als Merkmale für Angststörungen werden Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten erfasst. Zudem werden Probleme erfasst, die das Selbstvertrauen betreffen, die Emotionskontrolle (Impulsivität, Ärger), sowie Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Faktoren.

SOZ: Soziale Probleme

Diese Skala enthält neun Items, die Gefühle von Einsamkeit, Wunsch nach mehr Zuwendung durch andere Menschen, mangelnde Bindung, sowie Schwierigkeiten im sozialen Kontext erfragen.

KOM: Handlungskompetenz

Durch die fünf Items der Skala Handlungskompetenz wird erfasst, wie die Probanden ihre Fähigkeit schwierige Situationen zu bewältigen und eigene Interessen durchzusetzen, einschätzen. Weiterhin wird die Einstellung der Zukunft gegenüber erfragt.

ZUF: Allgemeine Lebenszufriedenheit

Mit zwei Items wird in dieser Skala die aktuelle Zufriedenheit, genauer Gefühle des Zufrieden- und Glücklichseins der Probanden erfragt.

SOU: Soziale Unterstützung

Die Skala soziale Unterstützung thematisiert Aspekte des sozialen Netzwerkes. Durch drei Items wird Hilfestellung durch Andere und wahrgenommene emotionale Unterstützung erfasst.

7. Patientenerhebung und Normierung

Eine 2003/2004 durchgeführte erste Exploration an 351 Patienten eines Fachkrankenhauses für Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin sprach bereits für die Eignung des Klinisch Psychologischen Diagnosesystems 38 als Monitoring- und Qualitätssicherungsinstrument (Percevic et al., 2005). Jedoch musste aufgrund des zu geringen Stichprobenumfangs hierbei auf eine faktorenanalytische Überprüfung der Skalen verzichtet werden. Es wurde daher zwischen März 2003 und August 2005 eine Patientenerhebung an vier Fachkliniken mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Fachklinik für Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin und Naturheilverfahren, privates Fachkrankenhaus für psychosomatische und internistische Medizin, Fachklinik für analytische Psychotherapie und Spezialklinik für Essstörungen, Borderlinetherapie und Traumatherapie) durchgeführt. Von den insgesamt 2197 Patienten, die in diesem Zeitfenster in den Kliniken in Behandlung waren, wurden die Daten derjenigen Patienten verwendet, von denen KPD-38 Daten bei Aufnahme und Entlassung vorlagen und die mindestens 18 Jahre alt waren; insgesamt umfasst die Stichprobe 1533 Patienten.

In drei der vier Kliniken wurde das KPD-38 computergestützt durch Web- AKQUASI (siehe Abschnitt 8.4, Seite 24; Percevic, Gallas, Arian, Mößner & Kordy, 2006) erhoben, was sich als psychometrisch äquivalent zu der Papier-/Bleistift-Vorgabe erwiesen hat (Percevic et al., 2005). Deshalb wird im Weiteren nicht zwischen den Vorgabemodalitäten unterschieden. Die Auswertungen der Daten dieser klinischen Stichprobe erfolgte jeweils getrennt für Aufnahme und Entlassung.

Die soziodemografischen Variablen dieser Patientenerhebung sind in Tabelle 8 dargestellt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 48,3 Tage (SD= 37.9).

Tabelle 8: Soziodemografische Beschreibung: Patientenerhebung

Alter N= 1319		range: 18 - 74 M= 43.5 (SD= 12.7)
Geschlecht N= 1438	Männlich Weiblich	31.4% 68.6%
Familienstand * N= 1430	Verheiratet (bzw. wieder) Getrennt Ledig Geschieden Verwitwet	45.6% 6.9% 34.1% 12.2% 3.6%
Schulabschluss N= 1424	Ohne/ Sonst. Hauptschule Mittlere Reife Fach- bzw. Hochschulreife/ Abgeschlossenes Uni- bzw. FH- Studium	8.7% 11.4% 22.4% 44.2%
Erstdiagnosen (Hauptkategorien nach ICD-10) N=1400	F3 F4 F5 F6 sonstige	51.5% 24.4% 8.4% 12.3% 3.4%

* Mehrfachnennungen möglich

Die in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ermittelte Skalenstruktur kann sich durchaus von jener in einer Patientenstichprobe unterscheiden. Daher wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse zur Überprüfung der Faktorenstruktur des KPD-38 mit den Daten der Patientenerhebung durchgeführt. Für die Daten zum Aufnahmezeitpunkt ergab sich ein AGFI von .96 ($\text{Chi}^2/\text{df} = 5204/650$; RMSEA: .07). Für die Entlassungserhebung ergab sich ein AGFI von .97 ($\text{Chi}^2/\text{df} = 3518/650$; RMSEA: .05). Die Anpassungsmaße AGFI und RMSEA sprechen auch hier für die Angemessenheit des Modells für die analysierten Daten (Browne & Cudeck, 1993). Die vorgeschlagene Skalenstruktur mit sechs Skalen lässt sich folglich auch mit hinreichender Güte zu beiden Zeitpunkten der Patientenerhebung replizieren. Diese zweifache Replikation der Skalenstruktur ist dabei für den Anwendungszweck des KPD-38 von besonderem Wert. Zudem sprechen die Ergebnisse dafür, dass die faktorielle Validität in der Patientenerhebung in ausreichendem Maße gegeben ist.

Die Verteilungskennwerte der Skalen für die Patientenerhebung sind in Tabelle 9 dargestellt. Bei Aufnahme zeigen alle Skalen bis auf SOU rechtssteile Verteilungen (KOE: -.34, PSY: -.67, SOZ: -.31, KOM: -.29, ZUF: -.73, SOU: .30, GES: -.50).

Zur Entlassung aus der Klinik zeigen die Skalen SOU und KOE linkssteile Verteilungen, die anderen Skalen behalten ihre rechtssteilen Verteilungen in abgeschwächter Form bei (KOE: .39, PSY: -.36, SOZ: -.27, KOM: -.08, ZUF: -.25, SOU: .43, GES: -.21).

Tabelle 9: Verteilungen der KPD-38- Skalen, Patientenerhebung (N= 1533)

	Skalen	M	SD	Min	Max	1. Quartil	Median	3. Quartil
Aufnahme	KOE	2.86	0.74	1.00	4.00	2.40	3.00	3.40
	PSY	3.13	0.49	1.21	4.00	2.86	3.14	3.50
	SOZ	2.87	0.55	1.00	4.00	2.56	2.89	3.22
	KOM	2.95	0.57	1.00	4.00	2.60	3.00	3.40
	ZUF	3.33	0.67	1.00	4.00	3.00	3.50	4.00
	SOU	2.14	0.79	1.00	4.00	1.50	2.00	2.67
	GES	3.03	0.44	1.40	4.00	2.74	3.06	3.34
Entlassung	KOE	2.20	0.79	1.00	4.00	1.60	2.20	2.80
	PSY	2.77	0.61	1.00	4.00	2.36	2.79	3.21
	SOZ	2.67	0.61	1.00	4.00	2.28	2.67	3.11
	KOM	2.70	0.62	1.00	4.00	2.20	2.80	3.00
	ZUF	2.91	0.81	1.00	4.00	2.00	3.00	3.50
	SOU	2.04	0.76	1.00	4.00	1.33	2.00	2.67
	GES	2.65	0.57	1.00	4.00	2.24	2.68	3.06

Alle Skalen mit Ausnahme von ZUF weisen jeweils zu beiden Zeitpunkten der Patientenerhebung Verteilungsunterschiede bezüglich des Geschlechts auf. Dabei geben Männer höhere Werte auf der Skala SOU an und Frauen höhere Werte auf den anderen Skalen des KPD-38. (siehe Tabelle 10).

Des weiteren bestehen bei Männern und Frauen zu beiden Erhebungszeitpunkten Zusammenhänge zwischen dem Alter und den KPD-38 Skalen. Außer auf den Skalen KOE und SOU zeigen sich signifikante negative Korrelationen ($p < .01$), was bedeutet, dass höheres Alter mit niedrigeren Werten (geringere Belastung) einhergeht. Bei Aufnahme zeigen sich Korrelationen zwischen -.13 (KOM) und -.17

(SOZ), zum Entlassungszeitpunkt zwischen $-.14$ (SOZ) und $-.18$ (PSY). Ferner korreliert bei Frauen die Skala KOE bei Aufnahme positiv mit dem Alter.

Insgesamt sind diese Zusammenhänge zwar signifikant, aber aufgrund der Stichprobengröße als eher gering zu beurteilen.

Tabelle 10: Verteilung der KPD-38 Skalen in der Patientenerhebung (N= 1533): Geschlechtsunterschiede bei Aufnahme und Entlassung

			KOE	PSY	SOZ	KOM	ZUF	SOU	GES
Aufnahme	Männer	M	2.77	3.03	2.78	2.84	3.32	2.25	2.95
		SD	0.73	0.53	0.55	0.59	0.68	0.78	0.46
		MD	2.80	3.07	2.83	2.80	3.50	2.33	2.98
	Frauen	M	2.93	3.18	2.91	2.99	3.34	2.10	3.07
		SD	0.73	0.47	0.55	0.57	0.66	2.00	0.43
		MD	3.00	3.21	2.88	3.00	3.50	0.79	3.11
Entlassung	Männer	M	2.11	2.64	2.57	2.57	2.84	2.12	2.55
		SD	0.77	0.64	0.61	0.65	0.81	0.77	0.58
		MD	2.00	2.68	2.55	2.60	3.00	2.00	2.59
	Frauen	M	2.26	2.83	2.71	2.76	2.95	2.01	2.70
		SD	0.79	0.59	0.60	0.60	0.80	0.75	0.55
		MD	2.20	2.86	2.78	2.80	3.00	2.00	2.73

Die Effektstärken, das Ausmaß an reliablen Veränderungen und die kritischen Differenzen sind in Tabelle 11 dargestellt. Das größte Ausmaß an Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung zeigt sich auf der Skala KOE (ES= 0.86), gefolgt von der Gesamtskala GES (ES= 0.75). Der Median der Effektstärken liegt bei 0.57. Betrachtet man die Anzahl der reliablen Veränderungen, zeigt sich auf der Gesamtskala in 43,6% der Fälle eine Verbesserung, bei 54,7% ein unveränderter Zustand und bei 1,6% eine Verschlechterung. Die kritischen Differenzen für die Skalen des KPD-38 liegen zwischen 0.39 für die Gesamtskala GES und 1.00 für die Skala SOU.

Tabelle 11: Effektstärken, reliable Veränderungen und kritische Differenzen

	Effektstärke ²	Reliable Veränderung ³						Kritische Differenz ⁴
	ES	unverändert	verbessert	verschlechtert			KD	
KOE	0.86	N= 833	54,3%	N= 681	44,4%	N= 19	1,2%	0.61
PSY	0.65	N= 944	61,6%	N= 560	36,5%	N= 29	1,9%	0.51
SOZ	0.34	N= 1229	80,2%	N= 268	17,5%	N= 36	2,3%	0.65
KOM	0.42	N= 1365	89,0%	N= 158	10,3%	N= 10	0,7%	0.86
ZUF	0.57	N= 1017	66,3%	N= 470	30,7%	N= 46	3,0%	0.96
SOU	0.13	N= 1045	68,2%	N= 304	19,8%	N= 184	12,0%	1.00
GES	0.75	N= 838	54,7%	N= 669	43,6%	N= 24	1,6%	0.39

Sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung sind die Skalen des KPD-38 untereinander korreliert ($p < .01$). Die Korrelationskoeffizienten sind in Tabelle 12 dargestellt und liegen zwischen .15 und .65 bei Aufnahme und zwischen .26 und .78 bei Entlassung. Insgesamt sind die Korrelationskoeffizienten zum Entlassungszeitpunkt höher als zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Tabelle 12: Interkorrelationen der KPD-38 Skalen bei der Patientenerhebung (Aufnahme und Entlassung)

		PSY	SOZ	SOU	KOM	ZUF	GES
Aufnahme	KOE	.43	.26	.15	.26	.26	.64
	PSY		.65	.16	.65	.49	.84
	SOZ			.37	.21	.38	.72
	SOU				.21	.21	.30
	KOM					.55	.78
	ZUF						.73
Entlassung	KOE	.60	.44	.26	.47	.51	.75
	PSY		.78	.27	.74	.65	.90
	SOZ			.39	.62	.53	.80
	SOU				.31	.32	.37
	KOM					.71	.85
	ZUF						.84

$$^2 ES = \frac{M_{pre} - M_{post}}{\sqrt{\frac{SD_{pre}^2 + SD_{post}^2}{2}}}$$

$$^3 RC = \frac{X_{post} - X_{pre}}{\sqrt{2SE^2}}$$

$$^4 KD = 1.96 * \sqrt{2(SE)^2}$$

Validität

Zur Untersuchung der konvergenten und divergenten Validität des KPD-38 wurden bei der klinischen Stichprobe verschiedene Instrumente parallel zum KPD-38 erhoben.

Dafür wurden die SCL-90-R (Symptom-Checkliste von Derogatis; Franke, 1995) und der OQ-45.2 (Outcome Questionnaire 45.2; Lambert et al., 2002) als Selbstbeurteilungsverfahren und der BSS (Beeinträchtigungsschwerescore; Schepank, 1995) als Fremdbeurteilungsinstrument ausgewählt. Einen Überblick dazu liefert Tabelle 13, die Korrelationstabellen befinden sich im Anhang.

Zum Aufnahmezeitpunkt korrelieren die SCL-90-R Gesamtskala (GSI) und die KPD-38 Gesamtskala (GES) zu .63 ($p < .01$). Es zeigen sich zwischen der SCL-90-R-Gesamtskala und den Skalen des KPD-38 Korrelationen von .24 (GSI * SOU, $p < .01$) bis .59 (GSI * PSY, $p < .01$). Zudem zeigen sich recht hohe, erwartungskonforme Korrelationen zwischen einigen Subskalen der beiden Instrumente. So korrelieren die SCL-90-R-Subskala „Somatisierung“ (Skala 1) und die KPD-38 Skala KOE (Körperbezogene Beeinträchtigung) zu .54 ($p < .01$), die Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (Skala 3) des SCL-90-R und die SOZ (Soziale Probleme) Skala des KPD-38 zu .58 ($p < .01$). Weiterhin korreliert die Subskala „Depressivität“ (Skala 4, SCL-90-R) mit der Skala PSY (Psychische Beeinträchtigung, KPD-38) zu .61 ($p < .01$) und mit der Skala ZUF (Allgemeine Lebenszufriedenheit, KPD-38) zu .47 ($p < .01$).

Zum Entlassungszeitpunkt zeigt sich eine Korrelation von .60 ($p < .01$) zwischen den beiden Gesamtskalen der Instrumente.

Weiterhin zeigen sich recht hohe Korrelationen zwischen dem OQ 45.2 und den Skalen des KPD-38. Die Gesamtskalen korrelieren hierbei zu .80 ($p < .01$) zu beiden Erhebungszeitpunkten. Auch auf Subskalenebene zeigen sich hierbei erwartungskonforme Korrelationen (siehe Anhang).

Sogar bei einem Wechsel der Betrachtungsebene des Instrumentes zeigen sich durchaus zufriedenstellende Korrelationen. Der BSS erfasst die Einschätzung der Beeinträchtigung des Patienten aus Sicht des jeweiligen behandelnden Therapeuten. Die BSS- Gesamtskala korreliert mit der KPD-38-Gesamtskala bei Aufnahme zu .26 ($p < .01$) und zum Entlassungszeitpunkt zu .39 ($p < .01$). Insgesamt zeigen sich zum Entlassungszeitpunkt höhere Korrelationen zwischen beiden Instrumenten, was dadurch erklärt werden kann, dass der Therapeut bei Entlassung über ein

differenzierteres Bild vom Patienten verfügt als bei Aufnahme und ebenso für die Validität des KPD-38 spricht.

Insgesamt sprechen die Korrelationen mit den klinischen Instrumenten SCL-90-R, OQ 45.2 und BSS für eine zufriedenstellende Validität des KPD-38.

Tabelle 13: Korrelation der KPD-38 Skalen mit den Gesamtskalen anderer Instrumente

	Gesamtskala	KOE	PSY	SOZ	SOU	KOM	ZUF	GES
Aufnahme	SCL-90-R	.47	.59	.50	.24	.41	.36	.63
	OQ 45.2	.53	.71	.61	.35	.60	.57	.80
	BSS	.23	.20	.17	.10	.18	.17	.26
Entlassung	SCL-90-R	.54	.57	.53	.30	.41	.42	.60
	OQ 45.2	.62	.71	.61	.35	.60	.57	.80
	BSS	.37	.32	.26	.18	.32	.32	.39

Reliabilität

Die internen Konsistenzen der Skalen des KPD-38 liegen bei Aufnahme zwischen .75 (ZUF) und .91 (GES). Bei der Entlassung betragen die Werte der internen Konsistenzen zwischen .83 (KOM) und .95 (GES) und sind damit etwas höher als bei Aufnahme. (siehe Tabelle 14)

Tabelle 14: Interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Patientenerhebung bei Aufnahme und Entlassung

Skala	α - Aufnahme	α - Entlassung
KOE	.82	.87
PSY	.85	.91
SOZ	.79	.85
KOM	.76	.83
ZUF	.75	.85
SOU	.83	.86
GES	.91	.95

Eine Retest-Reliabilität kann auch für die Patientenerhebung nicht berechnet werden, da eine Veränderung zwischen der Aufnahme- und Entlassungs-Erhebung durch die psychotherapeutische Behandlung intendiert wird.

Als Limitation bleibt anzumerken, dass die hier untersuchte klinische Stichprobe nicht das gesamte Spektrum der psychosozialen Versorgung und das entsprechende Klientel abdeckt, auch wenn die vier beteiligten Kliniken unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte aufweisen.

8. Testanwendung

Bei der Anwendung des KPD-38 sind keine besonderen Hinweise nötig.

Die kurze und verständliche Testinstruktion befindet sich zu Beginn des Fragebogens auf der ersten Seite. Zudem kann es für den Probanden hilfreich sein, wenn der Untersucher kurz die Ziele der Untersuchung darstellt und eine geeignete Arbeitsatmosphäre schafft. Die Anwendung des KPD-38 wird für Jugendliche ab 14 und Erwachsene empfohlen.

8.1 Durchführung

Das KPD-38 kann sowohl als Papier/ Bleistift-Verfahren, wie auch computergestützt verwendet werden. Es wurden keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in den Rohwertverteilungen zwischen beiden Vorgabe-Modalitäten gefunden (Kolmogorov-Smirnov- Test: $p > .58$), ebenfalls zeigten sich auf Skalenebene keine systematischen Unterschiede (Percevic et al., 2005). Die computergestützte Durchführung des KPD-38 dauert durchschnittlich 7 Minuten (SD= 3.2, Min= 2.24, Max: 18.29, Median= 6.03), wobei keine Beschränkung für eine maximale Bearbeitungszeit vorliegt. Die Objektivität hinsichtlich der Durchführung ist bei dem KPD-38, insbesondere bei der Bearbeitung am Computer (Web-AKQUASI) in sehr hohem Maße gegeben.

8.2 Auswertung allgemein

Den Items des KPD-38 werden folgende Werte zugeordnet:

1 : „trifft nicht zu“, 2: „trifft weniger zu“, 3: „trifft eher zu“, 4: „trifft genau zu“

Items mit positiver Fragestellung (Items Nr. 3, 5, 9, 14, 16, 22, 24, 26, 27, 32) werden für die Bildung von Skalenwerten umgepolt (1=4, 2=3, 3=2, 4=1).

Die Skalenwerte werden als die Mittelwerte der jeweils enthaltenen Items berechnet. Damit umfassen alle Skalen den Bereich von eins bis vier, wobei niedrige Werte mit positiver Valenz besetzt sind - weniger Beschwerden, mehr Ressourcen, mehr Zufriedenheit.

Die Gesamtskala GES wird als Mittelwert der Skalen KOE, PSY, SOZ, KOM und ZUF berechnet. Der Mittelwert wurde anstelle der Summe aller Items verwendet, um die Gewichtung jeder Skala unabhängig von der Anzahl der enthaltenen Items zu erhalten. Die Skala SOU wurde hierfür ausgelassen, da Änderungen in diesem Bereich weniger als Auswirkung einer (stationären) Psychotherapie erwartet werden.

Tabelle 15: Skalen des KPD-38 und zugehörige Items

Skalenbezeichnung		Items	Anzahl
KOE	Körperbezogene Beeinträchtigung	1, 2, 4, 6, 7	5
PSY	Psychische Beeinträchtigung	8, 10, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 23, 33, 34, 35, 37	14
SOZ	Soziale Probleme	11, 18, 25, 28, 29, 30, 31, 36, 38	9
KOM	Handlungskompetenz	9*, 16*, 24*, 27*, 32*	5
ZUF	Allgemeine Lebenszufriedenheit	14*, 26*	2
SOU	Soziale Unterstützung	3*, 5*, 22*	3
GES	Gesamtskala	KOE, PSY, SOZ, KOM, ZUF	

*diese Items werden umgepolt

8.3 Umgang mit fehlenden Werten/ missings

Bei der computergestützten Vorgabe besteht die Möglichkeit, keine missings zuzulassen (was empfohlen wird). Treten bei der Papier-/Bleistift-Verwendung des KPD-38 fehlende Werte auf, sollte auf eine Auswertung verzichtet werden, da das Instrument sehr kurz ist und Skalenwerte ausgewertet werden, die sich teilweise aus wenigen Items zusammensetzen.

8.4 Computergestützte Auswertung: Web-AKQUASI

Für die Auswertung des KPD-38 eignet sich die Software Web-AKQUASI, die zur Unterstützung von Ergebnismonitoring und ergebnisorientierter Qualitätssicherung in der Psychotherapie entwickelt wurde. Wie bereits erwähnt bestehen keine systematischen Unterschiede zwischen den Vorgabemodalitäten Papier-/Bleistift und computergestützt, deshalb wird aus Gründen der Testökonomie auf die computergestützte Erfassung und Auswertung mittels Web-AKQUASI verwiesen.

Web-AKQUASI bietet die Möglichkeit zur computergestützten Testdarbietung und stellt Auswertungs- und Rückmeldefunktionen auf individueller und Gruppenebene bereit (Percevic et al., 2006). In diesem Manual soll kurz die Rückmeldung durch Web-AKQUASI dargestellt werden. Detaillierte Informationen zu Web-AKQUASI finden sich in dem entsprechenden Handbuch (vgl. Gallas et al., 2006) bzw. durch den Kontakt zur Forschungsstelle für Psychotherapie.

In Web-AKQUASI erhält der Anwender eine Übersicht über den Zustand des Patienten und seinen Behandlungsverlauf, ebenso wird eine Bewertung der Behandlung für einen entsprechenden Zeitraum angegeben (in Abbildung 1: „nicht auffällig“).

Abbildung 1: Zusammenfassende Rückmeldung in Web-AKQUASI

Ergebnis Monitoring					
Patient: 994547, von Aufn. Pat. (05.11.2003) bis Zw. Pat. (04.12.2003)					
Nicht auffällig (Überwiegend Verbesserung)(Therapie fortsetzen)					
		Bereich	Zustand	Veränd.	letzte Veränd.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Allgemeinbef. m. körp. Asp.	43	↑	⇄
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Psychische Beschwerden	77	⇄	↓
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Soziale Probleme	35	↑	⇄
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Handlungskompetenz	90	→	→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zufriedenheit	70	⇄	⇄
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gesamt	66	⇄	⇄
von <input type="text" value="04.11.2003 Aufn. Th."/> bis <input type="text" value="04.12.2003 Zw. Pat."/>					

In der Tabelle werden die Skalen des KPD-38 mit dem aktuellen Skalenwert (‚Zustand‘), die Gesamtveränderung und die Veränderung seit der letzten Erhebung angezeigt. Bei ‚Zustand‘ sind die Skalenwerte der letzten Erhebung in Percentilen im Vergleich zu einer Normpopulation angegeben, wobei rote Kennzeichnung einen im Vergleich zur Norm „krankheitswertigen“ Zustand und grün einen Wert im „gesunden“ Bereich kennzeichnet. Bei ‚Veränderung‘ wird die Veränderung zwischen zwei ausgewählten Erhebungen mittels farbigem Pfeil dargestellt. Ebenso erfolgt die Rückmeldung bei ‚letzte Veränderung‘, wo der letzte Messzeitpunkt mit dem vorhergehenden verglichen wird.

Die farbigen Pfeile haben folgende Bedeutung:

-  es hat keine Veränderung stattgefunden; der Patient befindet sich bereits im Zielbereich (grün)
-  es hat keine Veränderung stattgefunden; der Patient befindet sich außerhalb des Zielbereiches (rot/fett)
-  die Werte haben sich reliabel verbessert (grün)
-  die Werte haben sich klinisch signifikant verbessert (grün)
-  die Werte haben sich reliabel verschlechtert (rot/„fett“)
-  die Werte haben sich klinisch signifikant verschlechtert (rot/„fett“)

Weiterhin werden zusätzliche Informationen, wie Patientenzufriedenheit, Diagnose, Alter, Geschlecht, etc. angezeigt und der Anwender kann bei Bedarf die ausgefüllten Fragebögen einsehen. Zudem können auch verschiedene Profile, Verläufe und diverse Abbildungen für den Anwender rückgemeldet werden (siehe Handbuch; Gallas et al., 2006). Somit stellt Web-AKQUASI eine anschauliche und umfassende Auswertung zur Verfügung.

Ebenso ist die Objektivität des Instruments in Bezug auf die Auswertung damit in hohem Maße gewährleistet.

Der KPD-38 kann auch per Hand ausgewertet werden, indem die Skalenwerte aus den entsprechenden Items berechnet werden.

9. Normen

Als Referenzpopulationen dienen eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe mit 2066 Befragten und eine Patientenstichprobe mit 1533 Patienten verschiedener Kliniken. Die Normtabellen (Perzentile) sind nach Alter und Geschlecht differenziert und befinden sich im Anhang.

11. Lizenzbedingungen und Kosten

Das KPD-38 ist im Testverzeichnis des Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) gelistet. Der Fragebogen ist über folgenden Link im Internet zugänglich:

<http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=frei&uuwahl=testarchiveinfo>

Die Verwendung des KPD-38 ist zu Zwecken der Forschung und Lehre kostenfrei. Im Fall einer kommerziellen Nutzung (z.B. Qualitätssicherung) wird eine Gebühr von zwei Euro pro Fall fällig (d.h. zwei Euro pro Proband, unabhängig davon, wie viele einzelne Erhebungen pro Proband durchgeführt werden).

Die Abrechnungsmodalitäten sind mit den Autoren (vgl. Korrespondenzadresse) zu besprechen.

Zu beachten: Unabhängig davon, ob das KPD-38 zu kommerziellen oder Forschungszwecken eingesetzt wird, sind die Autoren über die Verwendung des Instruments zu informieren, um einen Überblick über die Verbreitung des Instruments zu erhalten.

12. Zusammenfassung

In diesem Manual wird das Klinisch- Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38) vorgestellt. Es ist ein vielversprechendes Verfahren für die Ergebnisevaluation, das Ergebnismonitoring und die Qualitätssicherung in der Psychotherapie, das gute psychometrische Eigenschaften aufweist und an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe und einer klinischen Stichprobe normiert wurde.

Die inhaltlich intendierte Skalenstruktur konnte mittels Faktorenanalysen in beiden Stichproben repliziert werden. Diese zweifache Replikation der Skalenstruktur ist für diesen speziellen Anwendungsbereich dabei von besonderem Wert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das KPD-38 eine Alternative zu den üblicherweise in diesem Bereich eingesetzten Verfahren, wie beispielsweise die SCL-90-R (Franke, 1995) oder dem OQ 45.2 (Lambert et al., 2002) darstellt.

Zudem bietet der KPD-38 sehr günstige Lizenzbedingungen und zeichnet sich durch hohe Testökonomie aus.

Das KPD-38 bietet eine Reihe von Perspektiven für Forschung, Klinik und Praxis und macht es damit zu einem sehr vielseitigen Erhebungsinstrument.

Statistik- Software

Für die im vorliegenden Manual dargestellten statistischen Auswertungen wurden SPSS (Version 12.0) und LISREL (Version 8.54) verwendet.

Korrespondenzadresse:

Dr. Hans Kordy

Forschungsstelle für Psychotherapie

Universitätsklinikum Heidelberg

Abteilung für psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Bergheimer Straße 54

69115 Heidelberg

Telefon: ++49-6221-567345

Fax: ++49-6221-567350

E-Mail: hans.kordy@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3., überarb. Aufl., Berlin: Springer.
- Franke, G. (1995). SCL-90R. Die Symptom- Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Fydrich, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung - Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe.
- Gallas, C., Efthimiou, A. & Percevic, R. (2006). Web-AKQUASI – Computergestützte Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Benutzerhandbuch. Unveröffentlichtes Manuskript. Universitätsklinikum Heidelberg. Available: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=7336> [24.11.2006]
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999a). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. Psychotherapeut, 44, 350-359.
- Grawe, K. Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.
- Jöreskog, K.G. (2003). Factor analysis by MINRES. Available: <http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs/minres.pdf> [9.11.2006]
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- Klauer, T. & Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 22 (4), 333- 351.
- Kordy, H., Hannover, W. & Richard, M. (2001). Computer- assisted feedback- driven active quality management for psychotherapy provision: The Stuttgart-Heidelberg Model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 173-183.

- Lambert, M.J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ- 45.2). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31, 40- 47.
- Percevic, R., Gallas, C., Arian, L., Mößner, M. & Kordy, H. (2006). Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. Psychotherapeut, 51, 395-397.
- Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M., & Kordy, H. (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem (KPD-38): Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Diagnostica, 51, 134- 144.
- Percevic, R., Lambert, M.J. & Kordy, H. (2004). Computer-supported monitoring of patient treatment response. Journal of Clinical Psychology, 60 (3), 285- 299.
- Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score: Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Testdiagnostik in der Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie (2. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.) (S.116-128). Stuttgart: Thieme.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarz, M. & Hünerfauth, T. (2000). Das Klinisch-Psychologische Diagnosesystem (KPD2000). Verfahren zur psychometrischen Dokumentation therapeutischer Prozesse und Ergebnisse. Bad Brückenau: Im Eigenverlag.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2002). Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Statistisches Bundesamt (2003). Available: <http://www.destatis.de> [24.02.2005]

Stieglitz, R.D. (2003). Psychodiagnostische Verfahren. In M. Härter, W. Linster & R.D. Stieglitz (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Psychotherapie (S. 97-118). Göttingen: Hogrefe.

Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (2003). "Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin: ein bio-psycho-soziales Modell". In T. v. Uexküll, R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke & W. Wesiack (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (S.3-30). München: Urban & Fischer.

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; Signed on 22 July 1946 by the Representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no.2, p.100) and Entered into Force on 7 April 1948.