

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Verfahrensdokumentation:

EFK Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Franke, G. H. & Jagla-Franke, M. (2021)

Franke, G. H. & Jagla-Franke, M. (2021). EFK. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung [aktualisierte Verfahrensdokumentation, Fragebogen deutsch und englisch, und Auswertung (Item-Skalenzuordnung)]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4893>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie im Testarchiv unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9004126>

Inhaltsverzeichnis

1. Testkonzept	3
1.1 Theoretischer Hintergrund	3
1.2 Testaufbau	3
1.3 Auswertungsmodus.....	4
1.4 Auswertungshilfen.....	6
1.5 Auswertungszeit.....	6
1.6 Itembeispiele	6
1.7 Items	6
2. Durchführung	8
2.1 Testformen	8
2.2 Altersbereiche	8
2.3 Durchführungszeit.....	8
2.4 Material	8
2.5 Instruktion.....	8
2.6 Durchführungsvoraussetzungen	8
3 Testkonstruktion	8
4. Gütekriterien	9
4.1 Objektivität	9
4.2 Reliabilität.....	9
4.3 Validität	10
4.4 Normierung	12
5. Anwendungsmöglichkeiten	13
6. Kurzfassung.....	14
Diagnostische Zielsetzung	14
Aufbau	14
Grundlagen und Konstruktion.....	15
Empirische Prüfung und Gütekriterien.....	15
7. Bewertung.....	15
8. Literatur.....	15

1. Testkonzept

1.1 Theoretischer Hintergrund

Mit dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) etablierten Franke und Jagla 2016 einen krankheitsübergreifenden Fragebogen, der der Erfassung der aktuellen Bewältigungsanstrengungen zur Krankheitsverarbeitung einer Person auf emotionaler, kognitiver und der Verhaltensebene dient.

Krankheitsverarbeitung als solche wird nach Mayer und Filipp (2002, S. 307) definiert als „... all jene Versuche [...], die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen und externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen“. In diesem Zusammenhang muss insbesondere die Zunahme chronischer Krankheiten genannt werden (Bengel et al., 2003). Chronische Erkrankungen gehen in der Folge mit vielfältigen körperlichen und psychosozialen Einschränkungen einher. Dementsprechend kann eine adäquate Diagnostik psychischer Aspekte wie der Krankheitsverarbeitung mit einer Erhöhung der Adhärenz, der Anpassungsleistung sowie der Steigerung der Lebensqualität einhergehen (Härter, 2000, 2002).

Für die Konstruktion und Itemgenerierung des EFK wurden folgende Verfahren kritisch analysiert, die ebenso die Erfassung der Krankheitsbewältigung thematisieren:

- (1) Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens (SEBV; Ferring & Filipp, 1989)
- (2) Fragebogen zur Erfassung der Formen von Krankheitsbewältigung (FEKB; Klauer, Filipp & Ferring, 1989)
- (3) Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK; Klauer & Filipp, 1993)
- (4) Kurzform des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS; Muthny, 1989).

Insbesondere für die Verfahren FKV und TSK konnten im Rahmen mehrerer Untersuchungen keine ausreichenden Kennwerte für die Reliabilität und Validität nachgewiesen werden (Hardt et al., 2003).

1.2 Testaufbau

Der EFK wurde als kurzes Screening-Verfahren mit 45 Items entwickelt. Der Test umfasst in Form eines Fragebogens neun a-priori gebildete Skalen mit je fünf Items zu den Bereichen (Franke & Jagla, 2016, S. 6-7):

- (1) Handelndes, problemorientiertes Coping (HPC): Aktive, kognitiv strukturierende Bewältigungsarbeit
- (2) Abstand und Selbstaufbau (AUS): Suche nach Selbstbestätigung und Ermutigung sowie Ablenkung, Abstand und selbstaufbauende Strategien
- (3) Informationssuche und Erfahrungsaustausch (IUE): Aktive Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung im Gespräch mit anderen Betroffenen und die Suche nach Literatur
- (4) Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr (BWB): Ausblenden und Ignorieren sowie Wunschträume und Herunterspielen
- (5) Depressive Verarbeitung (DV): Selbstmitleid und Rückzug werden erfragt
- (6) Bereitschaft zur Annahme von Hilfe (BAH): Die innere Bereitschaft, sich anderen gegenüber zu öffnen und deren Unterstützung anzunehmen

- (7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung (ASS): Aktive Anstrengungen zur Aufrechterhaltung oder Neuschaffung sozialer Kontakte
- (8) Vertrauen in die ärztliche Kunst (VIÄ): Vertrauen in die Arbeit der ÄrztInnen sowie Compliance
- (9) Erarbeiten eines inneren Halts (EIH): Erarbeiten eines inneren Halts durch religiöse oder alternative ich-stärkende Verhaltensmuster.

Diese Bereiche haben sich testtheoretisch als hinreichend stabil erwiesen (Franke & Jagla, 2016).

1.3 Auswertungsmodus

Zur Auswertung des EFKs werden Summenwerte über alle Items einer Skala berechnet. Anschließend folgt die Division der Summenwerte durch die jeweilige Itemanzahl fünf der neun Skalen (Franke & Jagla, 2016).

Wichtig für die Testauswertung ist die korrekte Beachtung der Zuordnung von Items zu den Skalen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Zuordnung der Items zu den neun Skalen des EFK (i = Invertierung) (Franke & Jagla, 2016)

Skala	Items
(1) HPC: Handelndes, problemorientiertes Coping	4, 6, 12, 26, 27
(2) AUS: Abstand und Selbstaufbau	3, 7, 18, 22, 36
(3) IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch	1, 8, 10, 14, 20
(4) BWB: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr	5, 13, 23, 39, 43
(5) DV: Depressive Verarbeitung	21, 25, 29, 35, 40
(6) BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	9, 15, 30, 34, 45
(7) ASS: Aktive Suche nach sozialer Einbindung	2, 17, 32, 38, 44
(8) VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst	16, 19(i), 24, 33(i), 41
(9) EIH: Erarbeiten eines inneren Halts	11, 28, 31, 37, 42

Interpretation:

Zur aussagekräftigen Interpretation sollte die Umrechnung der Summenrohwerte in Stanine-Werte erfolgen. Auch diese lassen sich übersichtlich für alle neun Skalen standardisiert und basierend auf der Gesamtstichprobe dem Manual entnehmen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Stanine-Werte des EFK, basierend auf N = 1.815 chronisch Kranken (Franke & Jagla, 2016)

Sum	M	HPC	AUS	IUE	BWB	DV	BAH	ASS	VIÄ	EIH
0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1
1	0.2	1	1	2	2	4	2	1	1	2
2	0.4	1	1	3	3	5	2	1	1	3
3	0.6	2	2	3	3	5	3	2	1	3
4	0.8	2	2	4	4	6	3	3	1	4
5	1	2	3	4	5	6	4	3	1	5
6	1.2	3	3	5	5	7	4	3	1	5
7	1.4	3	4	5	6	7	5	4	2	5
8	1.6	3	4	6	6	7	5	4	3	6
9	1.8	4	5	6	7	8	6	5	3	6
10	2	4	5	6	7	8	6	5	4	7
11	2.2	5	6	7	8	8	7	6	4	7
12	2.4	5	6	7	8	9	7	6	5	7
13	2.6	6	7	7	8	9	8	6	6	8
14	2.8	6	7	8	9	9	8	7	6	8
15	3	7	8	8	9	9	9	7	6	9
16	3.2	7	8	8	9	9	9	8	7	9
17	3.4	8	9	9	9	9	9	8	7	9
18	3.6	8	9	9	9	9	9	9	8	9
19	3.8	9	9	9	9	9	9	9	8	9
20	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Für die Interpretation des EFK liegen schließlich Vergleichsdaten der Gesamtstichprobe vor, die neben den Werten für Mittelwert und Standardabweichung, Minimum und Maximum sowie Reliabilitätskennwerte jeder Skala darstellen und Angaben zum Konfidenzintervall (Messung zu einem Zeitpunkt) und zum Reliable Change Index (Veränderungsmessung) machen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Vergleichsdaten von N = 1.815 chronisch Kranken (Franke & Jagla, 2016)

Nr	Skala	M	±	Min	Max	Rel	Konf	RCI
1	HPC: Handelndes problemorientiertes Coping	2.24	.88	0	4	.80	0.77	0.92
2	AUS: Abstand und Selbstaufbau	1.96	.78	0	4	.64	0.92	1.09
3	IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch	1.42	.93	0	4	.79	0.84	0.99
4	BWB: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr	1.22	.71	0	4	.51	0.97	1.16
5	DV: Depressive Verarbeitung	0.71	.70	0	4	.74	0.70	0.83
6	BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	1.48	.76	0	4	.65	0.88	1.05
7	ASS: Aktive Suche nach sozialer Unterstützung	1.93	.89	0	4	.78	0.82	0.97
8	VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst	2.46	.79	0	4	.65	0.92	1.09
9	EIH: Erarbeiten eines inneren Halts	1.32	.81	0	4	.65	0.94	1.12

Anmerkungen. M = Mittelwert, ± = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum, Rel = Reliabilität, Cronbachs Alpha, Konf = Konfidenzintervall bei Messung zu einem Zeitpunkt, RCI = Reliable Change Index bei Veränderungsmessung.

1.4 Auswertungshilfen

Auswertungshilfen liegen in Form von Tabellen zu Standardwerten im Testmanual sowie als separate Datei unter „Downloads“ vor. Aus dem Manuel ergibt sich die Invertierung von zwei Items aus dem Bereich VIÄ (Franke & Jagla, 2016).

1.5 Auswertungszeit

Die Bearbeitung des EFK erfordert ca. 10 Minuten.

1.6 Itembeispiele

Im Folgenden werden zur Veranschaulichung beispielhaft Items aus den neun Skalen angeführt (Franke & Jagla, 2016, S. 6-7):

1. Handelndes, problemorientiertes Coping (HPC):

Beispielitem Nr. 4: „Ich mache Pläne und halte mich daran.“

2. Abstand und Selbstaufbau (AUS):

Beispielitem Nr. 3: „Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen.“

3. Informationssuche und Erfahrungsaustausch (IUE):

Beispielitem Nr. 1: „Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung.“

4. Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr (BWB):

Beispielitem Nr. 39: „Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter.“

5. Depressive Verarbeitung (DV):

Beispielitem Nr. 29: „Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.“

6. Bereitschaft zur Annahme von Hilfe (BAH):

Beispielitem Nr. 34: „Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an.“

7. Aktive Suche nach sozialer Einbindung (ASS):

Beispielitem Nr. 39: „Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf.“

8. Vertrauen in die ärztliche Kunst (VIÄ):

Beispielitem Nr. 24: „Ich vertraue meinen Ärzten.“

9. Erarbeiten eines inneren Halts (EIH):

Beispielitem Nr. 28: „Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen.“

1.7 Items

01. Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung.
02. Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein.

03. Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen.
04. Ich mache Pläne und halte mich daran.
05. Ich hänge Wunschträumen nach.
06. Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen.
07. Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen.
08. Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus.
09. Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen.
10. Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden.
11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur.
12. Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen.
13. Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht.
14. Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört.
15. Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen.
16. Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat.
17. Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden.
18. Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen.
19. Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde.
20. Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben.
21. Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen.
22. Ich mache mir selber Mut.
23. Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen.
24. Ich vertraue meinen Ärzten.
25. Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden.
26. Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln.
27. Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann.
28. Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen.
29. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.
30. Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen.
31. Ich bete und suche Trost im Glauben.
32. Ich gehe mit Freunden aus.
33. Ich mißtraue den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen.
34. Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an.
35. Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal.
36. Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung.
37. Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen.
38. Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf.
39. Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter.
40. Ich beginne nachzudenken und zu grübeln.
41. Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung.
42. Ich finde meine innere Stärke wieder.
43. Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit.
44. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen.
45. Ich lasse mich gerne umsorgen.

2. Durchführung

2.1 Testformen

Der EFK liegt als Screeningverfahren für die Einzeltestung vor.

2.2 Altersbereiche

Der EFK wurde bislang bei Jugendlichen ab 16 Jahren und bei jungen Erwachsenen eingesetzt.

2.3 Durchführungszeit

Für die Beantwortung des Fragebogens sind weniger als zehn Minuten notwendig.

2.4 Material

Die Bearbeitung erfolgt im Paper-Pencil-Format. Zu dem Screeningverfahren liegt eine Auswertungshilfe vor.

2.5 Instruktion

Die PatientInnen sollen die für sie am besten zutreffende Antwort auf der 5-Punkte Likert-Skala (Skalierung: 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) ankreuzen und werden dabei gebeten, jede Frage zu beantworten. Sie werden darüber informiert, dass der Fragebogen den aktuellen Umgang mit der eigenen Erkrankung beleuchtet.

Eine beispielhafte Instruktion lautet: „Wie gehen Sie zurzeit mit Ihrer Erkrankung um? Bitte lesen Sie jede Aussage durch, und entscheiden Sie durch ein Kreuz, inwieweit sie auf Sie zutrifft.“

2.6 Durchführungsvoraussetzungen

Es werden keine speziellen Durchführungsvoraussetzungen genannt.

3 Testkonstruktion

Die Testkonstruktion des EFK beruht auf der klassischen Testtheorie. Dem EFK liegen zentrale Analytestichproben zur Entwicklung zugrunde, die im Zeitraum zwischen 1995 und 2015 mit insgesamt N = 1 815 stationären und ambulanten Patient*innen erhoben wurden. In der Augenlinik des Universitätsklinikums Essen wurden für den ersten Datensatz im Zeitraum 1995 bis 2005 Daten zu n = 555 chronisch augenkranken PatientInnen im Altersspektrum zwischen 16 und 86 Jahren (42.9 % Männer, 57.1 % Frauen) erhoben. Darüber hinaus wurden n = 529 chronisch niereninsuffiziente Patient*innen vor oder nach der Transplantation in die Erhebung eingeschlossen (56.3 % Männer, 43.7 % Frauen). Eine gemischte Teilstichprobe wurde im Zeitraum 2000 bis 2015 aus n = 731 chronisch erkrankten Personen aus stationären sowie ambulanten Krankenversorgungseinrichtungen überwiegend in Sachsen-Anhalt akquiriert (48 % Männer, 52 % Frauen). Die Krankheitsbilder dieser Stichprobe entstammen den Bereichen

Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie und Orthopädie (Jagla & Franke, 2009, 2012; Franke & Jagla, 2016).

4. Gütekriterien

4.1 Objektivität

Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind hinreichend gegeben.

4.2 Reliabilität

(1) Psychometrische Kennwerte anhand der Gesamtstichprobe
Zunächst werden Reliabilitätswerte der einzelnen Skalen in Bezug auf die Gesamtstichprobe dargestellt:

1. HPC: Handelndes, problemorientiertes Coping (Cronbachs $\alpha = .80$)
2. AUS: Abstand und Selbstaufbau ($\alpha = .64$)
3. IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch ($\alpha = .79$)
4. BWB: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr ($\alpha = .51$)
5. DV: Depressive Verarbeitung ($\alpha = .74$)
6. BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe ($\alpha = .65$)
7. ASS: Aktive Suche nach sozialer Unterstützung ($\alpha = .78$)
8. VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst ($\alpha = .65$)
9. EIH: Erarbeiten eines inneren Halts ($\alpha = .65$).

Zusammenfassend liegen die Reliabilitätskennwerte bei vier Skalen - HPC, IUE, DV und ASS - oberhalb von .70 und bei vier Skalen - AUS, BAH, VIÄ und EIH - oberhalb von .60. Die Skala BWB weist nur eine interne Konsistenz von .51 auf (Franke & Jagla, 2016).

Die 45 Items wurden in der Gesamtstichprobe einer explorativen Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation unterzogen. Durch diese fanden sich zehn Faktoren, die einen Eigenwert $\lambda \geq 1$ (Eigenwert 8.8, 3.8, 2.3, 2.1, 1.9, 1.6, 1.4, 1.3, 1.2, 1.0) aufwiesen (Franke & Jagla, 2016). Darüber hinaus konnten anhand des Scree-Tests fünf Dimensionen extrahiert werden, die die Varianz zu insgesamt 45.7 % aufklären konnten. Im Rahmen der Faktorenanalyse wurde der EFK auf fünf Faktoren reduziert. Faktor 1 „Soziale Unterstützung“ wurde nach der Analyse mit elf Items, Faktor 2 „Vertrauen und Tatkraft“ mit zehn, Faktor 3 „Informations- und Sinnsuche“ mit acht, Faktor 4 „Depressiv-bagatellisierende Verarbeitung“ ebenfalls mit acht und Faktor 5 „Misstrauen und Rückzug“ mit vier Items belegt. Es konnte schlussfolgernd festgestellt werden, dass neben depressiven (Faktor 4) und aktiven (Faktor 2) folglich noch weitere Krankheitsbewältigungsstrategien zu finden waren, die insbesondere auf das aktive Sozialleben (Faktor 1) sowie die Suche nach Informationen und Sinn (Faktor 3) fokussierten. Von Relevanz ist hierbei, dass sich in den Ergebnissen der Faktorenanalyse die Skalen HPC, IUE, DV und ASS aus der Originalversion vollständig wiederfanden. Skala BAH wies vier und die Skalen BWB und VIÄ wiesen drei Itemladungen auf

einem Faktor auf, Itemnummer 31 erreichte eine Doppelladung auf den Faktoren drei und fünf. Drei Items erreichten nicht die Ladungsgrenze von mindestens .40 (Franke & Jagla, 2016).

(2) Psychometrische Kennwerte anhand der ersten Überprüfung

Der Mangel an Studien über die Krankheitsverarbeitung sehbeeinträchtigter PatientInnen hat die Autorinnen dazu veranlasst, eine erste zentrale psychometrische Prüfung an dieser Patientengruppe vorzunehmen (Franke, Mähner, Reimer & Spangemacher, 2000). Der EFK wurde im Rahmen einer Stichprobe von N = 210 sehbeeinträchtigter Personen hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität überprüft. Diese besteht aus 117 PatientInnen mit malignem Aderhautmelanom im Anschluss an eine Radioapplikatortherapie (48.7 % Männer, 51.3 % Frauen, Durchschnittsalter Anfang 60) sowie 93 PatientInnen mit degenerativen Netzhauterkrankungen im mittleren Lebensalter mit verschiedener Genese (64.5 % Männer, 35.5 % Frauen, Durchschnittsalter Ende 40). Beide PatientInnenengruppen litten demzufolge an einer Beeinträchtigung der Sehkraft, die sich im Erwachsenenalter herausgebildet hat und (mindestens) ein erkranktes Auge betrifft. Mit Ausnahme einer Patientin konnte der Fragebogen von allen selbst gelesen und ausgefüllt werden.

Im Ergebnis erbrachte auch eine hier durchgeführte faktorenanalytische Prüfung mit anschließender Varimax-Rotation 12 Faktoren mit einem Eigenwert $\lambda \geq 1$ (Eigenwert 10.8, 3.8, 2.6, 2.2, 1.8, 1.7, 1.6, 1.3, 1.2, 1.2, 1.1, 1.0). Diese konnten 66 % der Varianz aufklären. Im Rahmen des Scree-Tests wurden hier sieben Faktoren extrahiert, bei welchem die Skalen HPC, IUE, DV und VIÄ auf einem Faktor luden und gute Reliabilitätswerte aufwiesen.

Bei den Skalen AUS, BWB, ASS und EIH gruppieren sich jeweils vier der fünf Items und bei der Skala BAH drei von fünf Items auf einem Faktor bei guter bis befriedigender Reliabilität.

4.3 Validität

Abschließend sollen Ergebnisse aus den Teilstichproben hinsichtlich der Untersuchung der Konstruktvalidität herangezogen werden. Bei der Untersuchung an N = 210 augenerkrankten PatientInnen wurden Korrelationen (nach Pearson) mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Liste) (FKV-LIS; Muthny, 1989) und dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU-LIS; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007) berechnet. Hypothetisch erwartete korrelative Zusammenhänge zwischen EFK-Skalen mit inhaltlich enger Korrespondenz zu Skalen des FKV-LIS konnten bestätigt werden. Darüber hinaus konnten positive korrelative Zusammenhänge der Skalen ASS und DV mit dem F-SOZU-LIS belegt werden. Diese Ergebnisse stützen die Auffassung von Weber (1990), dass eine Krankheit mit der Einbindung in soziale Kontexte bewältigt werden kann (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher, & Esser, 2000).

An der Teilstichprobe mit N = 529 chronisch niereninsuffizienten PatientInnen wurden die Korrelationen zwischen dem EFK und den Skalen der Brief Symptom Checkliste (BSCL; Franke, 2016, ehemals BSI; Franke, 1997) sowie dem Gesamtwert der sozialen Unterstützung F-SOZU mit 22 Items (Fydrich et al., 2007) berechnet.

Tabelle 4

Korrelative Zusammenhänge zwischen den neun Skalen des EFK und den Skalen der BSCL und dem F-Sozu-K22 in der Teilstichprobe (n = 529 chronisch niereninsuffiziente Patientinnen und

Patienten) sowie Interkorrelationen zwischen den EFK-Skalen in der Gesamtstichprobe chronisch Kranker (N = 1 815)

	HPC	AUS	IUE	BWB	DV	BAH	ASS	VIÄ	EIH
n = 529									
BSCL	-.09+	.06	.10+	.16**	.55**	-.02	-.15**	.24**	.07
AGGR									
ANGS	-.12*	.04	.09+	.20**	.48**	-.03	-.19**	-.19**	.06
DEPR	-.14**	.04	.13*	.21**	.62**	-.01	-.26**	-.26*	.03
PARA	-.06	.17**	.16**	.20**	.45**	.05	-.11+	-.27**	.07
PHOB	-.15**	.02	.03	.16**	.39**	-.04	-.23**	-.18**	.11+
PSYC	-.13*	.08	.11*	.25**	.50**	-.02	-.21**	-.26**	.11+
SOMA	-.09+	.01	.09+	.14**	.37**	.00	-.20**	-.23**	.02
UNSI	-.13*	.08	.02	.17**	.51**	-.04	-.22**	-.23**	-.00
ZWAN	-.14*	.03	.08	.16**	.50**	.03	-.19**	-.24	.02
SOZU-K22	.42**	.25**	.07	-.01	-.30**	.39**	.59**	.27**	.12*
N = 1 815									
HPC	-	.63**	.43**	.21**	-.04	.45**	.50**	.20**	.42**
AUS		-	.43**	.31**	.18**	.56**	.49**	.18**	.44**
IUE			-	.13**	.19**	.45**	.34**	.17**	.35**
BWB				-	.28**	.20**	.20**	-.01	.26**
DV					-	.18**	-.07	.03	.07*
BAH						-	.55**	.20**	.46**
ASS							-	.07*	.39**
VIÄ								-	.06+

Anmerkungen. + = $p < .05$; * = $p < .01$; ** = $p < .001$. n = Teilstichprobe, N = Gesamtstichprobe. BSCL = Brief Symptomchecklist, AGGR = Aggressivität/ Feindseligkeit, ANGS = Ängstlichkeit, DEPR = Depressivität, PARA = Paranoides Denken, PHOB = Phobische Angst, PSYC = Psychotizismus, SOMA = Somatisierung, UNSI = Unsicherheit im Sozialkontakt, ZWAN = Zwanghaftigkeit.

Die EFK-Skala BAH korrelierte im Ergebnis nicht statistisch signifikant mit der BSCL. Schwache Zusammenhänge konnten zwischen EFK-BWB und psychischer Belastung bei den BSCL-Skalen PSYC ($r = .25$) sowie DEPR ($r = .21$) und ANGS und PARA (beide $r = .20$) verzeichnet werden. Die Korrelationen zwischen EFK-ASS und der BSCL gaben neben sehr schwachen Zusammenhängen schwache Zusammenhänge mit DEPR ($r = .26$), PHOB ($r = .23$), UNSI ($r = .22$), PSYC ($r = .21$) und SOMA ($r = .20$) wider. EFK-VIÄ zeigte schwache Zusammenhänge mit PARA ($r = -.27$), mit DEPR und PSYC ($r = -.26$), mit AGGR und ZWAN (beide $r = -.24$), mit SOMS und UNSI (beide $r = -.23$). Die stärksten Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Krankheitsbewältigung fanden sich mit der EFK-Skala DV. Neben dem schwachen Zusammenhang zwischen BSCL und EFK bei SOMA ($r = .37$) sowie PHOB ($r = .39$) fanden sich ein sehr starker und sechs starke Zusammenhänge (Franke & Jagla, 2016, siehe Tabelle 4).

In Bezug auf die F-Sozu-K22 mit 22 Items (Fydrich et al., 2007) fanden sich mittlere, positive Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und ASS ($r = .59$) sowie mit HPC ($r = .42$) und schwache mit BAH ($r = .39$), VIÄ ($r = .27$) und AUS ($r = .25$). Auch in dieser Stichprobe konnte die

negative Korrelation zwischen EFK-DV und sozialer Unterstützung ($r = -.30$) festgestellt werden (Franke & Jagla, 2016).

Ebenso wurden die Interkorrelationen zwischen den EFK-Skalen in der Gesamtstichprobe mit $N = 1\,815$ bestimmt. Die stärksten Zusammenhänge ergeben sich hier für die Bereiche Problemorientiertes Coping (HPS) sowie Abstand und Selbstaufbau (AUS).

Ein mittelfristiges Ziel ist die genaue Untersuchung der faktoriellen Validität des EFK unter Einbezug konfirmatorischer Ansätze.

4.4 Normierung

Normdaten (Stanine) liegen für die Gesamtstichprobe mit $N = 1\,815$ Patient*innen.

Veränderungssensitivität

Eine Messwiederholung auf Stanine-Ebene bei $N=48$ Patientinnen und Patienten zu Beginn und zum Ende der neurologischen Reha Phase II (t-Tests für abhängige Stichproben) lässt unter Berufung auf folgende Ergebnisse Aussagen bezüglich der Veränderungssensitivität machen:

Tabelle 5

Messwiederholung auf Stanine-Ebene bei $n=48$ Patientinnen und Patienten zu Beginn und zum Ende neurologischer Reha Phase II (t-Tests für abhängige Stichproben) (Jagla, Bahn & Franke, 2016)

Skala	T1 M \pm SD	T2 M \pm SD	t	p <
HPC	4.06 \pm 2.24	4.71 \pm 2.01	-2.46	.02
AUS	4.06 \pm 2.08	4.65 \pm 1.76	-2.55	.01
IUE	4.06 \pm 2.28	4.73 \pm 1.92	-2.03	.05
BWB	4.17 \pm 2.21	4.52 \pm 1.87	-1.13	.26
DV	4.75 \pm 2.14	5.13 \pm 2.12	-1.17	.25
BAH	3.77 \pm 1.93	4.31 \pm 1.60	-2.24	.03
ASS	3.71 \pm 2.17	4.60 \pm 2.11	-3.62	.001
VIÄ	5.15 \pm 2.38	3.10 \pm 1.46	5.24	.0001
EIH	3.67 \pm 1.69	4.19 \pm 1.53	-2.12	.04

Eine Gruppe von 48 PatientInnen wurde zu Beginn und zum Ende der neurologischen Rehabilitation Phase II mit Hilfe des EFK befragt (Müller, Jagla, Riedel & Franke, 2014). Die PatientInnen wiesen die zerebrovaskulären Krankheitsbilder Schlaganfall und Hirnblutung, Krankheiten des Nervensystems Multiple Sklerose, Polyneuropathie und Epilepsie oder die intrakranielle Verletzung Schädelhirntrauma auf. Die Mittelwerte bei den Skalen ASS, AUS, HPC und BAH stiegen zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme statistisch signifikant. Berichten der neurologischen Patient*innen zufolge suchten sie zum Ende der komplexen Intervention vermehrt aktiv soziale Unterstützung, betrieben mehr Ablenkung und Selbstaufbau, setzten stärker handelnde, problemorientierte Bewältigungsstrategien ein und waren eher bereit, Hilfe anzunehmen und Informationen über die Erkrankung zu suchen (Franke & Jagla, 2016). Damit stiegen die Stanine-Werte dieser Skalen im Durchschnitt von Stanine = 4 auf Stanine = 5 und

näherten sich deutlicher dem durchschnittlichen Wertebereich. Am stärksten sanken die Werte auf der Skala Vertrauen in die ärztliche Kunst von gerundet Stanine = 5 auf gerundet Stanine = 3 und damit auf einen annähernd unterdurchschnittlichen Wert. Diese Veränderungsmessungen sind aus medizin- oder rehabilitationspsychologischer Sicht von besonderer Bedeutung (Franke & Jagla, 2016).

Schlussfolgernd weist der EFK eine hinreichende Änderungssensitivität auf (Franke & Jagla, 2016).

5. Anwendungsmöglichkeiten

Der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung ist bei Patientinnen und Patienten mit allen chronischen körperlichen Erkrankungen einsetzbar und in diesem Bereich ein sensibler Indikator. Das Verfahren hat sich diesbezüglich in seiner Anwendung bereits bewährt. Hinsichtlich des Einsatzes bei akut körperlich Kranken sowie psychisch Kranken liegen bislang keine wissenschaftlichen Publikationen vor.

Der EFK ist einfach anzuwenden und weist eine hohe Akzeptanz bei Patient*innen auf. Es liegen Versionen in deutscher, englischer und türkischer Sprache vor (Franke & Jagla, 2016).

Bisherige Anwendungsfelder des EFK sind:

1. Transplantationsmedizin (Schwerpunkt im klinischen Bereich):
 - 1.1. routinemäßig und neben der BSCL (Franke, 2016) und anderen Verfahren Einsatz im Innsbrucker Programm, um potentielle rekonstruktive Transplantationspatient*innen psychologisch-diagnostisch zu untersuchen (Hautz et al., 2010, 2011; Jagla, Reimer, Philipp & Franke, 2009; Kumnig et al., 2012)
 - 1.2. Untersuchung von Patient*innen, die auf der Warteliste für eine Spenderniere oder eine -leber standen (Wick, Bauer, Malessa, Settmacher, & Strauß, 2015)
 - 1.3. Studien zum Einsatz des EFK bei Nierentransplantation in Österreich (Kumnig et al., 2012) sowie Deutschland (Bernhardt et al., 2010; Franke, 2010), insbesondere zur Erfassung der Lebensqualität bei Dialyse (Franke, 2010)
 - 1.4. Einsatz zur Erfassung der psychosozialen Reaktionen von Nierenlebendspendern und Nierenlebendspendenempfängern (Kumnig et al., 2014)
 - 1.5. Auch Einsatz bei rekonstruktiver Handtransplantation (Kumnig et al., 2012)
2. Gynäkologie:
 - 2.1. Patientinnen der stationären Gynäkologie (Jagla et al., 2012, 2013)
 - 2.2. Patientinnen mit Polyzystischem Ovarsyndrom (Jauca, Jäger, & Franke, 2010)
3. Onkologie mit HIV:
 - 3.1. onkologische PatientInnen (Berend, 2005)
 - 3.2. HIV-Betroffene (Jagla, Aldridge, & Merz, 2014; Ronel, 2003)

4. Neurologie & Ophthalmologie:
 - 4.1. neurologische Patient*innen (Müller et al., 2014)
 - 4.2. Einsatz für die erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patient*innen (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000)
 - 4.3. Der Einsatz in der Augenheilkunde bei Patient*innen allgemein (Franke, Mähner, Reimer, Voigtländer-Fleiß & Esser, 2003) und speziell bei Uveitisbetroffenen wird diskutiert (Franke, Schütte & Heiligenhaus, 2005; Khanfer, Wallace, Keane & Philips, 2012; Schütte, Heiligenhaus & Franke, 2004)
 - 4.4. Einsatz für einen psychodiagnostischen Zugang zur Erfassung der Einbußen an gesundheitsbezogener Lebensqualität bei verringerter Sehkraft (Franke, Mähner, Reimer, Voigtländer-Fleiß & Esser, 2003)
 - 4.5. Einsatz bei Parkinson-Erkrankung (Liebermann, Witte & Prell, 2020)

5. Verschiedene Gruppen:
 - 5.1. Verschiedene Gruppen von Patient*innen (Jagla et al., 2009)
 - 5.2. Einsatz als psychologisch-diagnostisches Verfahren zur Erfassung von Stress- und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum, Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder (Jeske, Bullinger, Plaß, Petermann & Wiegand-Grefe, 2009)
 - 5.3. Einsatz in der komplementären und alternativen Medizin bei Patient*innen mit primärer Immunschwäche (Harasim et al., 2021)
 - 5.4. Einsatz zur Erfassung der Krankheitswahrnehmung und Coping bei Patient*innen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Vaske, Kenn, Keil, Rief, & Stenzel, 2016, 2017)
 - 5.5. Einsatz bei Rheuma-Patient*innen (Vollmann, Pukrop, & Salewski, 2016) oder Schmerz-Patient*innen (Franke, Nentzl, Küch & Jagla, 2020).

6. Kurzfassung

Diagnostische Zielsetzung:

Der EFK ist ein krankheitsübergreifendes Screening-Verfahren im Paper-Pencil-Format, welcher zur Einzeltestung geeignet ist. Er dient zur Erfassung der aktuellen Bewältigungsanstrengungen einer Person auf emotionaler, kognitiver und der Verhaltensebene.

Aufbau:

Der EFK erfasst mit 45 Items neun Bewältigungsbereiche: (1) Handelndes, problemorientiertes Coping, (2) Abstand und Selbstaufbau, (3) Informationssuche und Erfahrungsaustausch, (4) Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr, (5) Depressive Verarbeitung, (6) Bereitschaft zur Annahme von Hilfe, (7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung, (8) Vertrauen in die ärztliche Kunst, (9) Erarbeiten eines inneren Halts. Die Items werden auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) beantwortet.

Grundlagen und Konstruktion:

Die Testkonstruktion beruht auf der Klassischen Testtheorie.

Empirische Prüfung und Gütekriterien:

Reliabilität:

Die interne Konsistenz liegt für alle Patienten zwischen $\alpha = .65$ (Skala "Vertrauen in die ärztliche Kunst") und $\alpha = .80$ (Skalen "Handelndes, problemorientiertes Coping" und "Vertrauen in die ärztliche Kunst").

Validität:

Eine faktorenanalytische Untersuchung (Varimax-Rotation) ergab eine 12-Faktorenstruktur. Es wurden Korrelationen (nach Pearson) mit dem FKV-LIS und dem F-SOZU-LIS berechnet. Es konnten Hinweise zur konvergenten und divergenten sowie zur faktoriellen und differentiellen Validität gefunden werden.

Normen:

Es liegen Stanine-Werte der Gesamtstichprobe von 1 815 vor.

7. Bewertung

Die genannten psychometrischen Analysen sprechen insgesamt für die Anwendung des EFK, um Krankheitsverarbeitungsmechanismen bei somatisch erkrankten Patient*innen zu erfassen. Studien mit weiteren, noch nicht untersuchten Erkrankungsbildern sind jedoch notwendig, um die Nützlichkeit des EFK zur Erfassung von Krankheitsverarbeitung in Zukunft noch genauer beurteilen zu können (Franke & Jagla, 2016).

8. Literatur

- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F. A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung – Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53, 83-93.
- Berend, M. (2005). *Zur Indikation psychoonkologischer Interventionen bei Patienten mit einer gastrointestinalen Tumorerkrankung*. Kiel: Dissertation an der Philosophischen Fakultät.
- Bernhardt, M., Franke, G. H., Jagla, M., Reimer, J., Haferkamp, L., Witzke, O. & Türk, T. (2010). Unterschiede in der Krankheitsbewältigung zwischen allein und nicht alleinlebenden nierentransplantierten Patienten. In Fachhochschule Schmalkalden (Hrsg.), 11. *Nachwuchswissenschaftler-Konferenz: Tagungsband* (S. 261-264). Schmalkalden: Eigendruck.
- Ferring, D. & Philipp, S.-H. (1989). Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der "Ways of Coping Checklist". *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10 (4), 189-199.
- Franke, G. H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 6, 159-166.

- Franke, G. H. (2010). Dialyse und Lebensqualität. Bei der Fragebogenauswahl die Patientensituation berücksichtigen. *Dialyse aktuell*, 14, 278-283.
- Franke, G. H. (2016). *BSCL-53®-S. Brief Symptom-Checklist – Standard – Deutsches Manual*. Göttingen: Hogrefe, in Vorbereitung.
- Franke, G. H. & Jagla, M. (2016). *EFK – Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual – Deutsche Version*. Psychometrikon;
<http://www.psychometrikon.de/inhalt/suchen/test.php?id=9f59a2610d12a67b6542169b975dec1e>.
- Franke, G. H., Schütte, E. & Heiligenhaus, A. (2005). Psychosomatik der Uveitis – eine Pilotstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 65-71.
- Franke, G. H., Nentzl, J., Küch, D. & Jagla, M. (2020). Die Erfassung der Medikamenten-Adhärenz bei Schmerzpatientinnen und -patienten. *Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 33 (2), 27-39.
- Franke, G. H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21(2), 166-172.
- Franke, G. H., Mähner, N., Reimer, J., Voigtländer-Fleiß, A. & Esser, J. (2003). Ein psychodiagnostischer Zugang zur Erfassung der Einbußen an gesundheitsbezogener Lebensqualität bei verringerter Sehkraft. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 57-62.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.
- Harasim, A. S., Krone, M., Tony, H.-P., Gawlik, M., Witte, T., Joos, S., Gernert, M., Schmalzing, M., Morbach, H. & Schwaneck, E.C. (2021). Use of complementary and alternative medicine in patients with primary immunodeficiency: A multicentric analysis of 101 patients. *Journal of Clinical Immunology*, 41, 585-594.
- Hardt, J., Petrak, F., Egle, U.T., Kappis, B., Schulz, G. & Küstner, E. (2003). Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 41-50.
- Härter, M. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50, 274-286.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 41, 357-366.
- Hautz, T., Engelhardt, T. O., Weissenbacher, A., Kumnig, M., Zelger, B., Rieger, M., Rumpold, G., Pierer, G., Ninkovic, M., Gabl, M., Piza-Katzer, H., Pratschke, J., Margreiter, R., Brandacher, G. & Schneeberger, S. (2010). World experience after more than a decade of clinical hand transplantation: Update on the Innsbruck Program. *Hand Clinics*, 27, 423-431.
- Hautz, T., Engelhardt, T.O., Weissenbacher, A., Kumnig, M., Zelger, B., Rieger, M., Rumpold, G., Pierer, G., Ninkovic, M., Gabl, M., Piza-Kratzer, H., Pratschke, J., Margreiter, R., Brandacher, G. & Schneeberger, S. (2011). World experience after more than a decade of clinical hand transplantation: Update on the Innsbruck Program. *Hand Clinic*, 27, 423-431, DOI: 10.1016/j.hcl.2011.07.005

- Jagla, M. & Franke, G. H. (2009). Psychometrische Prüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK). In, Hochschule Merseburg (FH): Tagungsband der 10. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz (S. 183-189). Merseburg: Eigendruck.
- Jagla, M. & Franke, G. H. (2012). Aktives versus passives Coping. Drei bekannte Coping-Verfahren im Vergleich. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Behandlungsschwerpunkte in der somatischen Rehabilitation. Beiträge zur 31. Jahrestagung des AK* (S. 53-69). Berlin: DPV.
- Jagla, M., Aldridge, D. & Merz, R. (2014). Kunsttherapie bei HIV – Auswirkung auf Stimmung und Krankheitsbewältigung. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Optimierung der Rehabilitation – Beiträge der Psychologie. Beiträge zur 33. Jahrestagung des AK* (S. 83-94). Berlin: DPV.
- Jagla, M., Bahn, C. & Franke, G. H. (2016). Verbesserung psychologischer Parameter im Verlauf einer medizinisch-beruflich orientierten neurologischen Rehabilitation. *DRV (Hrsg.), 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (S. 361-363). Berlin: DRV.
- Jagla, M., Reimer, J., Philipp, T. & Franke, G. H. (2009). Krankheitsverarbeitung chronisch Nierenkranker vor und nach Nierentransplantation – Einsatz des Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18*, 63-71.
- Jagla, M., Parchmann, P., Kumbier, E., Zirkenbach, B. & Franke, G. H. (2012). Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität und psychische Belastung bei Patientinnen der stationären Gynäkologie. In, A. Dorn, D. Kimmich-Laux, H. Richter-Appelt & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Die Psyche im Spiegel der Hormone. Beiträge der 40. Jahrestagung der DGPF* (S. 143-155). Berlin: Mabuse-Verlag.
- Jagla, M., Parchmann, O., Kumbier, E., Zirkenbach, B. & Franke, G. H. (2013). Vorhersage der psychischen Belastung bei Patientinnen der stationären Gynäkologie. In, AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *(Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen. Beiträge zur 32. Jahrestagung des AK* (S. 114-116). Berlin: DPV.
- Jauca, R., Jäger, S. & Franke, G. H. (2010). Psychische Belastung, Lebenszufriedenheit und Krankheitsverarbeitung bei Frauen mit dem Polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 19*, 38-47.
- Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A., Petermann, F. & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 57(3)*, 207-213.
- Khanfer, R., Wallace, G., Keane, P. A. & Philips, A. C. (2012). Uveities and psychological stress. *Asorn Insight, Spring*, 11-16.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *TSK: Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, R., Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1989). Der "Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung" (FEKB): Skalenkonstruktion und erste Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität. *Diagnostica, 35*, 316-335.
- Kumrig, M., Jowsey, S. G., Rumpold, G., Weissenbacher, A., Hautz, T., Engelhardt, T. O., Brandacher, G., Gabl, M., Ninkovic, M., Rieger, M., Zelger, Bernhard, Zelger, Bettina, Blauth, M., Margreiter, R., Pierer, G., Pratschke, J. & Schneeberger, S. (2012). The psychological assessment of candidates for reconstructive hand transplantation. *Transplant International, 25*, 573-585.

- Kumnig, M., Pöll, M., Beck, T. N., Schüßler, G., Riedl, D., Moschen, R. & Rumpold, G. (2014). Präoperative Evaluation psychosozialer Reaktionen von Nierenlebendspendern und Nierenlebendspendenempfängern. *Psychologische Medizin, 25*(2), 4-12.
- Liebermann, J. D., Witte, O. W. & Prell, T. (2020). Association between different coping styles and health-related quality of life in people with Parkinson's disease: A cross-sectional study. *BMJ Open, 10*, DOI: 20.1136/bmjopen-2020-036870
- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002). Krankheitsbewältigung. In, R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 307-310). Göttingen: Hogrefe.
- Muthny, F. A. (1989). *FKV. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Müller, C., Jagla, M., Riedel, K. & Franke, G. H. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten zu Beginn einer neurologisch-beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. In J. Mugele, G. H. Franke & D. Schincke (Hrsg.), *15. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz, Tagungsband* (S. 304-309). Wernigerode: Harzdruckerei.
- Ronel, J. (2003). *Psychosoziale Progressionskorrelate der HIV-Erkrankung bei homosexuellen Männern*. München: Dissertation an der medizinischen Fakultät.
- Schütte, E., Heiligenhaus, A. & Franke, G. H. (2004). Verhaltensmedizinische Aspekte der Uveitis. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 25*, 367-386.
- Vaske, I., Kenn, K., Keil, D. C., Rief, W. & Stenzel, N. M. (2016). Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *Journal of Health Psychology*, online-first.
- Vaske, I., Kenn, K., Keil, D. C., Rief, W. & Stenzel, N. M. (2017). Illness perception and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *Journal of Health Psychology, 22* (12), 1570-1581.
- Vollmann, M., Pukrop, J. & Salewski, C. (2016). Coping mediates the influence of personality on life satisfaction in patients with rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology, 35*, 1093-1097.
- Weber, H. (1990). Emotionsbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 279-294). Göttingen: Hogrefe.
- Wick, K., Bauer, S., Malessa, C., Settmacher, U. & Strauß, B. (2015). Zusammenhang zwischen Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Patienten auf der Warteliste für ein Spenderorgan: Nieren- und leberinsuffiziente Patienten im Vergleich. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 65*, 311-320.