

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Manual und Version 6:

FAHW

Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden

Wydra, G. (2024)

Wydra, G. (2024). FAHW. Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden [Verfahrensdokumentation unter Mitarbeit von C. Iwig, Fragebogen und Auswertungshilfe für die Lang- und Kurzfassung (FAHW-12) sowie Manual mit Fragebogen der Versionen 1-7]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.14690>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9004994>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei den AutorInnen.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und die damit erzielten Ergebnisse informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).

By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Georg Wydra

FAHW



**Der Fragebogen zum
allgemeinen habituellen
Wohlbefinden
(FAHW und FAHW-12)**

Georg Wydra (2024).

Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden

(FAHW und FAHW-12)

Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens

(6. überarbeitete und erweiterte Version).

Saarbrücken: Sportwissenschaftliches Institut der Universität des Saarlandes.

Copyright

Alle Rechte liegen beim Verfasser. Die Nutzung des Fragebogens ist kostenfrei und wird im Sinne von Open Access zur Verfügung gestellt mit der Bedingung, dass sich die Nutzer an die Lizenzbedingungen (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) halten und den Testautoren, die weiterhin die Rechte haben, eine Rückmeldung über ihre Studienergebnisse geben (siehe <https://www.testarchiv.eu/de/nutzungsbedingungen>).

Bei Publikationen ist die Quelle wie folgt zu zitieren:

Wydra, G. (2024). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens* (6. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

Internet: <http://www.sportpaedagogik-sb.de/index.php?artikel=fahw>

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra

In der Klaus 22

66606 St. Wendel

E-Mail: georg-wydra@t-online.de

Internet: www.sportpaedagogik-sb.de

Vorwort zur vierten erweiterten Version

Seit der ersten Veröffentlichung des FAHW wurde ich mich immer wieder mit Fragen zum Fragebogen kontaktiert. Die Fragen beschäftigten sich mit

- der Interpretation der Referenzwerte
- Referenzwerten für die theoretisch formulierten Subskalen des FAHW
- der Möglichkeit der Entwicklung einer Kurzfassung

Trotz anderer Forschungsschwerpunkte habe ich deshalb den FAHW nie aus den Augen verloren. Es wurde eine Reihe von neuen Untersuchungen mit dem FAHW durchgeführt. Insbesondere die Entwicklung einer Kurzfassung war sehr Gewinn bringend. Damit steht jetzt auch ein Screening-Verfahren zur Verfügung.

Die meisten Anfragen kamen von Studierenden, Examenskandidaten und Doktoranden, die auf der Suche nach einem kostenlosen aber evaluierten Instrumentarium waren. Die meisten Verfahren (vgl. Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003) sind kostenpflichtig und für diese Gruppe aber auch für den einen oder anderen Projektleiter nicht finanzierbar. Da für mich persönlich die Beschäftigung mit dem Wohlbefinden im Vordergrund steht, werden der FAHW und der neu entwickelte FAHW-12 auch zukünftig jedem Interessierten kostenlos zur Verfügung stehen.

Für Rückmeldungen und insbesondere auch für Daten und Ergebnisse wäre ich dankbar, um den Einsatzbereich und die Aussagekraft des FAHW und des FAHW-12 noch besser belegen zu können.

Januar 2014

Georg Wydra

Vorwort zur sechsten erweiterten Version

Im Vorwort zur vierten Version habe ich geschrieben: „Für Rückmeldungen und insbesondere auch für Daten und Ergebnisse wäre ich dankbar, um den Einsatzbereich und die Aussagekraft des FAHW und des FAHW-12 noch besser belegen zu können.“

Viele Studierende der Psychologie, der Sportwissenschaft und anderer Disziplinen haben mich in der Zwischenzeit kontaktiert und mich um Erlaubnis für die Benutzung des Fragebogens gefragt. Viele haben mir anschließend ihre Daten zugesandt. Hierfür möchte ich mich herzlich bedanken. Durch die zusätzlichen Daten konnten die Datensätze für den FAHW auf 1461 und den FAHW-12 auf 3218 zu erweitern. Auf der Basis dieser Datensätze wurden alle statistischen Angaben neu berechnet. Darüber hinaus wurde sowohl für den FAHW als auch den FAHW-12 die diagnostische Güte bestimmt: Angaben zur Sensitivität, Spezifität und zur Trefferquote ergänzen jetzt die traditionellen Angaben zur Validität.

Im Theorieteil habe ich versucht, die theoretische Verankerung des Wohlbefindens in einem heuristischen mehrdimensionalen Gesundheitsmodell darzustellen.

Neben der traditionellen Papier-Bleistift-Version des Fragebogens stehen auch auf JavaScript basierende Onlineversionen mit automatischer Auswertung zur Verfügung.

Auch weiterhin soll dieser Fragebogen kostenlos im Netz zur Verfügung stehen. Um den Einsatzbereich und die Aussagekraft des FAHW und des FAHW-12 noch besser belegen zu können, wäre ich natürlich auch zukünftig für Rückmeldungen und insbesondere auch für die Übermittlung von Daten und Ergebnissen dankbar.

April 2024

Georg Wydra

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Gesundheit – mehr als die Abwesenheit von Krankheiten	1
1.2	Ein heuristisches mehrdimensionales Modell der Gesundheit	3
2	Strukturelemente des Wohlbefindens.....	7
2.1	Abgrenzung von verwandten Begriffen	7
2.2	Wohlbefinden im engeren Sinne	12
3	Konstruktion des FAHW	15
4	Evaluation des FAHW	21
4.1	Untersuchte Gruppen	21
4.2	Itemanalysen	22
4.2.1	Analyse der einzelnen Items	22
4.2.2	Skalenbezogene Itemanalysen	25
4.3	Paralleltest- und Split-Half-Reliabilität	29
4.4	Untersuchungen zur Validität.....	30
4.4.1	Kriteriumsvalidität	30
4.4.2	Differenzielle Validität.....	33
4.4.3	Faktorielle Validität	37
4.4.4	Clusteranalyse.....	41
4.5	Diagnostische Güte	44
4.5.1	Trennung Gesunde und Kranke	45
4.5.2	Erfassung von Personen mit Beschwerden	47
4.5.3	Gesichterskala als Screening für den FAHW	49
4.6	Zusammenfassung.....	50
5	Konstruktion des FAHW-12	52
6	Evaluation des FAHW-12.....	53
6.1	Untersuchte Gruppen	53
6.2	Itemanalysen	54
6.2.1	Korrelationen zwischen den Items	55
6.2.2	Itemanalyse und Interne Konsistenz	56
6.3	Untersuchungen zur Test-Retest-Reliabilität	57
6.4	Untersuchungen zur Validität.....	58
6.4.1	Kriteriumsvalidität	58
6.4.2	Differenzielle Validität.....	60
6.4.3	Faktorielle Validität	62
6.4.4	Clusteranalyse.....	64
6.4.5	Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren	65
6.5	Diagnostische Güte	66
6.5.1	Trennung Gesunde und Kranke	66
6.5.2	FAHW-12 und andere Befindlichkeitsskalen.....	67
6.6	Zusammenfassung.....	69
7	Diskussion	72
8	Fragebogenanwendung und Referenzwerte für den FAHW	75
8.1	Copyright	75
8.1.1	Berechnung der Skalenwerte	76
8.1.2	Vorgehen bei nicht beantworteten Fragen.....	77
8.2	Referenzwerte	77

8.3	Referenzwerte für die Dimensionen.....	79
8.3.1	Gesunde.....	79
8.3.2	Referenzwerte für Rehabilitanden.....	80
9	Fragenbogenanwendung und Referenzwerte für den FAHW-12 .	82
9.1	Copyright	82
9.2	Anwendung	82
9.2.1	Berechnung des Gesamtwertes	83
9.2.2	Vorgehen bei nicht beantworteten Fragen.....	83
9.3	Referenzwerte für den FAHW-12	84
9.3.1	Referenzwerte für Gesunde	84
9.3.2	Referenzwerte für Rehabilitanden.....	85
Literatur	86
Anwendungsliteratur	90

Abbildungsverzeichnis

1. Dimensionen der Gesundheit	5
2. Das Begriffsfeld subjektives Wohlbefinden	7
3. Dimensionen der Wohlfahrt	9
4. Rahmenmodell der OECD zur Erfassung des Wohlbefindens	11
5. Schwerpunktsetzungen der Wohlbefindensforschung.....	13
6. Strukturmodell des allgemeinen Wohlbefindens	16
7. Die Gesichterskala von Andrews und Withey	18
8. FAHW-Summenwert in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter	34
9. Gruppenvergleich der FAHW-Summenwerte	37
10. Ergebnis der Clusteranalyse des FAHW	42
11. Sensitivität und Spezifität des FAHW.....	46
12. ROC-Kurve für den FAHW.....	46
13. Sensitivität und Spezifität des FAHW in Abhängigkeit von der Beschwerdenliste	48
14. ROC-Kurve in Bezug auf die Trennung von Probanden mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten	48
15. Sensitivität und Spezifität der Gesichterskala	50
16. ROC-Kurve für die Gesichterskala in Bezug auf die Trennung von Probanden mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten	50
17. Vergleich der verschiedenen Diagnosegruppen	61
18. Ergebnis der Clusteranalyse des FAHW-12	64
19. Sensitivität und Spezifität des FAHW-12 in Abhängigkeit von der Trennung gesunder und kranker Probanden	67
20. ROC-Kurve für den FAHW-12 in Bezug auf die Trennung von Gesunden und Kranken	67
21. ROC-Kurven für den FAHW-12.....	69

Tabellenverzeichnis

1. Items der Skalen des Fragebogens	20
2. Altersstruktur der Stichproben zur Evaluation des FAHW	21
3. Deskriptive Statistik der einzelnen Items des FAHW	22
4. Itemanalysen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden	23
5. FAHW – Skaleninterkorrelationen	25
6. Deskriptive Statistik der einzelnen Skalen des FAHW	26
7. Itemanalysen der Skala körperliches Wohlbefinden	26
8. Itemanalysen der Skala körperliches Missbefinden	27
9. Itemanalysen der Skala psychisches Wohlbefinden	27
10. Itemanalysen der Skala psychisches Missbefinden	28
11. Itemanalysen der Skala soziales Wohlbefinden	28
12. Itemanalysen der Skala Soziales Missbefinden	29
13. Korrelationen zwischen den Skalen zur Überprüfung der Validität	32
14. Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse	32
15. Mittelwerte des FAHW-Summenwertes in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter	33
16. Ergebnis der Varianzanalyse	33
17. Ergebnis des Bonferroni Tests	34
18. FAHW-Summenwert bei den untersuchten Teilstichproben	35
19. Mittelwerte des FAHW-Summenwertes bei den Teilstichproben	36
20. Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den Gruppen	36
21. Bonferroni Test für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den Gruppen	36
22. Eigenwerte und erklärte Varianz	37
23. Ergebnis der Faktorenanalyse	38
24. Zuordnung der einzelnen Items zu den Clustern	43
25. Mittelwerte des FAHW von Gesunden und Kranken	45
26. Mittelwerte des FAHW der Gruppen mit auffälligen und unauffälligen Stanine-Werten	47
27. Mittelwerte bei der Gesichterskala bei Personen mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten beim FAHW	49
28. Items der Skalen des FAHW-12	52
29. Lebensalter der untersuchten Teilstichproben	53
30. Mittelwerte der Items des FAHW-12	54
31. Inter-Item- bzw. Item-Skalen-Korrelation der Items des FAHW-12	55
32. Ergebnis der Itemanalyse für die Gesamtstichprobe	56
33. Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten	57
34. Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten (Zeitdauer eine Woche)	57
35. Stichprobengröße, Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität	59

36. Korrelationen des FAHW-12 mit den verschiedenen Außenkriterien	59
37. Angaben zum Summenwert des FAHW-12 bei den untersuchten Teilstichproben	60
38. Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen	60
39. Bonferroni Tests für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen	60
40. Eigenwerte und erklärte Varianz der Faktorenanalyse	62
41. Ergebnis der Faktorenanalyse.....	62
42. Angaben zu den Werten des FAHW-12 und des NEO-FFI.....	65
43. Zusammenhänge zwischen FAHW-12 und Faktoren der Persönlichkeit.....	65
44. Mittelwerte des FAHW-12 Gesunder und Kranker.....	66
45. Angaben zu den anderen Befindensindikatoren	68
46. Mittelwerte des FAHW-12 bei Austausch des Items Nr. 7.....	69
47. Items der Skalen der neuen Version.....	71
48. Nummern der den einzelnen Skalen zugeordneten Items.....	76
49. Durchschnittsalter der verschiedenen Referenzstichproben des FAHW	77
50. Referenzwerte für den FAHW-Summenwert.....	78
51. Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für gesunde Männer.....	79
52. Referenzwerte für gesunde Frauen	79
53. Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für männliche Rehabilitanden.....	80
54. Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für Rehaeteilnehmerinnen.....	80
55. Interpretation der Prozentrangbereiche	80
56. Durchschnittsalter der verschiedenen Referenzstichproben des FAHW-12.....	84
57. Referenzbereiche des FAHW-12 für Gesunde	84
58. Referenzbereiche des FAHW-12 für Rehaeteilnehmer	85

Abkürzungsverzeichnis

BL	Befindlichkeitsfragebogen
FAHW	Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden
FAHW-12	Kurzfragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden
SF-12	Short-Form-Health Survey
SG	Skala Seelische Gesundheit
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzsinn)
SOZU	Soziale Unterstützung

1 Einleitung

Gesundheit dominiert als Lebens begleitender Wunsch des Menschen gegenüber Wünschen wie Frieden, Arbeit und Wohlstand. Kaum eine Zeitschrift kommt ohne eine gesundheitsorientierte Seite aus. Kein Fernsehprogramm verzichtet auf Gesundheitssendungen. Aufgrund dieser zentralen Bedeutung der Gesundheit, die auch durch Meinungsumfragen gestützt wird, erscheint es angebracht, Gesundheit als wesentliches Lebensziel des Menschen anzusehen. Angesichts der Häufigkeit, mit der wir mit Fragen der Gesundheit konfrontiert werden, sollte von einem allgemeinen Konsens bezüglich der Bedeutung des Begriffes ausgegangen werden. Eine terminologische Betrachtung hingegen offenbart Schwierigkeiten, die mit dem Versuch, Gesundheit präzise zu definieren, verbunden sind (Schmidt, 1998).

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit möglichen Definitionen von Gesundheit. Es handelt sich um eine unvollständige und willkürliche Auswahl einiger weniger Definitionen, wodurch lediglich die Bandbreite der möglichen Definitionsbemühungen dargestellt werden soll. Die Definitionen reichen dabei von Krankheitsdefinitionen bis hin zu Definitionen, die subjektive Aspekte des Wohlbefindens in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken (Becker, 1982).

1.1 Gesundheit – mehr als die Abwesenheit von Krankheiten

Die Analyse der Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit zeigt, dass unser Gesundheitssystem keine Definition von Gesundheit kennt, sondern lediglich die Krankheit bzw. die Arbeitsunfähigkeit eines Menschen definiert. Gesundheit wird dem gemäß als die Fähigkeit zur Leistung und umgekehrt Krankheit als die Unfähigkeit zur Leistung verstanden. Aus diesem Grunde wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle vom Arbeitnehmer vorzulegen ist, umgangssprachlich auch als „Krankenschein“ bezeichnet. Eine Definition von Gesundheit existiert hingegen in der Sozialversicherung nicht.

Einen vollkommen anderen Weg beschrieb bereits im Jahr 1946 die Weltgesundheitsbehörde in ihrer Präambel:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948, S. 100).

An Kritik zu dieser Begriffsbestimmung hat es von Anfang an nicht gefehlt. Sie richtet sich zunächst gegen die Utopie des vollkommenen Wohlbefindens. Hierbei handelt es sich jedoch eher um ein Übersetzungsproblem. Gemeint war mit „complete“ das umfassende Wohlbefinden (Wulforth, 2002). Des Weiteren wurde an der statischen Betrachtungsweise Kritik geübt. Denn Gesundheit und Krankheit unterliegen einem permanenten Wechsel über der Zeit. Andererseits muss aber auch konstatiert werden, dass durch

diese Definition erstmals eine Abkehr von der rein somatischen Perspektive mit einer Hinwendung zu psychischen und sozialen Aspekten erfolgte.

Der nicht nur in der Gesundheitsdefinition der WHO zentrale Begriff des Wohlbefindens als einer positiven Seite der Befindlichkeit wird erst in jüngster Vergangenheit intensiver diskutiert (Bongartz, 2000). Der Begriff des Wohlbefindens stellt eine zentrale Kategorie zahlreicher Gesundheitsdefinitionen dar. In der viel kritisierten Definition der WHO aus dem Jahr 1946 wird das Wohlbefinden als zentrales Kriterium der Gesundheit neben dem Fehlen von Krankheiten und Gebrechen erachtet. Die Kritik an dieser Begriffsbestimmung richtet sich primär gegen die Utopie des vollkommenen Wohlbefindens. Wichtiger jedoch als die Orientierung am vollkommenen Wohlbefinden ist zum einen die Loslösung vom Versuch, Gesundheit nur über Ausprägungsgrade von Krankheit zu definieren, und zum andern die Strukturierung von Wohlbefinden in körperliche, seelische und soziale Aspekte. Dadurch wird die Multidimensionalität eines sozialorientierten Gesundheitsbewusstseins, das sich von einem physiologisch orientierten medizinischen Begriff abhebt, zum Ausdruck gebracht.

„Das rationale an dem WHO-Begriff... ist, daß er erstmals wieder das 'völlige Wohlbefinden' des einzelnen Menschen in den Mittelpunkt des Gesundheitsbegriffes gerückt hat, und zwar nicht das des vereinzelt Individuums. Ausdrücklich ist das 'soziale Wohlbefinden' in die Definition mit aufgenommen worden, das Wohlbefinden des Menschen in seinen sozialen Bindungen. ... 'Soziales Wohlbefinden' in all seinen Dimensionen heißt: Der Mensch fühlt sich gesund. Er kann kämpfen, er kann lieben, er kann glücklich sein. Das Utopische an diesem Gesundheitsbegriff ist, dass er als Zustandsbegriff definiert ist, noch dazu, wenn dieser Zustand als Dauerzustand aufgefaßt [sic.] wird“ (Grauhan, 1981, S. 134; zitiert nach Kickbusch, 1981, S. 274).

Entsprechend der Dominanz der medizinischen Theoriebildung in unserem Gesundheitssystem erfolgt, obwohl die bekannte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsbehörde aus dem Jahr 1946 (WHO, 1948) schon vor über 70 Jahren verabschiedet wurde, die Operationalisierung der Gesundheit nach wie vor fast ausschließlich über mehr oder weniger objektivierbare somatische Erkrankungen. Psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen geraten erst nach dem Durchlaufen eines somatisch orientierten Diagnoseprozesses in den Fokus. Frank (2011a) Frank (2011b) fordert, den störungsorientierten Blick um den gezielten Blick auf Aspekte des Wohlbefindens zu erweitern.

Barsky (1988) diskutiert sehr ausführlich das Paradoxon Gesundheit. Einerseits können wir die objektive Verbesserung des Gesundheitszustandes weiter Kreise der Bevölkerung beobachten. Andererseits kommt es zu einem Anstieg subjektiver Beschwerden. Als Ursachen hierfür betrachtet er:

- den Rückgang von Infektionserkrankungen, die in früheren Jahren tödlich verliefen,
- die konzentrierte tägliche Auseinandersetzung mit Fragen der Gesundheit,
- die Kommerzialisierung der Gesundheit,

- die progressive Medikalisierung des täglichen Lebens.

Nach Barsky (1988) besteht der Ausweg aus den gesundheitspolitischen Problemen in den Industrienationen nicht in einer weiteren Forcierung der traditionellen krankheitsorientierten Diagnose- und Therapieverfahren, denn „... every twinge may be the prodrom of a malignant disease“ (S. 417). Er fordert vielmehr eine vollkommene ideologische Umorientierung: „We need not curb the pursuit of health, but only pay more attention to cultivating subjective feelings of well-being as well“ (S. 418).

Ähnlich äußert sich Ernst (1991) in einem Titelbeitrag der Zeitschrift „Psychologie heute“. Je mehr sich das Individuum mit seiner Gesundheit beschäftigt, desto mehr wird es sich seiner gesundheitlichen Unzulänglichkeiten bewusst. Es wird dadurch ein Teufelskreis in Gang gesetzt, der in einem Kleinkrieg gegen den Körper endet. Scarbath (1990, S. 11) sieht diese „häufig nicht eingestandene oder durch übertriebene „Körperbetonung kompensierte Leibfeindlichkeit“ als Folge des okzidentalen Rationalismus, nach dem die menschliche Natur dem Menschen zur Beherrschung aufgegeben sei. „Die Subjekte kämpfen um ihre Unsterblichkeit und machen sich gerade dadurch das Leben unerträglich. Zu den zahlreichen Zivilisationskrankheiten ist eine neue soziale Krankheit getreten: die verbissene Sucht nach unaufhörlicher Fitness“ (Bopp 1987, S. 63). Frank (2011b) bringt am Ende eines einführenden Kapitels zum Buch „Therapieziel Wohlbefinden“ (Frank, 2011a) ihre Hoffnung zum Ausdruck, dass das Buch dazu beitragen möge, die Aufmerksamkeit im Rahmen von Psychotherapien auf positives Befinden und Wohlbefinden zu richten. Die Beschränkung auf den Bereich der Psychotherapien ist m. E. nicht gerechtfertigt: Auch in den Somatherapien sollte die Beschäftigung mit dem Wohlbefinden ein Therapieziel darstellen.

Vor dem Hintergrund der Ausführungen zum Begriff Gesundheit wird deshalb eine mehrdimensionale Betrachtungsweise, die neben Krankheiten und Missempfindungen auch Aspekte der Gesundheit, der Fitness und des Wohlbefindens berücksichtigt. Die von der WHO 1946 formulierte Auffassung, wonach Gesundheit körperliche, psychische und soziale Aspekte beinhaltet, führt zu einer Erweiterung des diagnostischen Ansatzes.

1.2 Ein heuristisches mehrdimensionales Modell der Gesundheit

Die WHO-Definition soll im Folgenden für die Entwicklung eines heuristischen Gesundheitsmodells leitend sein. Das Modell ist heuristisch, da es sehr stark vereinfachend versucht, verschiedene Aspekte, die bei der Betrachtung des Begriffes Gesundheit in den Blick zu nehmen. Die Funktion der Heuristik besteht aber auch darin, ausgehend von einer theoretischen Position *weiße Flecken* bei der empirischen Aufarbeitung der Thematik zu identifizieren.

Gesundheit und Krankheit: Die WHO hat festgestellt, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern auch das vollkommende, d. h. um-

fassende Wohlbefinden beinhaltet. In der Psychologie hat sich deshalb schon vor Jahrzehnten die eigenständige Disziplin der Gesundheitspsychologie entwickelt. Der Autor ist Sportwissenschaftler und zutiefst davon überzeugt, dass bei einer Beschäftigung mit Fragen der Gesundheit Aspekte der Fitness berücksichtigt werden müssen (vgl. Clausen, et al., 2018; Harber, et al, 2017; Letnes et al. 2018; Myers, et al., 2017).

Dass die Dichotomisierung von Gesundheit und Krankheit der Realität nicht entspricht, war schon in der mittelalterlichen Medizin Allgemeingut. Man sprach von der Neutralitas, wenn man den Normalzustand des sterblichen Menschen auf Erden meinte. Gesundheit im Sinne von Heil war erst im Jenseits erreichbar. Krankheit und Tod hingegen waren allgegenwärtig (Schipperges, 1984). Die Kontinuumvorstellung von Gesundheit und Krankheit wurde erst wieder von Antonovsky (1979) aufgegriffen. Sie soll auch für das vorzustellende Gesundheitsmodell gelten.

Körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden: Die WHO spricht von umfassendem Wohlbefinden und versteht darunter das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden. Diese Differenzierung wird vor allem aus didaktischen Gründen vorgenommen. Es wird nicht davon ausgegangen, dass es sich um unabhängige und voneinander losgelöste Dimensionen der Gesundheit handelt. Die Differenzierung soll vielmehr – wiederum im Sinne einer Heuristik – gezielt den Blick auf bestimmte Aspekte außerhalb der üblicherweise beleuchteten Dimensionen der Gesundheit lenken.

Selbst- oder Fremdurteil: Eine weitere Ebene des Modells unterscheidet danach, ob die Beurteilung der so verstandenen Gesundheit durch einen Außenstehenden (Arzt, Familienangehörige, Gutachter etc.) oder durch das Individuum selbst erfolgt. Diese Differenzierung ist für jeden Arbeitnehmer im Alltag im Falle einer Erkrankung offensichtlich: Ad hoc genügt es, den Arbeitgeber über das Kranksein zu informieren. Aber am dritten Tag nach Beginn der Erkrankung muss diese von einem Arzt über die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bestätigt werden, damit die Lohnvorzahlung nicht gefährdet wird. Für die hier zu bearbeitenden Fragestellungen erscheint es notwendig, ein breites Gesundheitsverständnis zugrunde zu legen, das neben objektiven Gesichtspunkten auch subjektive Aspekte des Wohlbefindens berücksichtigt (vgl. Beckers, & Brux, 1993; Jacob, 1981; Schmidt, 1998). Gerade diese subjektiven Aspekte kommen in der neueren Forschung verstärkt zum Tragen. Faltermaier (1994) hat sich als einer der ersten mit subjektiven Theorien beschäftigt. Er fand, dass

„Gesundheit für viele Menschen nur ausnahmsweise ein Ziel im Leben darstellt. Ihre Bedeutung liegt darin, dass sie die Voraussetzung für Lebensaktivitäten ist, auch dafür, sich im Leben zu verwirklichen. Gesundsein bedeutet also, ein bestimmtes Potenzial zu haben, Ressourcen zu besitzen und mobilisieren zu können, um handeln zu können. In diesem Sinne meint Gesundheit Handlungsfähigkeit, die aber nicht nur Leistungsfähigkeit umfasst, sondern auch Erlebnisfähigkeit" (Faltermaier, 1994, S. 57).

Auch Untersuchungen zu subjektiven Theorien von Gesundheit spiegeln die zentrale Bedeutung des Wohlbefindens für die menschliche Existenz wider (vgl. Dann, 1991;

Faltermaier, 1994). Eine Reihe alltagssprachlicher Bezeichnungen bringt die Vieldeutigkeit der hiermit assoziierten Begriffe zum Ausdruck: Freude, Vorfriede, Hoffnung, Heiterkeit, Zuversicht, Liebe, Dankbarkeit, Befriedigung, Stolz, Wohlbehagen, Lust, Verückung, Geborgenheit, Vertrauen, Entspantheit, Sicherheit, Ausgeruhtheit, Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Gesundheit, Sinn, Erfüllung, Glück etc. (Dann, 1991, S. 97).

Aus diesen Überlegungen ergibt sich ein mehrdimensionales Modell der Gesundheit:

- Kriterien der Gesundheit sind sowohl Krankheiten und Missempfindungen als auch Gesundheit im Sinne von Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Fitness.
- Die Mehrdimensionalität des Kontinuums kommt des Weiteren durch die differenzierte Erfassung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte zum Ausdruck.
- Letztendlich berücksichtigt das Modell auch, ob die Beurteilung der Gesundheit durch ein Selbst- oder ein Fremdurteil erfolgt.

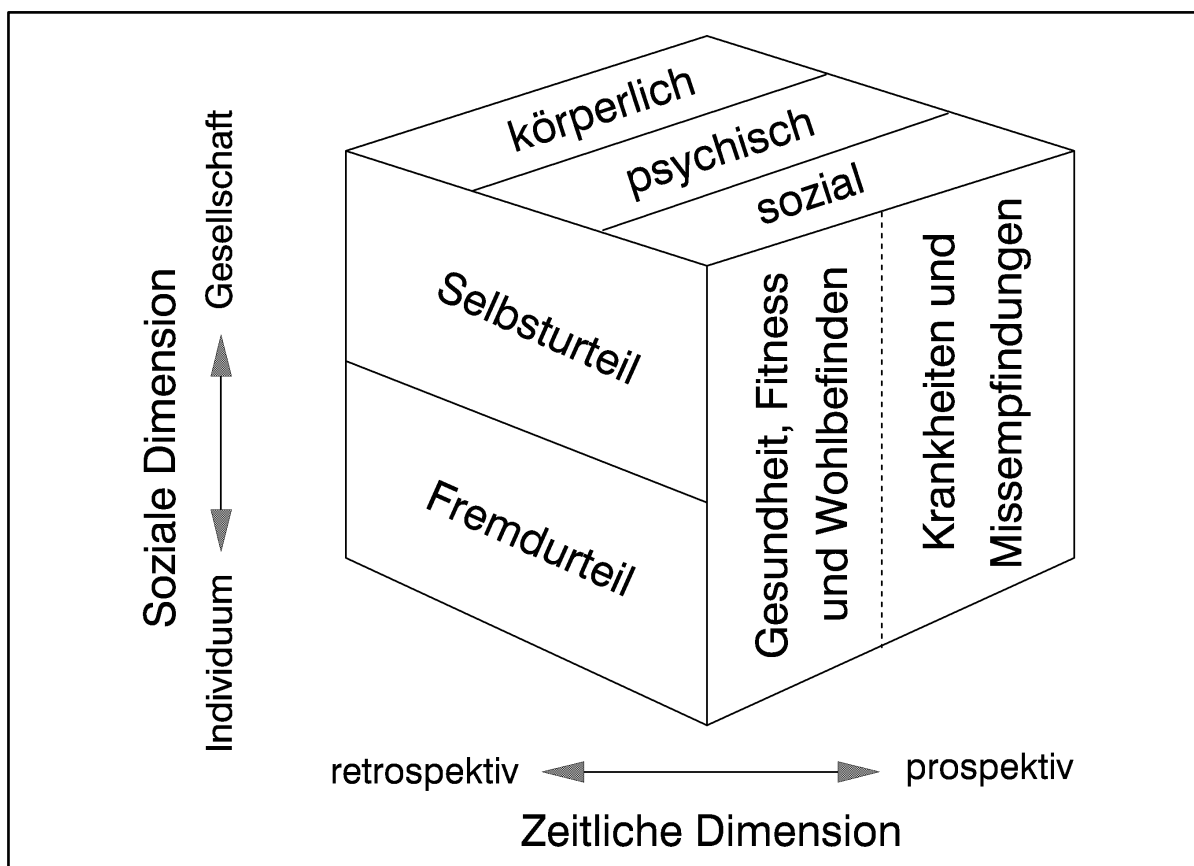


Abbildung 1: Dimensionen der Gesundheit { TC "Dimensionen der Gesundheit" } f A \l "1" } (modifiziert nach Wydra 1996, S. 42).

Der Gesundheitswürfel von Wydra (1996) wurde um zwei weitere Dimensionen erweitert.

Soziale Dimension: Gesundheit und Krankheit sind nicht nur eine Angelegenheit des Individuums, sondern auch der Gesellschaft. Für das Individuum kann eine Erkrankung

mit dem Tod enden. Aus gesellschaftlicher Perspektive kann aber die Verlängerung des Lebens durch entsprechend teure medizinische Maßnahmen zu einer Bedrohung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems werden. Aber auch die oben angesprochene Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber bzw. danach durch die Krankenkasse im Falle einer Erkrankung bringt diese soziale Dimension von Gesundheit zum Ausdruck.

Ein weiterer Aspekt, der hier in den Blick genommen werden kann, ist der der Prävention. Man spricht im Kontext der Gesundheitsförderung von der individuumorientierten Verhaltensprävention und der gesellschaftsorientierten Verhältnisprävention. Dass Gesundheit und Krankheit in hohem Maße nicht nur durch das Fehlverhalten des Individuums bedingt sind, sondern auch sozial bedingt sind, kommt in zahlreichen Untersuchungen zur sozialen Ungleichheit zum Ausdruck (Robert Koch-Institut, 2010).

Zeitliche Dimension: Gesundheit bzw. Krankheit haben immer eine Geschichte. Die Gründe für den aktuellen Gesundheitszustand liegen in der Vergangenheit (retrospektive Orientierung). Um die Gesundheit verbessern zu können, müssen die Ursachen für den aktuellen Gesundheitszustand bekannt sein. Alle gesundheitsbezogenen Programme sind auf die Zukunft gerichtet (prospektive Orientierung). Hiermit ist der präventive Aspekt angesprochen; auch im Sinne von Sekundär- und Tertiärprävention, denn nur durch eine Verhaltensänderung im Sinne eines gesunden Lebens lässt sich Gesundheit dauerhaft erhalten.

Trotz der zentralen Bedeutung des Wohlbefindens für das menschliche Dasein besteht, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden, eine defizitäre Behandlung des Wohlbefindens in der Forschung. Dies betrifft insbesondere die Operationalisierung des Konstrukts.

2 Strukturelemente des Wohlbefindens

2.1 Abgrenzung von verwandten Begriffen

Das subjektive Wohlbefinden steht mit einer Reihe von verwandten und zum Teil synonym gebrauchten Konstrukten in Beziehung. Zum Begriffsfeld Wohlbefinden gehören z. B. die Lebenszufriedenheit, das Freisein von Beschwerden, Belastungen und Sorgen, die Freuden des Alltags, das Verfügen über bestimmte Kompetenzen aber auch der Lebensstandard und die individuelle Lebensqualität. Zwischen diesen Größen bestehen ebenso Interdependenzen wie zu den Faktoren Glück und psychische Gesundheit. Mayring (1991) legt einen Vierfaktorenansatz des Wohlbefindens vor, der die Abhängigkeit des Wohlbefindens von diesen Faktoren und deren gegenseitige Interdependenz berücksichtigt (vgl. Abbildung 2).

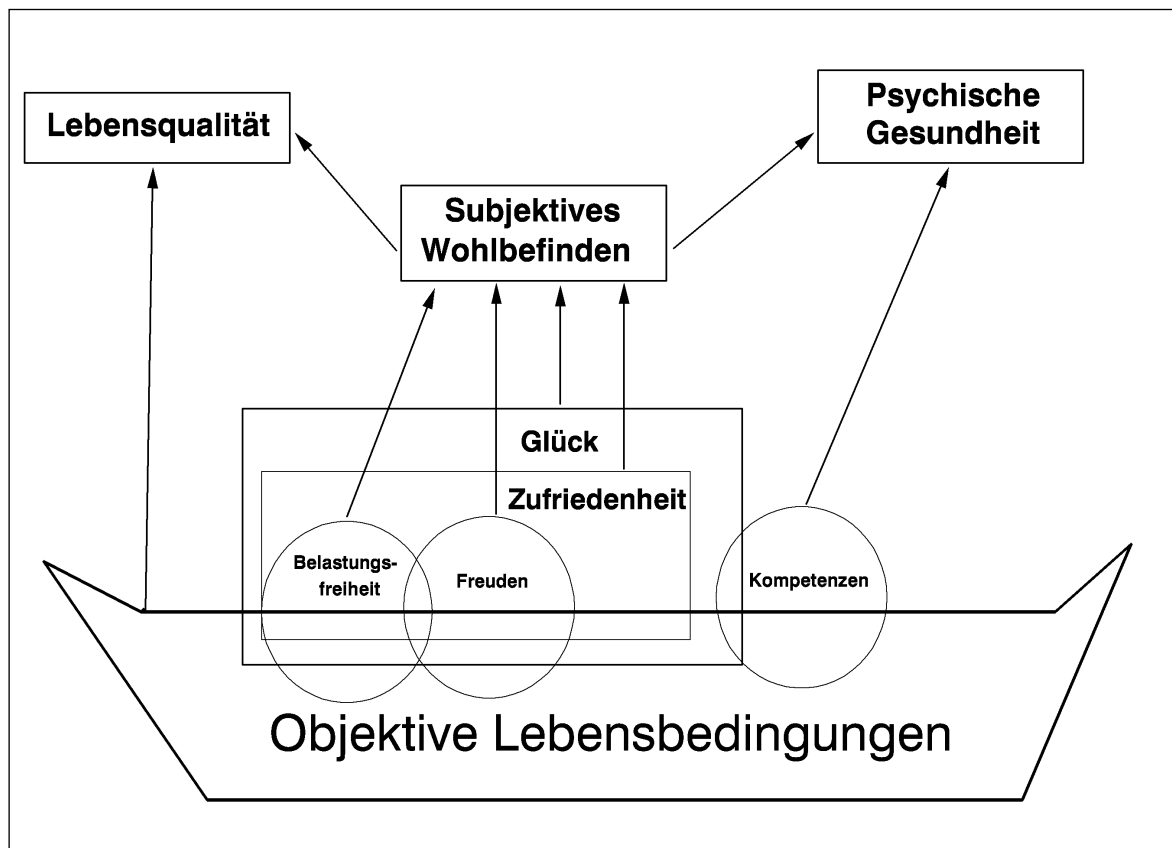


Abbildung 2: Das Begriffsfeld subjektives Wohlbefinden { TC "Das Begriffsfeld subjektives Wohlbefinden" \f A \l "I" } (Mayring, 1991, S. 77).

Unter **Freuden** werden mehr situationsgebundene, relativ kurzfristige Befindlichkeitsaspekte verstanden (vgl. Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). Unter Glück versteht Mayring (1991) einen positiven, langfristigen emotionalen und kognitiven Wohlbefindensfaktor. Die Zufriedenheit stellt eine kognitive Wohlbefindenskomponente dar.

Glück und Belastungsfreiheit besitzen sowohl aktuelle als auch habituelle Komponenten. Freuden werden als aktuelle und Zufriedenheit als habituelle Faktoren betrachtet. Belastungen werden sowohl von Seiten der Arbeitsphysiologie als auch von Seiten der Psychologie als wesentliche Einflussvariablen für Krankheiten und Missempfindungen bestimmt (vgl. Rohmert, 1984). Entsprechend der Stresstheorie von Lazarus kommt der subjektiven Bewertung belastender Situationen eine größere Bedeutung zu als den objektiven Belastungen selbst (vgl. Lazarus, & Launier, 1981).

Die dem Wohlbefinden nahestehenden Begriffe Lebensqualität, Zufriedenheit und Glück sollen im Folgenden vertieft dargestellt werden.

Lebensqualität: Die Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensumständen und dem Wohlbefinden werden in Forschungen zur Lebensqualität beleuchtet. Glatzer und Zapf (1984) präzisieren den Begriff der Lebensqualität als persönliche Wohlfahrt, die als individuelle Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden charakterisiert werden kann. Während sich die amerikanische Wohlbefindens- und Glücksforschung an subjektiven Aspekten orientiert und diese zum Ausgangspunkt der Betrachtungen zum Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Aspekten der Lebensqualität macht, gehen die Objektivisten den umgekehrten Weg: Sie gehen von einer größeren Bedeutung von objektiven Ressourcen und Lebensbedingungen für die Lebensqualität und das Wohlbefinden aus (Zapf, 1984). Heuristischen Wert hat die Differenzierung des Problemfeldes Lebensqualität in die objektiven Lebensumstände (Welfare) und das subjektive Wohlbefinden und Glücklichein (Happiness). Quer dazu sind Aspekte der Lebensqualität (Loving und Being im Bereich Welfare und Satisfaction Attitudes im Bereich Happiness) und des Lebensstandards (Having im Bereich Welfare und Dissatisfaction Attitudes im Bereich Happiness) zu unterscheiden (Zapf, 1984; siehe Abbildung 3: Dimensionen der Wohlfahrt).

	Welfare	Happiness
Lebensstandard	1. Haben <ul style="list-style-type: none"> - Einkommen - Bildung - Beschäftigung - Gesundheit - Wohnung 	4. Unzufriedenheits-Einstellungen <ul style="list-style-type: none"> - Wahrgenommene Antagonismen - Wahrgenommene Diskriminierung - Wahrgenommene ungerechte Privilegien - Einkommenszufriedenheit
Lebensqualität	2. Lieben <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinschaftliche Bindung - Familienbindung - Freundschaftsmuster 3. Sein <ul style="list-style-type: none"> - Persönliches Ansehen - Unersetzbarkeit - Politische Ressourcen - Machen 	5. Einstellungen zur Zufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> - Wahrgenommenes Glück - Wahrgenommene Bedürfnisbefriedigung

Abbildung 3: Dimensionen der Wohlfahrt { TC "Dimensionen der Wohlfahrt" \f A \l "1" } (modifiziert nach Zapf, 1984, S. 21).

Zufriedenheit: Zwischen objektiven Lebensbedingungen und Zufriedenheit bestehen trotz erkennbarer Einflüsse zum Teil Divergenzen. Auch hierbei spielen soziale Vergleichsprozesse eine entscheidende Rolle. Dies führt dazu, dass sowohl ein sog. Unzufriedenheitsdilemma, d. h. trotz guter Lebensbedingungen besteht Unzufriedenheit, und ein sog. Zufriedenheitsparadoxon, d. h. trotz schlechter Lebensbedingungen erfolgt eine gute Bewertung der eigenen Situation, beobachtet werden können. So zeigt es sich, dass Unzufriedenheitsäußerungen kulturell gelernt sein können, Gutsituierte für neue Wertmaßstäbe offener sind als Vergleichsgruppen und damit auch eher zu Kritik und Unzufriedenheit an bestehenden Rahmenbedingungen neigen (Zapf, 1984).

Differenzierte Untersuchungen führten dazu, dass für verschiedene Lebensbereiche - Familie, Beruf - und für verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Determinanten der Zufriedenheit identifiziert werden konnten. Die Lebenszufriedenheit wird in hohem Maße durch die materiellen Lebensbedingungen (Lebensstandard) beeinflusst. Hierin kommen die Bedeutung sozialer Vergleichsprozesse und die Orientierung an sozialen Normen zum Ausdruck. Dies zeigt sich z. B. bei der Zufriedenheit mit der Einkommensentwicklung: Trotz steigender Löhne sind viele mit ihrem Einkommen unzufrieden, weil die Löhne derjenigen, mit denen man sich vergleicht, im gleichen Umfang gestiegen sind (Fahrstuhleffekt). Glatzer und Zapf (1984) glauben deshalb, dass die zufriedene Gesellschaft eine Utopie darstellt, weil jede Gesellschaft eine Dynamik besitzt, die dazu führt, dass es immer Menschen geben wird, denen es im sozialen oder zeitlichen Vergleich schlechter geht.

Die Erwartungen haben ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der Zufriedenheit. Die Erwartungsinflation der heutigen Zeit kann als das größte Hindernis auf dem Weg

zur Zufriedenheit angesehen werden. Objektive Grenzen des stetigen wirtschaftlichen Wachstums, wie Ressourcenknappheit oder Umweltbelastungen können nicht überwunden werden, so dass aus der Diskrepanz zwischen Erwartungen und Erreichbarem langfristig Unzufriedenheit resultieren muss (vgl. Brickman, & Campbell, 1971). Houston (1981) sieht deshalb auch in der Senkung des Aspirationsniveaus und der Selbstdeprivation eine Möglichkeit, Glück und Zufriedenheit zu steigern (vgl. Diener, 1984). Jedoch zeigen Forschungen zum Freizeitverhalten bzw. zu den zukünftigen Bedürfnissen in der Freizeitwelt ein anderes Bild (vgl. Opaschowski, 1990; Schulze, 1993).

Glück: Eine umfangreiche Analyse der Psychologie des Glücks legt Mayring (1991) vor. Es kann zwischen dem aktuellen Glückserleben (state) und dem biographisch entwickelten Lebensglück (trait) differenziert werden. Als Einflussfaktoren des Glücks sieht Mayring die gesellschaftlichen und biographischen Voraussetzungen, die objektiven Lebensbedingungen, die Auseinandersetzung mit Umweltbelastungen und das subjektive Wohlbefinden an. Hinzu kommen kognitive und emotionale Moderatorvariablen. Auf die Einbettung des Glücksbegriffes in den Vierfaktorenansatz des Wohlbefindens ist bereits oben eingegangen worden. Kennzeichnend für Glück sind Identität, Sicherheit, Gesundheit, Bedürfnisbefriedigung, Solidarität, Engagement, Arbeit und Sinn, während für Unglück Labilität, Angst, Frustration, Vereinzelung, Apathie, Entfremdung und Sinnlosigkeit stehen (Mayring, 1991, S. 177; vgl. Kaiser, 1986). Psychologisch kann Glück als Gegensatz zur Depression angesehen werden.

Am Ende seiner Analyse des Begriffsfeldes Glück und Wohlbefinden hält Mayring fest, dass

- die Beschäftigung mit Glück ernst genommen werden muss, da das Streben nach Glück ein zentraler Lebensbezug des Menschen darstellt,
- Glück ein vielschichtiges Phänomen darstellt, das sowohl State- als auch Trait-Komponenten aufweist und zahlreiche Wechselwirkungen zu Konstrukten wie Wohlbefinden, seelische Gesundheit und Lebensqualität aufweist,
- Glück nicht nur ein subjektives individuelles Gefühl darstellt, sondern aufgrund seines transaktionalen Charakters immer im materialen, sozialen und gesellschaftlichen Kontext gesehen werden muss. Glücksforschung ist deshalb im engen Zusammenhang mit der Bewältigungsforschung zu sehen,
- Glück anfällig für Ideologien und Modeströmungen ist. Der momentane Status des Individuums wird über Vergleiche bestimmt. Diese erfolgen in Abhängigkeit von sozial vermittelten Sollwerten. Somit unterliegt das Glücksempfinden auch gewissen Modeströmungen, die bestimmen, was in oder out ist (vgl. Opaschowski, 1990),
- eine Beschäftigung mit Fragen des Glücks zum jetzigen Zeitpunkt nicht ohne Methoden der qualitativen Sozialforschung erfolgen kann (vgl. Mayring, 1990).

Die Komplexität der Fragen, mit denen sich die Wohlbefindensforschung auseinanderzusetzen muss, wird auch bei dem Ansatz der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) deutlich. Die OECD (2011) beschäftigt sich im Rahmen ihrer Initiative „How's Life?“ mit dem individuellen Wohlbefinden. „How's Life?“ ist Teil der OECD-Initiative „Better Life“, die eine Reihe von Studien und Analysen über das Wohlergehen der Menschen und dessen Messung umfasst. Das individuelle Wohlbefinden ist abhängig einerseits von der Lebensqualität und andererseits von den materiellen Lebensbedingungen.

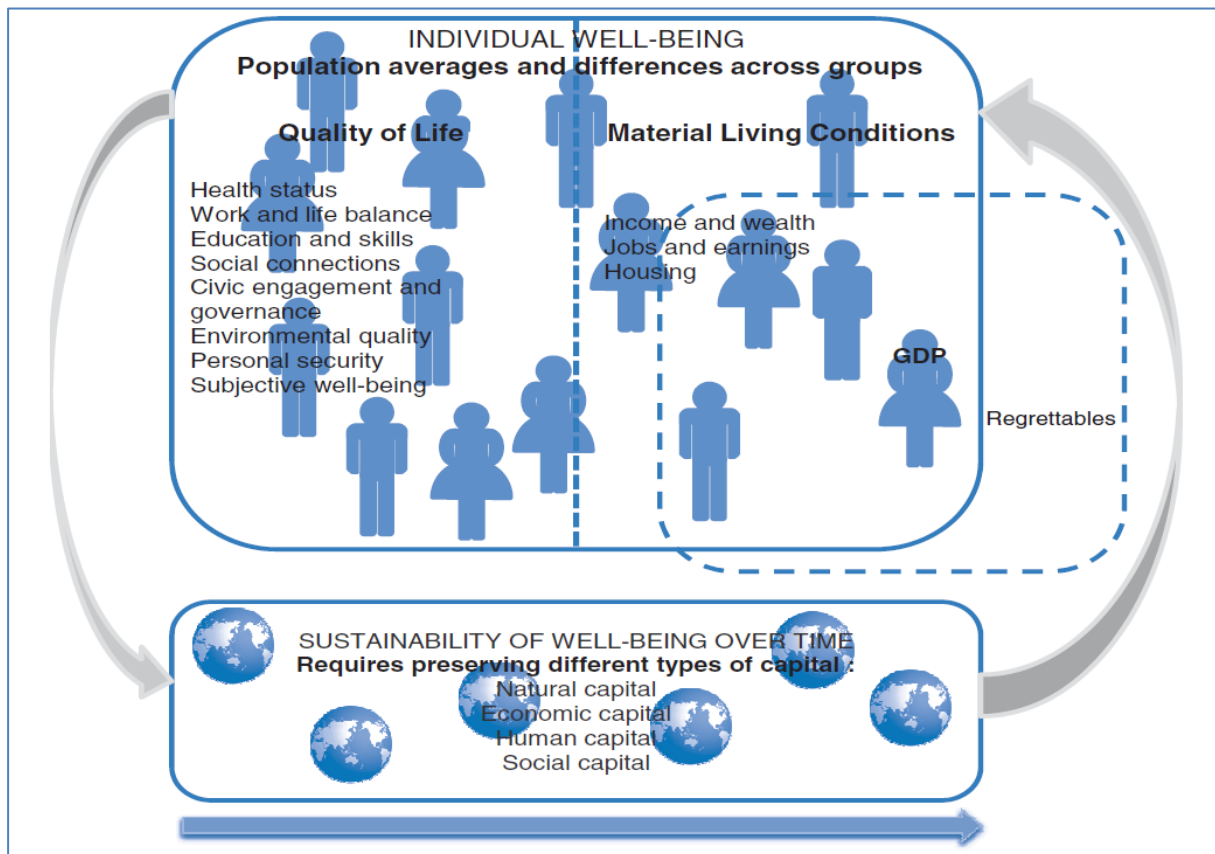


Abbildung 4: Rahmenmodell der OECD zur Erfassung des Wohlbefindens { TC
"Rahmenmodell der OECD zur Erfassung des Wohlbefindens" } (OECD, 2011, S. 18).

• Lebensqualität

- Gesundheitszustand
- Gleichgewicht zwischen Arbeit und Leben (Work-Life-Balance)
- Bildung und Fähigkeiten
- Bürgerschaftliches Engagement und Regierungsführung
- Soziale Verbindungen (Partizipation)
- Umweltqualität
- Persönliche Sicherheit

- Subjektives Wohlbefinden.
- **Materielle Lebensbedingungen**
 - Einkommen und Vermögen
 - Arbeit und Einkommen
 - Wohnen

Weiterhin besteht zwischen dem Wohlbefinden und verschiedenen Formen des Kapitals (natürliches, ökonomisches, Humankapital und soziales Kapital) eine Wechselwirkung. Die OECD betont, dass die Nachhaltigkeit des Wohlbefindens über die Zeit die Bewahrung der Formen des Kapitals erfordert.

2.2 Wohlbefinden im engeren Sinne

In der Wohlbefindensforschung dominieren nach wie vor Ansätze, bei denen über die Abwesenheit von Beschwerden und Störungen auf das Wohlbefinden geschlossen wird. Kammann, Farry und Herbison (1984) legen eine Übersicht über die im anglo-amerikanischen Sprachraum entwickelten Verfahren zur Erfassung des Wohlbefindens vor (vgl. Mayring, 1991b). Sie gehen dabei auf die historische Entwicklung dieses Forschungsbereiches ein und betonen, dass aufgrund der bisher fast ausschließlichen Beschäftigung mit Fragen des gestörten Wohlbefindens in Form von körperlichen Beschwerden, Depressivität, Angst etc. ein Mangel an theoretischen und methodischen Kenntnissen über die Struktur des positiven Sektors des Wohlbefindensspektrums besteht.

Aufgrund einer faktorenanalytischen Untersuchung, in die insgesamt 13 verschiedene Wohlbefindensskalen eingeflossen sind, kommen Kammann et al. (1984) zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Konstrukt Wohlbefinden um ein eindimensionales Konstrukt handelt, das sie als „Sense of Well-Being“ umschreiben. Aufgrund der Einbeziehung von Skalen zur Erfassung von körperlichen Beschwerden, Traitangst, Depressivität und Neurotizismus kommen sie zu der Auffassung, dass diese persönlichkeitsorientierten Konstrukte ebenfalls als abhängige Variablen eines globalen überlappenden Wohlbefindensspektrums anzusehen sind. Im Gegensatz dazu sehen Costa und McCrae (1980) unterschiedliche Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus und Extraversion als Ursachen für das Auftreten von negativen bzw. positiven Affekten an. Sie sind der Auffassung, dass diese beiden Persönlichkeitsfaktoren einen stärkeren Einfluss auf die Befindlichkeit haben als objektive Aspekte der Lebensbewältigung oder Lebensqualität (vgl. Kammann et al., 1984). Während die negativen Affekte derzeit gut abgebildet werden, können für das Zustandekommen der positiven Affekte derzeit aufgrund des Mangels an Erhebungsverfahren noch keine Aussagen gemacht werden. Kammann et al. (1984) illustrieren ihre Vorstellung durch ein Dreiebenenmodell: Die drei Ebenen stellen verschiedene Stimmungslagen dar, in denen sich ein Individuum befinden kann. Die drei Ebenen sind durch Leitern verbunden. Durch psychiatrische Skalen oder Beschwerdenlisten werden die Leitern, die von der mittleren Ebene nach unten führen, sehr gut be-

schrieben. Leitern, die von der mittleren Ebene nach oben führen, können derzeit aufgrund des Mangels an theoretischen Vorstellungen zur Struktur des Wohlbefindens nicht beschrieben werden. Eine Leiter, die als Sense of Well-Being bezeichnet wird, geht über alle drei Etagen (siehe Abbildung 5).

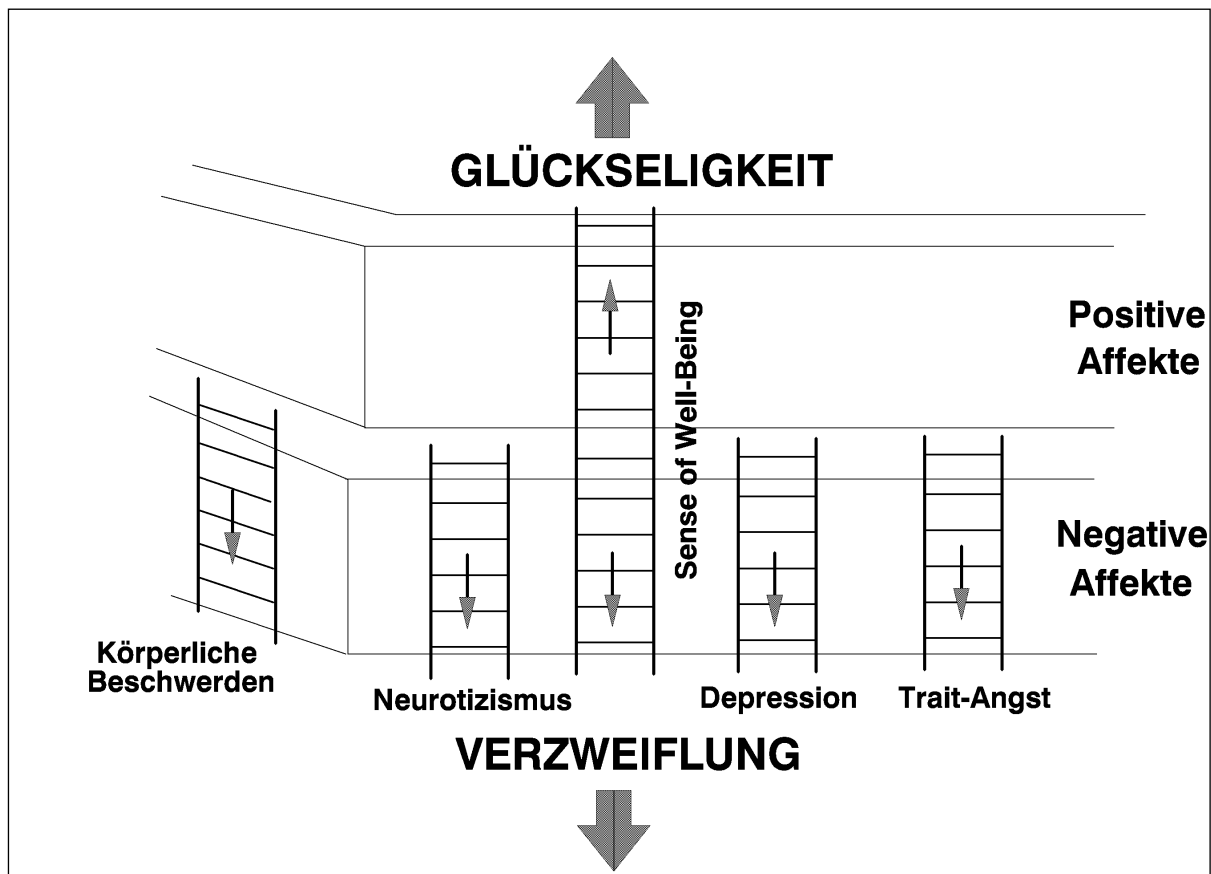


Abbildung 5: Illustration der traditionellen Schwerpunktsetzungen der Wohlbefindensforschung. Die nach unten führenden Leitern stellen die bisher praktizierte Forschungsstrategie in der Wohlbefindensforschung dar, während eine Beschäftigung mit den positiven Affekten bzw. dem Sense of Well-Being bisher unterblieben ist (modifiziert nach Kammann et al., 1984, S. 112).

Wie in den vorausgegangenen Passagen gezeigt werden konnte, hatte in der bisherigen Forschung die Beschäftigung mit negativen Emotionen aufgrund der Krankheitsorientierung unseres Gesundheitssystems einen hohen Stellenwert: Es galt das Negative zu beseitigen, um auf diesem Wege Wohlbefinden herzustellen (vgl. Grom, 1987). In diesem Sinne galt bereits die Abwesenheit von Krankheiten oder Missempfindungen als Indikator für Wohlbefinden. Entsprechend wurde in der Vergangenheit eine Vielzahl von Skalen zur Erfassung von Beschwerden konstruiert (McDowell, & Newell, 1996; Zerssen, 1976a; 1976b). Mit dem Beginn der eigenständigen Wohlbefindensforschung stellte sich die Frage, ob positive und negative Affekte als unabhängige Faktoren zu betrachten seien. Seit den Arbeiten von Bradburn (1969) gilt die Unabhängigkeit von

positiven und negativen Aspekten als ein Paradigma der Wohlbefindensforschung. Der Zweifaktorenansatz der Befindlichkeit findet sich in einer Reihe von theoretischen Ansätzen zur Umschreibung des Wohlbefindens (vgl. Diener, 1984; Abele-Brehm, & Brehm, 1986; Mayring, 1991). Die faktorielle Unabhängigkeit positiver und negativer Aspekte wird jedoch von einigen Autoren als Folge methodischer Probleme gesehen. Negative und positive Affekte schließen sich zwar zum gleichen Zeitpunkt weitestgehend aus. Über einen längeren Zeitraum gemittelt, können diese jedoch sehr wohl miteinander positiv korrelieren (vgl. Diener, 1984; Gotlib, & Meyer, 1986; Kammann et al., 1984).

Auch die Gesundheitsdefinition der WHO legt eine weitere Differenzierung des Konstrukts Wohlbefinden nahe. Wohlbefinden schließt demnach körperliche, psychische und soziale Aspekte mit ein. Breslow (1972) hat als einer der ersten versucht, diese Dimensionen im Rahmen einer epidemiologischen Untersuchung getrennt zu erfassen, wobei er sich jedoch nicht nur, wie es damals meist noch üblich war, auf die Erfassung der negativen Aspekte der entsprechenden Dimensionen beschränkt hat. Becker (1991) differenziert explizit das psychische vom physischen Wohlbefinden und Frank (1991; 2003) entwickelt einen speziellen Fragebogen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens. Beide betonen jedoch, dass eine strikte Trennung von emotionalem und körperlichen Wohlbefinden nicht möglich und auch nicht sinnvoll sei.

Frank (2011b) differenziert zwischen dem körperlichen, dem kognitiven, dem affektiven und dem sozialen Wohlbefinden und fordert, dass diese im Rahmen von Psychotherapien ins Auge gefasst und therapeutisch angegangen werden.

Diese kurzen Ausführungen zur Struktur des Wohlbefindens bzw. der damit verwandten Begriffe haben deutlich gemacht, dass es sich um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt, das sowohl von negativen als auch von positiven Aspekten abhängig ist. Im Folgenden sollen diese Überlegungen vertieft werden.

Die Zeitabhängigkeit des Wohlbefindens führte zu einer Differenzierung von aktuellem und habituellem Wohlbefinden (Becker, 1991). Das habituelle Wohlbefinden, als eine stabile Eigenschaft, kommt primär durch kognitive Prozesse zustande, die Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen beinhalten. Becker und Minsel (1986) zeigten, dass das über einen längeren Zeitraum gemittelte aktuelle psychische Wohlbefinden sich als recht guter Indikator für die habituelle seelische Gesundheit erweist. Das aktuelle Wohlbefinden bringt die momentanen Stimmungen, körperlichen Empfindungen sowie das Fehlen von Beschwerden zum Ausdruck. Dieser Aspekt wird vor allem in der Befindlichkeitsforschung thematisiert. Abele-Brehm und Brehm (1986) legten zur Operationalisierung der Befindlichkeit entsprechende Skalen vor. Sie gehen dabei von einer zweifaktoriellen, bipolaren Grundstruktur der Befindlichkeit aus, die durch die Dimensionen Aktiviertheit und Energielosigkeit bzw. Ärger und Ruhe repräsentiert werden.

3 Konstruktion des FAHW

Im Vordergrund des Erkenntnisinteresses des Autors stehen die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten von Gesundheit und Sport. Hierbei wird davon ausgegangen, dass vom Sport nicht nur präventive, d. h. krankheitsvermeidende Effekte ausgehen, sondern darüber hinaus auch positive, salutogenetische Wirkungen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht. Um die Zusammenhänge zwischen Bewegung, Spiel und Sport mit gesundheitlichen Aspekten erfassen zu können, erschien es notwendig, einen Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden zu konstruieren.

Es fand sich – zu Beginn der 1990er Jahre –im deutschen Sprachraum kein Instrumentarium, das sowohl negative als auch positive Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens erfasst¹. Insbesondere die Beschäftigung mit dem positiven Wohlbefinden als einem eigenständigen Bereich wurde bisher vernachlässigt. 1977 konstatieren Pohlmeier und Biefang noch, dass lediglich die negative Messung von Gesundheit als gangbarer Weg zu erachten sei, um die Gesundheit eines Individuums zu bestimmen, und dass Gesundheitsindikatoren, die sich am Konzept positiver Gesundheit orientieren, für die (damalige) aktuelle Diskussion keine Bedeutung hätten. 1991 halten Abele und Becker demgegenüber die Erfassung des Wohlbefindens für einen eigenständigen und insbesondere auch eigenwertigen Bereich, der auch einer speziellen Annäherung bedarf. Die Entwicklung von Verfahren zur Beurteilung subjektiver Aspekte der Gesundheit stellt dabei lediglich eine Fortsetzung der ärztlichen Anamnese in standardisierter Form dar.

Durch einen Fragebogen zum Wohlbefinden sollten positive und negative Aspekte im somatischen, psychischen und sozialen Bereich abgebildet werden. Auch existieren außer einem Ansatz von Breslow (1972) keine Verfahren, die die in der WHO-Definition abgebildeten Dimensionen des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens widerspiegeln. Es erscheint dann als ein legitimes Anliegen, einen eigenen Fragebogen zum Problemfeld Wohlbefinden zu entwickeln, wenn die vorliegenden Verfahren nicht geeignet erscheinen, das Problemfeld im Hinblick auf ein bestimmtes Forschungsinteresse hinreichend abzudecken (Mayring, 1991a). Auch Mayring (1991a) hält fest, dass das wohl gravierendste Problem der heutigen Wohlbefindensforschung das Fehlen adäquater Erhebungsmethoden darstellt.

Entsprechend diesen Vorüberlegungen wurde ein Strukturmodell des Wohlbefindens konzipiert, das sowohl Aspekte des Wohlbefindens als auch des Missbefindens im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich beinhaltet. Diesen Bereichen wurden bestimmte Kriterien des Wohlbefindens bzw. Missbefindens zugeordnet (siehe Abbildung 6). Auf die Begründung für die Auswahl dieser Kriterien bzw. die Formulierung von Items zur Abbildung dieser Kriterien wird im Folgenden eingegangen.

¹ Mittlerweise steht zumindest mit dem Herausgeberband „Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden“ von Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003 ein Sammelwerk mit insgesamt 71 vorgestellten Testverfahren zur Verfügung.

	Aspekte des Wohlbefindens	Aspekte des Missbefindens
Körperlicher Bereich	Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand	Körperliche Gebrechen und Schmerzen
Psychischer Bereich	Ruhe, Ausgeglichenheit und Vitalität	Unsicherheit, Stress und Anspannung
Sozialer Bereich	Freunde haben, intaktes Familienleben, Eingebundensein in die soziale Gemeinschaft	Einsamkeit und soziale Isolation, Enttäuschung über Mitmenschen

Abbildung 6: Strukturmodell des allgemeinen Wohlbefindens { TC "Strukturmodell des allgemeinen Wohlbefindens" \f A \l "I" }. Angabe der durch die positiven und negativen Aspekte des Wohlbefindens im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich definierten Wohlbefindensäußerungen.

Körperliches Wohlbefinden: Traditionell erfolgt die Annäherung an das Problem der subjektiven Gesundheit über Fragebögen zur Erfassung von Beschwerden und Schmerzen. Einen Überblick geben McDowell und Newell (1987). Typische Instrumentarien zur Erfassung von körperlichen Beschwerden stellen Fragebögen zur Erstellung von Schmerzindizes dar. Erwähnt sei das Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire von Fairbank, Couper, Davies und O'Brien (1980). Diese Beschwerdeskala fragt nach der Beeinträchtigung von alltäglichen Handlungen (Stehen, Sitzen, Schlafen, Reisen etc.) durch LWS-Beschwerden. Der Fragebogen beinhaltet zehn Tätigkeitsbereiche, die jeweils auf einer sechsstufigen Skala beantwortet werden können, woraus ein Summenwert als Indikator der Beeinträchtigung im Alltag resultiert, der von null bis 50 Punkte reicht.

Eine Kernfrage im Zusammenhang mit Schmerz- und Beschwerdenindizes betrifft die Korrelation zwischen ärztlicher Diagnose und Beschwerden. In eigenen Studien zu Gleichgewichtsproblemen bei neurologischen Patienten (Wydra, 1993) und Schulternackenproblemen bei Rehaeteilnehmern mit Allgemeinerkrankungen (Wydra, Karisch & Wenzkat, 1987) konnten nur schwache bzw. keine Zusammenhänge zwischen subjektiv wahrgenommener Problematik und der Schwere des Krankheitsgeschehens festgestellt werden. Im Längsschnitt hingegen erwiesen sich die Fragebögen als geeignete Instrumentarien zur Darstellung von Therapieeffekten (vgl. Wittmann, 1985).

Ein erster Ansatz in die entgegengesetzte Richtung wurde von Frank (1991; 2003) unternommen, die einen Fragebogen zum körperlichen Wohlbefinden vorstellt. Aufgrund faktorenanalytischer Untersuchungen konnte sie folgende Dimensionen körperlichen Wohlbefindens identifizieren:

- Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand,
- Gefühl von Ruhe und Muße,
- Vitalität und Lebensfreude,
- nachlassende Anspannung, angenehme Müdigkeit,
- Genussfreude / Lustempfinden,
- Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit,

- Gepflegtheit, Frische, angenehmes Körperempfinden.

Die Untersuchungen zur Validierung des Messverfahrens zeigten, dass körperliches Wohlbefinden mehr ist als lediglich die Abwesenheit von Beschwerden und Missempfinden. Frank (1991; 2003) erachtet den Fragebogen als aussagekräftiges klinisches Instrument, das auch im Rahmen differentialdiagnostischer Untersuchungen zu Unterscheidungsmerkmalen zwischen gesunden und kranken Menschen dienen kann.

Psychisches Wohlbefinden: Die ersten wissenschaftlichen Anstöße zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens erfolgten auf der Basis der in der Zeit des zweiten Weltkrieges gesammelten Erfahrungen bei der Eignungsuntersuchung von Rekruten. Die weitere Entwicklung wurde durch die Entwicklung psychiatrischer Erhebungsverfahren gefördert. Die ersten Befindlichkeitsfragebögen waren psychiatrische Beschwerdenlisten. Die Beschwerdenliste von Zerssen (1976a) beispielsweise ist ein Fragebogentest zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigungen durch (überwiegend) körperliche und Allgemeinbeschwerden. Der Summenwert der Liste sagt etwas darüber aus, wie weit sich ein Proband durch körperliche und Allgemeinbeschwerden beeinträchtigt fühlt. Eine Differenzierung der Beschwerdesymptomatik ist nicht angestrebt. Es handelt sich bei den Items um typische Beschwerden, wie sie im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin von den Patienten vorgetragen werden (Zerssen, 1976a, S. 6). Die Befindlichkeitsskala (Zerssen, 1976b) stellt die konsequente Weiterentwicklung dieses Vorgehens dar, wobei jedoch nicht nur negative Affekte, sondern auch deren Gegenpol erfasst wird. Froh und schwermütig, frisch und matt stellen typische Items dieser Liste dar.

Als historisch sind die Arbeiten von Bradburn (1969) anzusehen. Bradburn legte jeweils fünf Items vor, die negative bzw. positive Gefühle zum Ausdruck bringen: Zufriedenheit darüber, etwas zu Ende gebracht zu haben; das Gefühl, dass die Dinge ihren vorbestimmten Weg gehen; angeregt und interessiert sein für etwas; das Gefühl, auf dem Gipfel der Welt zu sein; Stolz über ein Kompliment; Ruhelosigkeit; Trauer; Depressivität; Einsamkeit; geknickt sein wegen einer Kritik. Er fragte danach, ob die Pbn. in den vergangenen Wochen jemals diese Gefühle hatten. Bradburn fand geringe korrelative Beziehungen zwischen positiven und negativen Items und folgerte daraus die relative Unabhängigkeit von positiven und negativen Emotionen.

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung von Instrumentarien stellen die von Andrews und Withey (1976) vorgelegten Skalen dar, die aus jeweils nur einem Item bestehen. Eine dieser Skalen, die Gesichterskala, der globalen Beurteilung des Wohlbefindens. Die Gesichterskala besteht aus sieben verschiedenen Gesichtern, die unterschiedliche Stimmungen zum Ausdruck bringen sollen. Aufgrund ihres nonverbalen Charakters eignen sich die Skalen von Andrews und Withey auch zum Einsatz bei Kindern oder anderen, in ihrer kognitiven Aufnahmefähigkeit eingeschränkten Probanden.

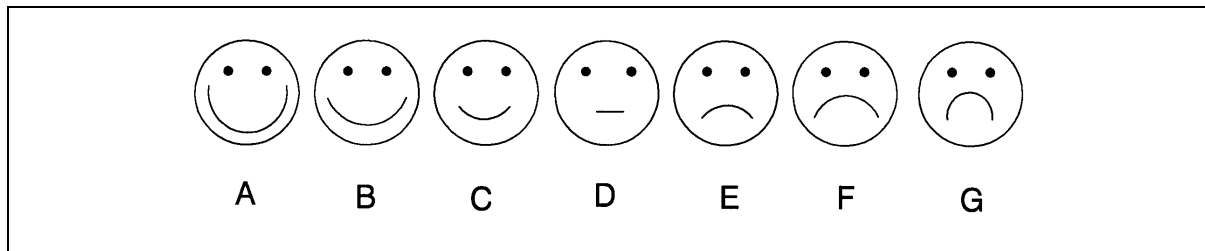


Abbildung 7: Die Gesichterskala von Andrews und Withey{ TC "Die Gesichterskala von Andrews und Withey" \f A \l "I" } (1976).

Becker und Minsel (1986) nennen sieben Bereiche, denen sie eine hohe diagnostische Valenz für die Beurteilung von seelischer Gesundheit bzw. Krankheit zubilligen. Sie gehen dabei von einer begrenzten Unabhängigkeit der sieben Bereiche aus. Zu bestimmten Zeitpunkten kann eine Person durch eine unterschiedliche Konfiguration von Krankheits- bzw. Gesundheitszeichen charakterisiert werden. Diese Kriterien von Gesundheit und Krankheit beziehen sich auf körperliche, psychische und zum Teil auf soziale Aspekte.

- Negative vs. positive emotionale Befindlichkeit (Unwohlsein - Wohlbefinden),
- Energiemangel und Antriebsschwäche vs. hohes Energieniveau (Müdigkeit - Vitalität),
- Defensivität vs. Expansivität (Schonhaltung - Sich-Verausgaben),
- Funktions- und Leistungsstörungen vs. optimale Leistungsfähigkeit und Produktivität (Störungen von Organfunktionen - Fitness),
- Selbstzentrierung vs. Selbsttranszendenz (verstärkte Aufmerksamkeit auf eigenen Körper bzw. eigene Person - geringe Aufmerksamkeit auf eigene Person und verstärktes Interesse für Umwelt),
- Hilfesuchen, Abhängigkeit vs. Autonomie (Hilflosigkeit - Autonomie),
- geringes vs. hohes Selbstwertgefühl (Minderwertigkeitsgefühl - Selbstsicherheit).

Soziales Wohlbefinden: Diener (1984) stellt fest, dass zwischen subjektivem Wohlbefinden und Sozialkontakten eine Wechselwirkung besteht. Unabhängig von ihrer Notwendigkeit tragen Sozialkontakte zur Verbesserung des Wohlbefindens bei. Obwohl die Bedeutung sozialer Unterstützungssysteme (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989) bzw. der Sozialisation (vgl. Hurrelmann, 1988) für die Gesundheit Gegenstand zahlreicher Arbeiten ist, finden sich relativ wenige Ansätze zur Erfassung der sozialen Gesundheit. Dies hängt mit der Auffassung von Gesundheit als einem individuellen Problem zusammen. Der soziale Bezug kam erstmals in der WHO-Definition und später in der Definition von Parsons (1967), wonach Gesundheit als die Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Rollen definiert wird, zum Ausdruck. Diese rollentheoretische Definition ist z. B. von Bedeutung für die Rehabilitation, deren übergeordnetes Ziel in der Unabhängigkeit von fremder Hilfe gesehen wird. In dieser Betrachtungsweise ist soziale Gesundheit oder Funktionsfähigkeit die abhängige Variable therapeutischer Interventionen. Im Gegensatz dazu

wird im Rahmen der Social-Support-Forschung soziale Gesundheit als unabhängige Variable diskutiert. Als eine brauchbare Definition zur Charakterisierung sozialer Gesundheit kann die von Russel (1973, S. 75; vgl. Breslow, 1972) angesehen werden.

„Social health is that Dimension of an individual's well-being that concerns how he gets along with other people, how other people react to him, and how he interacts with social institutions and societal mores.“

Die Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Erwartungen hängt auch eng mit körperlichen Behinderungen zusammen, wie sie in Fragebögen zu funktionellen Beeinträchtigungen zum Ausdruck kommen. Die Anwendung der sozialen Rollentheorie im Feld Gesundheit ist nicht unproblematisch, da die Setzung von Normen und Standards des sozialen Verhaltens zur Operationalisierung sozialer Gesundheit die Existenz der angepassten Persönlichkeit voraussetzt (McDowell & Newell, 1987). Sozial auffälliges, weil abweichendes Verhalten wird somit zum krankhaften und therapiepflichtigen Verhalten. Neben der Operationalisierung der Anpassung an spezifische Rollen sollte deshalb auch die subjektive Zufriedenheit mit den individuellen Rollen erfasst werden.

Neben der Soziologie beschäftigt sich auch die Psychologie mit dem Problemfeld soziale Gesundheit. Becker (1989) nennt zwar nicht ausdrücklich den Bereich soziale Gesundheit, aber bei der Auflistung der Indikatoren für Zustände der Gesundheit und Krankheit im körperlichen und seelischen Bereich nennt er die „beeinträchtigte Fähigkeit zum Erfüllen von Rollen und Aufgaben“ bzw. „die reduzierte Liebesfähigkeit“ als Kriterien körperlicher und seelischer Krankheit. Liebesfähigkeit kann „als universal akzeptierter Indikator der seelischen Gesundheit“ angesehen werden (Becker, 1989, S. 12). „Liebesfähigkeit“ wird operationalisiert als die Fähigkeit, auf andere Menschen zuzugehen, sich in andere Menschen hineinzufühlen, gerne anderen Menschen eine Freude zu bereiten oder behilflich zu sein etc.

Zusammenfassung: Zur Beschreibung der subjektiven Komponenten des Wohl- und Missbefindens wurden in Anlehnung an die WHO-Definition von Gesundheit unter Berücksichtigung von Arbeiten von Beckers und Brux (1993), Bongartz (2000), Dann (1991) Schmidt, (1998), Faltermaier (1994), Mayring (1991a) und Wydra (1996) Skalen entwickelt. Zur Beschreibung des körperlichen Wohlbefindens wurden die Items der Skala „Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand“ von Frank (1991; 2003) übernommen. Zur Formulierung der anderen Skalen wurden entsprechend der oben geführten Diskussion Items zusammengestellt. Die erste Version des Fragebogens umfasst 42 Items, die auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten sind. Diese sollen Aspekte des allgemeinen Wohlbefindens und Missbefindens in den Bereichen Körper, Psyche und Soziales erfassen. Der Fragebogen trägt den Namen: *Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden* (FAHW).

Tabelle 1: Items der Skalen des Fragebogens{ TC "Items der Skalen des Fragebogens" \f T \l "I" } zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW).

	Wohlbefinden	Missbefinden
Körperliche Aspekte	mein Kreislauf ist stabil (3), ich bin körperlich belastbar (10), ich bin durchhaltefähig (13), ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (24), ich fühle mich körperlich gesund (34), ich fühle mich körperlich ausgeglichen (38), ich kann meinen Körperzustand genießen (41)	ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl (2), ich fühle mich schwerfällig (11), wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (17), ich habe dauernd Schmerzen (21), ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung (22), ich bin körperlich behindert (30), ich fühle mich erschöpft und müde (31)
Psychische Aspekte	ich bin heiter gestimmt (1), abends bin ich angenehm müde (8), ich bin sehr ausgeglichen (9), ich habe das Gefühl, durchstarten zu können (12), ich überblicke meine Umgebung (19), ich habe alles im Griff (29), mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen (42)	ich bin kein selbstsicherer Mensch (7), ich habe wenig Erfolg (18), ich fühle mich gestresst und nervös (23), ich bin nicht glücklich (28), meine Stimmung ist gedrückt (32), ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (39)
Soziale Aspekte	ich würde gerne anderen Menschen helfen (4), ich habe jede Menge Freunde (5), ich habe das Gefühl, geliebt zu werden (6), ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten (15), ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (16), anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage (26), ich habe das Gefühl, dass man mich braucht (27), mein Familienleben ist intakt (37)	es ist schade, dass mich kaum jemand besucht (14), ich fühle mich verlassen (20), ich bedauere, dass ich mich auf meine Freunde nicht verlassen kann (25), ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (33), ich habe mit mir selbst genug zu tun (35), ich habe niemanden, mit dem ich über alles reden kann (36), ich bin entbehrlich (40)

4 Evaluation des FAHW²

4.1 Untersuchte Gruppen

Im Verlauf der Zeit konnten von insgesamt 1461 Probanden unterschiedlichen Alters, unterschiedlicher sportlicher Aktivität und unterschiedlichen Gesundheitszustande gesammelt werden. An dieser Stelle sei all den Datensammlern, die sich mit den unterschiedlichen Stichproben auseinandergesetzt haben, herzlichst gedankt.

Es handelt sich um eine sehr heterogene Stichprobe. Die jüngste Teilnehmerin war zwölf und der älteste Teilnehmer 81 Jahre alt. 321 Personen stammen aus dem medizinisch/therapeutischen Milieu, während 1140 Teilnehmer aus verschiedenen Sportgruppen rekrutiert wurden. Des Weiteren wurden mir Daten von Lehrerinnen, Palliativpflegern und -helfern sowie von Teilnehmern an einem Ernährungsprojekt mitgeteilt.

Tabelle 2: Altersstruktur der Stichproben zur Evaluation des FAHW{ TC

"Altersstruktur der Stichproben zur Evaluation des FAHW" \f T \l "I" }.

Gruppe	n	% Frauen	M (Jahre)	SD (Jahre)	Minimum	Maximum
Gesamtgruppe	1461	59,3	34,6	15,9	12	81
Gesunde						
Jugendliche	299	51	14,0	1,3	12	16
Studenten	70	47	24,1	3,4	19	30
Volleyballer	32	6	26,7	3,2	18	32
Teilnehmer Ernährungsprojekt	402	81	32,4	11,0	17	65
Hausfrauengymnastik	32	100	34,7	8,1	18	54
Studiobesucher	137	49	38,4	8,5	28	64
Freizeitreiter	30	43	44,4	7,5	30	56
Lehrerinnen	10	100	45,9	11,6	26	57
Seniorentennisspieler	26	46	47,6	6,7	35	58
Tennisanfänger	34	62	52,2	8,4	40	72
Palliativpfleger und -helfer	68	82	53,2	11,2	24	73
	1140					
Patienten						
Teilnehmer stationäre Reha	170	47	46,8	9,5	21	71
Tinnituspatienten	80	50	47,2	9,0	22	61
Burnoutpatienten	16	50	53,1	5,5	42	61
Teilnehmer Koronargruppe	55	31	62,5	8,0	43	81
	321					

² Alle statistischen Analysen wurden mit Statistica StatSoft, Inc. (2008). STATISTICA für Windows (Software-System für Datenanalyse), Version 8.0 gerechnet.

4.2 Itemanalysen

4.2.1 Analyse der einzelnen Items

Im Folgenden wird die deskriptive Statistik der einzelnen Items dargestellt. Zur Evaluation des Fragebogens wurden in weiteren Schritten Item- und Konsistenzanalysen durchgeführt. Keine Berücksichtigung fanden die Daten der Jugendlichen, da nur die Skalenwerte mitgeteilt wurden.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik der einzelnen Items des FAHW\ TC "Deskriptive Statistik der einzelnen Items des FAHW" \f T \l "I" \} (n = 1162)

	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
1. ich bin heiter gestimmt	3,8	0,9	0,0	3,8	3,9
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	-2,2	1,2	0,0	-2,3	-2,2
3. mein Kreislauf ist stabil	4,1	1,0	0,0	4,1	4,2
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen	4,1	0,8	0,0	4,1	4,2
5. ich habe jede Menge Freunde	3,6	1,0	0,0	3,5	3,6
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden	4,2	0,9	0,0	4,1	4,2
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch	-2,5	1,2	0,0	-2,6	-2,5
8. abends bin ich angenehm müde	3,8	1,1	0,0	3,8	3,9
9. ich bin sehr ausgeglichen	3,4	1,1	0,0	3,4	3,5
10. ich bin körperlich belastbar	3,7	1,0	0,0	3,7	3,8
11. ich fühle mich schwerfällig	-2,2	1,1	0,0	-2,3	-2,2
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können	3,3	1,1	0,0	3,2	3,4
13. ich bin durchhaltefähig	3,8	1,0	0,0	3,8	3,9
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	-2,2	1,1	0,0	-2,3	-2,1
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	2,8	1,1	0,0	2,8	2,9
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	3,7	1,0	0,0	3,7	3,8
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	-1,9	1,2	0,0	-2,0	-1,8
18. ich habe wenig Erfolg	-2,0	1,0	0,0	-2,1	-2,0
19. ich überblicke meine Umgebung	4,0	0,8	0,0	3,9	4,0
20. ich fühle mich verlassen	-1,7	1,0	0,0	-1,7	-1,6
21. ich habe dauernd Schmerzen	-1,8	1,1	0,0	-1,9	-1,7
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	-2,0	1,4	0,0	-2,1	-1,9
23. ich fühle mich gestresst und nervös	-2,6	1,3	0,0	-2,7	-2,5
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	3,3	1,2	0,0	3,2	3,4
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	-2,0	1,1	0,0	-2,1	-2,0
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	4,2	0,9	0,0	4,1	4,2
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	4,0	0,9	0,0	3,9	4,0
28. ich bin nicht glücklich	-2,0	1,1	0,0	-2,1	-1,9
29. ich habe Alles im Griff	3,5	0,9	0,0	3,4	3,5
30. ich bin körperlich behindert	-1,5	1,0	0,0	-1,6	-1,4
31. ich fühle mich erschöpft und müde	-2,6	1,3	0,0	-2,5	-2,7
32. meine Stimmung ist gedrückt	-2,2	1,2	0,0	-2,3	-2,2
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	-2,1	1,0	0,0	-2,2	-2,0
34. ich fühle mich körperlich gesund	3,6	1,1	0,0	3,6	3,7
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun	-2,7	1,1	0,0	-2,7	-2,6

Tabelle 3 (Fortsetzung)

	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	-1,8	1,1	0,0	-1,9	-1,7
37. mein Familienleben ist intakt	4,0	1,2	0,0	3,9	4,1
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen	3,6	1,0	0,0	3,5	3,6
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	-1,9	1,0	0,0	-2,0	-1,8
40. ich bin entbehrlich	-2,9	1,2	0,0	-2,9	-2,8
41. ich kann meinen Körperzustand genießen	3,4	1,1	0,0	3,3	3,4
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	3,3	1,1	0,0	3,2	3,4

Tabelle 4: Itemanalysen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden { TC
 "Itemanalysen des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden" } (n =
 1162; M = 38,3; SD = 22,9; Cronbach Alpha = 0,93; Mittlere Inter-Item-Korrela-
 tion = 0,24).

	M bei Aus- schluss	SD bei Aus- schluss	Item-Gesamt- Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
1. ich bin heiter gestimmt	34,52	22,32	0,59	0,93
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	40,61	22,23	0,52	0,93
3. mein Kreislauf ist stabil	34,24	22,44	0,42	0,93
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen	34,25	22,69	0,19	0,93
5. ich habe jede Menge Freunde	34,81	22,47	0,36	0,93
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden	34,19	22,46	0,42	0,93
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch	40,89	22,34	0,42	0,93
8. abends bin ich angenehm müde	34,52	22,49	0,34	0,93
9. ich bin sehr ausgeglichen	34,94	22,20	0,62	0,93
10. ich bin körperlich belastbar	34,62	22,25	0,58	0,93
11. ich fühle mich schwerfällig	40,60	22,18	0,59	0,93
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können	35,07	22,18	0,64	0,93
13. ich bin durchhaltefähig	34,55	22,32	0,54	0,93
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	40,58	22,45	0,35	0,93
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	35,52	22,60	0,22	0,93
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	34,64	22,40	0,43	0,93
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	40,28	22,33	0,43	0,93
18. ich habe wenig Erfolg	40,41	22,40	0,45	0,93
19. ich überblicke meine Umgebung	34,38	22,58	0,34	0,93
20. ich fühle mich verlassen	40,04	22,30	0,58	0,93
21. ich habe dauernd Schmerzen	40,16	22,36	0,43	0,93
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	40,37	22,27	0,40	0,93
23. ich fühle mich gestresst und nervös	40,97	22,04	0,62	0,93
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	35,05	22,12	0,62	0,93
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	40,38	22,52	0,29	0,93
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	34,18	22,77	0,09	0,93
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	34,41	22,53	0,36	0,93
28. ich habe Alles im Griff	34,91	22,33	0,56	0,93

29. ich bin körperlich behindert	39,87	22,49	0,35	0,93
----------------------------------	-------	-------	------	------

Tabelle 4 (Fortsetzung)

	M bei Aus- schluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt- Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
30. ich bin nicht glücklich	40,38	22,17	0,60	0,93
31. ich fühle mich erschöpft und müde	40,94	22,03	0,65	0,93
32. meine Stimmung ist gedrückt	40,60	22,01	0,71	0,92
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	40,47	22,38	0,46	0,93
34.				
35. ich fühle mich körperlich gesund	34,73	22,13	0,63	0,93
36. ich habe mit mir selbst genug zu tun	41,05	22,39	0,42	0,93
37. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	40,15	22,41	0,41	0,93
38. mein Familienleben ist intakt	34,35	22,40	0,38	0,93
39. ich fühle mich körperlich ausgeglichen	34,81	22,13	0,69	0,93
40. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	40,26	22,20	0,63	0,93
41. ich bin entbehrlich	41,22	22,57	0,22	0,93
42. ich kann meinen Körperzustand genießen	35,00	22,13	0,64	0,93
43. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	35,05	22,32	0,48	0,93

4.2.2 Skalenbezogene Itemanalysen

Tabelle 5: FAHW – Skaleninterkorrelationen { TC "FAHW – Skaleninterkorrelationen" \f T \l "1" } (n = 1162). Alle Korrelationen sind signifikant ($p < .05$).

	Körperliches Wohlbefinden	Körperliches Missbefinden	Körperliches Wohl- und Missbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Missbefinden	Psychisches Wohl- und Missbefinden	Soziales Wohlbefinden	Soziales Missbefinden	Soziales Wohl- und Missbefinden	Summenwert Wohlbefinden	Summenwert Missbefinden	Gesamtwert
Körperliches Wohlbefinden	1,00	-0,68	0,92	0,72	-0,57	0,71	0,41	-0,31	0,43	0,87	-0,63	0,83
Körperliches Missbefinden	-0,68	1,00	-0,92	-0,46	0,63	-0,60	-0,19	0,46	-0,40	-0,55	0,84	-0,77
Körperliches Wohl- und Missbefinden	0,92	-0,92	1,00	0,64	-0,65	0,72	0,33	-0,42	0,45	0,77	-0,80	0,87
Psychisches Wohlbefinden	0,72	-0,46	0,64	1,00	-0,64	0,90	0,55	-0,38	0,55	0,90	-0,58	0,81
Psychisches Missbefinden	-0,57	0,63	-0,65	-0,64	1,00	-0,91	-0,38	0,66	-0,63	-0,63	0,89	-0,85
Psychisches Wohl- und Missbefinden	0,71	-0,60	0,72	0,90	-0,91	1,00	0,51	-0,58	0,65	0,84	-0,82	0,92
Soziales Wohlbefinden	0,41	-0,19	0,33	0,55	-0,38	0,51	1,00	-0,39	0,83	0,75	-0,37	0,62
Soziales Missbefinden	-0,31	0,46	-0,42	-0,38	0,66	-0,58	-0,39	1,00	-0,84	-0,42	0,81	-0,69
Soziales Wohl- und Missbefinden	0,43	-0,40	0,45	0,55	-0,63	0,65	0,83	-0,84	1,00	0,70	-0,72	0,78
Summenwert Wohlbefinden	0,87	-0,55	0,77	0,90	-0,63	0,84	0,75	-0,42	0,70	1,00	-0,63	0,90
Summenwert Missbefinden	-0,63	0,84	-0,80	-0,58	0,89	-0,82	-0,37	0,81	-0,72	-0,63	1,00	-0,91
FAHW-Summenwert	0,83	-0,77	0,87	0,81	-0,85	0,92	0,62	-0,69	0,78	0,90	-0,91	1,00

Tabelle 6: Deskriptive Statistik der einzelnen Skalen des FAHW{ TC "Deskriptive Statistik der einzelnen Skalen des FAHW" \f T \l "I" } (n = 1162).

	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
Körperliches Wohlbefinden	25,6	5,6	0,17	25,2	25,9
Körperliches Missbefinden	14,3	5,6	0,16	13,9	14,6
Körperliches Wohl- und Missbefinden	11,3	10,3	0,3	10,7	11,9
Psychisches Wohlbefinden	25,2	4,6	0,14	24,9	25,4
Psychisches Missbefinden	13,3	4,9	0,14	13,0	13,6
Psychisches Wohl- und Missbefinden	11,8	8,6	0,25	11,3	12,3
Soziales Wohlbefinden	30,6	4,5	0,13	30,3	30,8
Soziales Missbefinden	15,3	4,7	0,14	15,1	15,6
Soziales Wohl- und Missbefinden	15,2	7,6	0,22	14,8	15,7
Summenwert Wohlbefinden	81,3	12,4	0,36	80,6	82,0
Summenwert Missbefinden	42,9	12,9	0,38	42,2	43,7
FAHW-Summenwert	38,4	22,9	0,67	37,0	39,7

Tabelle 7: Itemanalysen der Skala körperliches Wohlbefinden{ TC "Itemanalysen der Skala körperliches Wohlbefinden" \f T \l "I" } des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n = 1162; M = 25,6; SD =5,6; Cronbach Alpha = 0,872; Mittlere Inter-Item-Korrelation = 0,497).

	M bei Aus- schluss	SD bei Aus- schluss	Item-Ge- samt- Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
mein Kreislauf ist stabil (3),	21,43	5,11	0,47	0,88
ich bin körperlich belastbar (10),	21,81	4,88	0,67	0,85
ich bin durchhaltefähig (13),	21,74	5,01	0,56	0,86
ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (24),	22,25	4,74	0,69	0,85
ich fühle mich körperlich gesund (34),	21,93	4,74	0,73	0,84
ich fühle mich körperlich ausgeglichen (38),	22,00	4,84	0,71	0,84
ich kann meinen Körperzustand genießen (41)	22,20	4,78	0,70	0,85

Tabelle 8: Itemanalysen der Skala körperliches Missbefinden{ TC "Itemanalysen der Skala körperliches Missbefinden" \f T \l "I" } des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n = 1162; M = -14,3; SD=5,6; Cronbach Alpha = 0,80; Mittlere Inter-Item-Korrelation 0 =; 375).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt-Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl (2),	-12,04	5,00	0,42	0,79
ich fühle mich schwerfällig (11),	-12,05	4,94	0,52	0,78
wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (17),	-12,37	4,80	0,60	0,76
ich habe dauernd Schmerzen (21),	-12,48	4,84	0,63	0,76
ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung (22),	-12,28	4,69	0,57	0,77
ich bin körperlich behindert (30),	-12,78	5,03	0,50	0,78
ich fühle mich erschöpft und müde (31)	-11,70	4,84	0,51	0,78

Tabelle 9: Itemanalysen der Skala psychisches Wohlbefinden{ TC "Itemanalysen der Skala psychisches Wohlbefinden" \f T \l "I" } des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n = 1162; M = 25,2; SD =4,6; Cronbach Alpha = 0,79; Mittlere Inter-Item-Korrelation = 0,36).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt-Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
ich bin heiter gestimmt (1),	21,32	4,05	0,58	0,75
abends bin ich angenehm müde (8),	21,32	4,14	0,36	0,79
ich bin sehr ausgeglichen (9),	21,74	3,87	0,65	0,74
ich habe das Gefühl, durchstarten zu können (12),	21,87	3,92	0,59	0,75
ich überblicke meine Umgebung (19),	21,18	4,26	0,39	0,78
ich habe alles im Griff (29),	21,71	3,99	0,61	0,75
mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen (42)	21,85	4,00	0,48	0,77

Tabelle 10: Itemanalysen der Skala psychisches Missbefinden{ TC "Itemanalysen der Skala psychisches Missbefinden" } des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n = 1162; M = -13,3; SD = 4,9; Cronbach Alpha = 0,81; Mittlere Inter-Item-Korrelation = 0,423).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt-Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
ich bin kein selbstsicherer Mensch (7),	-10,79	4,27	0,43	0,81
ich habe wenig Erfolg (18),	-11,27	4,36	0,47	0,80
ich fühle mich gestresst und nervös (23),	-10,71	4,06	0,57	0,78
ich bin nicht glücklich (28),	-11,30	4,13	0,61	0,77
meine Stimmung ist gedrückt (32),	-11,08	4,01	0,69	0,75
ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (39)	-11,42	4,16	0,67	0,76

Tabelle 11: Itemanalysen der Skala soziales Wohlbefinden{ TC "Itemanalysen der Skala soziales Wohlbefinden" } des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n = 1162; M = 30,6; SD = 4,5; Cronbach Alpha = 0,69; Mittlere Inter-Item-Korrelation = 0,225).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt-Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
ich würde gerne anderen Menschen helfen (4),	26,46	4,17	0,31	0,68
ich habe jede Menge Freunde (5),	27,02	3,89	0,49	0,64
ich habe das Gefühl, geliebt zu werden (6),	26,40	4,02	0,43	0,66
ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten (15),	27,73	3,98	0,34	0,68
ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (16),	26,85	3,91	0,47	0,64
anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage (26),	26,39	4,17	0,28	0,69
ich habe das Gefühl, dass man mich braucht (27),	26,62	4,03	0,44	0,65
mein Familienleben ist intakt (37)	26,56	3,98	0,33	0,68

Tabelle 12: Itemanalysen der Skala Soziales Missbefinden{ TC "Itemanalysen der Skala Soziales Missbefinden" \f T \l "1" } des Fragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (n = 1162; M = -15,3; SD = 4,7; Cronbach Alpha:= 0,73; Mittlere Inter-Item-Korrelation = 0,28).

	M bei Ausschluss	SD bei Ausschluss	Item-Gesamt-Korrelation r_{it}	Alpha bei Ausschl.
es ist schade, dass mich kaum jemand besucht (14),	-13,13	4,07	0,44	0,69
ich fühle mich verlassen (20),	-13,66	4,06	0,57	0,67
ich bedauere, dass ich mich auf meine Freunde nicht verlassen kann (25),	-13,32	4,13	0,39	0,71
ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (33),	-13,23	4,02	0,55	0,67
ich habe mit mir selbst genug zu tun (35),	-12,66	4,16	0,38	0,71
ich habe niemanden, mit dem ich über alles reden kann (36),	-13,55	4,03	0,51	0,68
ich bin entbehrlich (40)	-12,48	4,21	0,27	0,74

4.3 Paralleltest- und Split-Half-Reliabilität

Zur Berechnung der Paralleltest-Reliabilität auf der Basis von n=1162 Datensätzen wurden die Items zufällig zwei Skalen zugeordnet.

Skala 1 setzt sich aus den Items 1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 31, 32, 33, 36, 37, 38 und 42 zusammen.

Skala 2 basiert auf den Items 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 39, 40 und 41.

- Die Skalenmittelwerte lagen bei 21,2 (SD = 11,4) und 19,4 (SD = 11,5).
- Beide Skalen korrelieren mit 0,888 miteinander.
- Cronbachs Alpha lag bei Skala 1 bei 0,867 und bei Skala 2 bei .862
- Es ergab sich ein Split-Half-Reliabilitätskoeffizient von 0.941.

4.4 Untersuchungen zur Validität

4.4.1 Kriteriumsvalidität

Im Rahmen verschiedener Studien wurden die Zusammenhänge zwischen FAHW und verschiedenen Instrumentarien zur Erfassung der psychischen Befindlichkeit beleuchtet:

Beschwerdenliste von Zerssen (1976a): Die Beschwerdenliste von Zerssen (1976a) ist ein Fragebogentest zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigungen durch (überwiegend) körperliche und Allgemeinbeschwerden. Der Summenwert der Liste sagt etwas darüber aus, wie weit sich ein Proband durch körperliche und Allgemeinbeschwerden beeinträchtigt fühlt. Eine Differenzierung der Beschwerdesymptomatik ist nicht angestrebt. Es handelt sich bei den Items um typische Beschwerden, wie sie im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. Inneren Medizin von den Patienten vorgetragen werden (Zerssen 1976a, S. 6).

Gesichterskala: Andrews und Withey (1976) haben Skalen vorgelegt, die aus jeweils nur einem Item bestehen. Eine dieser Skalen, die Gesichterskala, dient der globalen Beurteilung des Wohlbefindens. Die Gesichterskala besteht aus sieben verschiedenen Gesichtern, die unterschiedliche Stimmungen zum Ausdruck bringen sollen. Aufgrund ihres nonverbalen Charakters eignen sich die Skalen von Andrews und Withey auch zum Einsatz bei Kindern oder anderen, in ihrer kognitiven Aufnahmefähigkeit eingeschränkten Probanden.

Deutsche Fassung des Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire: Dieser Fragebogen von Fairbank et al. (1980) ist international eine der gebräuchlichsten Skalen zur Beurteilung der Beeinträchtigung durch Rückenschmerzen (Gaul, Mette, Schmidt, & Grond, 2008). Der ODQ umfasst 11 Items, die die Beeinträchtigung der Patienten durch Schmerzen bei Alltagsaktivitäten und bei Sozialkontakten erfragen

Tinnitusfragebogen: Der Tinnitusfragebogen von Goebel (2001) erfasst auf sechs Skalen typische Beschwerden und Klagen von chronischen Tinnitus-Patienten: Emotionale Belastung, Kognitive Belastung, Penetranz des Tinnitus, Hörprobleme, Schlafstörungen, Somatische Beschwerden. Es kann ein globaler Gesamtwert der Tinnitusbelastung gebildet werden.

Seelische Gesundheit: Seelische Gesundheit (Becker, 1989) wird als eine Persönlichkeitseigenschaft im Sinne einer personalen Ressource angesehen. Seelische Gesundheit stellt ein breites Persönlichkeitskonstrukt dar, das Regulationskompetenz, Selbstaktualisierung und Sinnfindung umfasst (Becker, 1982). Operationalisiert wird seelische Gesundheit im Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) (Becker 1989) über die Skala Seelische Gesundheit. Der TPF umfasst neun Skalen, die die beiden Superfaktoren Verhaltenskontrolle und Seelische Gesundheit, drei Skalen zur Messung seelisch-körperlichen Wohlbefindens (Sinnerfülltheit vs. Depressivität, Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung, Beschwerdefreiheit vs. Nervosität), zwei Skalen zur Messung von Selbstaktualisierung (Expansivität und Autonomie) sowie zwei Skalen zur Erfassung von selbst- und

fremdbezogener Wertschätzung (Selbstwertgefühl und Liebesfähigkeit) beinhalten. Die Skala Seelische Gesundheit setzt sich aus 20 Items zusammen, die u.a. die Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensanforderungen und Schwierigkeiten, Selbstsicherheit, Zuversicht und Optimismus, Durchsetzungsvermögen, Fähigkeit zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, Autonomie und Selbstverantwortlichkeit erfassen.

Kohärenzsinn: Nach Antonovsky (1979; 1988, S. 19) handelt es sich beim Kohärenzsinn um ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass im Verlaufe des Lebens auftretende Belastungen

- strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (comprehensibility),
- man über die Möglichkeiten verfügt, den Anforderungen, die durch die Belastungen ausgelöst werden, gerecht zu werden (manageability)
- und diese Belastungen Herausforderungen darstellen, die es wert sind, etwas zu investieren und sich zu engagieren (meaningfulness).

Der Kohärenzsinn wurde mit der deutschen Fassung des Fragebogens zum Kohärenzsinn von Antonovsky (1988) erfasst. Der Fragebogen umfasst 29 Items, die auf einer 7-stufigen Skala zu beantworten sind. Der Summenscore kann als Ausdruck des Kohärenzsinnes gewertet werden.

Soziale Unterstützung: Unter Sozialer Unterstützung versteht man das Ausmaß, in dem Individuen ihre sozialen Interaktionen und Beziehungen als unterstützend, hilfreich und fördernd wahrnehmen. Sie wurde mit der Kurzfassung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (Version K-22) von Sommer und Fydrich (1989) erfasst. Der Fragebogen umfasst 22 Items, die auf einer 5-stufigen Skala zu beantworten sind. Der Summenscore des Fragebogens kann als Ausdruck der empfundenen sozialen Unterstützung interpretiert werden.

Tabelle 13: Korrelationen zwischen den Skalen zur Überprüfung der Validität^{TC} "Korrelationen zwischen den Skalen zur Überprüfung der Validität" $\forall T \setminus l \text{ "I"}$ } des FAHW. Gesichterskala von Andrews und Withey (1976), Beschwerdenliste Version BL von Zerssen, Tinnitusfragebogen von Goebel (2001), Skala Seelische Gesundheit von Becker (1989), Kohärenzsinn nach Antonovski (1979), Soziale Unterstützung von Sommer und Fydich (1989) und Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (OLBPDQ) von Fairbank et al. (1980) ($p < 0.001$; $p < 0.05$).

	Gesichterskala (n = 1046)	Beschwerdenliste (n = 142)	OLBPDQ (n=61)	Tinnitusgesamtscore (n = 89)	Seelische Gesundheit (n = 279)	Kohärenzsinn (n=138)	Soziale Unterstützung (n = 142)
Körperliches Wohlbefinden	.41	-.50	-.28	-.39	.45	.36	.20
Körperliches Missbefinden	-.38	.56	.55	.56	-.28	-.38	-.29
Psychisches Wohlbefinden	.42	-.41	-.22	-.28	.57	.58	.34
Psychisches Missbefinden	-.34	-.49	.34	.47	-.49	-.72	-.49
Soziales Wohlbefinden	.16	-.23	-.12	n. s.	.27	.62	.57
Soziales Missbefinden	-.23	.36	.37	.30	-.25	-.60	-.60
Summenwert Wohlbefinden	.41	-.51	-.26	-.32	.56	.59	.40
Summenwert Missbefinden	-.38	.56	.51	.54	-.41	-.66	-.53
FAHW-Summenwert	.45	-.57	-.42	-.49	.53	.68	.51

Auf der Basis von Daten von Wydra (1995) konnte eine multiple Regression gerechnet werden, wobei der FAHW als abhängige Variable und Kohärenzsinn (SOC), Soziale Unterstützung (SOZU) und Gesichterskala (Faces) als unabhängige Variablen eingesetzt wurden. Das Modell hat eine Varianzaufklärung von 66 %, wobei insbesondere der Kohärenzsinn mit 51 % maßgeblich zur Varianzaufklärung beiträgt.

Tabelle 14: Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse^{TC} "Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse" $\forall T \setminus l \text{ "I"}$ } (n = 132).

	Multiple-R	Multiple-R-Quadrat	R-Quadrat-Änderung	F	p
SOC	,71	,51	,51	135,5	0,000
FACES	,81	,66	,15	55,8	0,000
SOZU	,81	,66	,008	3,2	0,007

4.4.2 Differenzielle Validität

In einem ersten Schritt wurden die Unterschiede des FAHW-Summenwertes in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter analysiert.

Tabelle 15: Mittelwerte des FAHW-Summenwertes in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter { TC "Mittelwerte des FAHW-Summenwertes in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter" \f T \l "I" }.

	n	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI 95 %
Gesamtgruppe	1459	37,8	22,2	0,6	36,6	38,9
Männer	593	36,9	21,0	0,9	35,2	38,6
Frauen	866	38,4	23,0	0,8	36,9	39,9
bis 19 Jahre	334	35,4	20,2	1,1	33,2	37,6
29 - 39 Jahre	575	40,1	22,6	0,9	38,2	42,0
34 - 59 Jahre	466	36,6	22,7	1,1	34,6	38,7
ab 60 Jahre	84	37,9	23,2	2,5	32,9	43,0
Männer bis 19 Jahre	150	38,8	18,4	1,5	35,9	41,8
Männer 20 - 39 Jahre	199	38,9	21,5	1,5	35,9	42,0
Männer 34 - 59 Jahre	198	34,4	21,7	1,5	31,4	37,4
Männer ab 60 Jahre	46	32,1	22,2	3,3	25,5	38,7
Frauen bis 19 Jahre	184	32,6	21,2	1,6	29,5	35,6
Frauen 20 - 39 Jahre	376	40,7	23,2	1,2	38,4	43,1
Frauen 34 - 59 Jahre	268	38,3	23,3	1,4	35,5	41,1
Frauen ab 60 Jahre	38	45,0	22,8	3,7	37,5	52,5

Tabelle 16: Ergebnis der Varianzanalyse { TC "Ergebnis der Varianzanalyse" \f T \l "I" }.

	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadrat
Geschlecht	1958	1	1958	4,0	0,045	0,00
Alter	4576	3	1525	3,1	0,025	0,00
Interaktion	8308	3	2769	5,7	0,001	0,01

Tabelle 17: Ergebnis des Bonferroni Tests für die Unterschiede beim FAHW-Summenscore in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter (Jahre). Wahrscheinlichkeiten für Post-hoc-Tests Fehler: $MQ(Zwischen) = 485,9$, $FG = 1451,0$.

	Männer				Frauen			
	Altersgruppen (Jahre)				Altersgruppen (Jahre)			
	bis 19	20 - 39	40 - 59	ab 60	bis 19	20 - 39	40 - 59	ab 60
Männer bis 19		1,000	1,000	1,000	0,275	1,000	1,000	1,000
Männer 20 - 39	1,000		1,000	1,000	0,131	1,000	1,000	1,000
Männer 40 - 59	1,000	1,000		1,000	1,000	0,032	1,000	0,192
Männer ab 60	1,000	1,000	1,000		1,000	0,347	1,000	0,217
Frauen bis 19	0,275	0,131	1,000	1,000		0,001	0,192	0,045
Frauen 20 - 39	1,000	1,000	0,032	0,347	0,001		1,000	1,000
Frauen 40 - 59	1,000	1,000	1,000	1,000	0,192	1,000		0,192
Frauen ab 60	1,000	1,000	0,192	0,217	0,045	1,000	0,192	

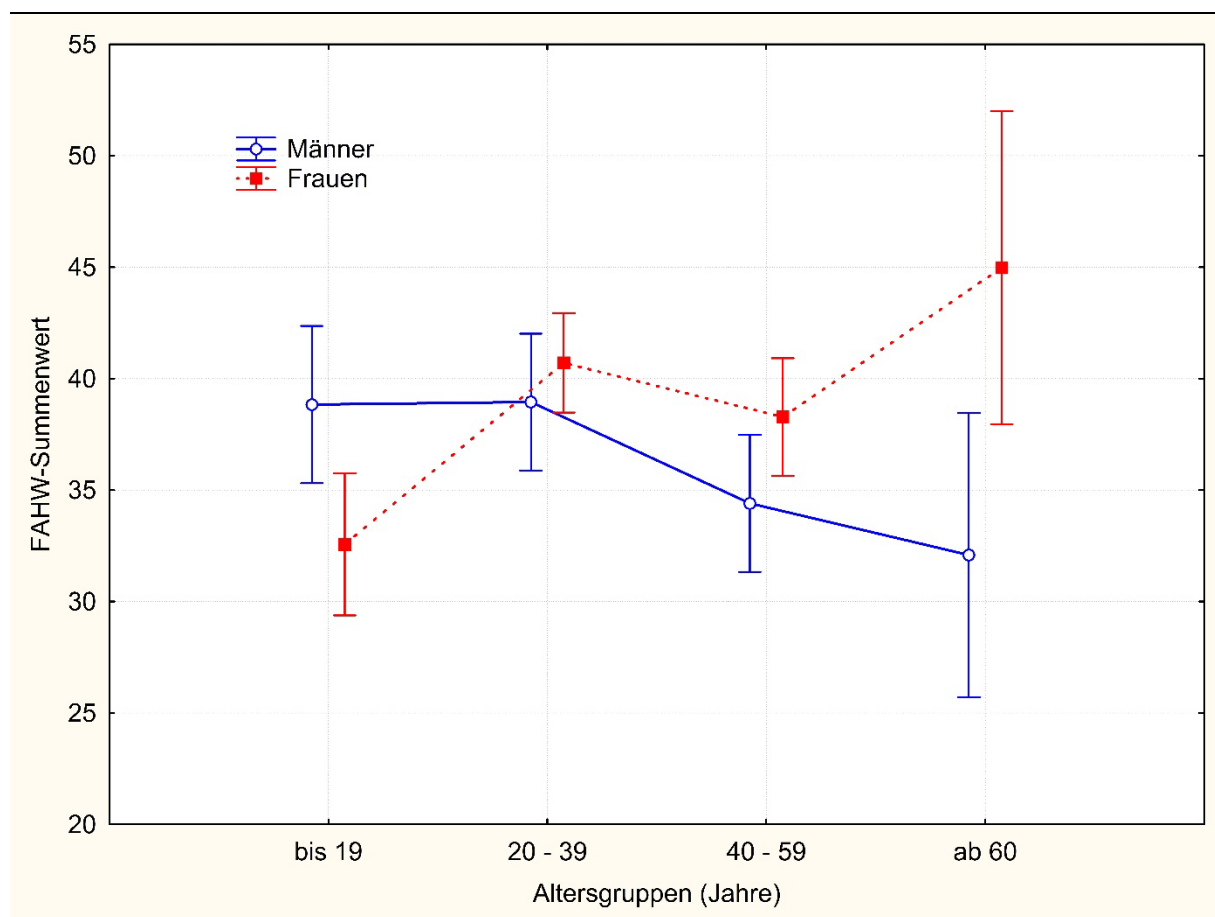


Abbildung 8: FAHW-Summenwert in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter für die Unterschiede beim FAHW-Summenscore in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter (Vertikale Balken zeigen 0,95 Konfidenzintervalle).

Es zeigt sich varianzanalytisch eine hochsignifikante Interaktion zwischen diesen beiden Hauptfaktoren (siehe Abbildung 8). Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren haben signifikant höhere Werte als Männern im Alter vom 40. Lebensjahr an und Frauen bis zum 19. Lebensjahr. Ansonsten erweist sich der FAHW-Summenwert unabhängig von Alter und Geschlecht.

In einem nächsten Schritt wurden die Unterschiede in Abhängigkeit von der Probandenstichprobe berechnet. In der folgenden Tabelle sind die Mittelwerte des FAHW-Summenwertes bei den untersuchten Teilstichproben dargestellt. Diese Gruppen lassen sich wiederum zu größeren Gruppen zusammenfassen.

Tabelle 18: FAHW-Summenwert bei den untersuchten Teilstichproben { TC "FAHW-Summenwert bei den untersuchten Teilstichproben" \f T \l "1" }.

Gruppe	n	M	SD	Standard- fehler	CI --95 %	CI +95 %
Gesunde						
Jugendliche	299	35,1	19,8	1,1	32,9	37,4
Studiobesucher	137	43,8	19,8	1,7	40,4	47,1
Volleyballspieler	32	48,5	16,4	2,9	42,6	54,5
Hausfrauengymnastik	32	43,0	18,8	3,3	36,2	49,8
Tennisspieler	26	43,5	18,7	3,7	35,9	51,0
Anfänger Seniorentennis	34	38,6	21,7	3,7	31,0	46,1
Studenten	70	30,5	23,2	2,8	25,0	36,1
Reiter	30	48,7	16,7	3,0	42,5	55,0
Lehrer	10	46,5	17,9	5,7	33,7	59,3
Teilnehmer Ernährungs- studie	402	41,6	22,7	1,1	39,4	43,8
Palliativpfleger	68	56,3	18,6	2,3	51,8	60,8
Kranke						
Herzgruppenteilnehmer	55	26,7	19,5	2,6	21,4	32,0
Tinnituspatienten	80	24,1	19,7	2,2	19,7	28,5
Rehabilitanden	170	30,4	21,2	1,6	27,2	33,6
Burnoutpatienten	16	2,6	22,2	5,6	-9,3	14,4
Gesamtgruppe	1461	37,7	22,3	0,6	36,6	38,9

Tabelle 19: Mittelwerte des FAHW-Summenwertes bei den kombinierten Teilstichproben { TC "Mittelwerte des FAHW-Summenwertes bei den Teilstichproben" } f T \l "1" }.

Gruppe	n	M	SD.	Standardfehler	CI -95 %	CI +95 %
Gesunde Erwachsene	703	42,7	0,8	0,8	41,1	44,2
Rehabilitanden	321	26,8	1,2	1,2	24,5	29,1
Jugendliche	299	35,1	1,2	1,2	32,8	37,5
Studierende	70	30,5	2,5	2,5	25,6	35,5
Palliativhelfer	68	56,3	2,5	2,5	51,3	61,3

Tabelle 20: Ergebnis der Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den verschiedenen Gruppen { TC "Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den Gruppen" } f T \l "1" }.

	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadr.
Gruppe	84832,2	4	21208,1	48,11	0,000	0,12

Tabelle 21: Bonferroni Test für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den verschiedenen Gruppen { TC "Bonferroni Test für den Vergleich des FAHW-Summenwertes zwischen den Gruppen" } f T \l "1" } (Wahrscheinlichkeiten für Post-hoc-Tests Fehler: MQ(Zwischen) = 4441,1, FG = 1456).

		1	2	3	4	5
1	Studierende		1,000	0,000	0,995	0,000
2	Rehabilitanden	1,000		0,000	0,000	0,000
3	Gesunde	0,000	0,000		0,000	0,000
4	Jugendliche	0,995	0,000	0,000		0,000
5	Palliativhelfer	0,000	0,000	0,000	0,000	

Varianzanalytisch ergeben sich hochsignifikante Unterschiede ($F=48,1$; Partielles $\eta^2=0,12$) zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 20). Lediglich die Unterschiede zwischen Studierenden und Rehatteilnehmern einerseits und Jugendlichen andererseits sind nicht signifikant (siehe Tabelle 21).

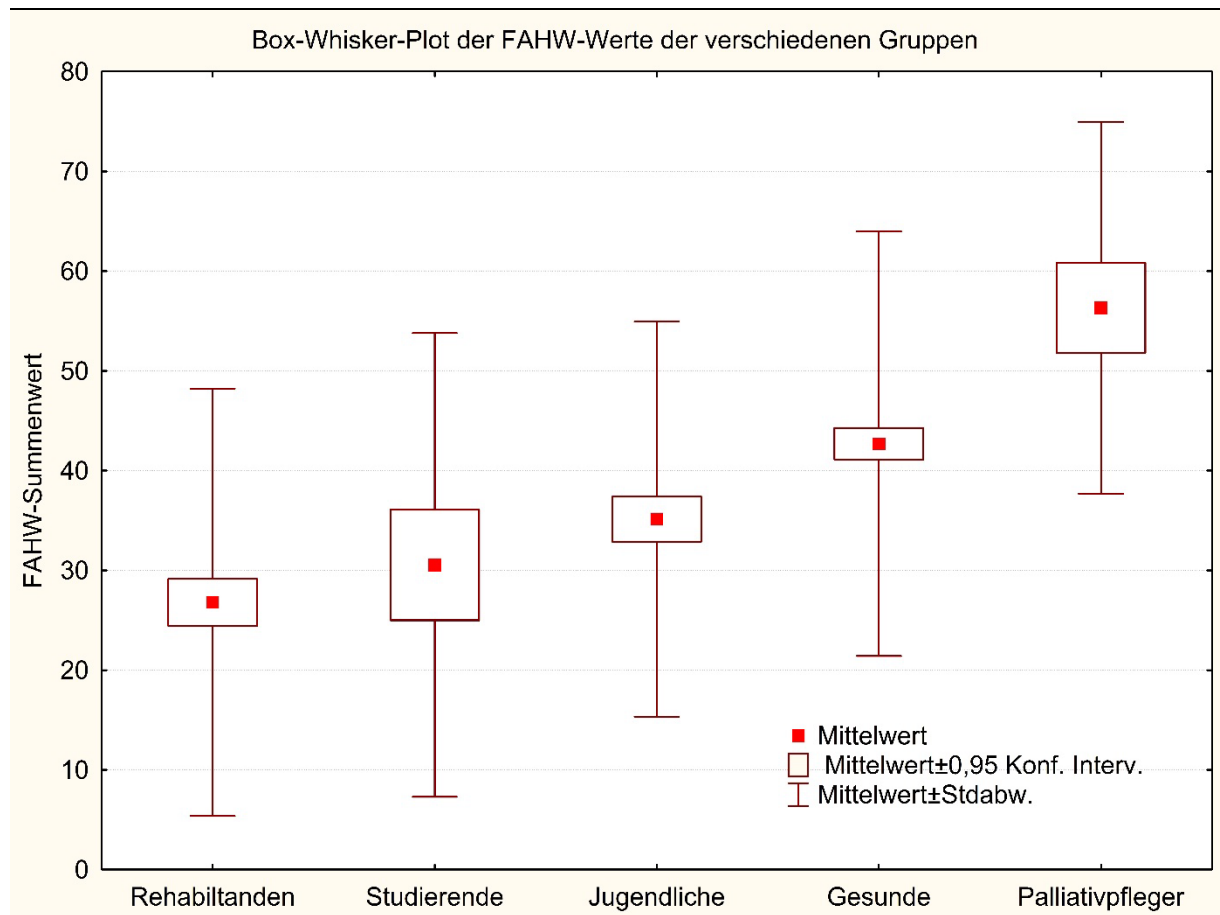


Abbildung 9: Gruppenvergleich der FAHW-Summenwerte

{ TC "Gruppenvergleich der FAHW-Summenwerte" \f A \l "1" }

4.4.3 Faktorielle Validität

Zur Beurteilung der Validität wurden auf der Basis von 1162 Datensätzen³ Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode gerechnet. Das Ergebnis legt eine 3-Faktorenlösung nahe. Das Modell erklärt 36,5 % der Gesamtvarianz. Die Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz ergeben aus

Tabelle 22: Eigenwerte und erklärte Varianz { TC "Eigenwerte und erklärte Varianz" \f T \l "1" } der durchgeführten Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode ($n = 1162$).

Faktor	Eigenwert	Prozentualer Anteil an Gesamtvarianz	Kumulierter prozentualer Anteil an Gesamtvarianz
1	11,04	26,28	26,28

³ Die Daten der Schülerinnen und Schüler konnten hierbei nicht berücksichtigt werden, da nur die Summenwerte mitgeteilt wurden.

2	2,27	5,40	31,69
3	2,01	4,78	36,47

Tabelle 23: Ergebnis der Faktorenanalyse{ TC "Ergebnis der Faktorenanalyse" \f T \l "1" } nach der Hauptachsenmethode mit anschließender standardisierter Varimaxrotation (n = 1162)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Körperliches Wohlbefinden			
3. mein Kreislauf ist stabil	0,41	0,03	0,32
10. ich bin körperlich belastbar	0,59	0,06	0,40
13. ich bin durchhaltefähig	0,45	0,08	0,44
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	0,58	0,13	0,41
34. ich fühle mich körperlich gesund	0,74	0,08	0,30
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen	0,53	0,19	0,56
41. ich kann meinen Körperzustand genießen	0,59	0,15	0,42
Körperliches Missbefinden			
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	0,35	0,39	0,21
11. ich fühle mich schwerfällig	0,47	0,37	0,23
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	0,66	0,17	-0,10
21. ich habe dauernd Schmerzen	0,64	0,22	-0,13
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung	0,65	0,15	-0,11
30. ich bin körperlich behindert	0,54	0,17	-0,13
31. ich fühle mich erschöpft und müde	0,53	0,38	0,27
Psychisches Wohlbefinden			
1. ich bin heiter gestimmt	0,30	0,27	0,53
8. abends bin ich angenehm müde	0,11	0,13	0,38
9. ich bin sehr ausgeglichen	0,31	0,27	0,58
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können	0,47	0,14	0,55
19. ich überblicke meine Umgebung	0,11	0,13	0,39
29. ich habe Alles im Griff	0,22	0,25	0,56
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	0,27	0,17	0,44
Psychisches Missbefinden			
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch	0,17	0,38	0,21
18. ich habe wenig Erfolg	0,17	0,52	0,11
23. ich fühle mich gestresst und nervös	0,47	0,39	0,27
28. ich bin nicht glücklich	0,21	0,61	0,27
32. meine Stimmung ist gedrückt	0,37	0,60	0,32
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	0,36	0,54	0,25
Soziales Wohlbefinden			
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen	0,04	-0,01	0,30
5. ich habe jede Menge Freunde	-0,02	0,23	0,42

6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden	-0,00	0,40	0,35
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	0,03	-0,01	0,38
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	0,02	0,25	0,51
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage	-0,08	-0,03	0,27

Tabelle 17 (Fortsetzung)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	-0,02	0,24	0,41
37. mein Familienleben ist intakt	0,03	0,30	0,38
Soziales Missbefinden			
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht	0,05	0,49	0,08
20. ich fühle mich verlassen	0,19	0,71	0,15
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen	0,10	0,42	-0,02
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	0,10	0,60	0,11
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun	0,17	0,47	0,12
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann	0,07	0,56	0,08
40. ich bin entbehrlich	0,03	0,33	0,03
Erklärte Varianz	5,65	4,90	4,76

Die Faktorenladungen nach Varimax-Rotation lassen sich wie folgt interpretieren:

- Faktor 1 Positive und negative körperliche Aspekte des Wohlbefindens (Varianzaufklärung 6,3 %): Körperliche Gesundheit vs. Gebrechen und Beschwerden: „ich fühle mich körperlich gesund“ und „ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung“ sind die beiden Items mit den höchsten Ladungen auf diesem Faktor und bringen den Inhalt des Faktors treffend zum Ausdruck. Alle Items der Skalen des körperlichen Wohl- und Missbefindens laden auf diesem Faktor maximal.
- Faktor 2: Psychosoziales Missbefinden (Varianzaufklärung 5,4 %). Die Items „ich fühle mich verlassen“ und „ich bin nicht glücklich“ laden am höchsten auf diesem Faktor und verdeutlichen den Inhalt dieses Faktors.
- Faktor 3: Psychosoziales Wohlbefinden (Varianzaufklärung 4,8 %). Die Items „ich bin sehr ausgeglichen“ bzw. „ich kann ohne Probleme auf andere zugehen“ laden am höchsten auf diesem Faktor.

Etwas mehr als die Hälfte der Items lassen sich Faktoren zuzuordnen die inhaltlich dem heuristischen Modell des Wohlbefindens entsprechen. Die Multidimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden wird damit bestätigt. Die durch die Konstruktion der Skalen formulierten inhaltlichen Unterschiede werden bestätigt, wenngleich die sprachliche Differenzierung insbesondere der Skalen zum sozialen Wohl- und Missbefinden als noch nicht optimal betrachtet werden muss.

4.4.4 Clusteranalyse

In einem weiteren Schritt wurde mit demselben Datensatz wie bei der Faktorenanalyse auf der Basis von $n = 1162$ Datensätzen eine Clusteranalyse nach der Ward-Methode mit der prozentualen Nichtübereinstimmung als Distanzmaß gerechnet. Es lassen sich zwei Hauptcluster identifizieren, die als Wohl- bzw. Missbefinden interpretiert werden können. Unterhalb dieser Ebene können vier Subcluster identifiziert werden (siehe Abbildung 10 und Tabelle 24).

- Subcluster 1: „Umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden“. Das Cluster umfasst zehn Aussagen, wobei neun Items den Bereichen körperliches und psychisches Wohlbefinden zugeordnet werden können. Diese drei Aspekte können drei Subclustern zweiter Ebene zugewiesen werden.
- Subcluster 2: „Glücklich und den Herausforderungen des Alltags gewappnet“. Das Cluster umfasst zwölf Aussagen, wobei sieben Items dem Bereich „soziales Wohlbefinden“ zugeordnet werden können. Drei Items bringen die „körperliche Widerstandsfähigkeit“ zum Ausdruck.
- Subcluster 3: Unglücklich und niedergeschlagen. Das Cluster umfasst 16 Aussagen, wobei mit der Ausnahme von fünf Items alle den Bereichen körperliches, psychisches und soziales Missbefinden zugeordnet werden können. Diese Subcluster lassen sich drei weitere Subcluster zweiter Ebene identifizieren. Diese könnten wie folgt benannt werden: „unglücklich“, „sozial isoliert“ und „depressiv und erschöpft“.
- Subcluster 4: „Körperliches Missbefinden, Krankheiten und Schmerzen“. Das Cluster umfasst vier Items der Skala körperliches Missbefinden.

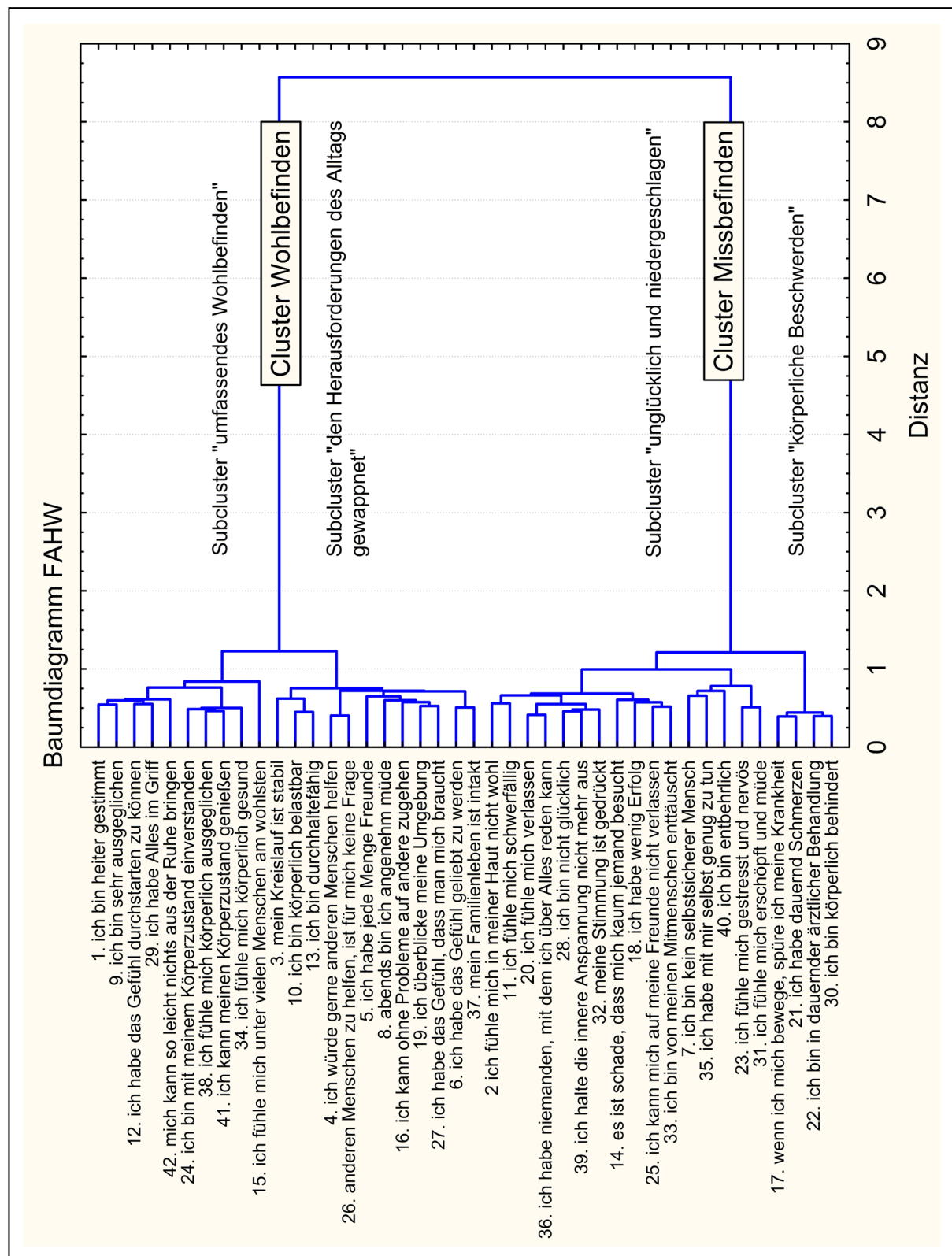


Abbildung 10: Ergebnis der Clusteranalyse des FAHW{ TC "Ergebnis der Clusteranalyse des FAHW" $\setminus f A \setminus "1"$ } nach der Ward-Methode mit 1-Pearson r als Distanzmaß.

Tabelle 24: Zuordnung der einzelnen Items zu den Clustern { TC "Zuordnung der einzelnen Items zu den Clustern" } T \ l "1" }.

	Cluster			
	1	2	3	4
Körperliches Wohlbefinden				
3. mein Kreislauf ist stabil		X		
10. ich bin körperlich belastbar		X		
13. ich bin durchhaltefähig		X		
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	X			
34. ich fühle mich körperlich gesund	X			
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen	X			
41. ich kann meinen Körperzustand genießen	X			
Psychisches Wohlbefinden				
1. ich bin heiter gestimmt	X			
8. abends bin ich angenehm müde		X		
9. ich bin sehr ausgeglichen	X			
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können	X			
19. ich überblicke meine Umgebung		X		
29. ich habe Alles im Griff	X			
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen	X			
Soziales Wohlbefinden				
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen		X		
5. ich habe jede Menge Freunde		X		
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden		X		
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten	X			
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen		X		
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage		X		
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht		X		
37. mein Familienleben ist intakt		X		
Körperliches Missbefinden				
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl			X	
11. ich fühle mich schwerfällig			X	
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit				X
21. ich habe dauernd Schmerzen				X
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung				X
30. ich bin körperlich behindert				X
31. ich fühle mich erschöpft und müde				X
Psychisches Missbefinden				
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch			X	
18. ich habe wenig Erfolg			X	
23. ich fühle mich gestresst und nervös			X	
28. ich bin nicht glücklich			X	
32. meine Stimmung ist gedrückt			X	
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus			X	
Soziales Missbefinden				
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht			X	
20. ich fühle mich verlassen			X	
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen			X	

33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht			X	
---	--	--	---	--

Tabelle 18 (Fortsetzung)

	Cluster			
	1	2	3	4
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun			X	
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann			X	
40. ich bin entbehrlich			X	

Die Clusteranalyse bestätigt einerseits die Multidimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden und damit auch das Ergebnis der Faktorenanalyse. Andererseits wird deutlich, dass die Skalen in hohem Maße miteinander korreliert sind, und dass körperliche, psychische und soziale Aspekte interagieren. Nur das Cluster vier ist durch körperliche Aspekte geprägt.

4.5 Diagnostische Güte

Bei der diagnostischen Güte geht es um die Frage, ob ein Test in der Lage ist,

- Personen mit einer Auffälligkeit oder Erkrankung auch als auffällig oder krank (Sensitivität)
- bzw. Personen ohne Auffälligkeit oder Erkrankung als unauffällig oder gesund (Spezifität) zu klassifizieren.

Im optimalen Fall hätte ein Screening Werte von jeweils 100 % für Sensitivität und Spezifität. Somit würden sowohl alle Gesunden, als auch alle Kranken als solche erkannt werden (Schwarzer, Türp & Antes, 2002a, S. 334). Das ist aber in der Praxis nicht möglich. Eine Erhöhung der Sensitivität geht immer zu Lasten der Spezifität und umgekehrt. Bei einer maximalen Sensitivität eines Tests werden fast alle Patienten als krank klassifiziert (liberale Diagnose). In diesem Fall werden aber auch sehr viele Gesunden als krank eingestuft. Die Diagnose hat also eine sehr geringe Spezifität. Wird hingegen umgekehrt fast niemand als krank eingestuft (konservative Diagnose), dann werden aber auch sehr viele Kranke als gesund eingestuft. Die Diagnose hat also eine sehr geringe Sensitivität. Weil Werte von 100 % in der Praxis nicht zu realisieren sind, sollte die Summe von Sensitivität und Spezifität mindestens 160 % ergeben.

Neben der Sensitivität und der Spezifität wurde insbesondere der Ratz-Index in den Blick genommen. Werte ab 0,6 bedeuten eine große Verbesserung gegenüber der sog. Zufallstrefferquote (Marx, & Lenhard, 2010).

Eine weitere Möglichkeit zur Beurteilung von Sensitivität und Spezifität stellt die ROC-Analyse dar. Hierbei werden die Werte für 1-Spezifität (X-Achse) und Sensitivität (Y-Achse) in ein Koordinatensystem eingezeichnet. Die Receiver-Operating-Characteristic-Kurve bzw. Grenzwertoptimierungskurve stammt aus der Signalentdeckungstheorie (Abel, 1993). Liegen alle Werte nahe bei der Diagonalen, entsprechen die Werte einer

Zufallsverteilung. Die Fläche zwischen ROC-Kurve und der Diagonalen (AUC = Area Under Curve) stellt ein weiteres Gütemaß dar. Die Fläche kann Werte zwischen 0 annehmen, wobei aber 0,5 der schlechteste Wert ist. Im Idealfall bei einer 100-prozentigen Trennschärfe beträgt der Wert 1.

Die Berechnung von Sensitivität, Spezifität und Ratz-Index erfolgte mit einem selbst geschriebenen Programm. Die Erstellung der Sensitivitäts-Spezifitäts-Plots erfolgte mit Statistica. Die Daten zur Erstellung der geglätteten ROC-Kurven wurden mit dem web-basierten Programm von Eng (n. D.) ermittelt.

4.5.1 Trennung Gesunde und Kranke

In der Gesamtstichprobe des FAHW mit $n = 1461$ Teilnehmern waren 321 Rehabilitanden (= Kranke) und 1140 Gesunde. Die Diagnosestudie sollte zeigen, wie gut der FAHW die beiden Gruppen voneinander trennt.

Tabelle 25: Mittelwerte des FAHW von Gesunden und Kranken. { TC "Mittelwerte des FAHW von Gesunden und Kranken." \f T \l "I" }

	n	M	SD	t; p
Gesunde	1140	40,8	21,6	10,3; .000
Kranke	321	26,8	21,4	

Die folgenden Abbildungen zeigen die Sensitivität und Spezifität des FAHW in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (krank vs. gesund) sowie die ROC-Kurve.

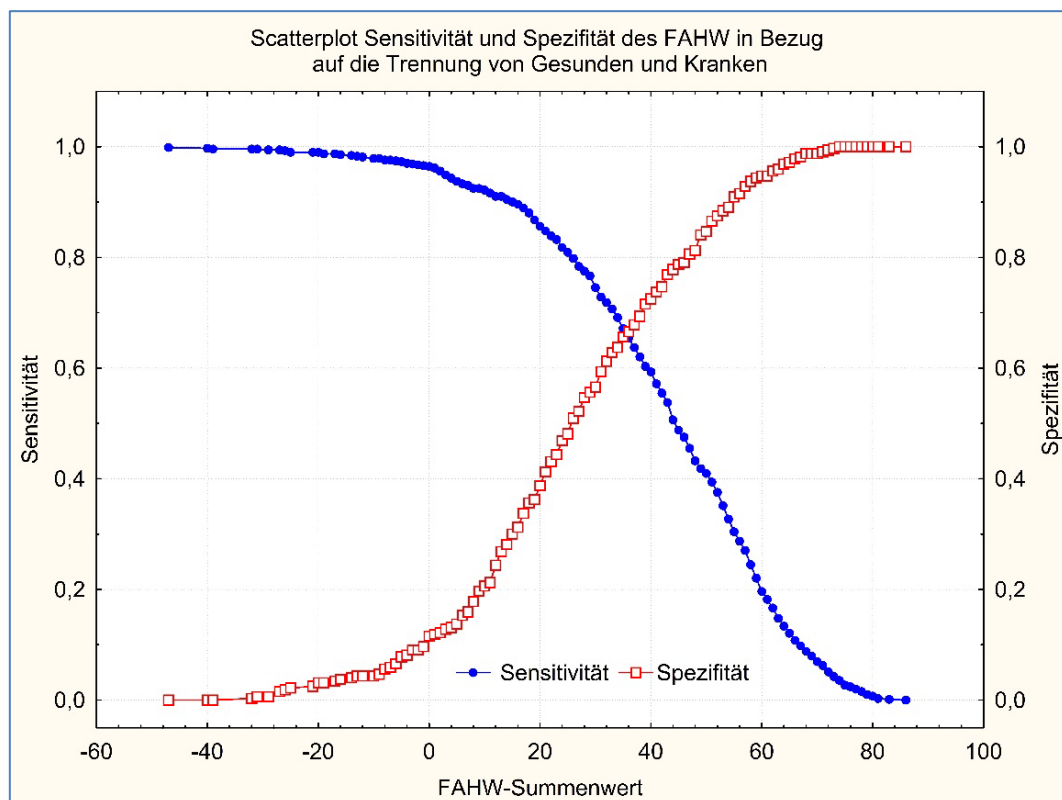


Abbildung 11: Sensitivität und Spezifität des FAHW{ TC "Sensitivität und Spezifität des FAHW" } in Abhängigkeit von der Trennung gesunder und kranker Probanden.

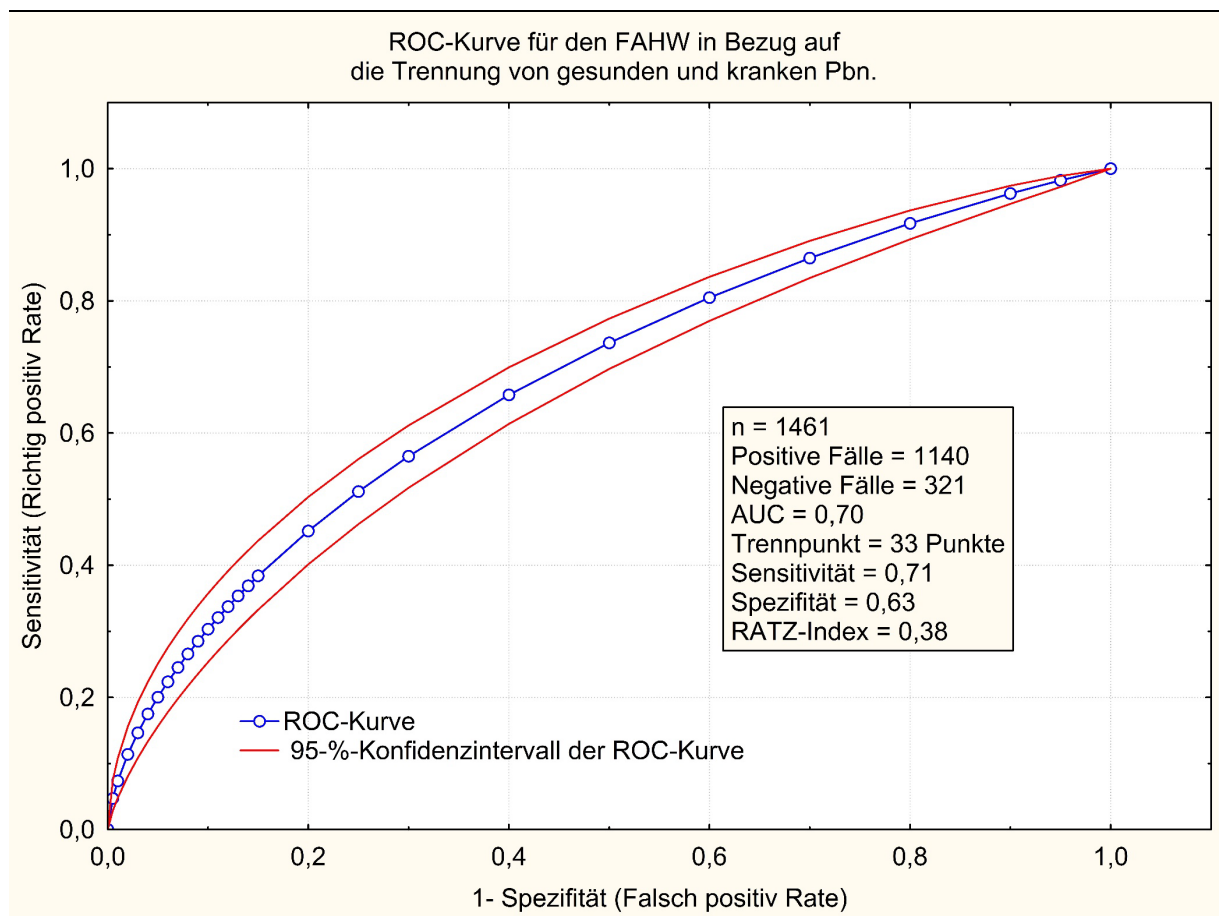


Abbildung 12. Geglättete ROC-Kurve für den FAHW{ TC "ROC-Kurve für den FAHW" } in Bezug auf die Trennung von gesunden und kranken Probanden.

Die dichotome Trennung von Gesunden und Kranken ist nicht unproblematisch. Im Sinne Antonovskys (1979) ist eher von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auszugehen. Nach Affemann (1987) stellt der gesunde – sprich störungsfreie – Mensch eine Erfindung der medizinischen Lehrbücher dar.

Die ROC-Kurve zeigt mit einem AUC von 0,70 eine akzeptable Anpassung. Der Youden-Index (Sensitivität+Spezifität-1) ist mit 0,34 nur als mäßig zu bezeichnen. Das bedeutet, dass die objektiv vorhandenen Krankheiten nicht unbedingt zu Einschränkungen des Wohlbefindens führen müssen.

4.5.2 Erfassung von Personen mit Beschwerden

Auf der Basis der Vergleichsuntersuchungen mit den Beschwerdelisten von Zerssen (1976a) (vgl. 4.5.1) konnten 150 Datensätze von Rehabilitanden analysiert werden. Die Korrelation zwischen FAHW und dem Wert der Beschwerdeliste beträgt 0,57. Zerssen (1976a, S. 9) bezeichnet Stanine-Werte von sieben als fraglich abnorm und solche von acht und größer als sicher abnorm. Entsprechend wurden Personen mit einem Stanine-Wert von acht und mehr als auffällig klassifiziert ($n = 51$). Es stellte sich die Frage, wie gut der FAHW die beiden Gruppen voneinander trennt.

Tabelle 26: Mittelwerte des FAHW der Gruppen mit auffälligen und unauffälligen Stanine-Werten { TC "Mittelwerte des FAHW der Gruppen mit auffälligen und unauffälligen Stanine-Werten" \f T \l "I" } bei der Beschwerdeliste.

	n	M	SD	t; p
unauffällig	51	42,7	17,5	6,4; .000
auffällig	91	20,6	20,7	

Die folgenden Abbildungen zeigen die Sensitivität und Spezifität des FAHW in Abhängigkeit vom Ergebnis bei der Beschwerdeliste von Zerssen (1976a) sowie die ROC-Kurve.

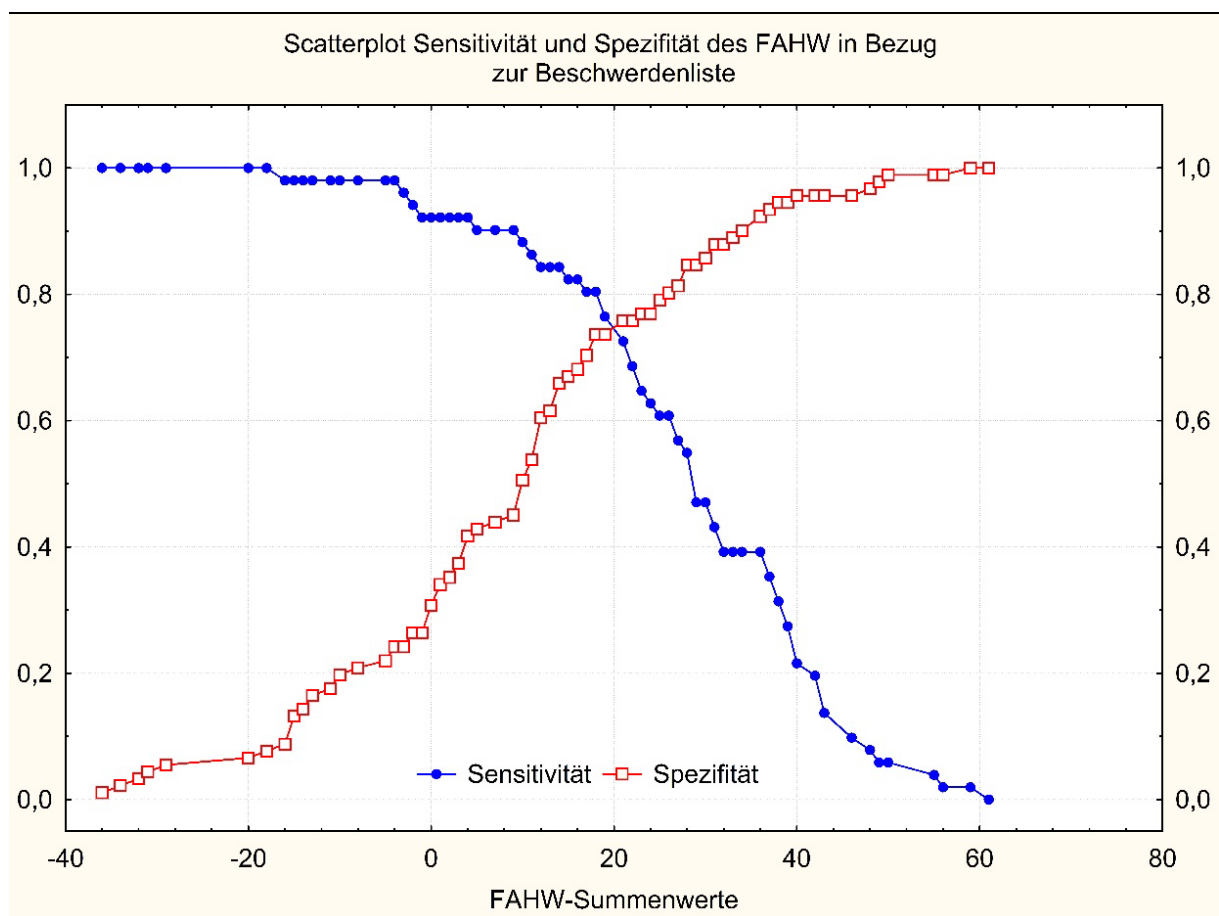


Abbildung 13: Sensitivität und Spezifität des FAHW in Abhängigkeit vom Ergebnis bei der Beschwerdenliste{ TC "Sensitivität und Spezifität des FAHW in Abhängigkeit von der Beschwerdenliste" \f A \l "I" } von Zerssen

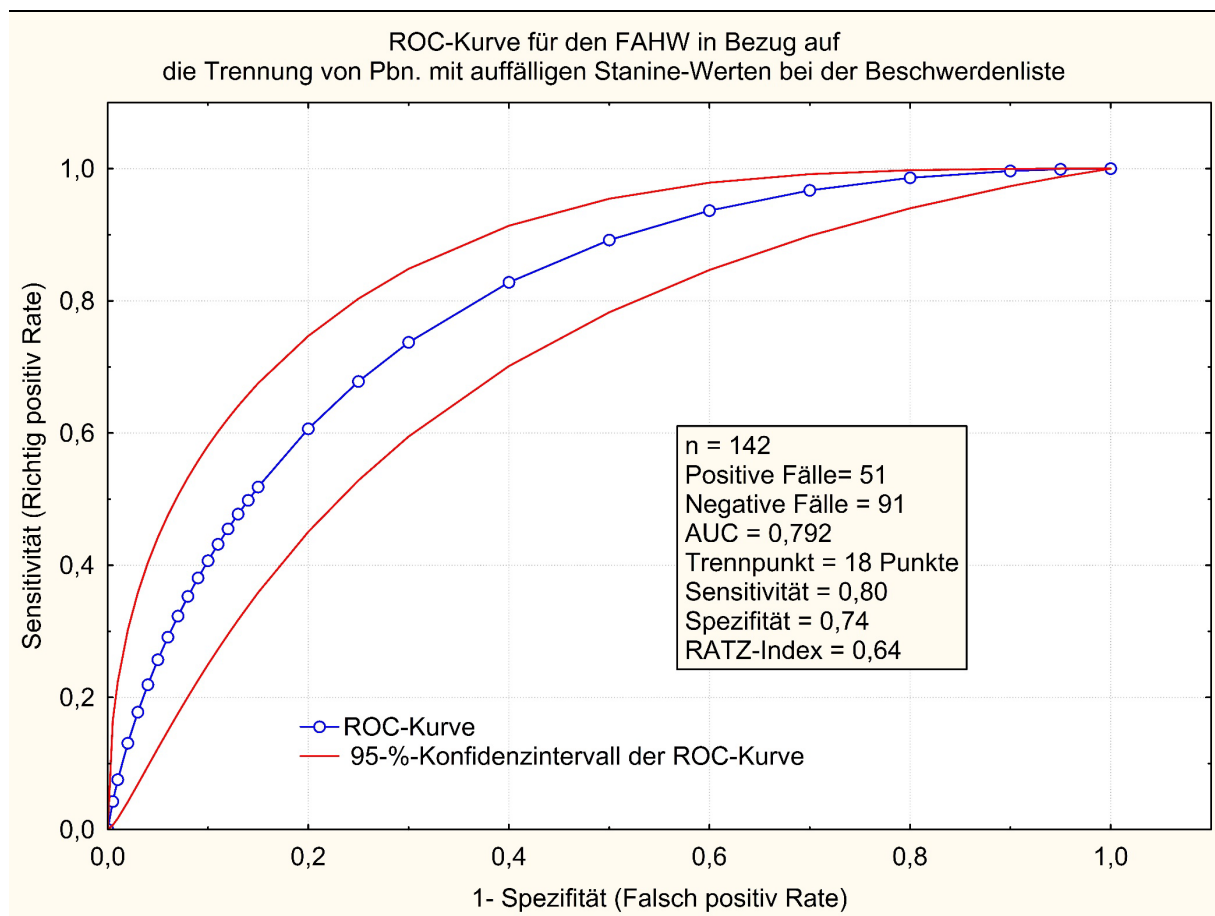


Abbildung 14: Geglättete ROC-Kurve für den FAHW Bezug auf die Trennung von Probanden mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten{ TC "ROC-Kurve in Bezug auf die Trennung von Probanden mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten" \f A \l "I" } bei der Beschwerdenliste von Zerssen (1976a).

Die ROC-Kurve zeigt mit einem AUC von 0,79 eine gute Anpassung. Der Youden-Index (Sensitivität+Spezifität-1) beträgt 0,55 ist damit als akzeptabel zu bezeichnen. Da es sich bei den untersuchten Probanden ausschließlich um Rehabilitanden mit gesundheitlichen Einschränkungen handelt, wären höhere Werte nur bei der zusätzlichen Berücksichtigung von Probanden ohne Gesundheitsstörungen möglich gewesen.

4.5.3 Gesichterskala als Screening für den FAHW

Da im Rahmen fast aller Untersuchungen mit dem FAHW auch die Gesichterskala angewandt wurde, stellt sich die Frage, inwiefern diese auch als Screening für wohlbefindensorientierte Fragestellungen herangezogen werden kann. Beide Skalen korrelieren mit 0,44 miteinander. Es liegen Daten von 1046 Probanden vor, die sowohl den FAHW als auch die Gesichterskala beantwortet haben. Von diesen hatten beim FAHW 827 ein unauffälliges, d. h. mehr als 18 Punkte, und 219 ein auffälliges Ergebnis, d. h. weniger als 19 Punkte.

Tabelle 27: Mittelwerte bei der Gesichterskala bei Personen mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten beim FAHW { TC "Mittelwerte bei der Gesichterskala bei Personen mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten beim FAHW" \f T \l "1" }.

	n	M	SD	t; p
auffällig	219	4,3	1,19	9,76; .000
unauffällig	827	5,3	1,19	

Die folgenden Abbildungen zeigen die Sensitivität und Spezifität der Gesichterskala in Abhängigkeit vom Ergebnis beim FAHW sowie die ROC-Kurve.

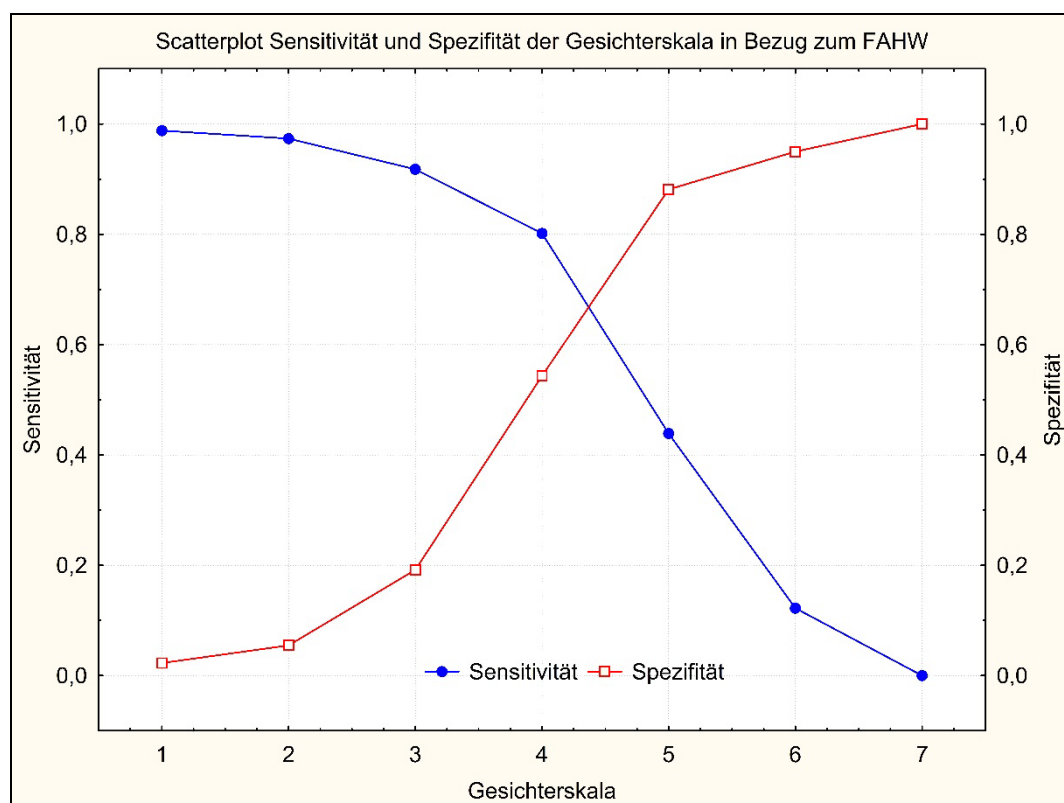


Abbildung 15: Sensitivität und Spezifität der Gesichterskala{ TC "Sensitivität und Spezifität der Gesichterskala" } in Abhängigkeit vom Ergebnis beim FAHW.

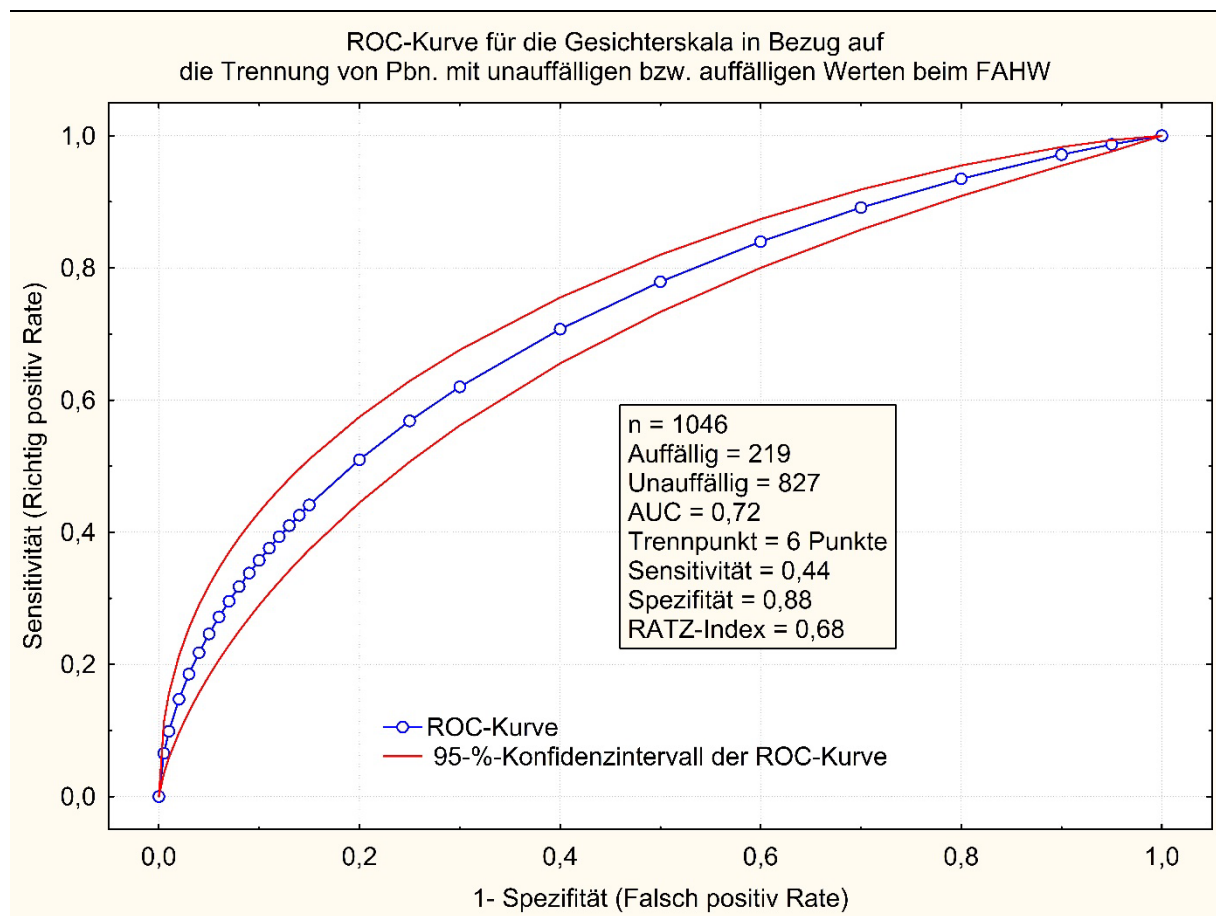


Abbildung 16: Geglättete ROC-Kurve für die Gesichterskala in Bezug auf die Trennung von Probanden mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten{ TC "ROC-Kurve für die Gesichterskala in Bezug auf die Trennung von Probanden mit auffälligen bzw. unauffälligen Werten" } beim FAHW.

4.6 Zusammenfassung

Die durchgeführten Untersuchungen belegen die Aussagekraft des FAHW. Während Untersuchungen zur Test-Retest-Korrelation noch durchzuführen sind, zeigen die Untersuchungen zur Konsistenz bei fast allen Skalen gute Ergebnisse. Cronbachs Alpha der Gesamtskala kann mit .93 als exzellent bezeichnet werden. Die Skalen zum psychischen Wohlbefinden und die Skalen des sozialen Missbefindens sind noch akzeptabel. Die Skala des sozialen Wohlbefindens ist hingegen fragwürdig. Alle anderen Skalen liegen in einem guten Bereich.

Zur Beurteilung der Validität wurde eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt. Die Untersuchungen zur Validität – Vergleich mit Außenkriterien, Faktorenanalyse, Clusteranalyse und Gruppenvergleiche – zeigen, dass der FAHW das Wohlbefinden umfassend erfasst und verschiedene Gruppen unterschiedlichen Gesundheitszustandes sehr gut differenziert werden können. Etwas mehr als die Hälfte der Items lassen sich Faktoren zuzuordnen die inhaltlich dem heuristischen Modell des Wohlbefindens entsprechen. Etwas günstiger diesbezüglich ist das Ergebnis der Clusteranalyse. Aber auch hier werden psychische und soziale Aspekte nur unzureichend differenziert. Die durch die Konstruktion der Skalen formulierten inhaltlichen Unterschiede werden bestätigt, wenngleich die sprachliche Differenzierung insbesondere der Skalen zum sozialen Wohl- und Missbefinden als noch nicht optimal betrachtet werden muss. Hier macht sich die fragwürdige interne Konsistenz der Skalen zum sozialen Wohl- und Missbefinden negativ bemerkbar. Eine Überarbeitung dieser Skalen erscheint angebracht.

In einer LISREL- Analyse der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten seelische Gesundheit, Kohärenzsinn, soziale Unterstützung sowie Aspekten der physischen Gesundheit konnten Becker, Bös und Woll (1994) durch das Konstrukt seelische Gesundheit wesentlich mehr Varianz hinsichtlich der Kriteriumsvariable Gesundheit aufklären als durch das Konstrukt Kohärenzsinn. Die Ergebnisse bestätigen die bedeutende Rolle der seelischen Gesundheit als Schutzfaktor auch für die körperliche Gesundheit. Menschen mit hohen Fähigkeiten zur Bewältigung externer und interner Anforderungen besitzen offenbar gute Voraussetzungen für Lebenszufriedenheit und die Aktivierung sozialer Unterstützungssysteme. Diese Menschen haben einen gut ausgeprägten Kohärenzsinn und reagieren in Belastungssituationen optimistisch-gelassen und nicht depressiv.

5 Konstruktion des FAHW-12

Auf der Basis einer Itemanalyse des FAHW bei 361 gesunden Personen wurden entsprechend des Strukturmodells des Wohlbefindens und der Trennschärfe zwölf Items ausgewählt und zu einem neuen Fragebogen zusammengestellt.

Tabelle 28: Items der Skalen des Kurzfragebogens zum allgemeinen Wohlbefinden (FAHW-12) { TC "Items der Skalen des FAHW-12" \f T \l "I" }.

	Wohlbefinden	Missbefinden
Körperliche Aspekte	6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden 11. ich fühle mich körperlich gesund	3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit 5. ich habe dauernd Schmerzen
Psychische Aspekte	1. ich bin sehr ausgeglichen 8. ich habe alles im Griff	9. meine Stimmung ist gedrückt 12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus
Soziale Aspekte	2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen 7. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	4. ich fühle mich verlassen 10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht

Die einzelnen Items werden auf fünfstufigen Likert-Skalen beantwortet. Es kann ein Gesamtwert berechnet werden. Hierzu werden die Aussagen zu Missbefindungen (Items 3, 4, 5, 9, 10 und 12) von der Summe der Aussagen zum Wohlbefinden (Items 1, 2, 6, 7, 8 und 11) subtrahiert.

6 Evaluation des FAHW-12

6.1 Untersuchte Gruppen

Aus verschiedenen Untersuchungen sowohl mit der Langform des FAHW als auch mit dem FAHW-12 liegen Datensätze von Jugendlichen, Sporttreibenden, Gesunden, von Studierenden und von Rehabilitanden mit vorwiegend körperlichen Erkrankungen vor. Spezielle Untersuchungen wurden bei Patienten mit chronischem Tinnitus (Tinnitus), Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren⁴ (MKK), Palliativpfleger und -betreuer, Teilnehmer einer Ernährungsstudie⁵ sowie Rheumapatienten⁶ durchgeführt.

Die folgende Tabelle zeigt das große Altersspektrum der untersuchten Probanden. Es reicht von elf Jahren - eine Gardetänzerin - bis hin zu einem 92-jährigen Rheumapatienten. Zwischen dem Lebensalter und dem FAHW-12-Summenwert besteht eine signifikante Korrelation von $-0,22$.

Tabelle 29: Angaben zum Lebensalter der untersuchten Teilstichproben^{TC} "Lebensalter der untersuchten Teilstichproben" $\setminus T \setminus l$ "I" $\}$ in Jahren.

	n	M	SD	Minimum	Maximum
Studenten	404	22,5	2,3	19	30
Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren	1231	37,8	6,1	20	59
Gesunde	1027	42,8	25,6	11	72
Tinnituspatienten	80	47,2	9,0	22	61
Rehabilitanden	392	51,2	10,3	18	81
Burnoutpatienten	16	53,1	5,5	42	61
Palliativpfleger	68	53,2	11,2	24	73
Rheumapatienten	99	58,3	15,1	21	92
Gesamtgruppe	3310	37,3	12,7	11	92

⁴ Gedankt sei Frau Dr. Kati Mozygemba für die Überlassung der Daten.

⁵ Gedankt sei Herrn Eric Richter für die Überlassung der Daten

⁶ Gedankt sei Frau Eva Demmel für die Überlassung der Daten.

6.2 Itemanalysen

Vom FAHW-12 liegen insgesamt 3310 komplette Datensätze vor. 1169 Datensätze wurden hierbei rechnerisch aus vorliegenden FAHW-Datensätzen generiert.

Tabelle 30: Mittelwerte der Items des FAHW-12 { TC "Mittelwerte der Items des FAHW-12" \f T \l "I" } (n = 3310).

	M	SD	Standard- fehler	CI -95 %	CI +95 %
1. ich bin sehr ausgeglichen	3,2	1,1	0,0	3,2	3,3
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	3,8	1,1	0,0	3,7	3,8
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	-2,3	1,4	0,0	-2,3	-2,2
4. ich fühle mich verlassen	-2,1	1,3	0,0	-2,2	-2,1
5. ich habe dauernd Schmerzen	-2,2	1,3	0,0	-2,2	-2,1
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	3,1	1,3	0,0	3,0	3,1
7. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	4,0	1,0	0,0	4,0	4,1
8. ich habe Alles im Griff	3,3	1,0	0,0	3,3	3,4
9. meine Stimmung ist gedrückt	-2,7	1,3	0,0	-2,8	-2,7
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	-2,4	1,2	0,0	-2,4	-2,3
11. ich fühle mich körperlich gesund	3,3	1,3	0,0	3,3	3,4
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	-2,4	1,3	0,0	-2,4	-2,4
Gesamtscore	6,7	9,2	0,2	6,4	7,0

6.2.1 Korrelationen zwischen den Items

Die Korrelationen zwischen den einzelnen Items bzw. dem FAHW-12-Summenskala ergeben aus der nächsten Tabelle.

Tabelle 31: Inter-Item- bzw. Item-Skalen-Korrelation der Items des FAHW-12 (TC "Inter-Item- bzw. Item-Skalen-Korrelation der Items des FAHW-12" \f T \l "1" } (n = 3310).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Σ
1	1,000	0,336	0,244	0,425	0,266	0,520	0,077	0,526	0,573	0,388	0,477	0,544	0,704
2	0,336	1,000	0,078	0,306	0,110	0,179	0,292	0,367	0,291	0,300	0,184	0,273	0,466
3	0,244	0,078	1,000	0,317	0,621	0,416	-0,023	0,212	0,340	0,217	0,548	0,315	0,590
4	0,425	0,306	0,317	1,000	0,385	0,314	0,176	0,378	0,569	0,572	0,344	0,555	0,710
5	0,266	0,110	0,621	0,385	1,000	0,373	0,049	0,221	0,374	0,278	0,509	0,373	0,621
6	0,520	0,179	0,416	0,314	0,373	1,000	0,018	0,417	0,482	0,275	0,650	0,426	0,679
7	0,077	0,292	-0,023	0,176	0,049	0,018	1,000	0,210	0,052	0,119	0,016	0,066	0,238
8	0,526	0,367	0,212	0,378	0,221	0,417	0,210	1,000	0,472	0,362	0,455	0,455	0,652
9	0,573	0,291	0,340	0,569	0,374	0,482	0,052	0,472	1,000	0,523	0,487	0,673	0,780
10	0,388	0,300	0,217	0,572	0,278	0,275	0,119	0,362	0,523	1,000	0,286	0,498	0,636
11	0,477	0,184	0,548	0,344	0,509	0,650	0,016	0,455	0,487	0,286	1,000	0,432	0,724
12	0,544	0,273	0,315	0,555	0,373	0,426	0,066	0,455	0,673	0,498	0,432	1,000	0,749
Σ	0,704	0,466	0,590	0,710	0,621	0,679	0,238	0,652	0,780	0,636	0,724	0,749	1,000

Die Korrelationen der einzelnen Items mit der FAHW-12-Summenskala liegen zwischen 0,159 und 0,781. Auffallend sind die geringen Inter-Item- bzw. Item-Skalen-Korrelation des Items 7 (ich habe das Gefühl, dass man mich braucht).

6.2.2 Itemanalyse und Interne Konsistenz

Tabelle 32: Ergebnis der Itemanalyse für die Gesamtstichprobe TC "Ergebnis der Itemanalyse für die Gesamtstichprobe" $\setminus f T \setminus l "I" \}$ ($n = 3310$. $M = 6,7$; $SD = 9,2$; Cronbach Alpha = 0,862; Mittlere Inter-Item-Korrelation = 0,35).

	M bei Auschluss	SD bei Auschluss	Item-Gesamt-Korrelation	Alpha bei Auschluss
1. ich bin sehr ausgeglichen	3,47	8,48	0,63	0,85
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	2,95	8,79	0,37	0,87
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	9,00	8,50	0,48	0,86
4. ich fühle mich verlassen	8,83	8,37	0,63	0,85
5. ich habe dauernd Schmerzen	8,88	8,50	0,52	0,86
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	3,66	8,43	0,59	0,85
7. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	2,67	9,05	0,13	0,88
8. ich habe Alles im Griff	3,38	8,60	0,58	0,85
9. meine Stimmung ist gedrückt	9,42	8,25	0,71	0,84
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	9,07	8,52	0,55	0,86
11. ich fühle mich körperlich gesund	3,38	8,36	0,65	0,85
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	9,10	8,31	0,68	0,85

Die mittlere Inter-Item-Korrelation beträgt 0,35 und Cronbachs Alpha 0,86. Die interne Konsistenz ist somit als gut zu bewerten. Eine deutliche Verbesserung der internen Konsistenz ist nur durch eine Erhöhung der Itemzahl möglich. Die Kurzform scheint in der vorliegenden Form zumindest für Grobvergleiche bzw. im Sinne eines Screenings einsetzbar zu sein (siehe Kapitel 7).

Kritisch ist jedoch das Item 7 (ich habe das Gefühl, dass man mich braucht) anzusehen. Die Item-Gesamt-Korrelation r_{it} beträgt nur 0,06. Ein Austausch des Items drängt sich auf. Siehe hierzu Kapitel 6.6.

6.3 Untersuchungen zur Test-Retestreliabilität

Es wurde eine Reihe von Untersuchungen zur kurzfristigen (Zeitdauer eine Stunde; $n = 28$) und mittelfristigen (Zeitdauer eine Woche; $n = 58$) Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten durchgeführt. Die Test-Retestreliabilitäten sind als gut zu bezeichnen. Es kommt sowohl kurzfristig ($t=7,15$; $p<0,001$) als auch mittelfristig zu signifikanten ($t=4,33$; $p<0,001$) Verschlechterungen der Werte. Das deutet darauf hin, dass das Wohlbefinden immer situativen Einflüssen unterliegt.

Tabelle 33: Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten { TC "Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten" \f T \l "1" } (Zeitdauer eine Stunde; $n = 28$).

	M	SD	t	p	r
Vortest	14,5	5,9	7,15	0,001	0,845
Retest	10,2	5,7			

Tabelle 34: Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten (Zeitdauer eine Woche { TC "Test-Retestreliabilität bei Sportstudenten (Zeitdauer eine Woche)" \f T \l "1" }; $n = 58$).

	M	SD	t	p	r
Vortest	14,2	6,0	4,33	0,001	0,823
Retest	12,0	6,3			

6.4 Untersuchungen zur Validität

6.4.1 Kriteriumsvalidität

Zur Untersuchung der Kriteriumsvalidität wurde eine Reihe von Einzelstudien durchgeführt, wobei der FAHW-12-Summenwert mit folgenden Instrumentarien verglichen wurde. Die Verfahren sind zum Teil ausführlich in Kapitel 4.4.1 beschrieben.

- Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden: FAHW
- Beschwerdenliste von Zerssen (1976a): BL und BL'
- Gesichterskala von Andrews und Withey (1976): Faces
- Skala Seelische Gesundheit von Becker (1989): SG
- Kohärenzsinn nach Antonovsky (1979): SOC
- Fragebogen zur Sozialen Unterstützung von Sommer und Fydich (1979): SOZU
- SF-12 Standardversion mit Bezug auf die vergangenen vier Wochen von Morfeld, Kirchberger und Bullinger (2011). Beim SF-12 handelt es sich um die Kurzform des SF-36, dem wohl international am weitesten verbreiteten Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Er erfasst die körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Schmerzen, die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, die Vitalität, die soziale Funktionsfähigkeit, die emotionale Rollenfunktion und das psychisches Wohlbefinden.
- Hardiness nach Kobasa (1979a; vgl. Kobasa 1979b und 1982a, 1982b). Die Hardiness-Skala misst die drei Komponenten, aus denen sich Hardiness zusammensetzt: Kontrolle, Engagement und Herausforderung (Kobasa, 1979a). Die 12 Items werden anhand einer vier-stufigen Likert-Skala beantwortet, welche von 0 (= starke Ablehnung) bis 3 (= starke Zustimmung) reicht.

Die folgenden Tabellen zeigen die Angaben zur deskriptiven Statistik dieser Untersuchungen und die Zusammenfassung der Korrelationsanalysen.

Tabelle 35: Stichprobengröße, Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität { TC "Stichprobengröße, Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität" \f T \l "I" }.

	Männer			Frauen					
	n	M	SD	n	M	SD	t	FG	p
FAHW	593	36,9	21,0	866	38,4	23,0	1,30	1457	0,192
Gesichter- skala	571	5,0	1,0	472	5,2	1,0	3,39	1041	0,000
SG	188	63,6	9,9	134	62,6	8,2	0,95	320	0,342
SOC	72	141,3	22,8	107	140,1	21,2	0,36	177	0,715
SOZU	71	92,7	15,1	74	95,6	13,4	-1,25	143	0,214
BL	144	17,6	10,9	105	23,5	11,4	4,17	247	0,001
BL´	26	8,2	8,13	10	8,4	5,4	-0,09	34	0,930
SF-12	48	85,5	14,6	76	79,4	13,5	2,37	122	0,020
Hardiness	65	2,8	3,4	66	1,8	3,4	1,61	117	0,108

Tabelle 36: Korrelationen des FAHW-12 mit den verschiedenen Außenkriterien { TC "Korrelationen des FAHW-12 mit den verschiedenen Außenkriterien" \f T \l "I" }.

	n	r	p
FAHW	1162	.952	0,001
Gesichterskala	1037	.547	0,001
Seelische Gesundheit	322	.543	0,001
Kohärenzsinn	177	.681	0,001
Soziale Unterstützung	142	.447	0,001
Beschwerdenliste BL	249	.601	0,001
Beschwerdenliste BL´	36	.408	0,014
SF-12	124	.682	0,001
Hardiness	119	.500	0,001

Es zeigen sich mittlere Zusammenhänge zwischen dem FAHW-12-Summenwert und den anderen Instrumentarien. Diese können als alternative Kriterien des Wohlbefindens als auch als Prädiktoren des Wohlbefindens verstanden werden.

6.4.2 Differenzielle Validität

Tabelle 37: Angaben zum Summenwert des FAHW-12 bei den untersuchten Teilstichproben { TC "Angaben zum Summenwert des FAHW-12 bei den untersuchten Teilstichproben" \f T \l "I" }.

	n	M	SD	Std.Fe.	CI- -95 %	+95 %
Teilnehmerinnen Mutter-Kind-Kuren	1231	1,0	7,6	0,2	0,6	1,5
Gesunde Erwachsene	1026	11,8	7,0	0,2	11,4	12,3
Studenten	398	12,8	6,9	0,3	12,1	13,5
Rehabilitanden	392	7,5	7,5	0,4	6,7	8,2
Rheumapatienten	99	-5,9	9,0	0,9	-7,7	-4,1
Tinnituspatienten	80	4,9	6,4	0,7	3,4	6,3
Palliativpfleger	68	15,2	6,4	0,8	13,6	16,7
Patienten mit Burnout	16	-3,2	7,4	1,9	-7,2	0,8
Gesamtgruppe	3310	6,7	9,2	0,2	6,4	7,0

Tabelle 38: Ergebnis der Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen { TC "Varianzanalyse für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen" \f T \l "I" }.

	SQ	FG	MQ	F	p	Partielles Eta-quadrat
Gruppen	103831	7	14833	274,6	0,00	0,37

Tabelle 39: Ergebnis des Bonferroni Tests für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen { TC "Bonferroni Tests für den Vergleich des FAHW-12-Wertes zwischen den Gruppen" \f T \l "I" } (Wahrscheinlichkeiten für Post-hoc-Tests Fehler: MQ(Zwischen) = 54,1, FG = 3302).

		1	2	3	4	5	6	7
1	Burnoutpatienten							
2	Teilnehmerinnen Mutter-Kind-Kuren	0,630						
3	Tinnituspatienten	0,002	0,000					
4	Rehabilitanden	0,000	0,000	0,111				
5	Gesunde	0,000	0,000	0,000	0,000			
6	Studierende	0,000	0,000	0,000	0,000	0,723		
7	Palliativpfleger	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,377	
8	Rheumapatienten	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Varianzanalytisch ergeben sich hochsignifikante Unterschiede ($F=274,6$; Partielles $\eta^2=0,37$) zwischen den Gruppen. Lediglich die Unterschiede zwischen Studierenden und Gesunden bzw. Palliativhelfern, zwischen Tinnituspatienten und Rehateteilnehmern, zwischen Burnoutpatienten und Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren (MKK) sowie Rheumapatienten sind nicht signifikant.

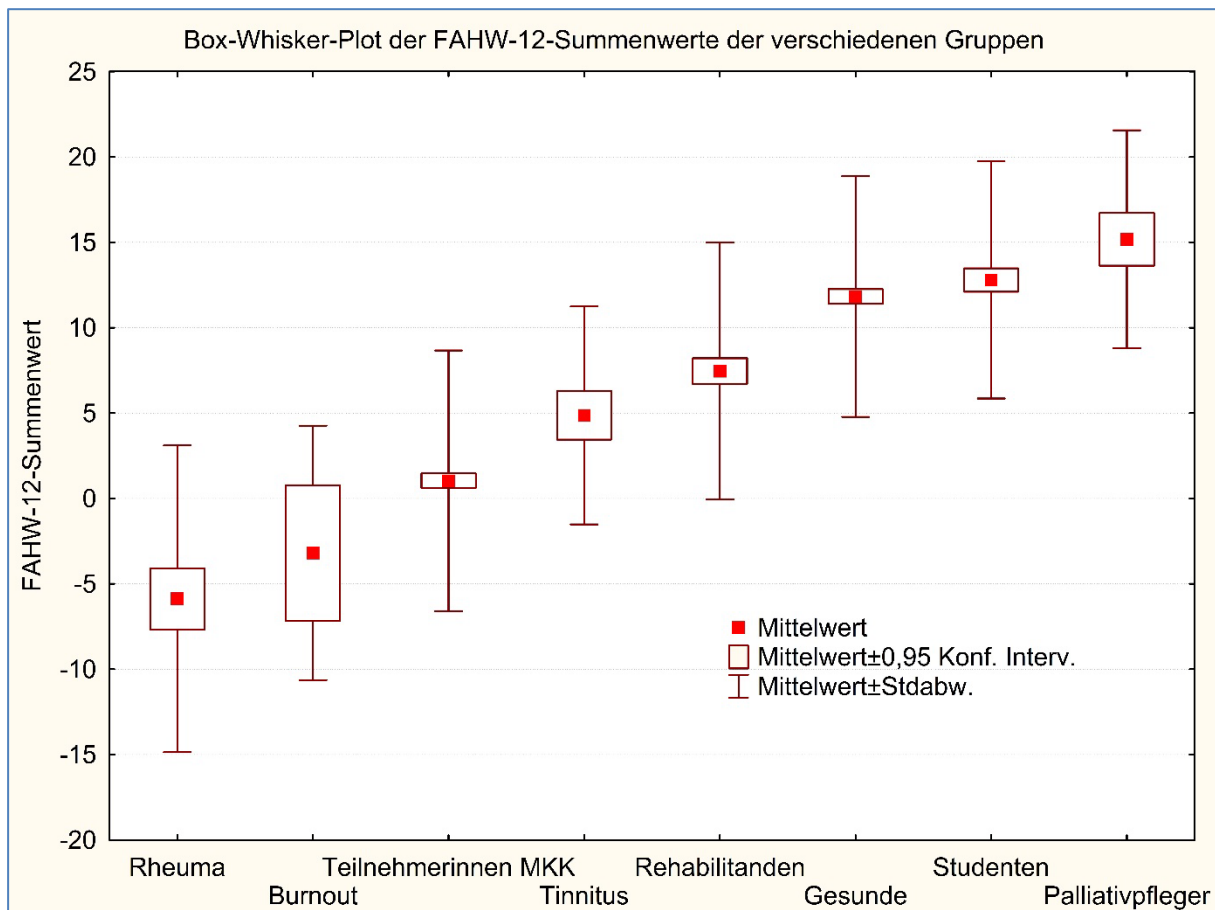


Abbildung 17: Vergleich der verschiedenen Diagnosegruppen{ TC "Vergleich der verschiedenen Diagnosegruppen" \f A \l "I" }.

Der FAHW differenziert in hohem Maße zwischen den verschiedenen Gruppen. Rheuma-, Burnout-Patienten sowie die Teilnehmerinnen an Mutter-Kind-Kuren leiden offensichtlich in erheblichem Maße und sind im wahrsten Sinne des Wortes „kurreif“. Auf der anderen Seite ist das positive Abschneiden der Studenten, von denen die meisten Sportstudenten waren, nicht verwunderlich, befinden sie sich doch in der „Blüte ihrer Jahre“ und leiden in den seltensten Fällen an Krankheiten. Erstaunlich ist das Abschneiden der Palliativpfleger. Offensichtlich kann man diesen Beruf nur ausüben, wenn man mit sich selbst im Reinen ist. Denkbar wäre auch eine entsprechende Persönlichkeitsei-

genschaft (vgl. Becker, 1982). Ebenso könnten die in der Pflege mit todkranken Menschen gesammelten Erfahrungen zu einer persönlichen Weiterentwicklung geführt haben.

6.4.3 Faktorielle Validität

Zur Beurteilung der Validität wurden auf der Basis von 3310 Datensätzen Faktorenanalysen nach der Hauptkomponentenmethode gerechnet. Das Ergebnis legt eine 4-Faktorenlösung nahe. Das Modell erklärt 71 % der Gesamtvarianz. Die Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz ergeben aus Tabelle 40. Das Ergebnis der Hauptkomponentenmethode mit anschließender standardisierter Varimaxrotation ist Tabelle 41 dargestellt.

Tabelle 40: Angaben zu den Eigenwerten und zur erklärten Varianz der durchgeführten Faktorenanalyse{ TC "Eigenwerte und erklärte Varianz der Faktorenanalyse" \f T \l "I" } nach der Hauptkomponentenmethode (N=3310).

Faktor	Eigenwert	Prozentualer Anteil an Gesamtvarianz	Kumulierter prozentualer Anteil an Gesamtvarianz
1	5,03	41,90	41,90
2	1,53	12,73	54,63
3	1,02	8,52	63,15
	0,98	8,19	71,34

Tabelle 41: Ergebnis der Faktorenanalyse{ TC "Ergebnis der Faktorenanalyse" \f T \l "I" } nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender standardisierter Varimaxrotation (n = 3310).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
9. ich bin sehr ausgeglichen	0,40	0,03	0,08	0,73
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	0,26	-0,07	0,63	0,30
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	0,14	0,85	-0,03	0,18
20. ich fühle mich verlassen	0,78	0,26	0,19	0,12
21. ich habe dauernd Schmerzen	0,27	0,83	0,05	0,10
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	0,11	0,38	-0,03	0,75
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	0,01	0,06	0,89	-0,05
29. ich habe Alles im Griff	0,27	0,03	0,33	0,68
32. meine Stimmung ist gedrückt	0,67	0,19	-0,00	0,48
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	0,81	0,10	0,13	0,11
34. ich fühle mich körperlich gesund	0,12	0,57	0,00	0,65

39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	0,69	0,17	0,01	0,42
Erklärte Varianz	2,61	2,04	1,36	2,55
Anteil an Gesamtvarianz	0,22	0,17	0,11	0,21

Faktor 1 (Varianzaufklärung 41,9, %): Psychosoziales Unwohlsein. *Ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht und ich fühle mich verlassen* sind damit verbundenen Aussagen.

Faktor 2 (Varianzaufklärung 12,7 %): Mit Schmerzen verbundene Krankheit. *Wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit* ist die Aussage, die diesen Faktor am besten zum Ausdruck bringt.

Faktor 3 (Varianzaufklärung 8,5 %): Soziales Wohlbefinden. *Ich habe das Gefühl, dass man mich braucht* verdeutlicht diesen Faktor am besten.

Faktor 4 (Varianzaufklärung 8,2 %): Körperliches und psychisches Wohlbefinden. *Ich bin sehr ausgeglichen und ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden* bringen zum Ausdruck, dass man sich wohl fühlt und mit sich im Reinen ist.

6.4.4 Clusteranalyse

In einem weiteren Schritt wurde eine Clusteranalyse nach der Ward-Methode mit prozentualer Nichtübereinstimmung als Distanzmaß gerechnet. Es lassen sich zwei Hauptcluster identifizieren, die als Wohl- bzw. Missbefinden interpretiert werden können. Unterhalb dieser Ebene können sechs Subcluster (siehe Abbildung 18) identifiziert werden, die sehr gut das theoretische Modell widerspiegeln. Aufgrund der niedrigen Itemzahl der einzelnen Skalen und weil der FAHW-12 nur als Screening-Verfahren entwickelt worden ist, soll auf eine weitere Interpretation der einzelnen Subcluster verzichtet werden.

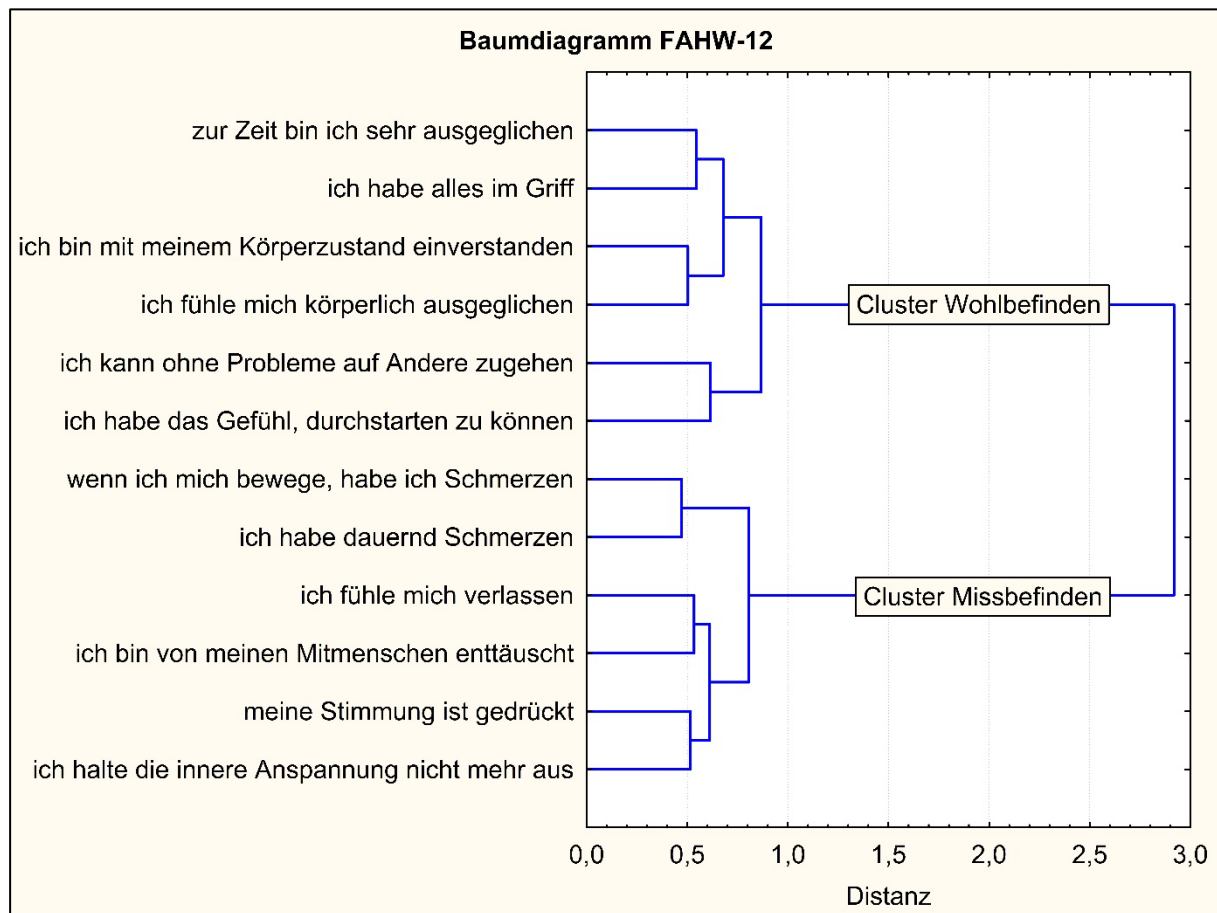


Abbildung 18: Ergebnis der Clusteranalyse des FAHW-12 { TC "Ergebnis der Clusteranalyse des FAHW-12" \f A \l "1" } nach der Ward-Methode mit 1-Pearson r als Distanzmaß.

6.4.5 Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren

Zusammenhänge zwischen dem FAHW-12 und Persönlichkeitsfaktoren wurden bei einer studentischen Stichprobe ($n=22$; Durchschnittsalter 22,8, $SD= 1,4$ Jahre) mit dem NEO-FFI nach Costa und McCrae (Borkenau, & Ostendorf, 2008) untersucht. Es zeigen sich signifikante korrelative Beziehungen zwischen FAHW-12 und Neurotizismus (-.723) und Verträglichkeit (0,445).

Tabelle 42: Angaben zu den Werten des FAHW-12 und des NEO-FFI { TC "Angaben zu den Werten des FAHW-12 und des NEO-FFI" } f T \l "I" }.

	n	M	SD	Minimum	Maximum
FAHW-12-Summenwert	22	15,0	5,2	4	23
Neurotizismus	22	14,5	6,5	6	25
mittlerer Prozentrangwert	22	27,7	25,0	2	74
Extraversion	22	32,8	4,5	22	40
mittlerer Prozentrangwert	22	68,4	21,8	17	97
Offenheit	22	26,1	4,9	15	35
mittlerer Prozentrangwert	22	20,3	16,4	0,7	56
Verträglichkeit	22	31,0	5,6	20	43
mittlerer Prozentrangwert	22	57,6	28,5	8	99
Gewissenhaftigkeit	22	35,9	5,9	21	47
mittlerer Prozentrangwert	22	73,8	21,2	14	100

Tabelle 43: Zusammenhänge zwischen FAHW-12 und Faktoren der Persönlichkeit { TC "Zusammenhänge zwischen FAHW-12 und Faktoren der Persönlichkeit" } f T \l "I" } (Angabe des Rang-Korrelationskoeffizienten nach Spearman; * $p < 0,05$).

NEO-FFI Faktoren	FAHW12
Neurotizismus	-0,723*
Extraversion	0,263
Offenheit	0,221
Verträglichkeit	0,445*
Gewissenhaftigkeit	0,320

Neurotizismus kommt in Nervosität, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Unsicherheit, Verlegenheit, Gesundheitssorgen, Neigung zu unrealistischen Ideen, geringe Bedürfniskontrolle, unangemessene Reaktionen auf Stress zum Ausdruck. Der Gegenpol hierzu stellt die emotionale Stabilität dar. Neurotizismus vs. emotionale Stabilität ist eine Grundvoraussetzung für das Wohlbefinden. Altruismus, Mitgefühl, Verständnis, Wohlwollen, Vertrauen, Kooperativität, Nachgiebigkeit und starkes Harmoniebedürfnis stehen für Verträglichkeit. Die Persönlichkeitseigenschaft Verträglichkeit sollte einen Zusammenhang

mit Aspekten des sozialen Wohlbefindens haben. Die Größenordnung dieses Zusammenhangs sollte mit der Langform des FAHW überprüft werden.

6.5 Diagnostische Güte

6.5.1 Trennung Gesunde und Kranke

In der Gesamtstichprobe des FAHW-12 mit $n = 3310$ Teilnehmern waren 1818 Menschen mit zum Teil erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen (siehe Tabelle 37). Wie gezeigt werden konnte, bestehen zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen zum Teil signifikante Unterschiede (siehe Kapitel 6.5.2).

Tabelle 44: Mittelwerte des FAHW-12 Gesunder und Kranker. { TC "Mittelwerte des FAHW-12 Gesunder und Kranker." } T \l "I" }

	n	M	SD	t; p
Gesunde	1492	2,2	8,3	37,1; .000
Kranke	1818	12,2	7,0	

Die Diagnosestudie sollte zeigen, wie gut der FAHW die beiden Gruppen voneinander trennt. Die Dichotomisierung von Gesundheit und Krankheit ist nicht unproblematisch. Es ist eher von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum im Sinne Antonovskys (1979) auszugehen. Die folgenden Abbildungen zeigen die Sensitivität und Spezifität des FAHW in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (krank vs. gesund) sowie die ROC-Kurve.

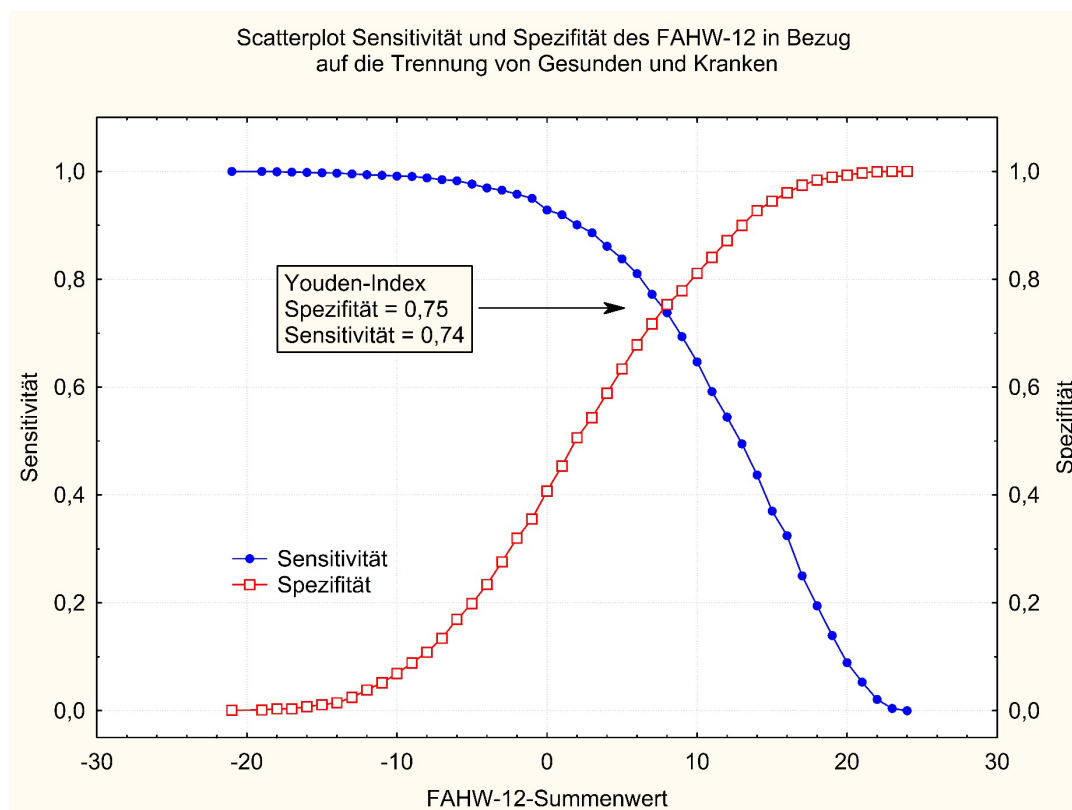


Abbildung 19: Sensitivität und Spezifität des FAHW-12 in Abhängigkeit von der Trennung gesunder und kranker Probanden { TC "Sensitivität und Spezifität des FAHW-12 in Abhängigkeit von der Trennung gesunder und kranker Probanden" } f A \l "1" }.

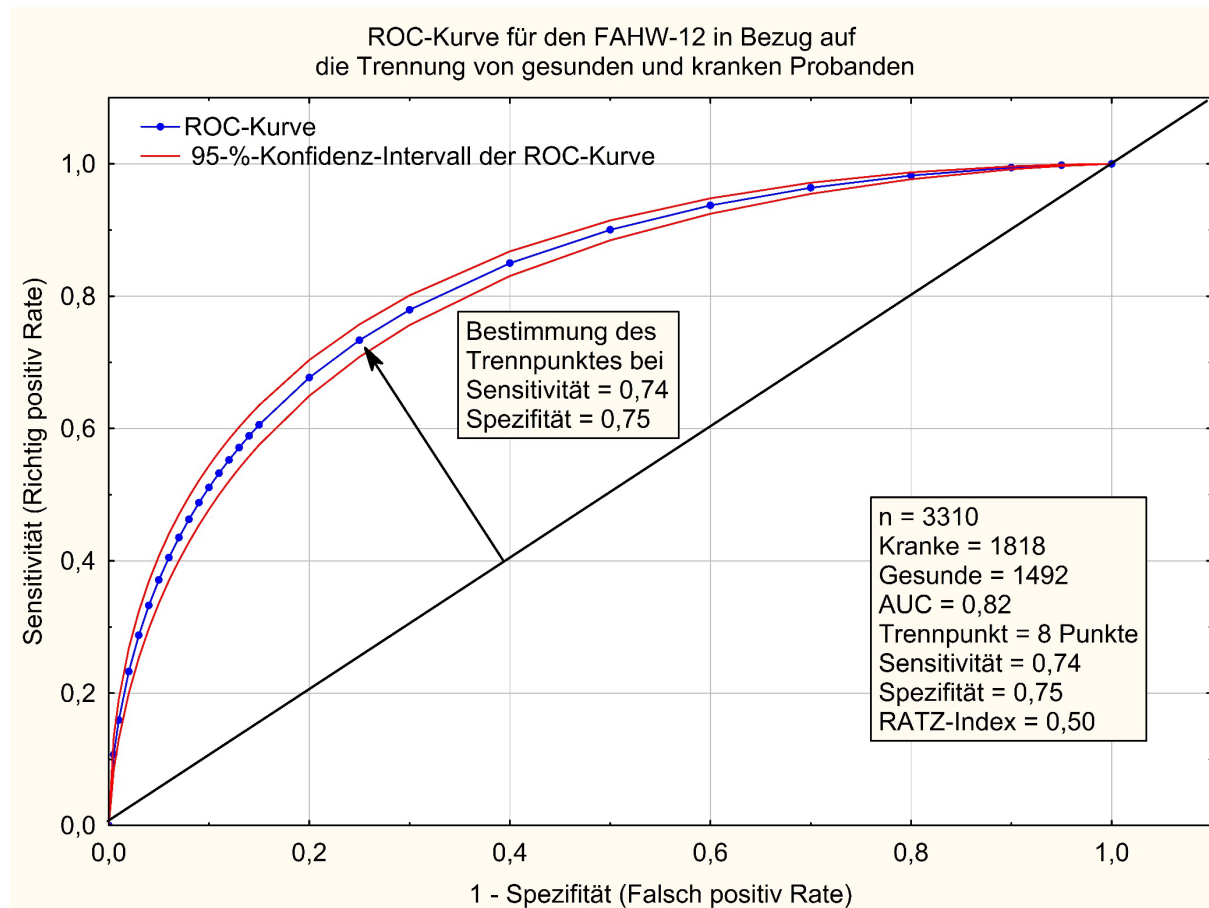


Abbildung 20: Geglättete ROC-Kurve für den FAHW-12 in Bezug auf die Trennung von Gesunden und Kranken { TC "ROC-Kurve für den FAHW-12 in Bezug auf die Trennung von Gesunden und Kranken" } f A \l "1" }.

Die ROC-Kurve zeigt mit einem AUC von 0,82 eine gute Anpassung. Der Youden-Index zeigt mit 0,49 eine akzeptable aber nicht befriedigende Sensitivität und Spezifität. Die einerseits objektiv vorhandenen Krankheiten führen nicht unbedingt zu Einschränkungen des Wohlbefindens und andererseits ist die Abwesenheit von Krankheiten nicht unbedingt ein Garant für Wohlbefinden.

6.5.2 FAHW-12 und andere Befindlichkeitsskalen

Im Rahmen der Studien zur Kriteriumsvalidität wurde eine Reihe von anderen Indikatoren des Wohlbefindens bzw. der Beschwerdesymptomatik als Außenkriterien erfasst. Es stellt sich hier die Frage, wie gut Personen mit auffälligen Werten bei diesen verschiedenen Befindlichkeitsskalen durch den FAHW-12 als auffällig klassifiziert werden. Bei

den verschiedenen Befindlichkeitsskalen werden unterschiedliche Grenzwerte zur Klassifikation als auffällig bzw. unauffällig benutzt. Unabhängig davon wurden hier – außer bei der Beschwerdenliste – alle Probanden mit Werten kleiner als $M - SD$ als auffällig klassifiziert. Bei der Beschwerdeliste wurde Probanden mit Werten größer als $M + SD$ als auffällig klassifiziert. Bei normalverteilten Daten sind dies rund 16 %. Eine Normalverteilung lag hier aber nicht bei allen Datensätzen vor.

Tabelle 45: Angaben zu den anderen Befindensindikatoren{ TC "Angaben zu den anderen Befindensindikatoren" \f T \l "I" } (r = Korrelation der Skalen mit dem FAHW-12). Angabe des Trennpunktes auf der Basis der ROC-Kurve.

	n auffällig/ unauffällig	r	AUC	Sensi- tivität	Spezifi- tät	Ratz- Index	Trennpunkt
FAHW	188/974	.99	.98	.89	.94	.92	3
SF-12	20/104	.68	.84	.87	.76	.78	11
SOC	32/145	.68	.84	.80	.75	.64	4
SG	40/282	.54	.81	.78	.80	.72	8
BL	30/149	.62	.78	.70	.80	.67	6
Hardiness	14/101	.50	.76	.82	.57	.45	10

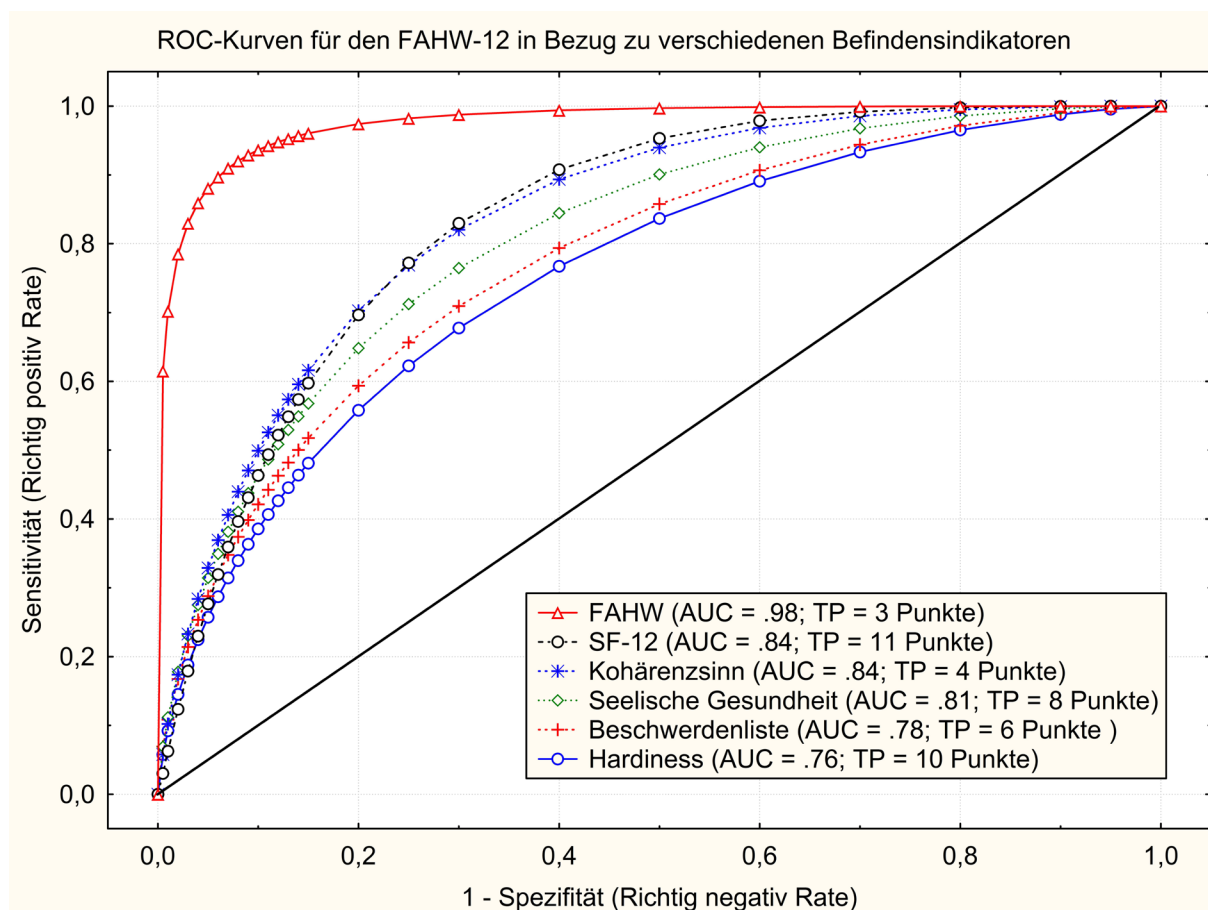


Abbildung 21: ROC-Kurven für den FAHW-12{ TC "ROC-Kurven für den FAHW-12" \f A \l "I" } in Bezug auf andere Befindlichkeitsskalen. Angabe des Trennpunktes auf der Basis der Roc-Kurve.

Eine perfekte Anpassung ist bei der ROC-Kurve des FAHW-12 in Bezug auf den FAHW zu beobachten. Dies war zu erwarten, da beide Fragebögen von demselben theoretischen Konstrukt ausgehen und die zwölf Items des FAHW-12 auch im FAHW zu finden sind. Auch die Anpassungen der ROC-Kurven in Bezug auf den SF-12, den Kohärenzsinn und die Seelische Gesundheit sind noch in einem als gut bezeichnenden Bereich. Voll befriedigend sind auch die Anpassungen der ROC-Kurven im Hinblick auf die Beschwerdenliste und die Hardiness.

6.6 Zusammenfassung

Die durchgeführten Analysen sprechen für die Brauchbarkeit des FAHW-12. Die Test-Retest-Reliabilität (.82 bis .85) und die interne Konsistenz (.85) weisen gute Werte auf. Die Untersuchungen zur Validität – Vergleich mit Außenkriterien, Faktorenanalyse, Clusteranalyse und Gruppenvergleiche – zeigen, dass der FAHW-12 das Wohlbefinden umfassend erfasst und verschiedene Gruppen unterschiedlichen Gesundheitszustandes sehr gut differenziert werden können. Als Screening ist das Verfahren auf jeden Fall einsatzbar. Eine weitergehende Differenzierung verschiedener Teilaspekte des Wohlbefindens erscheint aber aufgrund der geringen Itemzahl nicht sinnvoll zu sein, obwohl insbesondere die Clusteranalyse die theoretische Struktur des FAHW gut abbildet.

Bei der Itemanalyse erwies sich jedoch das Item 7 (ich habe das Gefühl, dass man mich braucht) als kritisch. Die Item-Gesamt-Korrelation r_{it} beträgt nur 0.04. Das Gefühl, gebraucht zu werden, kann einerseits als positiv empfunden werden. Bei Arbeitslosen kann das Fehlen dieses Gefühls sicherlich das Wohlbefinden negativ tangieren. Andererseits kann dieses Gefühl, wenn es Menschen zu bestimmten Verhaltensweisen verpflichtet, zu Überforderungen fühlen. Dies zeigt sich z. B. bei den Teilnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren.

Tabelle 46: Vergleich der Mittelwerte des FAHW-12 bei Austausch des Items Nr. 7{ TC "Mittelwerte des FAHW-12 bei Austausch des Items Nr. 7" \f T \l "I" } (n = 1162).

FAHW-12 (alt)		FAHW-12 (neu)					
M	SD	M	SD	t-Wert	FG	p	d
9,9	7,7	9,5	7,7	11,8	1161	.000	.05

Ein Austausch des Items drängt sich auf. Anstelle des bisherigen Items sollte das Item „ich habe jede Menge Freunde“ im FAHW-12 benutzt werden. Der Austausch des Items hat zwar einen signifikanten Einfluss auf den Mittelwert des FAHW-12-Summenwertes.

Cohens d beträgt aber nur 0,05. In weiteren Studien sollte diese neue Fragebogenform benutzt und weiter evaluiert werden.

Tabelle 47: Items der Skalen der neuen Version{ TC "Items der Skalen der neuen Version" \f T \l "I" } des Kurzfragebogens zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW-12). In Klammern die jeweilige Nummer der Frage auf dem Fragebogen.

	Wohlbefinden	Missbefinden
Körperliche Aspekte	Ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden (6) Ich fühle mich körperlich gesund (11)	Wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit (3) Ich habe dauernd Schmerzen (5)
Psychische Aspekte	Ich bin sehr ausgeglichen (1) Ich habe alles im Griff (8)	Meine Stimmung ist gedrückt 9) Ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus (12)
Soziale Aspekte	Ich kann ohne Probleme auf andere zugehen (2) Neu: Ich habe jede Menge Freunde (7)	Ich fühle mich verlassen (4) Ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht (10)

7 Diskussion

Der vorliegende Fragebogen wurde konstruiert, um das Phänomen Wohlbefinden differenziert darstellen zu können. Neben der Differenzierung von positiven und negativen Affekten (vgl. Bradburn, 1969) stand die Differenzierung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Wohl- und Missbefindens, entsprechend der WHO-Definition von Gesundheit, im Mittelpunkt. Die Suche nach einem adäquaten deutschsprachigen Fragebogen war erfolglos, so dass es legitim erschien, einen neuen Fragebogen zu konstruieren (vgl. Mayring, 1991b). Es erfolgte dabei eine enge Anlehnung an Frank (1991; 2003), die einen Fragebogen zum körperlichen Wohlbefinden vorgelegt hat.

Die interne Konsistenz der aufsummierten Skalen erreicht ein sehr gutes bzw. gutes Niveau. Insbesondere die aufsummierten Skalen für die Summe der positiven bzw. negativen Empfindungen und der FAHW-Summenwert, können als in hohem Maße reliabel betrachtet werden.

Die gefundenen Korrelationen zwischen den verschiedenen Skalen und der Beschwerdenliste bzw. der Gesichterskala verdeutlichen, dass zwar enge Beziehungen zwischen den erfassten Konstrukten bestehen, diese aber doch unterschiedliche Aspekte erfassen. Die Abhängigkeit der Wohlbefindensskalen von körperlichen Beschwerden kommt insbesondere in den Korrelationen zwischen den Rückenbeschwerden und der Skala für körperliches Missbefinden bzw. der Summenskala Missbefinden zum Ausdruck. Rückenprobleme korrespondieren zwar auch mit psychischem und sozialem Missbefinden, ihre primären Bezüge bestehen jedoch offensichtlich zu den körperlichen Geschehnissen (vgl. Frank, 1991).

Die Untersuchungen zur Dimensionalität der Skalen des FAHW sprechen für die Mehrdimensionalität des Konstrukts Wohlbefinden. Das Ergebnis legt eine 3-Faktorenlösung nahe:

- Faktor 1: Positive und negative körperliche Aspekte des Wohlbefindens (Varianzaufklärung 6,3 %)
- Faktor 2: Psychosoziales Missbefinden (Varianzaufklärung 5,4 %) und
- Faktor 3: Psychosoziales Wohlbefinden (Varianzaufklärung 4,8 %)

Bei der Faktoranalyse des FAHW-12 wurde eine 4-Faktorenlösung gefunden:

- Faktor 1: (Varianzaufklärung 41,9, %): Psychosoziales Unwohlsein
- Faktor 2: (Varianzaufklärung 12,7 %)
- Faktor 3: Soziales Wohlbefinden (Varianzaufklärung 8,5 %) und
- Faktor 4: (Varianzaufklärung 8,2 %): Körperliches und psychisches Wohlbefinden.

Die von Bradburn (1969) angenommene Unabhängigkeit positiver und negativer Emotionen konnte nicht bestätigt werden. Ebenso wenig konnten körperliche, psychische und soziale Aspekte voneinander differenziert werden. Auch Frank (1991, S. 73) betont, dass körperliches und emotionales Erleben zwei Seiten desselben Geschehens darstellen.

Die Untersuchungen von Gotlib und Meyer (1986) sprechen für die faktorielle Unabhängigkeit positiver und negativer Affekte. Sie geben hierfür zwei Erklärungsmöglichkeiten an. Zum ersten können positive und negative Affekte tatsächlich zwei verschiedene Faktoren darstellen, die sich nicht gegenseitig ausschließen. Zum zweiten geben sie zu bedenken, dass Unterschiede hinsichtlich des individuellen Antwortverhaltens möglich seien. So ist es dankbar, dass sich manche Menschen nur im Zustand der Depression entsprechend niedergeschlagen oder traurig einschätzen, während andere Menschen sich schon bei leichten Verstimmungen entsprechend einschätzen. Kammann et al. (1984) sehen die Unabhängigkeit negativer und positiver Affekte zum Teil als Folge von methodischen Problemen an. Die Art der Befragung kann sich im Antwortverhalten widerspiegeln. Insbesondere der Ansatz von Bradburn (1969) birgt die Gefahr in sich, dass sowohl aufgrund der niedrigen Itemzahl als auch aufgrund der gleichen Art der Befragung Effekte in der beschriebenen Richtung auftreten. Bradburn (1969) fragte danach, ob bei den Pbn. in der letzten Zeit jemals bestimmte Gefühle auftraten. Er fragte also nach den Häufigkeiten von negativen und positiven Gefühlen in einem bestimmten Zeitraum. Negative und positive Gefühle schließen sich in einem bestimmten Zeitraum nicht aus, wohl aber zum gleichen Zeitpunkt.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Kammann et al. (1984) erscheint es gerechtfertigt und sinnvoll, Summenwerte als Ausdruck des Wohlbefindens zu erachten. Die hohen Korrelationen der aufsummierten Skalen – Summe Wohlbefinden, Summe Missbefinden und FAHW-Summenwert – mit der Gesichterskala und der Beschwerdenliste verdeutlichen, dass die aufsummierten Skalen valide Instrumente zur Erfassung der globalen Befindlichkeit darstellen. Während sich Gotlib und Meyer (1986) gegen die Bildung eines Gesamtwertes, der sich aus positiven und negativen Skalen zusammensetzt, aussprechen, sieht Bradburn (1969) in der Affect Balance Scale, die aus der Differenz aus positiven und negativen Affekten gebildet wird, einen guten Indikator für das Wohlbefinden eines Menschen. Inwieweit der FAHW den von Kammann et al. (1984) postulierten Sense of Well-Being repräsentiert, muss in weiteren Studien abgeklärt werden.

Diener und Emmons (1985) betonen, dass Aussagen über die Dimensionalität den Zeitfaktor berücksichtigen müssen. Die stärksten negativen Korrelationen konnten sie in emotional geprägten Zeiten beobachten. Wenn jedoch das Wohlbefinden im Sinne von Lebenszufriedenheit über einen längeren Zeitraum beobachtet wird, dann sind die positiven und negativen Affekte unabhängig voneinander.

Die Arbeitsgruppe von Diener (Diener et al., 1985; Larsen & Diener, 1987) hat sich mit der Häufigkeit und Intensität der verschiedenen Affekte beschäftigt. Sie sehen die Ursachen für die divergierenden Ergebnisse darin, dass die vorhandenen Instrumentarien unzureichend Frequenz und Intensität von bestimmten Emotionen differenzieren. Immer dann, wenn nur nach der Frequenz von bestimmten Emotionen gefragt werde, korrelieren positive und negative Affekte negativ miteinander. Würden dagegen Frequenz und Intensität erfasst, käme es zu der oftmals beobachteten Unabhängigkeit der beiden Komponenten. Larsen und Diener (1987) stellten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Intensität, mit Menschen affektiv reagieren, fest. Offensichtlich gibt es Menschen, die

sehr impulsiv, sowohl positiv als auch negativ reagieren, während andere fast ohne Veränderung der Befindlichkeit reagieren. Während die Intensität der Affektverarbeitung positiv mit körperlichen und neurotischen Symptomen korreliert, lassen sich keinerlei Beziehungen zum Wohlbefinden herstellen. Menschen mit extremen Stimmungsschwankungen haben zwar körperliche und psychische Symptome, leiden aber nicht darunter, weil ihre extreme individuelle Affektverarbeitung als Moderatorvariable fungiert. Es könnte sein, dass starke negative Emotionen, die mit Stress assoziiert werden, über der Zeit durch Episoden mit extrem starken positiven Emotionen ausbalanciert werden. Auf diesem Weg könnten, über einen längeren Zeitraum betrachtet, relativ ausbalancierte Affektniveaus und in der Folge durchschnittliche Wohlbefindenswerte beobachtet werden.

Diese Ergebnisse von Diener und seinen Mitarbeitern machen deutlich, dass die einmalige Erfassung des Wohlbefindens lediglich eine Momentaufnahme der Befindlichkeit zulässt. Um Aussagen über das habituelle Wohlbefinden und mögliche Prädiktoren machen zu können, müssten mehrere Untersuchungen hintereinandergeschaltet werden. Hierfür bietet sich der FAHW-12 an.

Umso mehr subjektive Aspekte und Aspekte eines erweiterten Gesundheitsbegriffes im Sinne von Wohlbefinden und Lebensqualität zugrunde gelegt werden, umso größer sind die Schwierigkeiten der Validierung der Messverfahren. Mayring (1991) plädiert nach der Analyse der vorliegenden Instrumentarien zur Erfassung des Wohlbefindens dafür, eine Kombination unterschiedlicher methodischer Verfahren vorzunehmen, um der Komplexität des Phänomens Wohlbefinden gerecht zu werden. Auch muss bei der Wahl eines Instrumentariums der Kontext berücksichtigt werden. Im therapeutischen Bereich sollte ein bereichsbezogener Beschwerdenfragebogen angewandt werden, der möglichst mit der medizinischen Diagnose korreliert. Im präventiven Bereich sollten hingegen verstärkt Instrumentarien zur Früherkennung von möglichen Krankheitssymptomen in Verbindung mit Befindlichkeitsfragebögen eingesetzt werden. Für den hier interessierenden Kontext gesundheitsorientierten Sporttreibens erschien es sinnvoll, einen Fragebogen, der sowohl positive als auch negative Aspekte in den möglichen Einflussphären des Sports aufzeigt, zu konstruieren. Das vorliegende Instrumentarium scheint geeignet, um Gruppenunterschiede aufzudecken und die Effekte von gesundheitsorientierten Sportprogrammen abzubilden.

8 Fragebogenanwendung und Referenzwerte für den FAHW

8.1 Copyright

Alle Rechte liegen beim Verfasser. Die Nutzung des Fragebogens ist kostenfrei und wird im Sinne von Open Access zur Verfügung gestellt mit der Bedingung, dass sich die Nutzer an die Lizenzbedingungen (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) halten und dem Testautor, der weiterhin die Rechte hat, eine Rückmeldung über ihre Studienergebnisse geben (siehe <https://www.testarchiv.eu/de/nutzungsbedingungen>).

Bei Publikationen ist die Quelle zu zitieren:

Wydra, G. (2020). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens* (6. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

Internet:: <http://www.sportpaedagogik-sb.de/index.php?artikel=fahw>

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra

In der Klaus 22

66606 St. Wendel

E-Mail: georg-wydra@t-online.de

Internet: www.sportpaedagogik-sb.de

Anwendung

Der FAHW liegt als Papier-Bleistift-Verfahren (siehe Anhang) und als Onlineversionen mit automatischer Auswertung vor.

Papier-Bleistift-Verfahren

Der Fragebogen wird beim Papier-Bleistift-Verfahren von den Probanden nach Instruktion ausgefüllt.

8.1.1 Berechnung der Skalenwerte

Zur Auswertung werden den fünf Stufen des Fragebogens Zahlenwerte zugeordnet:

- Ja, genau so - 5 Punkte
- So ungefähr - 4 Punkte
- Ich weiß nicht 3 Punkte
- So nicht 2 Punkte
- So bestimmt nicht - 1 Punkt

Aus der Summation der jeweiligen den einzelnen Skalen zugeordneten Fragen (siehe Tabelle 48) werden die Werte für die einzelnen Skalen berechnet.

Tabelle 48: Nummern der den einzelnen Skalen zugeordneten Items { TC "Nummern der den einzelnen Skalen zugeordneten Items" \f T \l "I" }.

Skalen	Items
Körperliches Wohlbefinden	3, 10, 13, 24, 34, 38, 41
Körperliches Missbefinden	2, 11, 17, 21, 22, 30, 31
Psychisches Wohlbefinden	1, 8, 9, 12, 19, 29, 42
Psychisches Missbefinden	7, 18, 23, 28, 32, 39
Soziales Wohlbefinden	4, 5, 6, 15, 16, 26, 27, 37
Soziales Missbefinden	14, 20, 25, 33, 35, 36, 40

Der FAHW-Summenwert ergibt aus der Addition der positiven (körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden) und der Subtraktion der negativen Skalenwerte (körperliches, psychisches und soziales Missbefinden).

Beispiel zur Berechnung des Summenwertes:

Skalen	Skalenwerte
Körperliches Wohlbefinden	24
Körperliches Missbefinden	-10
Psychisches Wohlbefinden	25
Psychisches Missbefinden	-12
Soziales Wohlbefinden	22
Soziales Missbefinden	-13
Summenwert	36

8.1.2 Vorgehen bei nicht beantworteten Fragen

Für den Fall, dass ein oder mehrere Items nicht beantwortet werden, kann der fehlende Wert durch den mittleren Wert der jeweiligen Versuchsperson ersetzt werden. Es sollten jedoch nicht mehr als drei fehlende Antworten toleriert werden.

Beispiel für nicht beantwortete Fragen:

Summenwert der Person bei 40 beantworteten Fragen = 50

Mittlerer Itemwert der Person = $50 / 40 = 1,25$

Ersatzwert bei den nicht beantworteten Items = 1,25

Onlineversionen mit automatischer Auswertung

Die Onlineversion des FAHW basiert auf Java-Script und setzt voraus, dass Java-Script aktiviert ist. Die Online-Version finden Sie unter:

<https://www.sportpaedagogik-sb.de/fahw42.html>

8.2 Referenzwerte

Die hier vorgestellten Referenzwerte im Sinne von Majoritätsnormen nach Israel (1983) basieren auf einer Stichprobe von insgesamt 1459 Probanden. Es handelte sich um kranke Menschen (Koronarsportler, Rehaeteilnehmer, Tinnituspatienten), sporttreibende gesunde Erwachsene (Tennisspieler, Freizeitreiter, Studiobesucher, Volleyballer, Hausfrauen, Studenten) und Schülerinnen und Schüler. Das Durchschnittsalter der Pbn. ergibt aus Tabelle 49. Vorläufige Referenzwerte für den Gesamtwert sind in Tabelle 39 wiedergegeben.

Tabelle 49: Durchschnittsalter der verschiedenen Referenzstichproben des FAHW
TC "Durchschnittsalter der verschiedenen Referenzstichproben des FAHW" f T \l
"1" }.

	Kranke Erwachsene		Gesunde Erwachsene		Schüler	
	männlich (n = 176)	weiblich (n = 145)	männlich (n = 269)	weiblich (n = 570)	männlich (n=148)	weiblich (n=151)
M (Jahre)	51,4	48,0	36,6	35,8	13,9	14,1
SD (Jahre)	10,6	10,6	11,9	12,6	1,3	1,2

Tabelle 50: Referenzwerte für den FAHW-Summenwert TC "Referenzwerte für den FAHW-Summenwert" \f T \l "I" \t. Angabe der den Rohwerten zuzuordnenden Prozentrangwerte (PR) für verschiedene Stichproben.

	Rohwerte des FAHW					
	Kranke Erwachsene		Gesunde Erwachsene		Schüler	
PR	männlich (n = 176)	weiblich (n = 145)	männlich (n = 269)	weiblich (n = 570)	männlich (n = 148)	weiblich (n = 151)
< 5	< -8	< -8	< 4	< 2	< 8	< -8
10	-8 - 0	-8 - -4	4 - 16	2 - 11	8 - 10	-8 - 1
15	1 - 8	-3 - 5	17 - 19	12 - 21	11 - 17	2 - 7
20	9 - 12	6 - 8	20 - 24	22 - 26	18 - 21	8 - 16
25	13 - 14	9 - 12	25 - 28	27 - 28	22 - 24	17 - 19
30	15 - 16	13 - 14	29 - 30	29 - 30	25 - 30	20 - 23
35	17 - 19	15 - 17	31 - 34	31 - 34	31 - 33	24 - 25
40	20 - 22	18 - 20	35 - 37	35 - 37	34 - 35	26 - 28
45	23 - 25	21 - 22	38 - 41	38 - 41	36 - 37	29 - 30
50	26 - 27	23 - 24	42 - 43	42 - 44	38 - 39	31 - 32
55	28 - 30	25 - 26	44 - 45	45 - 46	40 - 42	33 - 34
60	31 - 32	27 - 30	46 - 47	47 - 48	43 - 45	35 - 37
65	33 - 34	31 - 36	48 - 51	49 - 52	46 - 48	38 - 40
70	35 - 37	37 - 39	52 - 54	53 - 55	49 - 51	41 - 42
75	38 - 40	40 - 43	55 - 56	56 - 57	52 - 53	43 - 44
80	41 - 45	44 - 46	57 - 58	58 - 59	54 - 55	45 - 46
85	46 - 50	47 - 49	59 - 60	60 - 61	56 - 57	47 - 50
90	51 - 54	50 - 55	61 - 65	62 - 66	58 - 59	51 - 53
95	55 - 59	56 - 62	66 - 73	67 - 72	60 - 63	54 - 62
> 95	> 59	> 62	> 73	> 72	> 63	> 62

Eine Interpretation der Testergebnisse erfolgt über die den Rohwerten zuzuordnenden Prozentrangwerte. Ein Prozentrangwert von 10 besagt, dass 10 % der Vergleichsstichprobe einen geringeren und 90 % einen höheren Werte aufweisen. Umgekehrt bringt ein Prozentrangwert von 90 zum Ausdruck, dass 90 % einen geringeren und 10 % einen höheren Wert aufweisen.

Beispiel: Beim FAHW wurde ein Rohwert von 36 ermittelt. Dieser Wert kann wie folgt interpretiert werden:

- Wenn es sich bei der Person um einen gesunden Mann handelt, resultiert aus diesem Wert ein Prozentrangwert von 40. Das bedeutet, dass der Testwert unter dem Durchschnitt liegt. 60 % der Referenzgruppe haben einen höheren Wert.
- Wenn es sich bei der Person um eine kranke Frau handelt, resultiert aus diesem Wert ein Prozentrangwert von 65. Das bedeutet, dass der Testwert über dem Durchschnitt liegt. 55 % der Referenzgruppe haben einen höheren Wert.
- Wenn es sich bei der Person um eine Jugendliche handelt, resultiert aus diesem Wert ein Prozentrangwert von 60. Das bedeutet, dass der Testwert über dem Durchschnitt liegt. 40 % der Referenzgruppe haben einen höheren Wert.

8.3 Referenzwerte für die Dimensionen

8.3.1 Gesunde

*Tabelle 51: Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für gesunde Männer { TC
"Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für gesunde Männer" } T \l "I" }*
(n=269).

	FAHW-Rohwerte				
Körperliches Wohlbefinden	< 23	23 - 26	27 - 28	29 - 30	> 30
Körperliches Missbefinden	< 8	8 - 9	10 - 12	13 - 15	> 15
Körperliches Wohl und Missbefinden	< 8	8 - 13	14 - 18	19 - 21	> 21
Psychisches Wohlbefinden	< 21	21 - 24	25 - 26	27 - 28	> 28
Psychisches Missbefinden	< 8	8 - 10	11 - 12	13 - 15	> 15
Psychisches Wohl und Missbefinden	< 6	6 - 11	12 - 15	16 - 19	> 19
Soziales Wohlbefinden	< 26	26 - 28	29 - 30	31 - 32	> 32
Soziales Missbefinden	< 12	12 - 13	14 - 16	17 - 19	> 19
Soziales Wohl und Missbefinden	< 8	8 - 12	13 - 15	16 - 20	> 20
Summenwert Wohlbefinden	< 73	73 - 80	81 - 85	86 - 90	> 90
Summenwert Missbefinden	< 31	31 - 35	36 - 42	43 - 49	> 49
Wellbeing-Gesamtwert	< 20	21 - 34	35 - 45	46 - 56	> 56
Prozentrangbereiche	bis 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	über 80 %

*Tabelle 52: Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für gesunde Frauen { TC
"Referenzwerte für gesunde Frauen" } T \l "I" }* (n=570).

	FAHW-Rohwerte				
Körperliches Wohlbefinden	< 23	23 - 25	26 - 28	29 - 30	> 30
Körperliches Missbefinden	< 9	9 - 10	11 - 13	14 - 16	> 16
Körperliches Wohl und Missbefinden	< 5	5 - 11	12 - 16	17 - 20	> 20
Psychisches Wohlbefinden	< 23	23 - 24	25 - 26	27 - 29	> 29
Psychisches Missbefinden	< 9	9 - 10	11 - 12	13 - 15	> 15
Psychisches Wohl und Missbefinden	< 7	7 - 11	12 - 16	17 - 20	> 20
Soziales Wohlbefinden	< 28	28 - 30	31 - 32	33 - 34	> 34
Soziales Missbefinden	< 10	10 - 12	13 - 14	15 - 17	> 17
Soziales Wohl und Missbefinden	< 11	11 - 15	16 - 19	20 - 23	> 23
Summenwert Wohlbefinden	< 75	75 - 81	82 - 87	88 - 93	> 93
Summenwert Missbefinden	< 30	30 - 34	35 - 41	42 - 49	> 49
Wellbeing-Gesamtwert	< 21	22 - 34	35 - 46	47 - 57	> 57
Prozentrangbereiche	bis 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	über 80 %

8.3.2 Referenzwerte für Rehabilitanden

Tabelle 53: Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für männliche Rehabilitanden
TC "Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für männliche Rehabilitanden"
f T \l "I" } (n=176).

	FAHW-Rohwerte				
Körperliches Wohlbefinden	< 18	18 - 21	22 - 24	25 - 26	> 26
Körperliches Missbefinden	< 12	12 - 15	16 - 18	19 - 21	> 21
Körperliches Wohl und Missbefinden	< -3	-3 - 2	3 - 7	8 - 13	> 13
Psychisches Wohlbefinden	< 14	14 - 23	24 - 24	25 - 27	> 27
Psychisches Missbefinden	< 11	11 - 12	14 - 14	15 - 18	> 18
Psychisches Wohl und Missbefinden	< 0	0 - 7	8 - 10	11 - 15	> 15
Soziales Wohlbefinden	< 27	27 - 28	29 - 30	31 - 33	> 33
Soziales Missbefinden	< 13	13 - 14	15 - 17	18 - 20	> 20
Soziales Wohl und Missbefinden	< 7	7 - 11	12 - 14	15 - 18	> 18
Summenwert Wohlbefinden	< 70	70 - 74	75 - 77	78 - 85	> 85
Summenwert Missbefinden	< 38	38 - 44	45 - 51	52 - 60	> 60
Wellbeing-Gesamtwert	< 9	9 - 19	20 - 30	31 - 40	> 40
Prozentrangbereiche	bis 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	über 80 %

Tabelle 54: Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für Rehatelnehmerinnen
TC "Referenzwerte der Dimensionen des FAHW für Rehatelnehmerinnen"
f T \l "I" } (n=145).

	FAHW-Rohwerte				
Körperliches Wohlbefinden	< 17	17 - 20	21 - 23	24 - 26	> 26
Körperliches Missbefinden	< 12	12 - 14	15 - 17	18 - 21	> 21
Körperliches Wohl und Missbefinden	< -4	-4 - 1	2 - 7	8 - 13	> 13
Psychisches Wohlbefinden	< 19	19 - 21	22 - 24	25 - 26	> 26
Psychisches Missbefinden	< 11	11 - 15	16 - 17	18 - 19	> 19
Psychisches Wohl und Missbefinden	< 0	0 - 4	5 - 9	10 - 15	> 15
Soziales Wohlbefinden	< 26	26 - 28	29 - 31	32 - 33	> 33
Soziales Missbefinden	< 12	12 - 14	15 - 16	17 - 19	> 19
Soziales Wohl und Missbefinden	< 9	9 - 11	12 - 14	15 - 18	> 18
Summenwert Wohlbefinden	< 66	66 - 72	73 - 77	78 - 85	> 85
Summenwert Missbefinden	< 37	37 - 44	45 - 52	53 - 59	> 59
Wellbeing-Gesamtwert	< 6	6 - 17	18 - 26	27 - 43	> 43
Prozentrangbereiche	bis 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	über 80 %

Tabelle 55: Interpretation der Prozentrangbereiche.
TC "Interpretation der Prozentrangbereiche"
f T \l "I" }

Prozentrangbereiche	Bewertung
bis 20	stark unterdurchschnittlich

21 - 40	unterdurchschnittlich
41 - 60	durchschnittlich
61 - 80	überdurchschnittlich
über 80	stark überdurchschnittlich

9 Fragebogenanwendung und Referenzwerte für den FAHW-12

9.1 Copyright

Alle Rechte liegen beim Verfasser. Die Nutzung des Fragebogens ist kostenfrei und wird im Sinne von Open Access zur Verfügung gestellt mit der Bedingung, dass sich die Nutzer an die Lizenzbedingungen (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) halten und dem Testautor, der weiterhin die Rechte hat, eine Rückmeldung über ihre Studienergebnisse geben (siehe <https://www.testarchiv.eu/de/nutzungsbedingungen>).

Bei Publikationen ist die Quelle zu zitieren:

Wydra, G. (2020). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens* (6. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

Internet: <http://www.sportpaedagogik-sb.de/index.php?artikel=fahw>

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra
In der Klaus 22
66606 St. Wendel

E-Mail: georg-wydra@t-online.de

Internet: www.sportpaedagogik-sb.de

9.2 Anwendung

Der FAHW-12 liegt als Papier-Bleistift-Verfahren (siehe Anhang) und als Onlineversionen mit automatischer Auswertung vor.

Papier-Bleistift-Verfahren

Der Fragebogen wird beim Papier-Bleistift-Verfahren von den Probanden nach Instruktion ausgefüllt.

9.2.1 Berechnung des Gesamtwertes

Zur Auswertung werden den fünf Stufen des Fragebogens Zahlenwerte zugeordnet:

- Ja, genau so - 5 Punkte
- So ungefähr - 4 Punkte
- Ich weiß nicht 3 Punkte
- So nicht 2 Punkte
- So bestimmt nicht - 1 Punkt

Es kann ein Gesamtwert berechnet werden. Hierzu werden die Aussagen zu Missbefindungen (Items 3, 4, 5, 9, 10 und 12) von der Summe der Aussagen zum Wohlbefinden (Items 1,2, 6, 7, 8 und 11) subtrahiert.

Rechenbeispiel:

9. ich bin sehr ausgeglichen	5
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	3
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit	-5
20. ich fühle mich verlassen	-2
29. ich habe Alles im Griff	-1
32. meine Stimmung ist gedrückt	5
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	4
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus	3
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	-2
34. ich fühle mich körperlich gesund	-2
21. ich habe dauernd Schmerzen	4
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden	-3
Gesamtwert	9

9.2.2 Vorgehen bei nicht beantworteten Fragen

Für den Fall, dass ein oder mehrere Items nicht beantwortet werden, kann der fehlende Wert durch den mittleren Wert der jeweiligen Versuchsperson ersetzt werden. Es sollte jedoch aufgrund der niedrigen Itemzahl nicht mehr als eine fehlende Antwort toleriert werden.

Beispiel für nicht beantwortete Fragen:

Summenwert der Person bei 11 beantworteten Fragen = 15

Mittlerer Itemwert der Person = $15 / 11 = 1,36$

Ersatzwert bei dem nicht beantworteten Item = 1,4

Onlineversionen mit automatischer Auswertung

Die Onlineversion des FAHW-12 basiert auf Java-Script und setzt voraus, dass Java-Script aktiviert ist. Die Online-Version finden Sie unter:

<https://www.sportpaedagogik-sb.de/fahw12.html>

9.3 Referenzwerte für den FAHW-12⁷

Die hier vorgestellten Referenzwerte im Sinne von Majoritätsnormen nach Israel (1983) basieren auf einer Stichprobengröße 3216 Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts. Es handelte sich um kranke Menschen (Koronarsportler, Rehaeteilnehmer, Tinnituspatienten) und um gesunde Erwachsene (Tennisspieler, Freizeitreiter, Studiobesucher, Volleyballer, Hausfrauen, Studenten). Das Durchschnittsalter der Pbn. ergibt aus Tabelle 49. Vorläufige Referenzwerte für den Gesamtwert sind in Tabelle 39 wiedergegeben.

Tabelle 56: Durchschnittsalter der verschiedenen Referenzstichproben des FAHW-12
TC "Durchschnittsalter der verschiedenen Referenzstichproben des FAHW-12"
f T \l "I" }.

	Rehabilitanden		Gesunde Erwachsene	
	männlich (n = 261)	weiblich (n = 1456)	männlich (n = 636)	Weiblich (n = 854)
M (Jahre)	51,7	39,6	36,2	39,0
SD (Jahre)	9,9	8,1	22,6	23,9

9.3.1 Referenzwerte für Gesunde

Auf der Basis von insgesamt 1490 Datensätzen gesunder Männer (n=636) und Frauen (n=854) wurden Referenzwerte berechnet.

An dieser Stelle werden Referenzwerte auf der Basis von Quintilen für Frauen und Männer mitgeteilt. Für weitergehende Vergleiche siehe insbesondere Tabelle 37.

Tabelle 57: Referenzbereiche des FAHW-12 für Gesunde
TC "Referenzbereiche des FAHW-12 für Gesunde"
f T \l "I" }.

Punktwerte		Prozentrang	Beurteilung
Männer	Frauen		
< 7	< 6	1 - 20	stark unterdurchschnittlich
7 - 1	6 - 10	21 - 40	unterdurchschnittlich
12 - 14	11 - 14	41 - 60	durchschnittlich
15 - 18	15 - 17	61 - 80	überdurchschnittlich
> 18	> 17	81 - 100	stark überdurchschnittlich

⁷ Die hier vorgestellten Referenzwerte basieren auf dem geänderten Fragebogen, bei dem das Item 7 ausgetauscht wurde (siehe Kapitel 6.5).

9.3.2 Referenzwerte für Rehabilitanden

Auf der Basis von insgesamt 1717 Datensätzen männlicher (n=261) und weiblicher Rehabilitanden (n=1456) wurden Referenzwerte berechnet.

An dieser Stelle werden Referenzwerte auf der Basis von Quintilen für Frauen und Männer mitgeteilt. Für weitergehende Vergleiche siehe insbesondere Tabelle 37: Angaben zum Summenwert des FAHW-12 bei den untersuchten Teilstichproben{ TC "Angaben zum Summenwert des FAHW-12 bei den untersuchten Teilstichproben" \f T \l "1" }.).

Tabelle 58: Referenzbereiche des FAHW-12 für Rehatelnehmer{ TC

"Referenzbereiche des FAHW-12 für Rehatelnehmer" \f T \l "1" }.

Punktwerte		Prozentrang	Beurteilung
Männer	Frauen		
< 0	< -6	1 - 20	stark unterdurchschnittlich
0 - 5	-6 - -1	21 - 40	unterdurchschnittlich
6 - 9	0 - 3	41 - 60	durchschnittlich
10 - 12	4 - 8	61 - 80	überdurchschnittlich
> 12	> 8	81 - 100	stark überdurchschnittlich

Literatur

- Abele, A., & Becker, P. (1991). Vorwort. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Abele-Brehm, A., & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit. Die Entwicklung der Befindlichkeitsskalen (BFS). *Diagnostica*, 32, 209 - 228.
- Affemann, R. (1987). *Gesundheitserziehung in der Schule*. Band 3 der Schriftenreihe der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg e. V. Stuttgart.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being. Americans perceptions of life quality*. New York: Plenum.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1988): *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, London: Jossey-Bass.
- Barsky, A. J. (1988). The paradox of health. *The New England Journal of Medicine*, 318(4), 414 - 418.
- Becker, P., & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Band 2). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Band 1). Hogrefe, Göttingen.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 13 - 49). Weinheim: Juventa.
- Becker, P., Bös, K., & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfung mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25 - 48.
- Beckers, E., & Brux, A. (1993). Zur Definition von „Gesundheitssport“. *Sportwissenschaft*, 23, 312 - 314.
- Bongartz, N. (2000). *Wohlbefinden als Gesundheitsparameter*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Bopp, J. (1987). Die Tyrannei des Körpers. *Kursbuch*, 88, 49 - 66.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)* nach Costa und McCrae. Handanweisung (2., neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Breslow, L. (1972). Quantitative approach to the World Health Organization definition of health: Physical, mental and social well-being. *International Journal for Epidemiology*, 1, 347 - 355.
- Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planing the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation level theory: A symposium*. New York: Academic Press.
- Clausen, J. S. R., Marott, J. L., Holtermann, A., Gyntelberg, F., & Jensen, M. T. (2018). Midlife Cardiorespiratory Fitness and the Long-Term Risk of Mortality: 46 Years of Follow-Up. *J Am Coll Cardiol*. 72(9):987 - 995. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.06.045.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668 - 678.
- Dann, H.-D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In: A. Abele, & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 97 - 117). Weinheim: Juventa.

- Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 47(5), 1105 - 1117.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542 - 575.
- Diener, E. et al. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 48(5), 1253 - 1265.
- Eng, J. (n.d.). *ROC analysis: web-based calculator for ROC curves*. Retrieved <23.12.2019>, from <http://www.jrocf.it.org>
- Ernst, H. (1991). Das Phantom Gesundheit. *Psychologie heute*, 18(1), 20 - 26.
- Fairbank, J. C. T., Couper, J., Davies, J. B., & O'Brien, J. P. (1980). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271 - 273.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz.
- Frank, R. (1991). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 71 - 95). Weinheim: Juventa.
- Frank, R. (2003). FAW - Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens. In J. Schumacher, A., Klaiberg, E. Brähler, E- (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 116 - 121). Göttingen: Hogrefe.
- Frank, R. (2011a). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Frank, R. (2011b). Den störungsorientierten Blick erweitern. In R. Frank, *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (S. 3 - 14). Heidelberg: Springer.
- Gaul, C., Mette, E., Schmidt, T., & Grond, S. (2008). Praxistauglichkeit einer deutschen Version des „Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire“. Ein Fragebogen zur Beeinträchtigung durch Rückenschmerzen. *Schmerz*, 22, 51 - 58.
- Glatzer, W., & Zapf, W. (Hrsg.). (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Frankfurt: Campus.
- Goebel, G. (Hrsg.). (2001). *Ohrgeräusche: psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus*. München: Urban und Vogel.
- Gotlib, I. H., & Meyer, J. P. (1986). Factor analysis of the multiple affect adjective checklist: A separation of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1161 - 1165.
- Grauhahn, R.-R. (1981). Gesundheitswesen oder gesundes Leben. *Widersprüche*, 1, 125 - 138.
- Grom, B. (1987). Positiverfahrenen – Ein Forschungsschwerpunkt der Sozial- und der Persönlichkeitspsychologie. In B. Grom, N. Brieskorn & G. Haefner (1987). *Glück. Auf der Suche nach dem guten Leben* (S. 14 - 190). Frankfurt: Ullstein, Frankfurt.
- Harber, M. P., Kaminsky, L. A., Arena, R., Blair, S. N., Franklin, B. A., Myers, J., & Ross, R. (2017). Impact of Cardiorespiratory Fitness on All-Cause and Disease-Specific Mortality: Advances Since 2009. *Prog Cardiovasc Dis.*, 60(1), 11-20. DOI: 10.1016/j.pcad.2017.03.001.
- Houston, J. G. (1988). *The pursuit of happiness*. Glenview: Scott.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit*. Weinheim: Juventa.
- Israel, S. (1983). Körperliche Normbereiche in ihrem Bezug zur Gesundheitsstabilität. *Theorie und Praxis der Körperkultur*, 32, 360 - 363.
- Jacob, W. (1981). Kranksein und Gesundheit. In Jacob, W., & Schipperges, H.(Hrsg.). *Kann man Gesundsein lernen?* (S. 201 - 215.) Stuttgart: Gentner.
- Kaiser, P. (1986). Zur Psychologie und Philosophie von Gesundheit und Glück. In P. Kaiser (Hrsg.), *Glück und Gesundheit durch Psychologie?* (S. 11 - 59). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Kammann, R., Farry, M., & Herbison, P. (1984). The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being. *Social Indicators Research*, 15, 91 - 115.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1 - 39.
- Kickbusch, I. (1982). Vom Umfang mit der Utopie: Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In H.-H. Abholz, D. Borgers, W. Karmaus & J. Korporal (Hrsg.), *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse* (S. 267 - 276). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Kobasa, S. C. (1979a). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness [Electronic Version]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1 - 11.
- Kobasa, S. C. (1979b). Personality and Resistance to Illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413 - 423.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982a). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168 - 177.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Puccetti, M. C. (1982b). Personality and Exercise as Buffers in the Stress-Illness Relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 391 - 404.
- Larsen, R. J., & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1 - 39.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213 - 259). Stuttgart: Huber.
- Letnes, J. M., Dalen, H., Vesterbeekmo, E. K., Wisløff, U., & Nes, B. M. (2018). Peak oxygen uptake and incident coronary heart disease in a healthy population: the HUNT Fitness Study. *European Heart Journal*, 40, 1-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy708
- Marx, P., & Lenhard, W. (2010). Diagnostische Merkmale von Screening-Verfahren zur Früherkennung möglicher Probleme beim Schriftspracherwerb. In M. Hasselhorn, & W. Schneider (Hrsg.), *Frühprognose schulischer Kompetenzen* (S. 68 - 84). Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (1991a). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, P. (1991b). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 51 - 70). Weinheim: Juventa.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (2nd. rev. ed.). New York: Oxford University Press.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Myers, J., Kokkinos, P., Chan, K., Dandekar, E., Yilmaz, B., Nagare, A., Faselis, C., & Soofi, M. (2017). Cardiorespiratory Fitness and Reclassification of Risk for Incidence of Heart Failure The Veterans Exercise Testing Study. *Circ Heart Fail*, 10, e003780. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003780.
- OECD. (2011). *How's Life?: Measuring well-being*. Paris: OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>
- Opaschowski, H. W. (1990). *Herausforderung Freizeit. Perspektiven für die 90er Jahre. Bd. 10 der Schriftenreihe zur Freizeitforschung*. Hamburg: BAT.
- Parsons, T. (1967). Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering & K. Horn, *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (S. 57 - 87). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

- Pohlmeier, H., & Biefang, S. (1977). Kann man Krankheit messen? *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 2, 158 - 165.
- Robert Koch-Institut (2010). Armut und Gesundheit. GBE kompakt, 1/5. URL: www.rki.de/gbe
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38(4), 193 - 200.
- Russel, R. D. (1973). Social health: An attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education*, 16, 74 - 84.
- Scarbath, H. (1990). Schule, Erziehung und Gesundheit - Ideen zu einer ganzheitlichen Bildung der Person. *Forum E. Zeitschrift des Verbandes Bildung und Erziehung*, 42(12), 8 - 14.
- Schipperges, H. (1984). *Die Vernunft des Leibes. Gesundheit und Krankheit im Wandel*. Köln: Styria.
- Schmidt, L. R. (1998). Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6, 161 - 178.
- Schulze, G. (1993). *Die Erlebnisgesellschaft. Eine Kulturosoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Sommer, G., & Fydich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte. F-SOZU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- WHO (1948). *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. Genf: WHO.
- Wittmann, W. (1985). *Evaluationsforschung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Wydra, G. (1993). Bedeutung, Diagnose und Therapie von Gleichgewichtsstörungen. *Mototorik*, 16(3), 100 - 107.
- Wydra, G. (1996). *Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln. Sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports*. Schorndorf: Hofmann.
- Wydra, G., Karisch, G., & Wenzkat, P. B. (1987). Zur Effektivität von Gymnastikprogrammen für den HWS-Bereich. *Zeitschrift für Physikalische Medizin. Baln. Med. Klim*, 16, 262.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer, & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik* (S. 13 - 26). Frankfurt: Campus.
- Zerssen, D. von (1976a). *Die Beschwerdenliste*. Weinheim: Beltz.
- Zerssen, D. von (1976b). *Die Befindlichkeitsskala*. Weinheim: Beltz.

Anwendungsliteratur

- Anlauf, Susanne (1997). *Wohlbefinden als Ziel des Gesundheitssports*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Beißmann, Jörg (1994). *Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität, psychosozialen sportbedingten Ressourcen und Wohlbefinden bei Seniorentennisspielern*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Braun, Hanna (2015). *Untersuchungen zu sportrelevanten Quellen des Wohlbefindens*. Examensarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Caramazza, Luisa (2014). *Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Mobilität, Lebensqualität und Wohlbefinden*. MSc-Arbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Eigner, Frank. (1994). *Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren und Prädiktoren von Gesundheit und Krankheit unter besonderer Berücksichtigung des Salutogenesemodells*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Faber, Dirk (1994). *Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und Wohlbefindensaspekten bei Leistungsvolleyballspielern*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Fries, Selina (2015). *Auswirkungen verschiedener Fitnessprogramme auf die individuelle Befindlichkeit*. Examensarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Herzberg, Nicole (1995). *Untersuchungen zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Wohlbefinden*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Hoffmann, Martin (1994). *Empirische Untersuchungen zu verschiedenen Aspekten des Wohlbefindens unter Berücksichtigung sportspezifischer Fragestellungen*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Jeroutschitsch, K. B. (2009). *Zusammenhang von Supervision und dem Wohlbefinden ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter in Kärnten*. Diplomarbeit. FH Klagenfurt.
- Kwoczek, K. (2013). *Humor als Bewältigungsstrategie für Pflegende: Eine quantitative, komparative Untersuchung von professionell Pflegenden auf Palliativstationen und chirurgischen Stationen*. Masterarbeit -vorgelegt für den Masterstudiengang 'Lehramt an berufsbildenden Schulen' im Teilstudiengang 'Pflegewissenschaft' an der Universität Osnabrück.
- Müller, Erik (1997). *Veränderung von Kontrollüberzeugungen bei Tinnituspatienten im Rahmen einer sport- und bewegungstherapeutisch ausgerichteten Rehamaßnahme*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Richter, Eric (2019). *Gutes Bauchgefühl: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Ernährungsform und dem allgemeinen Wohlbefinden?* Bachelorarbeit, SRH Hochschule für Gesundheit Gera.
- Schäfer, Christina (2015). *Untersuchung zur Aussagekraft einer deutschen Version der Hardiness-Scale*. Examensarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Scheuer, Claude (2003). *Untersuchungen zur motorischen Leistungsfähigkeit luxemburger Schüler*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Schmiedel, J. (1994). *Aspekte des Wohlbefindens bei Kurteilnehmern mit Rückenschmerzen*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Schrader, Alma (1994). *Die Bedeutung des Wohlbefindens im Koronarsport*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Wagner, Rita (2002). *Untersuchungen zur Veränderung der Beschwerdesymptomatik und des Wohlbefindens in der Rehabilitation von Tinnituspatienten*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.

- Woll, Heike (1995). *Determinanten der Gesundheit bei Teilnehmerinnen einer Hausfrau-
engymnastik unter besonderer Berücksichtigung sportbezogener Ressourcen*. Diplomarbeit, SWI, Universität des Saarlandes, Saarbrücken, Saarbrücken.
- Wydra, G. (2003). FAHW. Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 102 - 107). Göttingen: Hogrefe.
- Wydra, G., Scheuer, C., Winchenbach, H. & Schwarz, M. (2005). Sportliche Aktivität, Fitness und Wohlbefinden luxemburger Schülerinnen und Schüler. *sportunterricht*, 54, 111 - 116.

Anhang

- Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW)
- Der Kurzfragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW-12)

FRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN HABITUELLEN WOHLBEFINDEN[©]

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Aspekten des allgemeinen Wohlbefindens. Bitte lesen sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut diese Aussage ihren allgemeinen Zustand beschreibt. Es geht nicht darum, wie Sie sich in diesem Augenblick fühlen. Füllen Sie den Bogen bitte auch dann aus, wenn Sie sich im Allgemeinen nicht völlig wohl fühlen.

Es folgt ein etwas ausführlicherer Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden. Sie können bei jeder Aussage immer zwischen fünf verschiedenen Antworten wählen. Je nachdem, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte an.

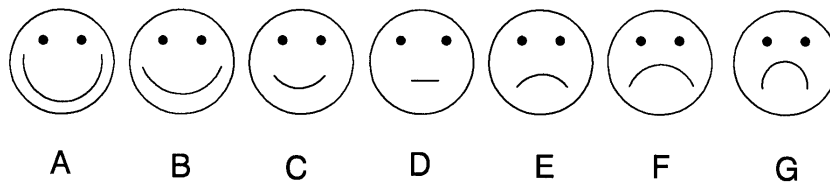
Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
1. ich bin heiter gestimmt					
2. ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl					
3. mein Kreislauf ist stabil					
4. ich würde gerne anderen Menschen helfen					
5. ich habe jede Menge Freunde					
6. ich habe das Gefühl geliebt zu werden					
7. ich bin kein selbstsicherer Mensch					
8. abends bin ich angenehm müde					
9. ich bin sehr ausgeglichen					
10. ich bin körperlich belastbar					

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
11. ich fühle mich schwerfällig					
12. ich habe das Gefühl durchstarten zu können					
13. ich bin durchhaltefähig					
14. es ist schade, dass mich kaum jemand besucht					
15. ich fühle mich unter vielen Menschen am wohlsten					
16. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen					
17. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit					
18. ich habe wenig Erfolg					
19. ich überblicke meine Umgebung					
20. ich fühle mich verlassen					
21. ich habe dauernd Schmerzen					
22. ich bin in dauernder ärztlicher Behandlung					
23. ich fühle mich gestresst und nervös					
24. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden					
25. ich kann mich auf meine Freunde nicht verlassen					
26. anderen Menschen zu helfen, ist für mich keine Frage					
27. ich habe das Gefühl, dass man mich braucht					
28. ich bin nicht glücklich					
29. ich habe Alles im Griff					
30. ich bin körperlich behindert					
31. ich fühle mich erschöpft und müde					
32. meine Stimmung ist gedrückt					
33. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht					
34. ich fühle mich körperlich gesund					
35. ich habe mit mir selbst genug zu tun					

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
36. ich habe niemanden, mit dem ich über Alles reden kann					
37. mein Familienleben ist intakt					
38. ich fühle mich körperlich ausgeglichen					
39. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus					
40. ich bin entbehrlich					
41. ich kann meinen Körperzustand genießen					
42. mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen					

Wie fühlen Sie sich jetzt, in diesem Augenblick? Welches Gesicht könnte am besten verdeutlichen, wie Sie sich jetzt, in diesem Moment fühlen? Bitte kreuzen Sie den Buchstaben unter dem betreffenden Gesicht an.



Angaben zur Person:

Name oder Code-Nummer: _____

Alter: _____ Jahre

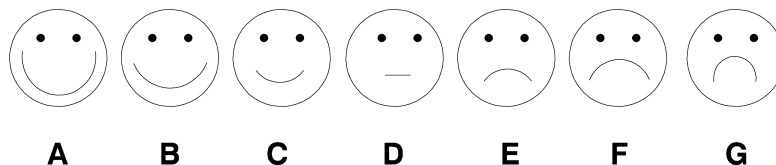
Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

KURZFRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN HABITUELLEN WOHLBEFINDEN[©]

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zum Wohlbefinden. Bitte lesen sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie gut diese Aussage ihren allgemeinen Zustand beschreibt. Es geht nicht darum, wie Sie sich in diesem Augenblick fühlen. Sie können bei jeder Aussage immer zwischen fünf verschiedenen Antworten wählen. Kreuzen Sie bitte an, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft. Beantworten Sie bitte alle Fragen! Wählen Sie in Zweifelsfällen die Antwort, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	Ja, genau so!	So ungefähr!	Ich weiß nicht!	So nicht!	So bestimmt nicht!
1. ich bin sehr ausgeglichen					
2. ich kann ohne Probleme auf andere zugehen					
3. wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit					
4. ich fühle mich verlassen					
5. ich habe dauernd Schmerzen					
6. ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden					
7. ich habe jede Menge Freunde					
8. ich habe Alles im Griff					
9. meine Stimmung ist gedrückt					
10. ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht					
11. ich fühle mich körperlich gesund					
12. ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus					

Welches Gesicht verdeutlicht am besten, wie Sie sich jetzt fühlen?



Angaben zur Person:

Alter: Jahre; Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

[©]Kurzfragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW-12).

Copyright Georg Wydra, Universität des Saarlandes, Saarbrücken.