



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Gesundheit und subjektives Wohlbefinden“

verfasst von / submitted by

Jacqueline Freißlich

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2015 / Vienna, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Psychologie

Betreut von / Supervisor:

MMag. Dr. Ivo Ponocny

Danksagung

Ich möchte mich in erster Linie bei meinen Eltern für jegliche emotionale und finanzielle Unterstützung, die mir mein ganzes Leben lang zu Teil wurde, bedanken.

Ohne ihre Hilfe wäre dies alles nicht möglich gewesen.

Zudem möchte ich meinem Betreuer MMag. Dr. Ivo Ponocny für seine Unterstützung und für die Möglichkeit der Mitarbeit an einer äußerst interessanten Pilotstudie bedanken.

Und zuletzt gilt mein Dank meinem Lebenspartner und meinen Freunden, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und mir mit Rat und Tat zur Seite standen.

INHALTSVERZEICHNIS

I EINLEITUNG	1
II THEORETISCHER HINTERGRUND	
1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	4
1.1 PARADIGMEN, DEFINITIONEN UND MODELLE IM WANDEL DER ZEIT	4
1.2 AKTUELLE DATEN UND STATISTIKEN	8
1.3 THEORIEN ZU STRESS- UND BELASTUNGSERLEBEN	13
1.4 HEALTH LOCUS OF CONTROL	15
1.5 SUBJEKTIVE THEORIEN UND LAIENDEFINITIONEN	17
2. DIE KONZEPTUALISIERUNG VON GLÜCK	20
2.1 HEDONISMUS VS. EUDÄMONISMUS	20
2.2 BEGRIFFSDEFINITIONEN UND KONZEPTE	21
2.3 KORRELATE	24
2.4 PSYCHOLOGISCHE PROZESSE	25
2.5 MESSPROBLEMATIK	26
3. GESUNDHEIT IM KONTEXT VON SUBJEKTIVEM WOHLBEFINDEN	32
3.1 SUBJEKTIVER VS. OBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND	32
3.2 MORBIDITÄT, MORTALITÄT UND SWB	33
3.3 GESUNDHEITSVERHALTEN UND SWB	37
3.4 ADAPTION UND HABITUATION	38
4. METHODOLOGIE QUALITATIVER SOZIALFORSCHUNG	41
4.1 PRINZIPIEN QUALITATIVER SOZIALFORSCHUNG	41
4.2 QUALITATIVE GÜTEKRITERIEN	42
5. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN DER DIPLOMARBEIT	45

III EMPIRISCHER TEIL

6. RAHMENBEDINGUNGEN DER PILOTSTUDIE	49
6.1 THEORETISCHER HINTERGRUND UND METHODISCHE ZIELE DER PILOTSTUDIE	49
6.2 QUALITATIVE UND QUANTITATIVE METHODEN	50
6.3 QUALITATIVE INTERVIEWS	51
6.4 TRANSKRIPTION	52
7. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	53
7.1 AUSWAHL DER STICHPROBE	53
7.2 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER STICHPROBE	54
8. DER QUALITATIVE AUSWERTUNGSPROZESS.....	60
8.1 QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING	60
8.2 DAS KATEGORIENSYSTEM.....	64
9. PERSÖNLICHE GESUNDHEIT.....	68
9.1 EXKURS: QUANTITATIVE ERFASSUNG DES SUBJEKTIVEN GESUNDHEITSZUSTANDS	68
9.2 SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND	71
9.3 GESUNDHEITSPROBLEME UND ERKRANKUNGEN	82
9.4 COPING	88
9.5 ANALYSE DER SPEZIALTHEMEN UND -FÄLLE DER QUALITATIVEN AUSWERTUNG	93
10. KRANKHEITEN IM SOZIALEN UMFELD.....	98
10.1 SUBJEKTIVES BELASTUNGSNIVEAU DURCH KRANKHEITEN/GESUNDHEITSPROBLEME DRITTER	98
10.2 ZUSAMMENFASSUNG DER AUSWERTUNG UND INTERPRETATION	102
11. QUANTITATIVE ANALYSEN	104
11.1 GLÜCK UND ZUFRIEDENHEIT.....	104
11.1 GESUNDHEIT, GLÜCK UND ZUFRIEDENHEIT	105
11.2 SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND UND SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE	108
12. GESUNDHEITSTHEMATISIERUNG IN DEN INTERVIEWS	115
12.1 GESUNDHEIT UND ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN	116
12.2 GESUNDHEIT, GLÜCK UND ZUFRIEDENHEIT	118

12.3	GESUNDHEIT ALS SINN DES LEBENS	119
12.4	ÄNDERUNG DES GESUNDHEITLICHEN STELLENWERTS.....	120
12.5	GESUNDHEIT IM VERGLEICH MIT FINANZIELLEN ASPEKTEN.....	121
13.	DISKUSSION.....	123
13.1	QUALITATIVE ERFASSUNG DES GESUNDHEITZUSTANDS	123
13.2	GESUNDHEIT UND SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE	127
13.3	GESUNDHEIT UND SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN	129
14.	KRITIK UND AUSBLICK	135
15.	ZUSAMMENFASSUNG	136
16.	ABSTRACT.....	137
17.	LITERATURVERZEICHNIS.....	138
18.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	144
19.	TABELLENVERZEICHNIS.....	145
IV ANHANG		
19.1	DEMOGRAPHISCHES DATENBLATT.....	147
19.2	INTERVIEWLEITFADEN	148
19.3	ÜBERSICHT DER VERWENDETEN ANONYMISIERTEN TRANSKRIPTE AUS DER PILOTSTUDIE	150
19.4	CURRICULUM VITAE	151

*„Besonders überwiegt die Gesundheit alle äußern Güter so sehr,
daß wahrlich ein gesunder Bettler glücklicher ist,
als ein kranker König.“*

Arthur Schopenhauer (1788-1860)
„Aphorismen der Lebensweisheit“

I EINLEITUNG

Der Stellenwert der Erforschung des subjektiven Wohlbefindens und dessen Wirkung auf unterschiedliche Lebensbereiche der Menschen hat sich in den letzten Jahren stark erhöht. Nicht nur für psychologische, sondern auch für ökonomische und politische Entscheidungsträger ist dies interessant, da durch die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens rein ökonomische Indikatoren, wie etwa das BIP (Bruttoinlandsprodukt) oder das BSP (Bruttosozialprodukt) um eine weitere Dimension erweitert werden könnten.

Meine Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Rolle der Gesundheit für das subjektive Wohlbefinden und wie dies durch einen qualitativen Forschungsansatz erfasst werden kann bzw. welche Messproblematik dabei erkennbar wird. Diese Diplomarbeit wurde im Rahmen einer von der österreichischen Nationalbank unterstützten Pilotstudie mit dem Titel *„Living conditions, quality of life and subjective well-being in regions: A methodological pilot study with explorative interviewing and quantitative measurement“* unter der professionellen Leitung von MMag. Dr. Ivo Ponocny erstellt. Eine Übersicht mit den wichtigsten Informationen zur Pilotstudie mit Verweis auf den Projektbericht wird in *Kapitel 7 „Rahmenbedingungen der Pilotstudie“* gegeben.

Zunächst wird in den folgenden Kapiteln der aktuelle Forschungsstand hinsichtlich der Themengebiete Gesundheit, die Konzeptualisierung von Glück und dem subjektiven Wohlbefinden sowie der Verbindung dieser beiden Konzepte zueinander theoretisch vorgestellt. Anschließend wird auf die Methodologie qualitativer Sozialforschung eingegangen sowie die Zielsetzung und die Fragestellungen dieser Diplomarbeit erläutert. Der daran anschließende empirische Teil setzt sich aus der Vorstellung der Pilotstudie, der Auswahl und der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe, der qualitativen und quantitativen Auswertung und der abschließenden Diskussion der Ergebnisse bzw. der Beantwortung der Fragestellungen zusammen.

II

THEORETISCHER HINTERGRUND

1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Zum Begriff „Gesundheit“ findet sich – ähnlich wie zum subjektiven Wohlbefinden – eine Reihe unterschiedlicher Definitionen und Modelle, die sich im Laufe der Zeit stark verändert haben. Diese werden zu Beginn dieses Kapitels in einem zeitlichen Abriss näher erläutert um ein grundlegendes Verständnis für diese Diplomarbeit zu schaffen. Anschließend werden aktuelle Zahlen und Statistiken zur derzeitigen Gesundheitssituation in Österreich und im Vergleich zur EU angeführt um einen Überblick über die aktuelle Sachlage zu gewinnen.

In Kapitel 2.3 werden anschließend die bekanntesten Ansätze zum Stresserleben angeführt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit aufgezeigt. Im vorletzten Unterkapitel erfolgt eine Erklärung des „Health Locus of Control“ unter Einbeziehung von aktuellen Studienergebnissen. Zum Schluss dieses Kapitels befasse ich mich schließlich mit der Frage, welche subjektiven Gesundheitstheorien von Laien entwickelt werden und wodurch diese gekennzeichnet sind.

1.1 Paradigmen, Definitionen und Modelle im Wandel der Zeit

Lange Zeit wurde Gesundheit lediglich als Antonym zu Krankheit gesehen, ein Gegensatzpaar, das einander ausschloss. Gesundheit wurde beschrieben als „Freiheit von Defekt, Schmerz oder Krankheit“ (Webster’s Dictionary, 1985, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011). Definitionen und Modelle aus dieser rein pathogenetischen biomedizinischen Sichtweise zeigten sich dominant. Die Aufmerksamkeit lag lange Zeit auf der Krankheit selbst und auf Faktoren, die diese beeinflussten oder hervorriefen (Franke, 2006).

Das biomedizinische Paradigma von Gesundheit und Krankheit bestand daraus, dass der Mensch als biologischer Organismus gesehen wurde, auf den chemische, physikalische und biologische Noxen einwirkten. Wenn es aufgrund dessen zu einer Störung kam, wurde eine akute oder chronische Krankheit diagnostiziert, die entweder zu einer Defektheilung, zum Tod oder zur Wiederherstellung der Gesundheit führte (Wittchen & Hoyer, 2011). Diesem pathogenetischen Modell fehlten jegliche subjektive Komponenten und jegliche Einbettung in einen sozialen Kontext. Dies wird aber verständlich, wenn der zeitliche Rahmen beachtet wird, in welchem dieses Modell

entworfen wurde. Ende des 19. Jahrhunderts überwog in der Medizin die Behandlung von Infektionskrankheiten, die es zu bekämpfen galt und welche kausal durch Viren und Bakterien hervorgerufen wurden. Infektionskrankheiten ließen sich dementsprechend durch dieses Modell sehr gut beschreiben (Franke, 2006).

Besonders beachtenswert war auch das – die pathogenetische Richtung vertretende – Risikofaktorenmodell aus den 60er Jahren. Dieses Modell stellte Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und der Auftrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten her. Hierbei wurde bereits zwischen primären und sekundären Risikofaktoren unterschieden. Je mehr Faktoren laut Modell vorlagen, desto wahrscheinlicher war das Auftreten einer bestimmten Erkrankung. Ziel war es die Risikofaktoren zu identifizieren und infolge dessen zu vermeiden. Tatsächlich reicht laut heutigem Wissenstand das Vorliegen von Risikofaktoren alleine nicht aus um den Ausbruch einer Krankheit korrekt zu prognostizieren. Risikofaktoren steigern lediglich die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, es kann jedoch auch zu einem Krankheitsausbruch kommen ohne dass überhaupt Risikofaktoren vorliegen bzw. vorlagen. Kritisiert wurde außerdem, dass zum überwiegenden Teil nur verhaltensabhängige Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung oder Bewegung erhoben, jedoch keine personeninhärenten Faktoren berücksichtigt wurden (Franke, 2006).

Eine bis zum heutigen Zeitpunkt am meisten zitierte und nach wie vor einer aktuellen Sichtweise entsprechenden Gesundheitsdefinition stammt von der Weltgesundheitsorganisation (1948):

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“

World Health Organization, Constitution, 1948, S.1

Im Gegensatz zu früheren Begriffsdefinitionen wurde hier ein weitreichenderes Konzept von Gesundheit sichtbar gemacht, welches als „umfassendes Wohlbefinden“ definiert wurde und somit war die alleinige Abwesenheit von Krankheit nicht mehr ausschlaggebend um als gesund zu gelten. Die subjektive Komponente des Wohlbefindens wurde erstmalig hervorgehoben. Kritik an dieser Definition zeigte sich insofern, dass Gesundheit als Idealzustand bezeichnet wurde und dieser nur schwer zu erreichen sei (nur durch „völliges psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden“). Saracci (1997) kritisierte zudem die offensichtliche Konfundierung von Gesundheit und Glück in dieser Definition und grenzte beide Begriffe als eigenständige Erfahrungen voneinander ab.

Schließlich begründete George L. Engel (1977) ein zur biomedizinischen Sichtweise konträres bzw. weiterführendes Konzept: das biopsychosoziale Modell. Dieses besitzt eine umfassende Sichtweise des Menschen in seinen sämtlichen Facetten: neben den bekannten biologischen Dispositionen (z.B. Viren, Bakterien, Gene) werden auch erstmals psychologische Faktoren als auch soziale und kulturelle Komponenten berücksichtigt und in die Ätiologie und Pathogenese eingebunden (Engel, 1977).

Einen entscheidenden Fortschritt hinsichtlich der Auffassung von Gesundheit und Krankheit leistete infolge dessen auch der amerikanisch-israelische Mediensoziologe Antonovsky (1997) mit seinem multidimensionalen Modell der Salutogenese, welches dazu beitrug das bis dahin rein pathogenetische Paradigma in den Hintergrund zu drängen. Ein besonderes Merkmal dieses Modells besteht darin, dass Krankheit und Gesundheit nicht mehr als dichotome Gegensätze zueinander gesehen wurden, sondern als ein fließendes, ineinander übergehendes Kontinuum dargestellt wurden, auf dem sich jeder Mensch frei bewegen konnte. Antonovsky (1997) beschäftigte sich mit der Frage, warum manche Menschen trotz widrigen Bedingungen gesund blieben, währenddessen andere mit der gleichen Ressourcenausstattung unter den gleichen Umständen krank wurden. Dies führte er auf den so genannten SOC („Sense Of Coherence“) zurück: eine individuelle Grundhaltung, welche auf den drei Säulen *Meaningfulness* (gefühlte Bedeutsamkeit des eigenen Lebens), *Comprehensibility* (kognitive Fähigkeit Informationen aus der Umwelt konsistent und strukturiert zu verarbeiten) und *Manageability* (erlebte Bewältigbarkeit des eigenen Lebens) beruhte (Antonovsky, 1997).

Ein ähnlicher Entwicklungstrend zeigte sich auch mit der Einigung auf die Ottawa-Charta der WHO, welche 1986 veröffentlicht wurde und den Übergang von einer krankheitsvermeidenden zu einer gesundheitsfördernden Sicht betonte und für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eintrat (WHO, 1986). In dem gleichen Zeitraum entwickelte sich in der Psychologie eine neue wissenschaftliche Disziplin – die Gesundheitspsychologie – die sich u.a. mit der Erforschung von Gesundheitsverhalten, der Förderung und Erhaltung von Gesundheit, der Bestimmung und Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren und der Prävention von Krankheiten beschäftigte. Die „European Health Psychology Society“ wurde 1986 gegründet, 1992 entstand im deutschsprachigen Bereich die „Fachgruppe für Gesundheitspsychologie“ durch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie. Die Begründung der Gesundheitspsychologie zeigte sich zudem aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen als notwendig, da bis heute Erkrankungen, die als typische „Zivilisationskrankheiten“ bezeichnet werden und stark vom Lebensstil beeinflusst werden, in den Industrieländern kontinuierlich zunehmen (Schwarzer, 2004). Im Gegensatz zur früheren Fokussierung auf Risikofaktoren wurde mit der Zeit zunehmend die Aufmerksamkeit auf multifaktorielle Ursachen und Protektivfaktoren gelegt.

2012 wurde als jüngste Entwicklung unter der Leitlinie „Gesundheit für alle“ von den 53 europäischen Mitgliedsstaaten der WHO die Initiative „Gesundheit 2020“ verabschiedet, welche als „ein europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden“ bezeichnet wurde (WHO, 2012). Im weiterführenden Sinne werden von der WHO Gesundheit und Wohlbefinden als miteinander eng verknüpfte Begriffe verwendet und als gemeinsames Ziel betrachtet. Dies deckt sich nach wie vor mit ihrer Definition des Gesundheitsbegriffes aus dem Jahre 1948.

Bis heute wurde dennoch keine Einigung auf eine allgemein verbindliche Definition und Sichtweise dieser beiden Konstrukte erzielt. Das pathogenetische Paradigma ist nach wie vor in der westlichen Medizinwissenschaft dominant, während derzeit im Fachbereich der Psychologie das biopsychosoziale Modell unter einem salutogenetischen Paradigma präferiert wird (Franke, 2006).

Zusammenfassend lässt sich erklären, dass vom Ende des 19. bis ins 20. Jahrhundert ein stark pathogenetisches Paradigma vorherrschte, welches erst gegen Ende des 20.

Jahrhunderts durch eine salutogenetische und ganzheitliche Sichtweise zumindest teilweise in einigen Fachrichtungen abgelöst wurde. Für das Verständnis der Diplomarbeit ist es relevant, dass Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze zueinander gesehen werden, sondern als ein kontinuierlicher Prozess, der von einer Reihe von internen und externen Bedingungen beeinflusst wird. Es stellt sich aus salutogenetischer Perspektive nicht mehr lediglich die Frage „Was macht krank?“ sondern auch „Was hält gesund?“. Der Begriff Gesundheit wird nicht mehr durch die reine Abwesenheit von Krankheit, Beschwerden und Störungen definiert sondern durchaus positiv und eng mit dem subjektiven Wohlbefinden verknüpft. Im Rahmen der Diplomarbeit stellen beide jedoch nicht dasselbe Konstrukt dar, die Definition des subjektiven Wohlbefindens erfolgt im 3. Kapitel. Als nächstes soll nun die aktuelle Gesundheitssituation in Österreich näher erläutert und anhand von statistischen Daten aufgezeigt werden.

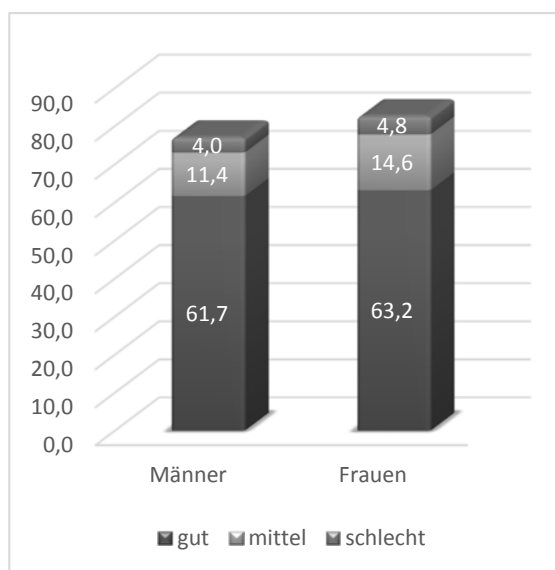
1.2 Aktuelle Daten und Statistiken

Wie im vorigen Kapitel bereits angesprochen wurde, gab es in den letzten beiden Jahrhunderten große gesellschaftliche Veränderungen, die sich auf die Betrachtungsweise und Ätiologie von Krankheiten und Störungen auswirkten. Aus diesem Grund beschäftigt sich dieses Kapitel mit aktuellen Zahlen zu erhobenen Gesundheitsindikatoren in Österreich.

Von März 2006 bis Februar 2007 führte die Statistik Austria im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur und des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend eine umfangreiche repräsentative Gesundheitsbefragung durch, in der neben demographischen Daten auch unterschiedliche Variablen des Gesundheitszustandes (inkl. Krankheiten, Einschränkungen und Stimmungslage), möglichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (protektive und Risikofaktoren) und der Inanspruchnahme und Zufriedenheit der medizinischen Versorgung in Österreich erhoben wurden. Dies geschah mittels AT-HIS („Austrian Health Interview Survey“) und des WHOQOL („World Health Organization - Quality of Life“).

1.2.1 Lebenserwartung in Österreich

Während in Entwicklungsländern die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung und die damit korrelierende Kindersterblichkeitsrate als Wohlstands- und Gesundheitsindikatoren ausreichen, genügen diese zwei Faktoren in den Industrieländern nicht mehr um den Wohlstand realitätsnah wiederzugeben. Vielmehr wird der Indikator der Lebenserwartung durch die „Anzahl der gesunden Lebensjahre“ ergänzt: es spielt demzufolge nicht nur eine ausschlaggebende Rolle ein langes Leben, sondern im Besonderen auch ein gesundes Leben zu führen (Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007).



Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt liegt für österreichische Männer bei 71,1 Jahren und für Frauen bei 82,6 Jahren. Zusätzlich wurde die Lebenserwartung in guter, mittlerer und schlechter Gesundheit laut subjektivem Gesundheitszustand, Prävalenzrate chronischer Krankheiten und funktionaler Beeinträchtigungen berechnet (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Lebenserwartung in guter/mittlerer/schlechter Gesundheit. Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007

Ähnlich verhält es sich auch mit dem subjektiven Gesundheitszustand.

Insgesamt gaben 75,6% der Befragten an, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut oder gut sei (77,8% der Männer; 73,4% der Frauen). 18,5% ordneten ihn als „mittelmäßig“ ein (16,8% der Männer; 20,2% der Frauen) und 6% kategorisierten ihn als schlecht oder sehr schlecht (5,5% der Männer; 6,4% der Frauen). Am häufigsten wird ein sehr guter Gesundheitszustand von Personen im Alter von 15 bis 30 angegeben, 60-jährige und Ältere geben aber immerhin noch zu 39,9% einen guten und zu 35,6% einen mittleren subjektiven Gesundheitszustand an.

Diese Ergebnisse ähneln den EU-weit erhobenen Statistiken der EU-SILC („European Union Statistics on Income and Living Conditions“). Die EU-SILC wird in Österreich seit 2003 durchgeführt und besitzt neben der Erfassung der Lebensbedingungen und des

Einkommens aller EU-Staaten auch die Aufgabe die soziale Armut und soziale Eingliederung zu überwachen. Ein Vergleich zwischen den erfassten Statistiken des EU-SILC und jenen der Statistik Austria ergibt ein ähnliches Bild. Bei den Daten des EU-SILC zeigte sich aufgrund der differenzierteren Aufzeichnungen ein zusätzlicher Unterschied bezüglich des Bildungsstands der befragten Personen: nur 55% mit einem Pflichtschulabschluss, aber 88% der Akademiker gaben einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand an. Hervorzuheben ist auch, dass Menschen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgingen, einen sehr viel schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand angaben.

1.2.2 Todesursachen

In Abb. 2 wird eine Übersicht der häufigsten Todesursachen in Österreich gezeigt, woraus ebenfalls eine Dominanz der typischen Zivilisationskrankheiten und ihren Folgen erkennbar ist. An erster Stelle befindet sich wie in den meisten europäischen Staaten Herz- und Kreislauferkrankungen, gefolgt von bösartigen Neubildungen:

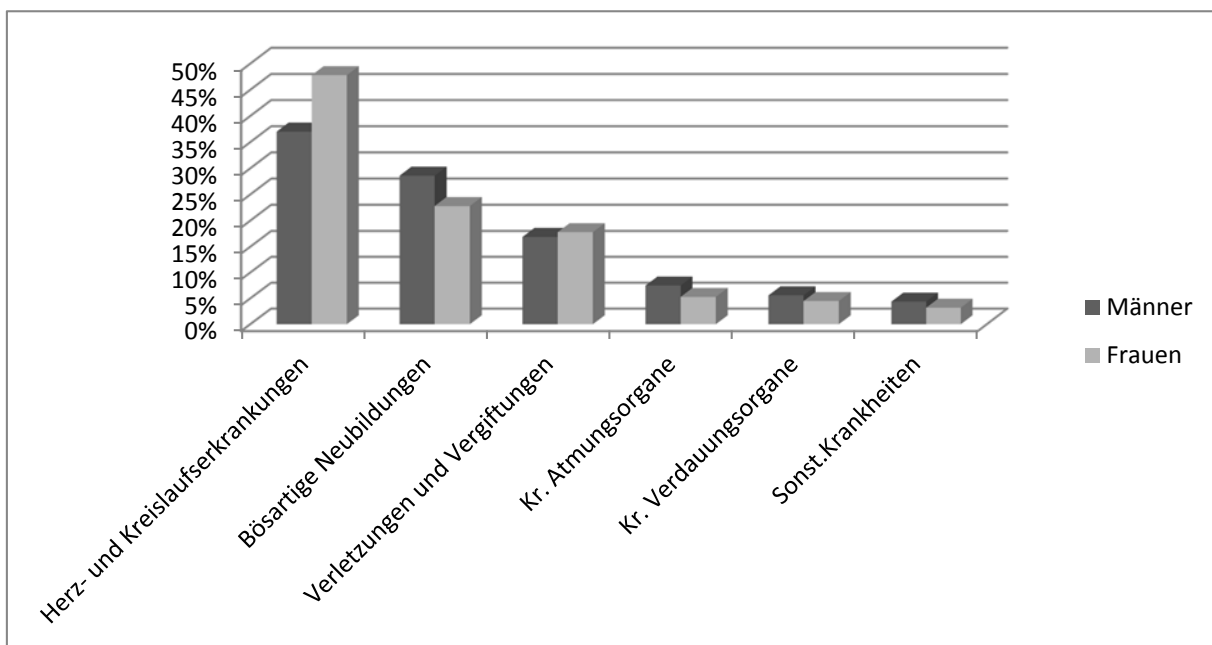


Abbildung 2: Häufigste Todesursachen nach Geschlecht. Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007

1.2.3 Krankheiten, Beeinträchtigungen und Risikofaktoren

37,1% der Männer und Frauen in Österreich gaben an, dass sie unter einer chronischen Krankheit leiden bzw. chronische gesundheitliche Probleme haben. Die häufigsten im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 erfassten chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden in der folgenden Grafik angeführt:

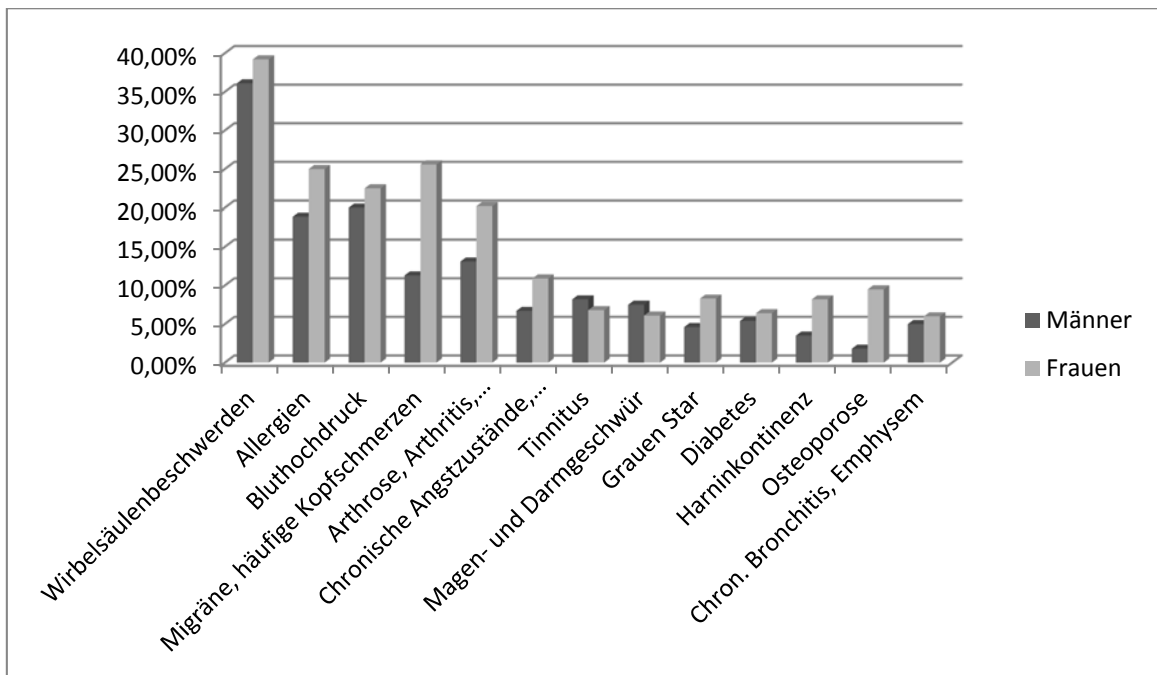


Abbildung 3: Häufige chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme nach Geschlecht. Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007

Die größten Gesundheitsrisikofaktoren stellen der Tabak- und Alkoholkonsum dar. Auch das Fehlen regelmäßiger körperlicher Betätigung und Übergewicht durch Über- bzw. Fehlernährung erhöhen das Risiko zu erkranken beträchtlich.

27,3% der Männer und 19,4% der Frauen gaben an, dass sie aktuell RaucherInnen sind, wobei der Beginn meistens im Jugend- und frühen Erwachsenenalter (zwischen 16 und 25,5 Jahren) liegt und durchschnittlich 16,7 Zigaretten am Tag konsumiert werden.

74% der Männer und 54,5% der Frauen gaben an, dass sie öfters als vier Mal Alkohol in den letzten 12 Monaten getrunken hätten und gaben des Weiteren an, dass sie Alkohol an durchschnittlich 10,2 Tagen (bei Männern) und an 6,3 Tagen (bei Frauen) in den letzten vier Wochen konsumiert hätten. Bei 6,8% der Männer und 1,6% der Frauen wurde aufgrund ihres Antwortverhaltens ein problematischer Alkoholkonsum klassifiziert.

60,3% der Männer und 48,7% der Frauen gaben an, dass sie zumindest einmal pro Woche in ihrer Freizeit durch körperliche Betätigung ins Schwitzen geraten würden. Insgesamt sagten aber nur 18,7% der Befragten, dass sie mehr als 4 Wochenstunden im letzten Jahr in Jogging, Entspannungsmethoden oder Gartenarbeit investiert hätten und nur 8% teilten mit, dass sie Leistungssport oder intensives Training betreiben würden.

Letztendlich erfolgt ein Überblick zum BMI der ÖsterreicherInnen:

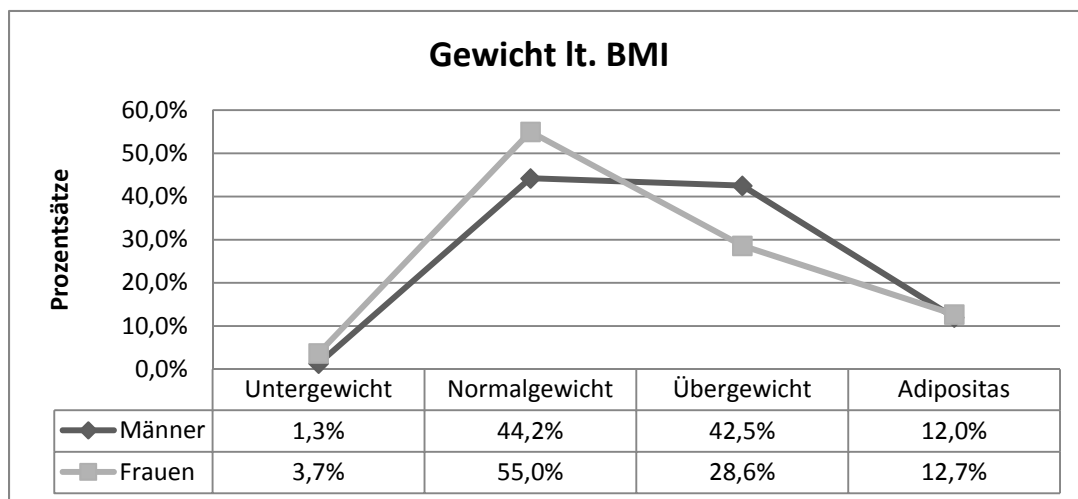


Abbildung 4: Gewicht laut BMI der Österreicher nach Geschlecht.

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/2007

Im Vergleich mit den EU-Mitgliedsstaaten liegt Österreich beim Nikotinkonsum über dem EU-Durchschnitt. Besonders auffällig ist dieser Unterschied bei der weiblichen Bevölkerung: die Prävalenz bei österreichischen Frauen beträgt 45%, der Durchschnitt liegt hingegen in der EU bei nur 22%. Bei den Kennzahlen für Blutzucker, Bluthochdruck und Übergewicht liegen ÖsterreicherInnen aber unter dem EU-Durchschnitt. Insgesamt zeigte sich eine starke Abnahme der Mortalitätsrate von Kindern unter fünf Jahren in den letzten 20 Jahren, währenddessen die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den letzten 15 Jahren zugenommen haben (Global Health Observatory, World Health Organization, 2013). Der relative Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich stellen im Jahr 2012 11,1% des BIP dar (Statistik Austria, 2014).

Nachdem nun ein Überblick über die gesundheitliche Situation in Österreich geschaffen wurde, widmet sich das nächste Unterkapitel dem theoretischen Wissensstand zu Stress- und Belastungserleben.

1.3 Theorien zu Stress- und Belastungserleben

Stress stellt einen signifikanten Risikofaktor für die menschliche Gesundheit dar. Nach Schwarzer (2004) kann Stress entweder als ein schädigender Umweltreiz, als eine Belastungsreaktion des Organismus auf Anforderungen oder als ein transaktionaler Prozess zwischen Person und Umwelt gesehen werden.

Nach Franke (2006) kann Stress als Auslöser definiert werden. Diese Reize werden als Stressoren bezeichnet, die auf das Individuum einwirken. Diese Konzeptualisierung von Stress findet insbesondere in der Life-Event-Forschung ihre Anwendung. Stressoren können unterschiedlich kategorisiert werden, in Bezug auf Gesundheit wird oftmals zwischen akuten und chronischen Stressoren differenziert (Franke, 2006).

Die zweite Theorie stammt von Hans Selye, der als der Begründer der Stressforschung gilt (Franke, 2006). Selye konzeptionierte seine Theorie zum allgemeinen Adaptionssyndrom (AAS). Diese sieht Stress als eine Reaktion auf eine Belastung an, wodurch drei Phasen ausgelöst werden. Zuerst erfolgt eine Alarmphase, in der es zu erhöhter Aufmerksamkeit kommt. In der nächsten Phase, die als Widerstands- oder Resistenzphase bezeichnet wird, werden alle Ressourcen aktiviert um den Stress zu bewältigen. Hält der Stress jedoch an oder kann nicht erfolgreich bewältigt werden, kommt es zur Erschöpfungsphase (Selye, 1950).

Eine alternative Betrachtungsweise von Stress genießt heutzutage eine weite Verbreitung: Stress als prozedurales Geschehen (Schwarzer, 2004). Lazarus stellte 1984 mit seiner Transaktionalen Stresstheorie ein Modell auf, in welchem er annahm, dass Stressoren unterschiedlich auf Individuen einwirken und nicht bei jedem Individuum das gleiche Stressniveau auslösen. Dieses hängt nämlich von kognitiven Prozessen ab, die zwischengeschaltet sind (Lazarus & Folkman, 1984).

Sie unterscheiden zwischen Primary Appraisal, bei der der Reiz durch individuelle Bewertungs- und Einschätzungsprozesse zu Beginn entweder als Herausforderung, Bedrohung oder als Schaden/Verlust kognitiv kategorisiert wird. Die subjektive Sichtweise und Interpretation objektiver Reizmerkmale spielt demnach bei diesem Modell eine zentrale Rolle. Bei einer Herausforderung werden positive Konsequenzen antizipiert, bei antizipierten negativen Konsequenzen wird eine Bedrohung kategorisiert und als Schaden/Verlust gelten negative Reize, die bereits der Vergangenheit zugerechnet

und somit abgeschrieben werden müssen. Zeitgleich oder in zeitlicher Abfolge kommt es zum Secondary Appraisal, bei welchem ein Abgleich zwischen erforderlichen und zur Verfügung stehenden Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten erfolgt. Beide Bewertungsprozesse gemeinsam bilden die Ausprägung der Stressreaktion sowie die Stärke der emotionalen Reaktion. Dieser Stressreaktion wird versucht durch den Einsatz von Copingstrategien oder durch das Aufsuchen von Unterstützung durch andere Personen zu begegnen. Letztendlich erfolgt durch diese adaptiven Prozesse zwischen Person und Umwelt sowie durch einen Informationsgewinn ein Re-Appraisal, also eine Wieder- bzw. Neubewertung der Situation (Lazarus & Folkman, 1984).

Schneiderman, Ironson und Siegel (2005) zeigten, dass chronischer Stress im Zusammenhang mit koronaren Herzerkrankungen, Arteriosklerose, hohem Blutdruck, einer erhöhten Anfälligkeit für Erkältungen, Entzündungsprozessen, der Beeinträchtigung des Immunsystems und auch psychischen Störungen wie Depression, Angststörungen und PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) steht. Akute Stressreaktionen können auf den Organismus förderlich wirken, indem das Immunsystem aktiviert und die Energie reserviert wird. Das Ausmaß der Reaktion auf Stressoren ist jedoch individuell u.a. von der Vulnerabilität, soziodemographischen Variablen wie beispielsweise dem Alter, persönlichen Schutzfaktoren, der Qualität sozialer Unterstützung und der Verwendung von adaptiven Coping-Strategien abhängig (Schneiderman et al., 2005).

Gesunde, optimistische Personen sind eher in der Lage selbst chronische Stressoren als Herausforderung zu sehen und daran zu wachsen, indem sie adaptive Strategien verwenden. Personen mit einer erhöhten Vulnerabilität, die über keine guten psychosozialen Ressourcen oder ein erfolgreiches Bewältigungsrepertoire verfügen, können durch Stressoren jedoch erkranken. Bei Personen mit Immunerkrankungen, in denen Entzündungsprozesse eine zentrale Rolle spielen, kann es aufgrund von Stressoren sogar zu erneuten Krankheitsschüben kommen (Schneiderman et al., 2005).

Lazarus & Folkman (1984) differenzierten zwischen emotions- und problembasierten Coping. Dem emotionsbasierten Coping rechneten sie alle Strategien zu, die dafür genutzt wurden den Stresslevel bzw. das negative Gefühl zu reduzieren. Bei problembasierten Copingprozessen wurde im Unterschied dazu konkret an einer Problemlösung angesetzt, um dieses zu beseitigen.

Im psychometrischen Verfahren „Stress und Coping-Inventar (SCI, Satow, 2012) werden als adaptive Strategien die Skalen „Positives Denken“ („Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre positiven Seiten haben“), „Aktive Stressbewältigung“ („Ich tue alles damit Stress gar nicht erst entsteht“), „Soziale Unterstützung“ („Wenn ich unter Druck gerate, habe ich Menschen, die mir helfen“), „Halt im Glauben“ („Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben“) und als maladaptive Strategie die Skala „Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ („Wenn mir alles zu viel wird, greife ich manchmal zur Flasche“) verwendet. Ein ähnliches, sehr bekanntes und umfangreiches Verfahren zur Erfassung von Stressverarbeitungsstrategien stellt der SVF-120 dar, der 20 unterschiedliche Stressverarbeitungsweisen erfasst.

Trotz zahlreichen unterschiedlichen Konzeptualisierungsversuchen von Coping-Strategien herrscht unter den Forschern nach wie vor keine Einigung auf ein einheitliches Konzept oder eine zugrunde liegende Theorie (Wagner, 2004).

Ein weiteres relevantes Konstrukt für die Wahrnehmung und Verarbeitung von stressauslösenden Ereignissen spielen neben den Coping-Strategien auch die individuellen Kontrollüberzeugungen einer Person, die nachfolgend beschrieben werden.

1.4 Health Locus of Control

Rotter beschrieb 1966 seine soziale Lerntheorie und führte im Rahmen dessen das Konzept der Kontrollüberzeugungen („locus of control“) ein. Kontrollüberzeugungen werden hierbei als die subjektive Überzeugung einer Person bezeichnet, dass Konsequenzen internalen Verhaltensvariablen oder externalen Umständen wie dem Schicksal, von Gott gewollt oder dem Zufall zugeschrieben werden. Somit werden diese je nach Fall als mehr oder weniger kontrollierbar wahrgenommen. Werden Handlungen als internal zugeschrieben, führt dies zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit (Herkner, 2001; Wagner, 2004).

Relevant für die Gesundheitsthematik ist der „health locus of control“, also die gesundheitliche Kontrollüberzeugung. Ein eigens dafür entwickeltes Verfahren mit dem Namen KKG („Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“) stammt von Lohaus und Schmitt (1989) und umfasst drei unterschiedliche Skalen:

- 1.) Internalität
- 2.) Soziale Externalität („powerful others“)
- 3.) Fatalistische Externalität („chance“)

Internalität stellt wie zuvor bereits beschrieben die gesundheitliche Kontrollüberzeugung dar, dass Gesundheit und Krankheit durch interne Faktoren – also durch die Person selbst – kontrollierbar sind. Soziale Externalität beschreibt eine externe Kontrollierbarkeit durch andere Personen wie Ärzte oder Pflegepersonal und steht im Zusammenhang mit Compliance bei PatientInnen (Wagner, 2004). Bei der fatalistischen Externalität fehlt es der Person hingegen an jeglicher Überzeugung, dass die Gesundheit/Krankheit kontrollierbar ist, sie wird vom Schicksal oder Zufall bestimmt (Lohaus & Schmitt, 1989).

Gemäß Wagner (2004) wirkt sich eine fatalistische Kontrollüberzeugung negativ auf eine bestehende Krankheit aus, während sozial-externale und interne Kontrollüberzeugungen positiv in Zusammenhang mit förderlichen Bewältigungsstrategien, Compliance und präventivem Handeln gebracht werden. Nach Wagner stehen fatalistische Kontrollüberzeugungen auch im Zusammenhang mit depressiven, resignativen Gefühlen. Die Studienergebnisse zum Health locus of control sind jedoch nach wie vor inkonsistent:

In einer Untersuchung von Musik-StudentInnen zeigten Spahn, Burger, Hildebrandt, und Seidenglanz (2005), dass positives Gesundheitsverhalten durch eine hohe Ausprägung von sozialer Externalität und bei einer niedrigen Ausprägung von fatalistischer Externalität wahrscheinlicher auftrat. Zwischen Internalität und Gesundheitsverhalten konnten sie jedoch keine signifikante Korrelation ausfindig machen.

Grotz, Hapke, Lampert und Baumeister (2011) führten eine nationalweite, repräsentative Untersuchung von deutschen Erwachsenen durch und kamen ebenfalls zu inkonsistenten Ergebnissen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens: Internale und sozial-externale Kontrollüberzeugungen waren nicht signifikant. Die fatalistische Kontrollüberzeugung korrelierte jedoch signifikant mit einem geringeren Ausmaß an körperlicher Aktivität, einer geringeren Rate an präventiven Zahnarztbesuchen, systematischer Informationssuche und einer geringeren Teilnahme an Gesundheitskursen.

Des Weiteren zeigten sich bei Grotz et al. (2011) Unterschiede bezüglich soziodemographischer Variablen: Männer zeigten häufiger internale und sozial-externale Kontrollüberzeugungen und auch ältere Menschen waren häufiger external kontrolliert. Die Autoren erklären sich dies mit der Tatsache, dass mit dem Alter Krankheiten zunehmen, welche auf degenerativen Prozessen beruhen, wodurch ältere Menschen eher auf andere Personen, zum Beispiel auf medizinisches Personal, angewiesen sind oder sich ihrem Schicksal ausgeliefert fühlen.

Eine fatalistische Kontrollüberzeugung wies bei der Untersuchung von Wagner (2004) von PatientInnen mit chronischer Pankreatitis eine negative Korrelation zur Krankheitsdauer auf. Personen neigten demnach mit zunehmender Krankheitsdauer immer weniger dazu, ihre Krankheit external-fatalistisch zu attribuieren. Kontrollüberzeugungen stehen aber auch im Zusammenhang mit subjektiven Theorien, auf welche das nächste Kapitel Bezug nimmt.

1.5 Subjektive Theorien und Laiendefinitionen

Neben den wissenschaftlichen Begriffsdefinitionen und Theorien bringen auch Laien unterschiedliche Definitionen und subjektive Theorien zur Gesundheits- und Krankheitsthematik mit. Jede Person bildet sich eine eigene Meinung über das Bedingungsgefüge zwischen Gesundheit und Krankheit und ihre persönliche Einflussnahme darauf. Die wissenschaftlichen Gesundheitsmodelle überschneiden sich nur teilweise mit den subjektiven Theorien von Laien (Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1999; Naidoo & Wills, 2009).

Faltermaier et al. (1999) fanden in ihrer qualitativen Untersuchung zu der gleichnamigen Thematik heraus, dass Laien sehr komplexe Theorien über ihre Gesundheit entwickeln. Sie orientieren sich am positiven Konstrukt Gesundheit und interpretieren diese nicht nur – wie das biomedizinische Paradigma es besagt – als bloße Abwesenheit der Krankheit. Viel mehr finden sich diese subjektiven Theorien im Einklang mit der salutogenetischen Sichtweise nach Antonovsky (1997), sie beziehen sich auf die Stärkung durch Ressourcen, die Vermeidung von Belastungsfaktoren, eine wechselseitiger Interaktion beider zueinander und die Schaffung einer Balance. Zudem scheinen sie relativ stabil zu sein, da sie in konkreten Lebenssituationen verankert zu sein scheinen (Faltermaier et al., 1999).

Um Gesundheitshandlungen umzusetzen, müssen Laien Wissen und Vorstellungen darüber besitzen, also unter anderem auch Risikofaktoren wahrnehmen, spezifische Kontrollüberzeugungen und Kausalattributionen entwickeln um daraus individuelle Theorien über die Entstehung von Krankheiten und die Erhaltung ihrer Gesundheit aufzustellen. Die Handlungsmöglichkeiten sind jedoch begrenzt, je nachdem welche subjektive Gesundheitstheorie vertreten wird. Faltermaier et al. (1999) konnten zwischen vier unterschiedlichen Typen differenzieren:

Unter Typ A fassen sie alle Personen mit einer Gesundheitstheorie zusammen, bei welcher negative Einflüsse einen zentralen Aspekt ausmachen. Diese negativen Einflüsse können extern (z.B.: Belastungen in der Umwelt) oder internal zugeschrieben werden (z.B.: riskante Lebensweise). Im Gegensatz zu einer externen Attribution besitzen Personen mit einer internalen Ursachenzuschreibung eine größere Anzahl an Handlungsmöglichkeiten.

Unter Typ B fallen alle spezifischen Gesundheitstheorien, in deren Mittelpunkt Ressourcen und ihre Stärkung stehen. Darunter fallen beispielsweise psychosomatische subjektive Theorien.

Als Typ C wurden all jene Theorien zusammengefasst, dessen zentrale Merkmale eine Balance zwischen Risiko- und Protektivfaktoren und ihr interaktionales Verhältnis darstellen. Risikofaktoren können demnach durch Kompensationsprozesse entgegen gewirkt werden. Die Kompensation kann auch unterschiedliche Lebensbereiche betreffen (z.B.: beruflicher Stress wird durch Entspannung in der Freizeit kompensiert) und die Personen sehen zahlreiche Handlungsmöglichkeiten um ihren Gesundheitszustand zu beeinflussen.

Als Typ D werden diejenigen subjektiven Theorien klassifiziert, die vorwiegend magische oder schicksalhafte Bestandteile besitzen. Aktive Handlungsmöglichkeiten werden kaum gesehen, das Schicksal muss erduldet werden.

Kontrollüberzeugungen variieren insgesamt jedoch über alle Typen und müssen in einem inhaltlichen Kontext zu der jeweiligen subjektiven Theorie gesehen werden (Faltermaier et al., 1999).

Ein weiterer relevanter Faktor in diesem Zusammenhang ist auch jener, dass die subjektive Betrachtungsweise der eigenen Gesundheit sich vom tatsächlich – objektiv messbaren – Gesundheitszustand unterscheiden kann. Auf diese Thematik wird jedoch in Kapitel 4 unter Bezugnahme des subjektiven Wohlbefindens näher eingegangen. Als nächstes erfolgt eine auf dem aktuellen Forschungsstand beruhende Vorstellung des Glückskonzepts.

2. DIE KONZEPTUALISIERUNG VON GLÜCK

In den letzten Jahrzehnten hat sich zunehmend eine neue Disziplin der Psychologie – nämlich die der „Positiven Psychologie“ – herauskristallisiert, welche die Intention beinhaltet, sich von der störungs- und defizitorientierten Perspektive abzuwenden und stattdessen eine positive, stärken- und ressourcenfördernde psychologische Wissenschaft in den Mittelpunkt zu stellen (Seligman, 2002).

Eine bedeutende Thematik der „Positiven Psychologie“ stellt die Erforschung von Glück dar. Erste Definitionsversuche von Glück reichen historisch sehr weit in die Vergangenheit - sogar bis zu Plato und Aristoteles in die Antike - zurück. Aus diesem Grund wird zu Beginn dieses Kapitels die in der griechischen Philosophie begründete Unterscheidung zwischen der hedonistischen und eudämonistischen Glücksposition näher vorgestellt, welche auch heute nach wie vor Relevanz besitzt. Anschließend erfolgt die Erläuterung zeitnaher und aktuell bedeutsamer Konzept- und Modellvorstellungen zu den Konstrukten „Glück“ und „Subjektivem Wohlbefinden“ und wie diese miteinander zusammenhängen. Ferner werden die wichtigsten Korrelate und psychologischen Prozesse, die im Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden stehen, erklärt und zuletzt erfolgt eine Thematisierung der zugrunde liegenden Messproblematik.

2.1 Hedonismus vs. Eudämonismus

Bereits zahlreiche Philosophen in der Antike beschäftigten sich mit dem mehrdimensionalen Konstrukt „Glück“ und „Glückseligkeit“ – insbesondere mit dem menschlichen Streben danach. So bezeichnete Platon das tugendhafte Leben als den Weg in die Glückseligkeit, welches demnach nur wenige Auserwählte erreichen konnten. Im Weiteren führte Aristoteles Glück als Ziel an, dass um seines selbst willen angestrebt wurde und schrieb Glück das Attribut der Autarkie zu (Mayring, 1991). Kennzeichen dieses eudämonistischen Glückskonzepts war die Präsenz von sinnvollen „higher pleasures“ (wie etwa künstlerische, intellektuelle Tätigkeiten), die einen Beitrag für ein glückliches und gelungenes Leben leisteten. Glück wurde hierbei als etwas Holistisches gesehen, welches als finales Ziel erreicht werden sollte (Fischer, 2009).

Neben dem eudämonistischen Glückskonzept formte sich auch ein hedonistisches Glücksverständnis. Die hedonistische Betrachtung von Glück zeichnete sich durch die

Häufigkeit und Intensität von positivem Affekt (Lust, Freude) aus und durch die simultane Abwesenheit von Schmerz. Beides wurde quantitativ in Verhältnis zueinander gestellt; ein Leben galt dann als glücklich wenn der positive Affekt dem negativen überwog. Der Augenblick selbst stand hierbei im hedonistischen Mittelpunkt (Fischer, 2009).

Laut Fischer (2009) ist die Abgrenzung beider Glückskonzepte auch gegenwärtig noch von essentieller Bedeutung. Das eudämonistische Glückskonzept findet beispielsweise aktuell Anwendung in der Skala „Eudaimonistisches Wohlbefinden“ von Ryff (1989), welche auch alternativ die Bezeichnung „psychisches Wohlbefinden“ trägt. Die Skala zielt auf die Erfassung von Autonomie, Bewältigung der äußeren Lebensumstände, Persönliches Wachstum, Positive Sozialbeziehungen, Lebenssinn und –ziel und Selbstakzeptanz ab (Ryff, 1989).

Das nächste Unterkapitel beschäftigt sich nun mit zeitlich aktuellen Konzeptualisierungen von Glück und geht näher auf den Zusammenhang zum subjektiven Wohlbefinden ein.

2.2 Begriffsdefinitionen und Konzepte

Wie sich in der Forschung bei der detaillierteren Betrachtung von Definitionen für die Begriffe „Glück“, „Lebenszufriedenheit“, „Lebensqualität“ und für das „Subjektive Wohlbefinden“ (SWB) zeigt, sind diese schwer voneinander abzugrenzende Begrifflichkeiten, die je nach Studie und Forscher austauschbare Synonyme oder in der Bedeutung voneinander unterschiedliche Konzepte abbilden können. Der Versuch einer Bildung einer jeweils exakt einheitlichen Definition und der Abgrenzung des tatsächlich beinhaltenden Konstrukts ist bis dato noch nicht gelungen und erschwert somit die Verbindung verschiedener Studienergebnisse zu dieser Thematik (Fischer, 2009; Kirchler, 2011; Veenhoven, 2010).

Im Vergleich zu anderen Sprachen ist das deutsche Wort „Glück“ durch eine Doppelbedeutung gekennzeichnet, die sowohl „Glück als Zufall“ als auch „Glück als Erfüllung“ beinhaltet (Mayring, 1991).

Im Weiteren differenziert Mayring (1991) in seinem „state-trait“-Ansatz zwischen aktuellem Glückserleben als „state“ und biographisch entwickeltem Lebensglück als

„trait“. Das aktuelle Glückserleben wird von ihm als extrem positive Emotion in einer konkreten Situation beschrieben, die von einer höheren Sensibilität und „idealen“ Vorstellungen (Schönheit, Harmonie, Freiheit, Sinn im Leben etc.) begleitet wird, während das Lebensglück durch die „Transzendenz der subjektiven Grenzen“ auf Basis vorherrschender Lebenszufriedenheit charakterisiert ist und mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Glückserleben einhergeht (Mayring, 1991).

Ein allgemeines Konzept zum subjektiven Wohlbefinden stellten Diener (1984) und Diener, Suh, Luca & Smith (1999) vor, indem sie empirisch fundiert folgende vier Teilkomponenten des SWB herauskristallisieren konnten: Anwesenheit von positivem Affekt (*pleasant*), Abwesenheit von negativem Affekt (*unpleasant*), Lebenszufriedenheit (*life satisfaction*) und Bereichszufriedenheit (*domain satisfaction*). Zu den beiden affektiven Aspekten des Wohlbefindens zählen Stimmungen und Emotionen; die Lebenszufriedenheit hingegen stellt den kognitiv-evaluativen Aspekt des Wohlbefindens dar (Diener et al., 1999). Die bereichsspezifische Zufriedenheit erfüllt den geforderten Anspruch auf eine ausführlichere Differenzierung der globalen Lebenszufriedenheit, weil es beispielgebend möglich ist, dass eine Person zwar mit ihrer derzeitigen Arbeitssituation zufrieden ist, aber zugleich nicht mit anderen Lebensdomänen oder dem Leben allgemein (Mayring, 1991).

Veenhoven konzipierte wiederum eine Matrix mit vier unterschiedlichen Lebensqualitäten, die in Tabelle 1 illustriert wird:

Unter „life-chances“ versteht Veenhoven (2000) Konditionen für ein gutes Leben, die zwar mit den „life-results“ zusammenhängen, aber nicht mit ihnen identisch sein müssen. Beispielsweise kann eine Person Möglichkeiten für ein gutes Leben besitzen, diese aber nicht wahrnehmen und dementsprechend keine qualitativ hohen „life-results“ erreichen. Umgekehrt kann eine Person jedoch mit geringen Möglichkeiten diese ausgiebig nutzen um zu hohen „life-results“ zu gelangen. Im Weiteren differenziert Veenhoven in seiner Theorie zwischen einer inneren, personeninhärenten Dimension und einer externen, umweltbezogenen Dimension.

Tabelle 1: Die vier Lebensqualitäten, adaptiert nach Veenhoven (2010)

	<i>Outer qualities</i>	<i>Inner qualities</i>
<i>Life-Chances</i>	Liveability of environment	Life-Ability of the person
<i>Life-Results</i>	Utility of Life	Satisfaction

Als *Liveability of environment* werden die objektiven Möglichkeiten und Lebensbedingungen einer Person bezeichnet. *Life-Ability of the person* umfasst personeninhärente Faktoren für ein gutes Leben. Unter *Utility of life* wird die objektive Nützlichkeit des Lebens verstanden. Dazu gehört unter anderem ein guter Bürger zu sein oder seine Kinder gut zu erziehen. Interessant ist der Output im letzten Quadranten: Unter *Satisfaction* versteht Veenhoven (2010) die subjektive Wertschätzung des Lebens, welche auch als SWB, Glück oder Lebenszufriedenheit im engeren Sinn bezeichnet werden kann. Veenhoven (2010, S.6) definierte es als „overall enjoyment of one's life as-a-whole“.

Wie auch Diener et al. (1999) geht Veenhoven (2000) von einer affektiven und kognitiven Komponente des Glücks aus und kommt zu einer ähnlichen Zusammensetzung des subjektiven Wohlbefindens:

- a. Bewertung von einzelnen Lebensbereichen
- b. Vorherrschende Stimmung
- c. Gesamtbewertung: allgemeine Grundstimmung
- d. Gesamtbewertung: Zufriedenheit mit dem Leben

Die Aufteilung von SWB in kognitive und affektive Dimensionen wurde auch von anderen Forschern weitreichend akzeptiert und bestätigt. Sowohl Frey, Stutzer und Benz (2008) als auch Howell, Kern & Lyubomirsky (2007) vertraten die Ansicht, dass sich das SWB aus positiven und negativen Affekten, Glück und Lebenszufriedenheit zusammensetzt oder miteinander gleichbedeutend sind.

Zusammenfassend lässt sich das subjektive Wohlbefinden als ein mehrdimensionales Konstrukt beschreiben, welches den subjektiven Aspekt des individuellen affektiven Erlebens und der kognitiv-evaluativen Bewertung des eigenen Lebens in den Vordergrund stellt und die wissenschaftlichen Begriffe positive und negative Affekte, Lebenszufriedenheit und Glück umfasst.

2.3 Korrelate

Welche Antworten geben Personen wenn ihnen die Frage gestellt wird, was sie glücklich macht? Gemäß Mayring (1991) fällt es Laien schwer Glück überhaupt angemessen zu definieren. Wenn sie nach Glück befragt werden, beschreiben sie oftmals Situationen, in denen sie sich glücklich fühlen und weichen einer näheren Begriffsdefinition aus. Bucher (2009) berichtete, dass Laien Glück häufig in Verbindung bringen mit der Qualität ihres sozialen Umfelds, ihrer Arbeit, Leistung und ihrem Optimismus. Doch mit welchen Faktoren korreliert Glück nun tatsächlich?

Lykken and Tellegen (1996) führten in ihrer Untersuchung von mono- und dizygotischen Zwillingen zwischen 44% und 52% der Varianz von subjektivem Wohlbefinden auf die genetische Disposition eines Menschen zurück und nannten eine Heritabilität von 80%. Gene und festgelegte Persönlichkeitsmerkmale spielen nachweisbar eine bedeutende Rolle wie glücklich Menschen sind. Diener et al. (1999) relativierten die Ergebnisse von Lykken und Tellegen (1996): genetische Glückslevel unterliegen erfahrungs- und umweltabhängigen Variationen und sind nicht an fixen Werten festgeschrieben. Das subjektive Wohlbefinden korreliert positiv mit einem hohen Selbstwertgefühl, internalen Kontrollüberzeugungen, einer optimistischen Disposition, hoher Extraversion und einer stabilen emotionalen Grundstimmung (Diener et al., 1999).

Als beachtliche Glücksdeterminanten nannten Frey und Marti (2010) neben dem Einfluss von Genen auch sozio-demographische Faktoren wie beispielsweise Gesundheit, Alter und Familienstand, wirtschaftlichen Faktoren wie der Verlust des Arbeitsplatzes, welcher sich stark negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirkt oder auch kontextuelle und situative Faktoren wie der tägliche Fernsehkonsum oder das Nachgehen von selbstständiger Arbeit, die sich glücksfördernd auswirken kann. Gemäß den Autoren kommt dem Arbeitsmarkt, dem materiellen Lebensstandard, dem sozialen Umfeld, der

Freizeit und der Gesundheit am meisten Bedeutung hinsichtlich des individuellen Glückserlebens zu (Frey & Marti, 2010).

Diese Untersuchungsergebnisse bestehen jedoch nur aus Korrelaten und können daher auch nicht als Kausalfaktoren für Glück interpretiert werden. Diese messtheoretische Thematik wird in *Kapitel 3.5 Messproblematik* näher behandelt. Zunächst wird jedoch kurz auf die in Verbindung stehenden psychologischen Prozesse eingegangen.

2.4 Psychologische Prozesse

Das subjektive Wohlbefinden wird durch zahlreiche psychologische Prozesse moderiert. Diener et al. (1999) zählen dazu soziale Vergleiche, das Anspruchsniveau und die Zielsetzung sowie hedonistische Adaptionenprozesse.

Die Anwendung von sozialen Vergleichen wirkt sich auf das subjektive Wohlbefinden aus. Nach Diener et al. (1999) verglichen optimistische Personen sich eher mit anderen Personen, die schlechter abschnitten als sie selbst; während pessimistische oder depressive Personen eher Aufwärtsvergleiche anstellten und sich mit Personen verglichen, die besser als sie selbst abschnitten. Neben der Vergleichsrichtung spielt auch die Referenzgruppe eine relevante Rolle: Auf nationaler Ebene wirkt sich eine generelle Einkommensanhebung kaum auf das individuelle Glück aus. Personen orientieren sich ab Erreichung einer bestimmten Schwelle nicht am absoluten Wert ihres eigenen Einkommens sondern am relativen Wert im Vergleich zu ihrer gewählten Referenzgruppe (Graham, 2008). Zudem ist der Ausgang von sozialen Vergleichen nicht immer konsistent. Erkrankte Personen können durch Aufwärtsvergleiche mit Personen, die von derselben Krankheit geheilt wurden, entweder Hoffnung schöpfen oder Eifersucht empfinden (Diener et al., 1999).

Ein weiterer Moderator stellt nach Diener et al. (1999) das Anspruchsniveau einer Person dar. Zu hohe oder unrealistische Erwartungen, die nicht erreichbar sind, können das subjektive Wohlbefinden negativ beeinflussen. Kirchner (2011) verglich dies mit dem Arbeitszufriedenheitsmodell von Bruggemann, Großkurth und Ulich (1975), bei dem ein kontinuierlicher Abgleich zwischen Ist- und Sollzustand durchgeführt wird, aus welchem sich letztendlich variierende Formen von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ergeben.

Diener et al. (1999) nahmen ebenfalls an, dass die Annäherung an ein Ziel mit positiven Gefühlen verbunden ist und die fehlende Zielerreichung negative Gefühle auslöst.

Die Adaptation-Level-Theory wurde von Helson (1948) aufgestellt und von Brickman & Campbell (1978) für die Glücksforschung adaptiert. Diese besagt, dass alle Individuen sich umgehend an positive und negative Lebensereignisse anpassen und sich rasch an die neue Situation und ihre Umstände gewöhnen. Sie kehren im Zuge dieses auch als Habituation bezeichneten Prozesses wieder zu ihrem ursprünglichen Glückslevel zurück. Diese Theorie wurde auch als hedonistische Tretmühle bezeichnet, weil starke negative oder positive Ereignisse augenscheinlich keine Auswirkung auf das Wohlbefinden zu haben scheinen (Diener et al., 1999).

Diener (2013) merkte an, dass der derzeitige Forschungsstand zum subjektiven Wohlbefinden impliziert, dass nicht alle Personen zu allen Situationen gleichermaßen adaptieren. Beispielsweise ist der Adaptionsprozess bei Verlust des Arbeitsplatzes oder des Ehepartners nicht vollständig. Adaptionsprozesse, die im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ablaufen, werden in *Kapitel 4.5 Adaption und Habituation* näher beleuchtet.

2.5 Messproblematik

Die Forderung nach einer korrekten Erfassung des subjektiven Wohlbefindens bringt eine ganze Reihe diverser Messfehler und –probleme mit sich. Einerseits beruht dies – wie zu Beginn des Kapitels bereits angesprochen wurde – auf den unterschiedlichen Konzeptualisierungen des subjektiven Wohlbefindens bzw. der fehlenden Präzisierung der zugrunde liegenden Definition, auf welche konkrete Dimension des SWBs eine Erfassung abgezielt wird. Dadurch sammeln sich unter dem Phänomen des subjektiven Wohlbefindens eine ganze Reihe Studien mit unterschiedlichen Messthematiken: angefangen von der Erfassung von Emotionen und Stimmungen bis hin zur Messung von Lebenszufriedenheit, Glück oder der allgemeinen bzw. bereichsspezifischen Lebensqualität (Diener & Chan, 2011).

Diener et al. führten 1999 in ihrer Rückschau über die vergangenen drei Jahrzehnte in der Glücksforschung an, dass zu Beginn der Glücksforschung zum größten Teil Querschnittsstudien durchgeführt wurden, die keine Kausalitätsaussagen zuließen. 2013

schrieb Diener, dass die methodische Erfassung von SWB im letzten Jahrzehnt einen vielfältigen methodologischen Trend angenommen habe. Inzwischen kommen vermehrt sehr große länderübergreifende Querschnittsuntersuchungen, Longitudinalstudien, experimentelle und quasi-experimentelle Methoden zur Anwendung, wodurch es möglich ist Kausalbeziehungen unter Einbeziehung und Kombination unterschiedlicher Methoden besser zu untersuchen.

Aufgrund der Tatsache, dass es sich beim subjektiven Wohlbefinden um ein subjektives Konstrukt handelt, ist es naheliegend die Personen unter Einsatz von Fragebögen oder unter Durchführung von qualitativen Interviews einfach danach zu befragen. In groß angelegten Surveys finden sich häufig Standardfragen, die auf die Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit oder des Glücks abzielen (Kahneman & Krüger, 2006). In der „World Values Survey“ lautet die diesbezügliche Frage: „All things considered, how satisfied are you with your life as a whole these days?“ (World Values Survey, 2010-2012 Wave, S. 3). Bei manchen Untersuchungen wird auch zwischen Glück („Wie glücklich sind Sie mit Ihrem Leben?“) und Lebenszufriedenheit („Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?“) differenziert. Die Glücksfrage wird meist mittels einer drei- bis fünfstufigen Skala beurteilt, während das Lebenszufriedenheitsmaß durch die Einschätzung auf einer 10- bis 11-stufigen Skala erfolgt (Fischer, 2009).

Neben Single-Item-Methoden gibt es auch eigens kreierte Glücksskalen, die jedoch zahlreiche Messprobleme mit sich bringen. Beispielsweise misst die Affekt-Balance-Skala von Bradburn (1969) die Häufigkeit von je fünf negativen und positiven Affekten in den vorangegangenen Wochen. Mayring (1991) kritisierte die scheinbare Willkür der ausgewählten Affekte und Bucher (2009) bemängelte die fehlende Berücksichtigung jeglicher Intensität dieser Affekte. Ähnliche Probleme zeigten sich auch bei anderen Glücksskalen, indem die affektive Komponente nicht ausreichend berücksichtigt wird („Elation-Depression-Scale“ von Wessman & Ricks, 1966), Glück nur als „state“ erfasst wurde („Selbsteinschätzung Glück“ von Cameron, 1975 oder „Facial Action Coding System“ von Ekman & Friesen, 1978) oder die erfassten Glückskomponenten sehr beliebig oder faktorenanalytisch zweifelhaft ausgewählt wurden (Mayring, 1991).

Die Erfassung durch Fragebögen ist eine der meist angewandten Methoden in der Glücksforschung, bringt aber auch aus ersichtlichen Gründen eine Reihe von methodischen Messproblemen mit sich. Kritisiert an der Festmachung von Glück an

Skalenwerten wurde die Tatsache, dass ein bestimmter Skalenwert nicht dasselbe für jede befragte Person bedeuten muss und es der Messung dadurch an Reliabilität mangelt (Veenhoven, 2010). Bei der Einschätzung des Skalenwerts erfolgt darüber hinausgehend eine retrospektive Beurteilung, die fehleranfällig ist und äußeren Einflüssen unterliegt (Kahneman & Krüger, 2006).

Eine eingeschränkte Reliabilität zeigt sich in Hinblick dessen, dass die Skaleneinschätzungen sich von externen und situativen Faktoren abhängig zeigen und somit Verzerrungen aufweisen. Veenhoven (2010) nannte in diesem Zusammenhang Einflüsse durch demographische Eigenschaften des Interviewers, durch das Wetter oder auch in Abhängigkeit davon, in welcher Reihenfolge die Frage gestellt oder wie diese formuliert wird.

Eine weitere Messverzerrung entsteht durch die kognitive Einschränkung des Menschen bei der korrekten Verarbeitung und dem adäquaten Abruf von Erinnerungen. Erinnerungen sind häufig verzerrt, vergangene Gefühle und Stimmungen können schwer aggregiert und angemessen beurteilt werden (Kahneman & Krüger, 2006). An stimmungskongruente Ereignisse fällt die Erinnerung leichter, wodurch stimmungsinkongruente unterdurchschnittlich häufig berichtet werden (Bower, 1981). Die Spitzen-Ende-Regel besagt, dass bei retrospektiven Beurteilungen die Spitzen und das Ende eines Ereignisses am besten erinnert werden und somit in die Gesamtwertung überproportional einfließen (Kahneman, Fredrickson, Schreiber & Redelmeier, 1993). Auch kontextuelle Einflussfaktoren wie die Ästhetik des Raums beeinflussen das Urteil über die eigene Lebenszufriedenheit (Schwarz, Strack, Kommer & Wagner, 1987, zitiert nach Kirchler, 2011). Relevante Variablen für eine Messverzerrung können neben kognitiven Faktoren auch spezifische Persönlichkeitseigenschaften darstellen. Beispielweise korreliert eine hohe Ausprägung auf der Neurotizismus-Dimension mit der retrospektiven Überschätzung negativer Emotionen und ein hoher Extraversionswert korreliert mit der Überschätzung positiver Emotionen in der Vergangenheit (Feldman-Barrett, 1997).

Kahneman und Krüger (2006) berichteten, dass die Retest-Reliabilität bei einer Fragebogenbatterie zu Lebenszufriedenheit und Glück höher ausfällt als bei der Erfassung durch eine Single-Item-Methode. Die Validität kann nach Veenhoven (2010) unter Effekten der sozialen Erwünschtheit leiden, indem die Befragten nicht angeben wie

glücklich sie sich tatsächlich fühlen sondern wie glücklich sie nach gesellschaftlichen Standards sein sollten. Insgesamt geht Veenhoven (2010) jedoch davon aus, dass diese Effekte lediglich eine untergeordnete Rolle spielen und tatsächlich auch das Konstrukt gemessen wird, welches zu erfassen intendiert wurde.

Fremdbeurteilungen wurden von Kirchler (2011) für die Erforschung von subjektiven Erlebenszuständen wie Glück und Lebenszufriedenheit als wenig sinnvoll erachtet. Die direkte Befragung steht der indirekten keinesfalls im Nachteil, sondern wird stattdessen sogar als effizienter betrachtet (Veenhoven, 2010).

Mayring (1991) kritisierte Selbsteinschätzungsmethoden, die die subjektive Sicht und Definition von Glück außer Acht lassen. Gemäß Mayring soll eine angemessene Methodologie für Glück die Multidimensionalität des Konstrukts berücksichtigen, theoriegeleitet vorgehen, das subjektive Glücksverständnis erfassen und unterschiedliche methodische Ansätze miteinander kombinieren. Als Ausgangsbasis schlug er halbstrukturierte qualitative Interviews vor, die diesen Kriterien gerecht werden. Ein Vorteil bei der Erfassung durch qualitative Interviews besteht darin, dass die subjektive Wirklichkeit nicht vorstrukturiert und eingeschränkt wird (Kirchler, 2011), sondern den befragten Personen ausreichend Raum gegeben wird um über Glück zu sprechen, es in Zusammenhang zu setzen und gegebenenfalls auch zu definieren.

Eine andere Möglichkeit zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens stellen Tagebücher dar, die ESM (Experience-Sampling-Method) und die DRM (Daily Reconstruction Method) bilden zwei der bekanntesten Tagebuchmethoden in der Glücksforschung (Kahneman & Krüger, 2006).

Um Verzerrungen von retrospektiven Beurteilungen zu vermeiden, wird bei der ESM zeitnah unter Einbettung in den natürlichen Alltag laufend die aktuelle Stimmung erhoben. Dies erfolgt unter Zuhilfenahme eines Handheld-Computers, der in zufällig generierten Abständen piept und Fragen zur aktuellen Stimmung oder Gefühlslage stellt. Vorteile gegenüber Fragebögen bestehen darin, dass diese Methode sich durch eine hohe ökologische Validität auszeichnet und Erinnerungsverzerrungen keine Rolle spielen. Nachteile der ESM zeigen sich in dem großen Aufwand und der daraus meist resultierenden Anwendung auf nur kleine Stichproben. Die Bedingung, dass ständig ein Handheld-Computer mitgeführt werden muss, könnte auf eine Messverzerrung

hindeuten; die Bereitschaft dafür könnte bei glücklichen Menschen nämlich höher ausfallen. Wenn die Angaben zur Stimmung nicht zeitgemäß nach dem Piepen erfolgen, zeigen sich infolgedessen ähnliche Erinnerungsverzerrungen wie bei der Verwendung von Fragebögen (Bucher, 2009).

Eine eigens für die zeitnahe Emotionsmessung konzipierte Methode ist die „Day Reconstruction Method“ von Kahneman, Krüger, Schkade, Schwarz und Stone (2004). Im Gegensatz zur ESM werden hier keine Handheld-Computer verwendet, die mit einem Piepston den Alltag unterbrechen, sondern die Probanden teilen ihren Alltag selbstständig in unterschiedliche Episoden ein, welche sie anschließend nach differenzierten Gesichtspunkten bewerten (Kahneman & Krüger, 2006). Diese beinhalten Fragen bezüglich der getätigten Handlung, der Interaktion mit anderen Personen, dem Ort und in welchem Zeitraum die jeweilige Episode stattfand (Kahneman et al., 2004). Nachteilig zeigen sich auch hier der erhebliche Aufwand dieser Methode sowie die Kritik, dass nur ein Aspekt des subjektiven Wohlbefindens erfasst wird (Bucher, 2009).

Alternative Untersuchungsmethoden in der Glücksforschung bestehen aus physiologischen Messungen, die vorwiegend zur Erfassung der affektiven Komponente des subjektiven Wohlbefindens verwendet werden oder Durchführungen von Experimenten im Laborsetting. Durch diese lässt sich beispielsweise eine Stimmung oder ein Gefühl experimentell manipulieren und demzufolge deren Auswirkung auf andere Variablen untersuchen (Diener & Chan, 2011; Kahneman & Krüger, 2006).

Dieses Kapitel diene der Präzisierung der Begriffsdefinitionen des subjektiven Wohlbefindens, welches aus einer affektiven und kognitiven Komponente besteht und durch einer Reihe von kognitiven Prozessen reguliert wird. Ein großer Teil des Glückslevels ist von der genetischen Disposition und deren Auswirkungen auf die individuellen Persönlichkeitsausprägungen abhängig, aber dennoch durch externe Aspekte beeinflussbar. Die Erfassung des SWBs erfolgt mittels einer Reihe von differenzierten methodischen Ansätzen, angefangen von einfachen Fragebögen bis hin zu Tagebuchmethoden und physiologischen Messungen, die alle spezifische Vor- und Nachteile mit sich bringen und unterschiedliche Messproblematiken beinhalten.

Das nächste Kapitel behandelt nun den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Beziehung zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und der Gesundheit.

3. GESUNDHEIT IM KONTEXT VON SUBJEKTIVEM WOHLBEFINDEN

Dieses Kapitel widmet sich nun – nach der bisher erfolgten Abhandlung über die wissenschaftliche Sicht von Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden – dem aktuellen Forschungsstand hinsichtlich der Beziehung dieser beiden Konzepte zueinander. Die Gesundheit steht in Verbindung mit dem subjektiven Wohlbefinden, allerdings ist dieser Zusammenhang weitaus komplexer als es auf den ersten Blick erscheinen mag. Es existiert zwar eine Vielzahl an Studien, die Gesundheit als einen wichtigen Faktor für das subjektive Wohlbefinden aufzeigt, jedoch gibt es auch eine Reihe an Studien, die keinen bis nur einen schwachen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen finden konnten (Diener et al., 1999; Graham, 2008). Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel zunächst weitere Differenzierungen des Gesundheitsbegriffs vorgenommen und in weiterer Folge werden aktuelle Studienergebnisse vorgestellt:

3.1 Subjektiver vs. objektiver Gesundheitszustand

Eine große Differenz bei der Analyse von Zusammenhängen zwischen der Gesundheit und dem SWB entsteht demnach ob der Gesundheitszustand objektiv oder subjektiv erfasst wird. Objektive Diagnosen und Beurteilungen von Ärzten korrelieren laut vielen Studien kaum mit dem SWB; subjektive Berichte über die eigene Gesundheit weisen jedoch weitaus höhere Korrelationen auf (Diener et al., 1999).

Eine subjektive Betrachtungsweise von Gesundheit ist insofern von Bedeutung, da nicht jeder, der tatsächlich krank ist, sich auch krank fühlt und nicht jeder, der sich gesund fühlt, dies auch tatsächlich ist. Naidoo und Wills (2009) unterscheiden zwischen „disease“ und „illness“. Diese beiden Begriffe werden fälschlicherweise oft als Synonym verwendet, obwohl sie eine unterschiedliche Bedeutung besitzen und nicht dasselbe Konzept abbilden. „Disease“ stellt eine objektiv erfassbare Krankheit dar, welcher häufig eine medizinische Diagnose zugrunde liegt; „Illness“ spiegelt die subjektive Wahrnehmungs- und Erfahrungsdimension einer Krankheit oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wider. Beide Konzepte („illness“/„disease“) bedingen sich nicht zwangsweise gegenseitig, sondern können unabhängig voneinander auftreten.

Franke (2006) nennt bezugnehmend darauf Beispiele von PatientInnen mit psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen. Diese fühlen sich gesundheitlich stark beeinträchtigt ohne dass ein Krankheitsbefund objektiv vorliegt. Umgekehrt wissen beispielsweise PatientInnen mit Krebserkrankungen im Frühstadium, Bluthochdruck oder Diabetes häufig nichts von ihrem objektiven Krankheitszustand und fühlen sich subjektiv nicht krank oder eingeschränkt (Franke, 2006).

„Sich gesund fühlen“ geht demnach nicht mit tatsächlichem „Gesund sein“ einher, die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustands spielt eine maßgebliche Rolle. Dies lässt den Schluss zu, dass vielmehr psychologische Prozesse und nicht nur die objektiv erfassbare Gesundheit den tatsächlichen subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand regulieren und dieser sich dementsprechend auf das Glück und die Lebenszufriedenheit auswirkt.

3.2 Morbidität, Mortalität und SWB

Welche Zusammenhänge lassen sich nun zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und unterschiedlichen Gesundheitsvariablen – laut aktuellem Forschungsstand – ausfindig machen?

Zahlreiche durchgeführte Studien untersuchten Zusammenhänge zwischen dem SWB und kardiovaskulären sowie koronaren Erkrankungen:

Negative Affekte stehen in Verbindung mit einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen, welche Rolle sie jedoch bei bereits erkrankten Personen innehaben, ist noch nicht eindeutig geklärt (Suls & Bunde, 2005). Chida und Steptoe (2009) fassten sämtliche Studienergebnisse betreffend dem Zusammenhang zwischen negativem Affekt (Ärger und Feindseligkeit) und dem Auftreten von koronaren Herzerkrankungen, welche in einem peer-reviewed Journal in den Jahren von 1983 bis 2006 veröffentlicht wurden, zusammen. Insgesamt bezogen sich die Untersuchungen auf 71.606 gesunde Personen und 8.120 Personen mit einer koronaren Herzerkrankung. Chida und Steptoe (2009) kamen zu dem Ergebnis, dass Ärger und Feindseligkeit mit einer größeren Wahrscheinlichkeit des Auftretens von koronaren Herzerkrankungen einhergehen und im Zusammenhang mit einer schlechteren Prognose für Personen, die bereits unter einer koronaren Herzerkrankung leiden, stehen. Diese Effekte verschwanden allerdings, wenn

Verhaltens- und sozioökonomische Variablen konstant gehalten wurden. Chida und Steptoe (2009) nahmen daher an, dass negativer Affekt im Zusammenhang mit riskanten Verhaltensvariablen wie fehlende physische Aktivität und Rauchen stehen könnte.

In einer Meta-Review von Howell, Kern und Lyubomirsky (2007) gingen die Forscher der Frage nach, welche Effekte das subjektive Wohlbefinden auf gesundheitsrelevante Variablen besitzt und fanden ebenfalls bei hohem Wohlbefinden eine verbesserte kardiovaskuläre Funktion. Die Altersvariable spielte insofern eine Rolle, dass bei steigendem Alter das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse erhöht wird. Ein hohes SWB kann jedoch als Puffer dienen und somit das kardiovaskuläre Risiko senken (Howell et al., 2007).

Bei Personen mit hohem SWB kam es nach Howell et al. (2007) in Verbindung mit positiven Emotionen überraschenderweise auch zu einer Erhöhung des Blutdrucks. Negative Emotionen bewirkten jedoch einen sehr viel höheren Anstieg des Blutdrucks.

Pressman und Cohen (2005) untersuchten in ihrer Meta-Review den Zusammenhang zwischen positivem Affekt als Trait und körperlicher Gesundheit. Ein hohes Ausmaß an SWB stand in Verbindung mit einer geringeren Morbidität: im Vergleich litten Personen mit hohem SWB an weniger Erkältungen, Verletzungen, Schlaganfällen und besaßen eine niedrigere Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit nach einer Krankenhausentlassung bei koronaren Dysfunktionen (Pressman und Cohen, 2005).

Diener und Chan (2011) fassten in ihrer Meta-Review zusammen, dass negative Stimmungen und Emotionen in Verbindung stehen mit erhöhtem Blutdruck, Cortisol und Entzündungsprozessen. Diese Faktoren korrelieren wiederum mit einer ganzen Reihe schwerwiegenden Krankheiten wie beispielsweise Krebs, der Alzheimer-Krankheit oder Osteoporose.

Pressman und Cohen (2005) fanden heraus, dass bei hohem positivem Affekt weniger häufig von Symptomen oder Schmerzen und ein allgemein besserer Gesundheitszustand berichtet wurde. Howell et al. (2007) kam zu einem ähnlichen Ergebnis, nämlich dass das subjektive Wohlbefinden ebenfalls in Verbindung mit einer höheren Schmerztoleranz und einer besseren Immunfunktion sowie einer verringerten Reaktion des endokrinen Systems steht.

Lyubomirsky, King und Diener (2005) führten eine Meta-Analyse von 293 untersuchten Stichproben durch, die eine große Bandbreite an positiven Affekten in Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Variablen stellten. In den Querschnittstudien fanden sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen Variablen des SWBs (positiver Affekt, aktuelle Stimmung, Lebenszufriedenheit und Glück) und dem Gesundheitsverhalten, der Einschätzung der allgemeinen Gesundheit sowie die Bereichszufriedenheit mit der Domäne „Gesundheit“. Negative Effekte fanden sich hinsichtlich eines früheren Drogenkonsums, Schmerzempfindens und psychischen Beeinträchtigungen bzw. Störungen wie Depression sowie depressive Symptome, Hypochondrie, Schizophrenie, soziale Phobie, Angststörungen und auch zu einer allgemein schlechteren mentalen Gesundheit. Glück hängt aber nicht nur mit einer guten körperlichen und psychischen Gesundheit zusammen, sondern auch mit der höheren Langlebigkeit einer Person (Lyubomirsky et al., 2005).

In Bezug auf langfristige Gesundheitsvariablen konnten Howell et al. (2007) Zusammenhänge zwischen dem SWB und einer längeren Lebensdauer, einer besseren allgemeinen Gesundheit, einer langsamen Progression einer bereits bestehenden Krankheit und einer längeren Überlebensdauer bei zuvor erkrankten Personen gefunden werden. Die Überlebensdauer kann bei hohem SWB sogar bis zu 10% gesteigert werden, bei gesunden Personen kann ein hohes SWB zu einer gesteigerten Lebenserwartung von bis zu 14% führen. Diener und Chan (2011) führen bei gesunden Personen ein Plus von vier bis zehn Lebensjahren bei einer hohen Ausprägung des SWBs an. Ein hohes SWB führt somit nicht nur zu einer Verlängerung des Lebens sondern auch zu einer Steigerung der Lebensqualität. Letzteres wird als Public-Health-Maß auch bei nationalen Erhebungen bereits entsprechend berücksichtigt, wie in Kapitel 2.2.1 *Lebenserwartung* bereits gezeigt wurde.

Bei der Überlebenswahrscheinlichkeit kamen Pressman und Cohen (2005) zu einem heterogenen Resultat: Einerseits stand positiver Affekt bei einer Reihe von Studien in Zusammenhang mit einer erhöhten Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer bestehenden Erkrankung. Es existierten allerdings auch Studienergebnisse, in denen positiver Affekt mit einer höheren Mortalitätsrate assoziiert wurde oder erst gar kein Effekt nachgewiesen werden konnte. Die Autoren schließen daraus auf mehrere Möglichkeiten:

Bei Personen, die unter Krankheiten mit hohen Mortalitätsraten leiden oder sich bereits im Endstadium einer Krankheit befinden, könnte positiver Affekt keine oder eine negative Wirkung besitzen. Einerseits könnte bei einer Erkrankung, die zu weit fortgeschritten ist – wie beispielsweise Krebs im Endstadium – selbst positiver Affekt keine bedeutsame Rolle mehr spielen. Positiver Affekt würde demnach eher Menschen zugutekommen, deren Krankheitsverlauf nicht sehr weit fortgeschritten ist und dessen Progression sich noch durch das eigene Verhalten beeinflussen lässt (Pressman & Cohen, 2005).

Des Weiteren könnte es der Fall sein, dass aufgrund der Tatsache, dass bei Personen, die schwer erkrankt sind oder die sich in der Obhut eines pflegenden Angehörigen befinden, Symptome nicht wahrheitsgemäß berichtet werden. Dadurch könnte der tatsächliche Krankheitsverlauf verschleiert werden und die Behandlung nicht effektiv genug erfolgen (Pressman & Cohen, 2005).

Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, dass ein hohes Maß an positivem Affekt bei einer schweren Erkrankung auf maladaptive Coping-Strategien schließen lässt, die zu keinem angebrachten und gesundheitsförderlichen Verhalten führen. Beispielsweise könnte die eigene Krankheit verleugnet oder zu optimistisch gesehen werden, medizinische Ratschläge und Vorgaben könnten nicht eingehalten werden oder sie könnten sich aufgrund der Aussichtslosigkeit ihrer Erkrankung dazu entschließen sich gar nicht erst an eventuell schmerzhaften und lebensqualitätsbeeinträchtigenden medizinischen Behandlungsformen teilzunehmen und stattdessen ihr verbleibendes Leben selbst nach ihren Wünschen zu gestalten (Pressman & Cohen, 2005).

Neben der Richtung des Affekts (positiv vs. negativ) könnte für die Gesundheit nach Pressman und Cohen (2005) auch die Ausprägung des Affekts eine bedeutende Rolle spielen. Sowohl bei Asthma als auch bei kardiovaskulären Erkrankungen steigt aufgrund des Vorhandenseins eines sehr starken Affekts die Wahrscheinlichkeit für kardiovaskuläre Zwischenfällen und Ausbrüche von Asthma. Dies könnte laut den Autoren auf den zugrunde liegenden hohen Erregungszustand zurück zu führen sein, der entweder in ungesundem Risikoverhalten wie erhöhtem Rauchverhalten oder Alkoholkonsum mündet oder eine stressinduzierte Aktivierung des Sympathikus und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse zufolge hat (Pressman & Cohen, 2005). Vorübergehende Affekte hängen zudem eher mit kurzfristigen Gesundheitsergebnissen

zusammen, währenddessen subjektives Wohlbefinden als Trait stärker mit langfristigen Gesundheitsergebnissen in Verbindung steht (Howell et al., 2007).

3.3 Gesundheitsverhalten und SWB

Steptoe, Dockray, und Wardle (2009) fanden in ihrer Untersuchung von 17.000 jungen Erwachsenen aus 21 Ländern weltweit heraus, dass die Lebenszufriedenheit mit der Ausübung von Gesundheitsverhalten zusammenhängt. In ihrer Analyse wurde gezeigt, dass Personen die nur ein geringes Maß an Lebenszufriedenheit besaßen eher zum Rauchen neigten und weniger häufig regelmäßiger körperlicher Bewegung nachgingen als Personen mit einer moderaten oder hohen Lebenszufriedenheit. In Westeuropa und den Vereinigten Staaten gab es jedoch – im Gegensatz zu Asien, Zentral- und Osteuropa – keinen signifikanten Unterschied beim täglichen Verzehr von Obst.

Zwischen dem Risikofaktor Rauchen und dem subjektiven Wohlbefinden im selben Jahr bestand auch bei einer Untersuchung von Graham, Eggers und Sukhtankar (2004) eine signifikante negative Korrelation. Die kausale Richtung wurde noch nicht geklärt. Rauchen scheint sich negativ auf das subjektive Wohlbefinden auszuwirken, aber es könnte gemäß den Autoren auch der Fall sein, dass unglückliche Menschen eher zum Rauchen neigen. Ein erhöhtes Alkoholkonsumverhalten ging mit einer niedrigeren Glücksrate einher, wobei nicht-exzessiver Alkoholkonsum im Zusammenhang mit einem erhöhten Glückslevel stand (Graham et al., 2004).

Nach Graham (2008) scheint sich auch das Gewicht auf das persönliche Glück auszuwirken. Personen, die adipös waren, neigten in ihrer Untersuchung eher dazu depressiv zu werden. Personen adaptieren im Weiteren auch zu hohen Gesundheitsstandards, wodurch diese mit der Zeit auch erwartet wurden. Personen, die der sozialen Unterschicht angehören, tendierten dazu niedrigere Gesundheitserwartungen zu besitzen und weniger häufig von ihren Gesundheitsproblemen zu berichten (Graham, 2008). Auch laut Diener (2013) steht das subjektive Wohlbefinden in Verbindung mit einem besseren Gesundheitsverhalten und höherer körperlicher Betätigung.

Graham et al. (2004) zeigten in ihrer russischen Längsschnittstudie, dass Gesundheit und Glück signifikant miteinander korrelieren. Graham und ihre Kollegen gehen von einer zweiseitigen Wechselwirkung aus, Glück wirke sich positiv auf die Gesundheit aus, aber

gesunde Menschen seien auch glücklicher. Glücklichere Menschen tendieren dazu gesünder zu leben und gesündere Menschen gaben auch an, glücklicher zu sein (Graham, 2008). Gemäß Graham et al. (2004) ist das subjektive Wohlbefinden zudem über die Zeit ziemlich stabil und unterliegt nur kurzfristigen Schwankungen.

Diener und Chan (2011) fassten letztendlich die Ergebnisse zahlreicher Studien und Meta-Reviews der letzten Jahrzehnte zusammen, welche die Auswirkungen und Zusammenhänge von SWB auf die Gesundheit und Langlebigkeit mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen untersuchten und gelangten letzten Endes zu dem Schluss, dass die Ergebnisse eine Kausalitätsannahme nahe legen würden. Somit würde Glück sich laut Diener und Chan (2011) positiv auf die Gesundheit auswirken und zu einer höheren Lebenserwartung führen. Dennoch ist die Frage der Kausalität noch nicht endgültig geklärt und ist mit Vorsicht zu betrachten. Vielmehr wird laut aktuellem Wissensstand von einer wechselseitigen Beeinflussung von Gesundheit und SWB ausgegangen und nicht von einem in eine Richtung verlaufenden Ursache-Wirkungszusammenhang.

3.4 Adaption und Habituation

Eine der bekanntesten Studien zu Adaptionsprozessen stammt von Brickman, Coates and Janoff-Bulman (1978). Sie verglichen Lotto-Gewinner und Unfallopfer (Para- und Quadriplegiker) mit einer Kontrollgruppe und kamen zu dem überraschenden Ergebnis, dass keine der Gruppen sich hinsichtlich ihres antizipierten Glückserlebens ein Jahr nach dem Ereignis voneinander unterschieden. Die Gruppe der Unfallopfer beschrieb sich aktuell jedoch als signifikant unglücklicher als die Kontrollgruppe und sie empfanden auch gegen die Erwartung der Autoren nicht ein größeres Ausmaß an alltäglichen Freuden. Stattdessen idealisierten sie ihren vergangenen Glückslevel vor dem Eintritt des Unfalls, dessen Wert signifikant über dem der Kontrollgruppe und Lotto-Gewinner lag und Brickman et al. als „Nostalgie-Effekt“ bezeichneten. Die Autoren merkten zudem an, dass die Gruppe der Unfallopfer sich zwar aktuell als unglücklicher beschrieb, aber ihr Glückslevel noch immer oberhalb des Durchschnitts auf einer 6-Punkte-Skala lag und sie sich somit als nicht so unglücklich einschätzten wie es laut den Autoren zu erwarten gewesen sei.

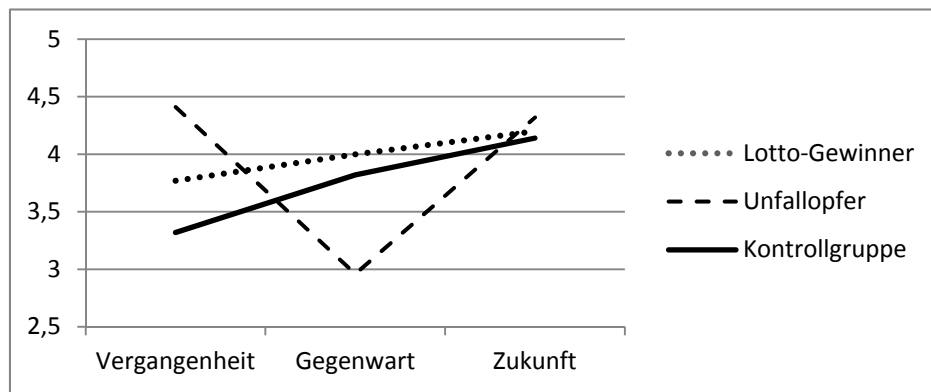


Abbildung 5: Geschätzter Glückslevel von Lotto-Gewinnern, Unfallopfer und der Kontrollgruppe in chronologischer Reihenfolge in der Studie von Brickman et al. (1978)

Diener et al. (1999) führten an, dass Patienten, die schwer erkrankt sind, sich nicht stark in ihrer Lebenszufriedenheit von Menschen ohne einer schweren Erkrankung unterscheiden. Dies sei darauf zurück zu führen, dass von ihnen Coping-Strategien effektiv eingesetzt werden um ihre Lebenszufriedenheit aufrecht zu erhalten. Viele kranke Personen verharmlosen außerdem ihren Krankheitszustand bzw. setzen die Priorität ihrer Gesundheit herab. Auch wenn Brickman et al. (1978) in ihrer Studie davon sprechen, dass Paraplegiker nicht in dem Ausmaß unglücklich seien wie die Forscher erwartet hatten, so sind sie dennoch bedeutend unglücklicher als gesunde Menschen.

Das SWB von Personen, die schwer krank sind oder die unter eine großen Anzahl (chronischer) Gesundheitsprobleme leiden ist geringer als das von gesunden Personen oder Personen mit weniger schweren oder einer geringeren Anzahl an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Diese könnten nämlich eher dazu fähig sein durch Adaption und Zielanpassung wieder zu einem hohen SWB zu gelangen (Diener et al., 1999).

Graham (2008) spricht auch von Adaptionmöglichkeiten für Personen, die schwer erkrankt sind. Diese passen sich an den veränderten Gesundheitszustand an und nähern sich mit der Zeit zumindest teilweise wieder an den ursprünglichen Glückszustand an. Es finden oftmals auch soziale Vergleiche statt, die sich dadurch charakterisieren lassen, dass sie sich nicht mehr wie früher mit gesunden Personen vergleichen sondern mit anderen Personen, die unter derselben Art von Krankheit leiden (Graham, 2008). Ein höheres SWB könnte also dadurch sichergestellt werden, dass durch die Änderung der

Referenzgruppe mehr Abwärts- als Aufwärtsvergleiche stattfinden, die selbstwertfördernd wirken.

Powdthavee (2009) untersuchte die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit von invaliden Personen, die von ihm als schwer oder leicht invalide kategorisiert wurden. Personen, die nur in einem geringen Ausmaß invalide waren und demnach nach wie vor alltäglichen Verrichtungen nachgehen konnten, zeigten bei der gesundheitsspezifischen Lebenszufriedenheit eine typische Adaptionsskurve. Nach dem Eintreten der Invalidität erreichte die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit ihren Tiefpunkt und passte sich innerhalb von drei Jahren wieder an das ursprüngliche Niveau an. Bei als schwer invalide klassifizierten Personen sah das Ergebnis hingegen anders aus. Hier wurde mit Eintreten der Invalidität auch der Tiefpunkt erreicht, jedoch kehrten die Zufriedenheitswerte im Gegensatz zur leicht invaliden Gruppe selbst vier Jahre später nicht mehr zum Ursprung zurück. Es erfolgte demnach keine Adaption. Powdthavee führte dies auf eine Dominanz von negativen Einstellungen und Gedanken zurück, die selbst Jahre nach dem Eintreten der Invalidität die Zufriedenheit beeinträchtigen. Ein leichtes wie auch schweres Ausmaß an Invalidität wirkte sich ferner auch auf andere Bereiche der Lebenszufriedenheit aus: Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem sozialen Leben wurden ebenso signifikant schlechter eingestuft; die Zufriedenheit mit dem Umfang an Freizeit stieg jedoch signifikant (Powdthavee, 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es Menschen mit einer geringeren Anzahl oder einem geringeren Ausmaß einer gesundheitlichen Beeinträchtigung leichter fällt sich durch Adaptionsprozesse wieder an ihr ursprüngliches Glücksniveau anzugleichen, während Adaptionsprozesse nach derzeitigem Forschungsstand bei Personen mit schweren Erkrankungen nur in rudimentärer Ausprägung möglich erscheinen.

Bevor zunächst auf die Fragestellungen und Zielsetzung der Diplomarbeit eingegangen wird, erfolgt ein kurzes Kapitel über die qualitative Methodologie.

4. METHODOLOGIE QUALITATIVER SOZIALFORSCHUNG

In diesem Kapitel soll ein kurzer Abriss der qualitativen Sozialforschung erfolgen, um ein grundlegendes Verständnis für die in dieser Studie angewandte Methodik zu schaffen. Informationen zu spezifischen qualitativen Auswertungsverfahren, die der Beantwortung der Fragestellungen dieser Diplomarbeit dienen, finden sich im anschließenden empirischen Teil dieser Arbeit.

4.1 Prinzipien qualitativer Sozialforschung

Die sozialwissenschaftliche Forschung wurde bis zum Ende des 20. Jahrhunderts vorwiegend durch die – ursprünglich in den Naturwissenschaften verankerte – Anwendung von quantitativen Methoden zum Messen und Testen geprägt. Dies änderte sich erst in den 70ern und 80ern des letzten Jahrhunderts als die qualitative Forschung einen Aufschwung erfuhr und sich seither als eigene Disziplin etablieren konnte (Bortz & Döring, 2006; Kuckartz, 2012).

Ein besonderes Kennzeichen der qualitativen Sozialforschung besteht in der Möglichkeit des Informationsgewinns auf individueller Ebene und nicht durch die reine Reduktion der Daten auf statistische Maßzahlen. Lamnek (2005) führte folgende zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung auf:

- die Offenheit des Forschers,
- Forschung als Kommunikation,
- der Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand,
- die Reflexivität von Gegenstand und Analyse,
- die Forderung nach Explikation der einzelnen Untersuchungsschritte und
- die Flexibilität des Forschungsprozesses.

Erst in den letzten Jahrzehnten wurde die Auffassung von einer quantitativen und qualitativen Methodologie als zueinander kontrastierende und konkurrierende

Extrempositionen zunehmend in den Hintergrund gedrängt (Bortz & Döring, 2006). Infolgedessen wurden Versuche einer Kombination dieser zwei Forschungsparadigmen unternommen, so dass sich durch ihre Anwendung als Erhebungs- bzw. Auswertungsmethoden eine optimale und auf die spezifische Forschungsfrage ausgerichtete Ausschöpfung des Datenmaterials ergibt (Lamnek, 2005). Dieses multimethodische Vorgehen wird in der Wissenschaft als „Mixed Methods“-Ansatz bezeichnet und kann als drittes großes Forschungsparadigma gesehen werden (Kuckartz, 2012).

4.2 Qualitative Gütekriterien

Als klassische Gütekriterien in der quantitativen Forschung sind die Maße der Objektivität, Reliabilität und Validität hinlänglich bekannt. Die Forderung nach Kontrolle und systematischen Regeln in der qualitativen Forschung scheint allerdings dem Argument der Offenheit und Kreativität als typische Kennzeichen oftmals entgegen zu stehen (Kuckartz, 2012). Ein Versuch der Einigung auf einheitliche Gütekriterien zur Qualitätssicherung in der qualitativen Sozialforschung ist demzufolge bisher noch nicht erfolgreich gelungen.

Kuckartz (2012) unterscheidet zwischen drei grundlegenden Standpunkten bzw. Sichtweisen hinsichtlich Gütekriterien von Forschern im Feld der qualitativen Methodik:

(A) Universalität

(B) Spezifität

(C) Ablehnung

(A) Gütekriterien können demnach als universell gültig angesehen werden. Unabhängig davon ob quantitativ oder qualitativ geforscht wurde, sind die Gütekriterien einheitlich.

(B) Die zweite Perspektive sieht eine methodenabhängige Anpassung der Kriterien für die qualitative Analyse von Daten vor.

(C) Der letzte Standpunkt beinhaltet die vollständige Ablehnung von Gütekriterien in der qualitativen Forschung.

Für diese Arbeit erfolgt weder eine starre Übernahme der klassischen Gütekriterien aus dem quantitativen Forschungsfeld, noch eine vollständige Ablehnung.

In der qualitativen Forschung sind Objektivität und Reliabilität von nachrangiger Bedeutung (Bortz, 2009). Auch Lamnek (2005) versteht unter Objektivität als qualitatives Gütekriterium eher die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Auswertungsprozesses und der daraus schließenden Schlussfolgerungen.

Mayring (2002) spezifizierte sechs Gütekriterien für den qualitativen, inhaltsanalytischen Auswertungsprozess:

1. Eine detailreiche, intersubjektiv überprüfbare *Verfahrensdokumentation*
2. Eine argumentative, intersubjektiv nachvollziehbare *Interpretations-absicherung*
3. *Regelgeleitetheit*
4. *Nähe zum Gegenstand*
5. *Kommunikative Validierung*
6. *Triangulation*

Diese ähneln den inhaltsanalytischen Gütekriterien, die Kuckartz (2012) für den qualitativen Auswertungsprozess vorschlägt. Diese lassen sich insgesamt in eine interne und externe Studiengüte differenzieren, wobei die erst genannte eine Voraussetzung für die zuletzt genannte darstellt.

Als inhaltsanalytische Kriterien der internen Studiengüte gelten Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit der verwendeten qualitativen Daten und der geeigneten Anwendung der Auswertungsmethoden. Die interne Studiengüte umfasst beispielsweise eine kritische Reflexion der begründeten Wahl einer spezifischen inhaltsanalytischen Methode, der Transparenz und der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens (Kuckartz, 2012). Dies kann in Einklang mit den ersten drei Gütekriterien nach Mayring (Verfahrensdokumentation, Interpretationsabsicherung und Regelgeleitetheit) gesehen werden.

Unter externe Studiengüte fallen die drei von Mayring zuletzt genannten Gütekriterien *Nähe zum Gegenstand*, *Kommunikative Validierung* und *Triangulation*. Nach Kuckartz (2012) zählt die Frage der Generalisierung der inhaltsanalytisch gewonnenen Resultate streng genommen nicht mehr zu den eigentlichen inhaltsanalytischen Gütekriterien. Er nennt jedoch einige geeignete Strategien, die eine Erhöhung der Übertragbarkeit der Studienergebnisse zur Folge haben sollen (Kuckartz, 2012, S.169):

- *Peer debriefing*: regelmäßige Besprechung der Ergebnisse mit fachlichen Experten außerhalb des eigenen Forschungsprojekts
- *Member checking*: kommunikative Validierung durch Diskussion der Ergebnisse mit den Forschungsteilnehmenden selbst
- *Ausgedehnter Aufenthalt im Feld* um Fehlschlüsse zu vermeiden
- *Triangulation bzw. Einsatz von Mixed Methods*

5. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN DER DIPLOMARBEIT

Nachdem der aktuelle Forschungsstand zu den beiden Konstrukten Gesundheit und Subjektives Wohlbefinden und ihre Beziehung zueinander in den vorangegangenen Kapiteln des Theorieteils behandelt wurde, möchte ich nun auf die Zielsetzung meiner Diplomarbeit eingehen. Wie in der Einleitung erklärt, stützt sich diese wissenschaftliche Arbeit auf die Pilotstudie zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens von MMag. Dr. Ponocny, deren methodischer Rahmen und Bedeutung im nachfolgenden Kapitel eingehender erläutert wird.

Die Erforschung des Zusammenhangs zwischen unterschiedlichen Gesundheitsvariablen und dem subjektiven Wohlbefinden erfreute sich im letzten Jahrzehnt zunehmender Beliebtheit. Vor allem durch Experimente, bei denen sich Stimmung und Gefühle induzieren und experimentell manipulieren lassen, konnte die Auswirkung des subjektiven Wohlbefindens auf unterschiedliche Gesundheitsvariablen erforscht werden (Howell et al., 2007). Dennoch stützen sich die meisten Untersuchungen nach wie vor auf quantitative Messungen und einfache Korrelationsdesigns.

In Kapitel 4.1 *Subjektiver vs. objektiver Gesundheitszustand* wurde ausdrücklich die Relevanz des subjektiven Gesundheitszustands im Gegensatz zum objektiv feststellbaren hervorgehoben. Aber nicht nur Gesundheit, sondern auch Glück ist ein subjektives Konstrukt, welches sich am besten durch die Befragung einer Person erfassen lässt. Die Person selbst kann somit als Experte ihres individuellen Glücks und ihrer Gesundheit bezeichnet werden. Auch Faltermaier (1997) unterstrich die Bedeutsamkeit von qualitativen Untersuchungen speziell in den Gesundheitswissenschaften. Diese zeichneten sich durch die Offenheit für nicht ins Schema passende Antworten, die Erfassung von subjektiven Konzepten und Perspektiven sowie die Abbildung der Person in ihrer persönlichen, innerlichen Lebenswelt aus. Diese Vorteile sollen auch in dieser Studie von Nutzen sein, indem das Konstrukt der Gesundheit nicht vorstandardisiert durch Fragebögen erhoben wird, sondern der Versuch unternommen wird dies in der alltäglichen subjektiven Erfahrungswelt der befragten Person zu erfassen. Die interviewte Person erhält so die Möglichkeit über jene gesundheitsbezogene Themen zu sprechen,

denen sie selbst bezogen auf ihr persönliches Leben und Wohlbefinden Relevanz beimisst.

Ein wesentlicher Aspekt dieser Arbeit bezieht sich somit auf die vorrangige Fragestellung, welche Rolle Gesundheit für das subjektive Wohlbefinden spielt und wie sich dies durch einen qualitativen Forschungsansatz erfassen lässt bzw. welcher Messproblematik sich dieser Ansatz dabei letztendlich stellen muss. Inwieweit lässt sich der Gesundheitszustand einer Person in qualitativen Interviews erkennen?

Sind – so wie es der derzeitige Forschungsstand besagt – Personen, die ein unter einem geringeren Ausmaß an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, auch glücklicher und zufriedener mit ihrem Leben? Zeigen sich Unterschiede bezüglich demographischer Merkmale?

Darüber hinaus soll anhand des vorliegenden qualitativen Interviewmaterials explorativ erörtert werden, in welchem Zusammenhang bzw. mit welchen Themen gemeinsam Gesundheit im Laufe des biographischen Interviews Erwähnung findet und ob auch hierbei das subjektive Wohlbefinden in diesem Zusammenhang thematisiert wird.

Hinsichtlich der verwendeten Methodik soll fragestellenübergreifend herausgearbeitet werden, wie sehr die Erfassung durch qualitative Interviews und die Verwendung von qualitativen Analysemethoden sich dazu eignen, Gesundheit und seine Beziehung zum subjektiven Wohlbefinden der Menschen zu erfassen.

Ergänzt soll die Auswertung zusätzlich durch die sinngerechte Anwendung quantitativer Analysemethoden werden, um einen Vergleich und ein gesamtheitliches, umfangreiches Abbild des vorliegenden Informationsmaterials dieser Studie zu diesem Thema zu ermöglichen. Dementsprechend stellen sich auch die Fragen, ob die Ergebnisse qualitativer und quantitativer Auswertung im Einklang oder im Widerspruch zueinander stehen.

III

EMPIRISCHER TEIL

6. RAHMENBEDINGUNGEN DER PILOTSTUDIE

6.1 Theoretischer Hintergrund und methodische Ziele der Pilotstudie¹

Die österreichweite Studie zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens trägt den Namen „*Living conditions, quality of life and subjective well-being in regions: A methodological pilot study with explorative interviewing and quantitative measurement*“ und wurde von MMag. Dr. Ivo Ponocny, Dr. Mag. Christian Weismayer, Mag. Stefan Dressler und Mag. (FH) Bernadette Stross geleitet und im Projektteam durchgeführt.

Die Studie zielt auf die Evaluation der Lebensbedingungen des Einzelnen in unterschiedlichen österreichischen Regionen ab. Die Auswirkungen der regionalen Lebensbedingungen und individuellen positiven als auch negativen Einflussfaktoren auf das subjektive Wohlbefinden sollen gemessen und dadurch vergleichbar gemacht werden. Sollten sich regionale Unterschiede hinsichtlich der Stärke des subjektiven Wohlbefindens zeigen, wird versucht diese Variabilität zu explorieren und regionale Schlüsselfaktoren ausfindig zu machen (Ponocny et al., 2012).

Die methodologischen Ziele der zugrunde liegenden Pilotstudie bestehen einerseits aus der qualitativen Analyse von quantitativen Antworten hinsichtlich der Frage nach dem subjektiven Wohlbefinden und der Ergründung dessen, wie Fragen nach dem subjektiven Wohlbefinden subjektiv verstanden und interpretiert werden. Dies alles geschieht unter dem wissenschaftlichen Aspekt eine geeignete methodische Wahl zur validen Erfassung der Lebensqualität – unter Berücksichtigung von quantitativen und qualitativen Methoden mittels Einsatz von Triangulation – ausfindig zu machen, damit diese in regelmäßigen Abständen auf gesellschaftlicher Basis zur Anwendung kommen kann (Ponocny et al., 2012).

Als weiteren Ansatz verfolgt diese Pilotstudie den Anspruch als eine Schnittstelle zwischen (politischen) Entscheidungsträgern und der österreichischen Bevölkerung zu dienen, indem den befragten Personen die Möglichkeit gegeben wird auf ihre regionalen Lebensbedingungen einzugehen, diese zu evaluieren, Verbesserungswünsche zu äußern

¹ Sämtliche Informationen dieses Kapitels wurden aus dem Projektbericht (2012a) und dem unveröffentlichten Manuskript (2012b) von Dr. Ponocny, Dr. Mag. Weismayer, Mag. Dressler und Mag. (FH) Stross entnommen.

und dieses entsprechende Feedback in weiterer Folge an die zuständigen Gemeinden weiter zu leiten. Dies geschieht unter dem finalen Ziel der Maximierung des subjektiven Wohlbefindens der BürgerInnen (Ponocny et al., 2012).

Gefördert wurde die Pilotstudie durch den Jubiläumsfond der Österreichischen Nationalbank.

6.2 Qualitative und quantitative Methoden

Die Studie wurde in zehn verschiedenen Gemeinden bzw. Bezirken in Österreich durchgeführt: diese sind Wels in Oberösterreich, der 15. und 19. Bezirk in Wien, Mühlbach am Hochkönig in Salzburg, Ferlach in Kärnten, Kaindorf bei Hartberg in der Steiermark, Amstetten in Niederösterreich, Graz-Waltendorf und Stadl in der Steiermark sowie Rietz in Tirol. Die Auswahl dieser Gemeinden erfolgte aufgrund unterschiedlicher Kriterien: diese sind beispielsweise besondere Kennzeichen der ausgewählten Orte aufgrund der geographischen Lage, der Besiedelung, der Herkunft bzw. Staatsbürgerschaft der Einwohner, Tourismusaufkommens, der Einwohnerzahl, der Bevölkerungsveränderung, der Anzahl der Pendler, der Überalterung der Einwohner, der Infrastruktur oder weiteren topographischen Gegebenheiten (Ponocny et al., 2012).

In jeder der ausgewählten Regionen wurden schließlich qualitative Interviews mit jeweils 50 Einwohnern durchgeführt. Als Motivationsanreiz diente ein Geldbetrag von 50 Euro. Diesen Personen wurde auch das Angebot unterbreitet für einen weiteren Geldbetrag von 20 Euro eine Woche lang ein eigens dafür konstruiertes Tagebuch auszufüllen. Diese Tagebücher wurden unter Berücksichtigung der EU-Time-Survey und des Tagebuchs nach Kirchler (1985) erstellt und zielten auf die Erfassung der Aktivität, den Ort, anwesenden Personen, den aktuellen Gefühlszustand und dessen Ursache ab. Die Protokollierung dieser Merkmale erfolgte in 30-Minuten-Intervallen. Insgesamt wurden 300 Tagebücher ausgefüllt (Ponocny et al., 2012).

Neben den Interviews, Tagebüchern und Fragebögen fanden auch jeweils zwei Fokusgruppen in allen ausgewählten Ortschaften statt, die sich aus einer Teilnehmerzahl von vier und 11 Personen zusammensetzten. Als vorherrschende Thematik dienten die Diskussion der Lebensqualität im Vergleich zu anderen Regionen und die Diskussion der Ergebnisse der durchgeführten Interviews bzw. Fragebögen (Ponocny et al., 2012).

Insgesamt wurden mehr als 1400 Fragebögen, 300 Tagebücher, 20 Fokusgruppen und über 500 Interviews ausgefüllt bzw. durchgeführt (Ponocny et al., 2012).

6.3 Qualitative Interviews

Für die Durchführung der biographischen Interviews standen 11 eigens dafür geschulte Personen als InterviewerInnen zur Verfügung. Diese verfügten als Mindestanforderung zumindest über einen Bachelor-Abschluss im Fachbereich der Psychologie. Die Schulung der InterviewerInnen bestand aus der Herstellung des telefonischen Erstkontakts bis hin zur Anwendung des Leitfadens bei der Durchführung der Interviews (Ponocny et al., 2012).

Es handelt sich um halbstrukturierte Interviews, die eine Dauer von bis zu 1,5 Stunden aufwiesen. Zu Beginn wurde vom Interviewer darum gebeten über den bisherigen Lebensverlauf mitsamt Höhen und Tiefen zu erzählen, der ausführliche Interviewleitfaden befindet sich zur Veranschaulichung im Anhang.

Neben der Durchführung des Interviews erfolgte auch eine kurze Beschreibung des Settings und der Rahmenbedingungen durch den/die InterviewerIn um externe (Stör-)Faktoren möglichst gering bzw. unter Kontrolle zu halten. Alle interviewten Personen füllten zudem vor dem Interview einen soziodemographischen Fragebogen aus, der sich zur Einsicht ebenfalls im Anhang befindet.

6.4 Transkription

Die Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgenommen. Die Audio-Dateien wurden anschließend mit Unterstützung des professionellen Transkriptionsprogramms „f4“ (verfügbar online unter <http://www.audiotranskription.de/f4.htm>) in eine schriftliche Form gebracht. Diese Arbeit erfolgte in einem Team aus 13 DiplomandInnen der Universität Wien und Modul University Vienna sowie einer freiwilligen Voluntärin im Rahmen des Pilotprojekts. Die Betreuung und Kontrolle erfolgte durch das zugehörige Forschungsteam des Projekts.

Die Transkriptionsregeln wurden adaptiert nach Kowal & O’Connel (2004) und Froschauer und Lueger (1992). Neben den verbalen Äußerungen der interviewten Personen wurden auch nonverbale Gesprächsaspekte wie Lachen, Räuspern, besondere Betonungen und sich ändernde Sprechgeschwindigkeiten bei der Transkription berücksichtigt. Gesprächs- und Denkpausen wurden im zeitlichen Intervall von einer Sekunde durch jeweils einen Punkt charakterisiert.

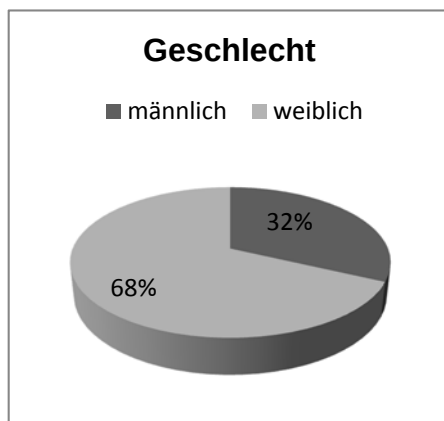
Es erfolgte eine Anonymisierung der Personen- und Ortsangaben.

Als nächstes erfolgt die Beschreibung der zugrunde liegenden Stichprobe dieser Diplomarbeit.

7. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

7.1 Auswahl der Stichprobe

Aus dem Gesamtpool von 500 transkribierten Interviews wurden all jene für die Stichprobenziehung berücksichtigt, die folgendes Kriterium erfüllten: es musste zumindest drei Mal der Begriff „krank“ oder „gesund“ verwendet worden sein. Mit dieser Abgrenzung wird sichergestellt, dass die ausgewählten Personen auch tatsächlich über diese Begrifflichkeiten sprechen und eine rein zufällige Erwähnung ohne weitere Ausführung oder persönlicher Relevanz vermieden wird.



Dieses Kriterium traf auf insgesamt 284 Interviews zu, es ergab sich eine Geschlechterverteilung von 91 Männern und 193 Frauen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Geschlechtsverteilung nach erster Stichprobenreduzierung

Um adäquate Aussagen zu Geschlechterdifferenzen treffen zu können, wurden diese 284 Interviews nach Geschlecht getrennt und jeweils 25 Interviews nach Zufall ausgewählt. Die endgültige Stichprobe für die bevorstehende qualitative Analyse besteht dementsprechend aus insgesamt 50 Interviews, die Geschlechtsvariable ist gleichverteilt. Weitere soziodemographische Kennzeichen dieser Stichprobe werden nachfolgend näher beschrieben und dargestellt.

7.2 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

ALTER

Das arithmetische Mittel des Alters der männlichen Befragten liegt bei 45,16 Jahren (SD = 17,44) und jenes der weiblichen Befragten bei 46 Jahren (SD = 21,5). Die Altersspannweite besitzt bei beiden Geschlechtern einen ähnlichen Umfang: bei Frauen ist die jüngste Person 16 Jahre und die älteste 97 Jahre alt, bei Männern ist der jüngste 22 und der älteste 79 Jahre alt.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik für die Variable „Alter“

Deskriptive Statistik						
Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard abweichung
m	Alter	25	22	79	44,00	17,436
	Gültige Werte (Listenweise)	25				
w	Alter	25	16	97	46,00	21,494
	Gültige Werte (Listenweise)	25				

BILDUNGSSTAND

Vier Frauen und keiner der männlichen Befragten gaben als höchsten Abschluss den Pflichtschulabschluss an, sieben Frauen und sechs Männer besitzen einen Lehrabschluss und eine Frau sowie drei Männer absolvierten eine Meisterprüfung. Weitere fünf Frauen und fünf Männer besuchten eine berufsbildende mittlere oder höhere Schule und jeweils zwei Frauen und Männer legten ihre Matura an einem Gymnasium ab. Die Berufsreifeprüfung bzw. die Studienreifeprüfung wurde von jeweils einer Frau und einem Mann als höchster Abschluss genannt. Insgesamt weisen fünf Frauen und acht Männer einen akademischen Abschluss auf.

Eine Übersicht zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung, getrennt nach Geschlecht, findet sich in Abbildung 7.

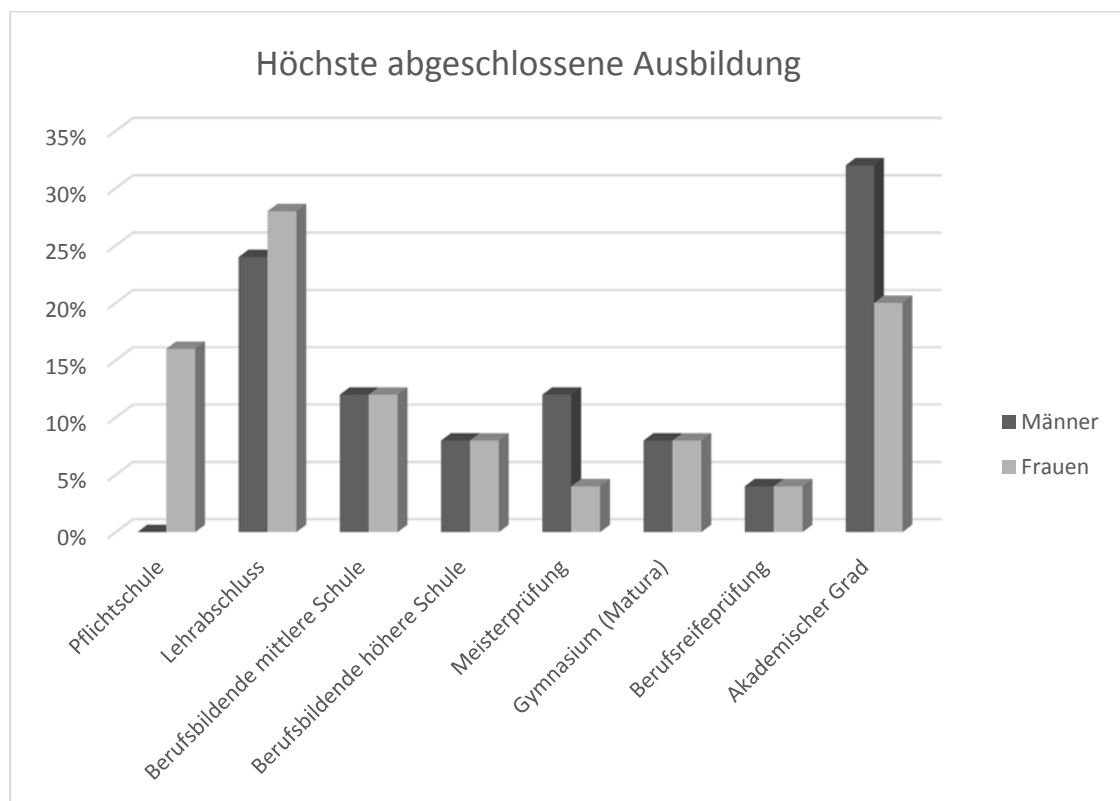


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung "Bildungsstand"

BERUFLICHE SITUATION

Jeweils 11 Männer und Frauen gaben an, dass sie derzeit einer unselbständigen Arbeit nachgehen, weitere zwei Männer und drei Frauen sind selbstständig tätig. Jeweils ein Mann und eine Frau sind derzeit sowohl selbst- als auch unselbstständig tätig. Zwei Frauen besuchen zum aktuellen Zeitpunkt der Studie eine Schule, während fünf Männer und eine Frau sich im Rahmen eines Studiums weiterbilden. Dem Beruf der Hausfrau/des Hausmanns gehen aktuell zwei Frauen aus der Stichprobe nach. Pensioniert sind insgesamt fünf Männer und vier Frauen, und jeweils ein Mann und eine Frau sind derzeit arbeitssuchend bzw. gehen keiner geregelten Arbeit nach. Es befanden sich keine PräsenzdienerInnen und Personen in Karenz in der Stichprobe.

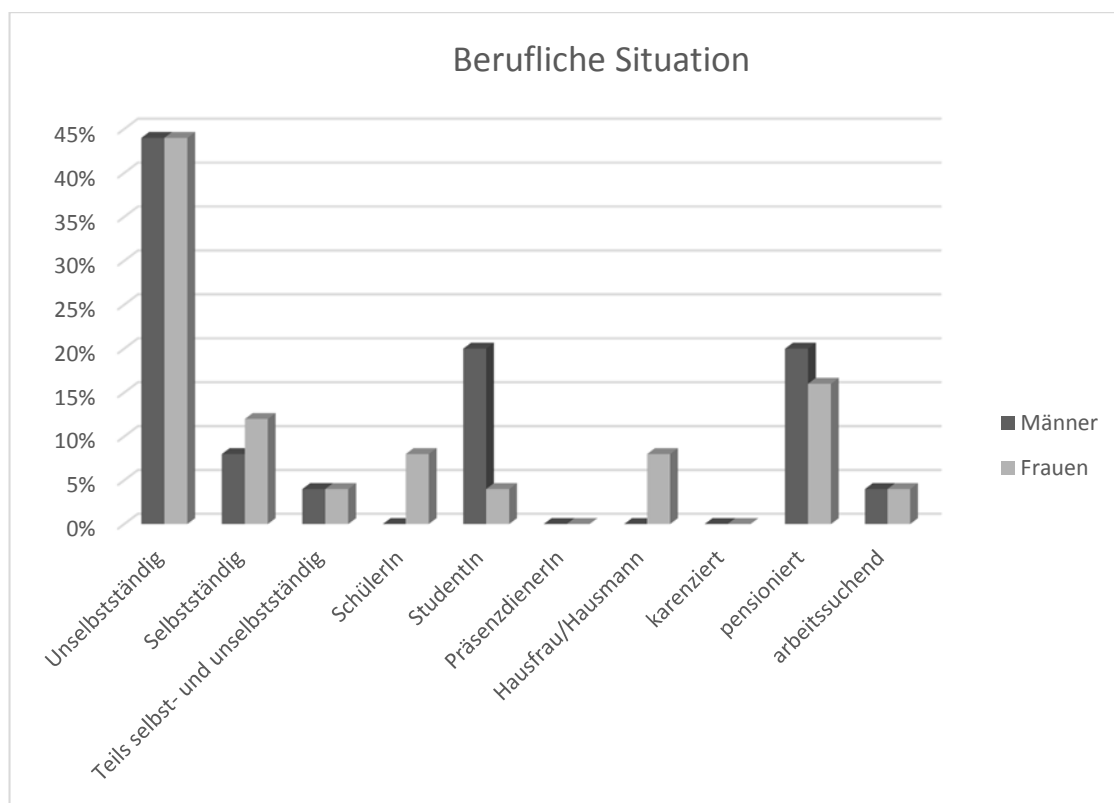


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung "Berufliche Situation"

EINKOMMEN

Durchschnittlich verdienen die befragten Männer 1.362,14 Euro (SD = 687,06) netto, während das durchschnittliche Netto-Gehalt der befragten Frauen bei 1.066,92 Euro (SD = 352,15) liegt und somit um 22% weniger als jenes in der männlichen Vergleichsstichprobe beträgt. Die Spannweite des Einkommens ist bei den Männern auch größer als jene bei den Frauen: das niedrigste Einkommen der Männer liegt bei 300 Euro und das höchste bei 3.000 Euro. Das niedrigste Einkommen der weiblichen Befragten liegt bei 590 Euro und das höchste bei 1.600 Euro. Im Häufigkeitsdiagramm in Abbildung 8 sind die Unterschiede graphisch dargestellt.

Sowohl 11 Männer als auch 12 Frauen (insgesamt 46% der Stichprobe) verweigerten die Angabe ihres Einkommens. Es zeigt sich somit kein geschlechtsspezifischer Unterschied.

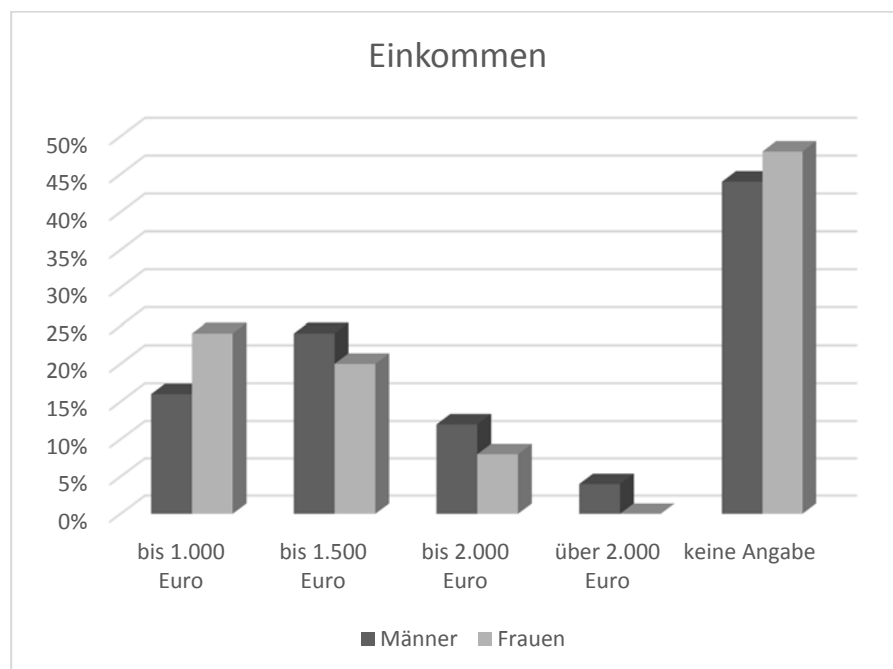


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung "Einkommen"

FAMILIENSTAND

48% der Personen aus der Stichprobe gaben an, dass sie verheiratet sind. 32% sind ledig und weitere 12% befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einer Lebensgemeinschaft. 6% gaben an, dass sie verwitwet sind und 2% sind geschieden. Wie in Abbildung 7 ersichtlich ist, ähnelt sich die Häufigkeitsverteilung zwischen den befragten Männern und Frauen einander.

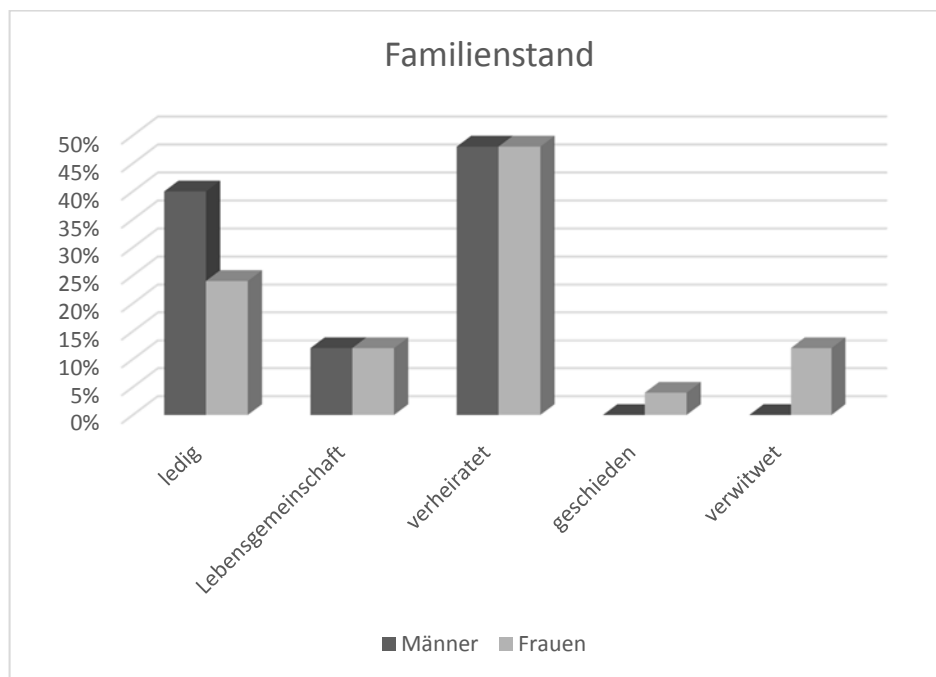


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung des Familienstands in der Stichprobe

NATIONALITÄT

Bis auf drei Personen, zwei Männern und einer Frau, sind alle Personen der Stichprobe in Österreich geboren. Die drei Personen, die nicht in Österreich geboren sind, stammen aus Deutschland, Bosnien und Italien und leben seit jeweils 5, 11 und 18 Jahren in Österreich. Im Rahmen des jeweils durchgeführten qualitativen Interviews ergaben sich keine Hinweise auf sprachliche Verständnisschwierigkeiten.

GLÜCK UND ZUFRIEDENHEIT

Die Erfassung von „Glück“ und „Zufriedenheit“ erfolgte auf einer 10-stufigen Skala, wobei 1 die höchste Ausprägung und 10 die niedrigste Ausprägung darstellt. Der exakte Wortlaut der verwendeten Fragen lautete: „Wie glücklich sind Sie alles in allem mit Ihrem Leben?“ und „Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrem Leben?“.

Frauen gaben nur Glücks- und Zufriedenheitswerte zwischen 1 und 5 an, bei Männern reichten die Angaben von 1 bis zum Skalenwert 7. Die niedrigsten Zufriedenheits- und Glückswerte wurden von niemanden in der Stichprobe angegeben. Der Median für die Zufriedenheit beträgt bei den weiblichen Befragten den Wert 2 und bei den männlichen Befragten den Wert 3. Für die Variable Glück erreichten Frauen und Männer jeweils einen Median von 3.

8. DER QUALITATIVE AUSWERTUNGSPROZESS

Max Weber begründete 1910 die Inhaltsanalyse als wissenschaftliche Auswertungsmethode (Kuckartz, 2012).

In der psychologischen Wissenschaftsdisziplin wurde die qualitative Inhaltsanalyse seit der kognitiven Wende insbesondere zur Erfassung von kognitiven und emotionalen Befindlichkeiten angewandt, sie musste sich jedoch in der Vergangenheit lange Zeit starker methodischer Kritik stellen (Lamnek, 2005). Dies änderte sich erst durch Mayring, der eine Inhaltsanalyse entwickelte, die wissenschaftlichen Kriterien entsprach.

8.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Dieses Verfahren soll laut Mayring (2010) systematisch, regel- und theoriegeleitet (fixierte) Kommunikation analysieren und „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation“ erlauben (Mayring, 2010, S. 13). Die qualitative Inhaltsanalyse dient zur systematischen Strukturierung des Materials um daraus theoretische Aussagen ableiten zu können (Lamnek, 2005). Mayring (2010) betonte insbesondere, dass im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse nicht nur qualitative Analyseschritte stehen, sondern diese auch quantitativ ergänzt werden können.

Neben sprachlichen Materialien wie Dokumente, Zeitungsartikel oder Transkripte können auch nonverbale Inhalte, zum Beispiel Bilder, Videos etc., als Basis zur inhaltsanalytischen Auswertung verwendet werden (Lamnek, 2005). Die Auswertungsgrundlage für diese Arbeit bilden die Transkripte der durchgeführten qualitativen Interviews.

Mayring (2010) legte eine Abfolge von unterschiedlichen Schritten als individuell zu konfigurierendes Ablaufmodell der Inhaltsanalyse fest:

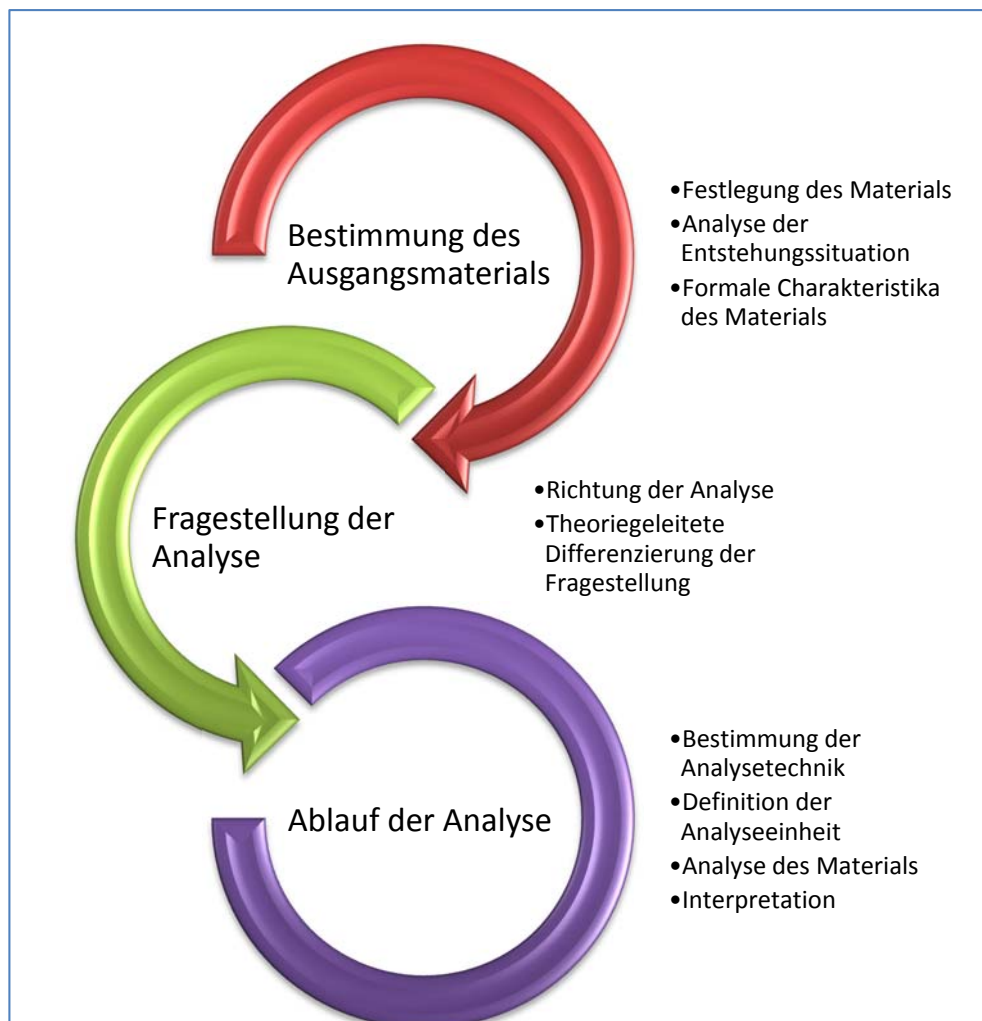


Abbildung 11: Ablauf der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

1. Bestimmung des Ausgangsmaterials

Unter „Festlegung des Materials“ wird die Schilderung der Stichprobenziehung verstanden, auf welche im vorangegangenen Kapitel ausführlich eingegangen wurde. Informationen zur „Analyse der Entstehungssituation“ der Interviews wurden im Rahmen der Vorstellung der Pilotstudie in den Kapiteln 7.1 bis 7.3 vorgestellt. In Kapitel 7.4 „*Transkription*“ findet sich eine Beschreibung zu den „Formalen Charakteristika des Materials“, darunter fällt die Schilderung der Transkriptionsregeln und der Angabe, dass die Interviews als schriftliche Transkripte in elektronischer Form vorliegen.

2. Fragestellung der Analyse

Die beiden Punkte „Richtung der Analyse“ und „Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung“ beschäftigen sich mit der Bestimmung einer spezifischen, an den aktuellen Forschungsstand anknüpfende Fragestellung und mit der Festsetzung der allgemeinen Zielsetzung dieser Arbeit. Beides wurde im Kapitel 6 *„Zielsetzung und Fragestellungen der Diplomarbeit“* erläutert.

3. Ablaufmodell der Analyse

Als ein wichtiges wissenschaftliches Qualitätskriterium nennt Mayring (2010) die Nachvollziehbarkeit und intersubjektive Überprüfbarkeit einer Auswertungsmethode. Nach Mayring (2010) wird dies bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch die Splittung des Analyseprozesses in einzelne, nachvollziehbare Analyseschritte garantiert.

Neben der Festlegung auf eine Analysetechnik, welche Mayring differenziert in die drei grundlegenden qualitativen Techniken „Strukturierung“, „Explikation“ und „Zusammenfassung“, erfolgt auch die Definierung der Analyseeinheiten. Unter Analyseeinheiten versteht Mayring (2010) Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheiten, die vor der Auswertung des Materials konkret festgelegt werden um eine systematische und regelgeleitete Analyse zu ermöglichen. Die Kodiereinheit beschreibt die kleinste Einheit, die im Rahmen der Auswertung berücksichtigt wird und wird auf eine Proposition festgelegt. Die Kontexteinheit stellt die größte Einheit eines Textes, welcher ausgewertet wird, dar und wird auf das gesamte Textmaterial, welches für die Forschungsfrage relevant ist, festgelegt. Als letztes erfolgt die Festsetzung der Auswertungseinheit, welche beschreibt wie viele Textteile nacheinander in der Auswertung berücksichtigt werden und mit der Kontexteinheit identisch sein kann. Die zur Analyse zugrunde liegenden Aussagen beziehen sich auf alle getätigten Äußerungen über die Gesundheit bzw. Krankheit einer Person oder von Personen im nahen Umfeld bzw. auf gesundheitsrelevante Themen, die in diesem Zusammenhang stehen.

Ein zentrales Merkmal der qualitativen Inhaltsanalyse besteht aus der Bildung eines Kategoriensystems zur systematischen Erfassung und Strukturierung des Materials. Die Entwicklung der Kategorien erfolgte für diese Diplomarbeit sowohl deduktiv aus der

Theorie ableitend als auch induktiv am Material. Eine induktive Anpassung und Erweiterung der Kategorien ist überdies aus dem Grund notwendig, weil das auszuwertende Material aus einer Pilotstudie stammt, die nicht direkt zum Thema „Gesundheit und Subjektives Wohlbefinden“ durchgeführt wurde und somit laufend gesammelt und ergänzt werden muss, was die interviewten Personen in diesem Zusammenhang ansprechen und als wichtig erachten.

Als letzte Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) erfolgen schlussendlich die Analyse des Materials, die Interpretation sowie die Beantwortung und Diskussion der Fragestellungen.

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung werden zunächst in die Bereiche „Persönliche Gesundheit“ (Kapitel 9) und „Krankheiten im sozialen Umfeld“ (Kapitel 10) unterteilt. Anschließend wird die Auswertung in Kapitel 11 durch quantitative Analysen ergänzt. Bevor die Ergebnisse letztendlich unter dem theoretischen Aspekt des aktuellen Forschungsstandes diskutiert und die Fragestellungen beantwortet werden, erfolgt in Kapitel 12 eine Kategorisierung der angesprochenen Themen, welche in Verbindung mit Gesundheit stehen.

8.2 Das Kategoriensystem

Das der qualitativen Inhaltsanalyse zugrunde liegende Kategoriensystem wurde sowohl deduktiv, aus der Theorie ableitend, als auch induktiv, aus dem vorliegenden Material heraus, entwickelt. Die Codierung des gesamten Materials und die Kategorienentwicklung erfolgten u.a. unter Anwendung des – auf qualitative Inhaltsanalyse spezialisierte – EDV-Programms MAX.QDA.

Für die Vornahme der deduktiv-induktiven Kategorienbildung und der Anpassung bzw. Überprüfung des Kategoriensystems wurden 25% der Interviews aus der Stichprobe durchgearbeitet bis eine Sättigung des Informationsgehalts erreicht wurde. Zu jedem Interview wurde darüber hinaus ein kurzes, fragestellungsbezogenes Memo angefertigt.

Aus dem Interviewmaterial lassen sich unterschiedliche Charakterisierungsmerkmale identifizieren: Einerseits spricht ein Großteil der befragten Personen in den biographischen Interviews über ihre persönlichen aktuellen als auch vergangenen Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten. Andererseits finden auch insbesondere persönliche Belastungen durch Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten von Mitmenschen im nahen sozialen Umfeld verstärkt Erwähnung. Diese Faktoren, die sich auch auf das subjektive Wohlbefinden auszuwirken scheinen, fließen daher ebenfalls in das Kategoriensystem bzw. der nachfolgenden qualitativen und quantitativen Analysen mit ein.

Eine tabellarische Darstellung der erstellten Kategoriensysteme findet sich nachfolgend:

8.2.1 Darstellung der Kategoriensysteme

Tabelle 3: Tabellarische Darstellung der Kategoriensysteme

	Kategorienbereich	Bezeichnung	Ausprägungen der Subkategorien	Definition
A Persönliche Gesundheit <i>N = 25 Interviews</i>	A	Erwähnung von objektiven oder subjektiven gesundheitlichen Belastungen im biographischen Interview	ja/nein	Erwähnung von persönlichen gesundheitlichen Belastungen/Problemen/Erkrankungen
	A1	Subjektiver Gesundheitszustand (aktuell)	• gesund • leicht beeinträchtigt • stark beeinträchtigt	Evaluierende Vorgehensweise zur Bestimmung des subjektiven Gesundheitszustandes
	A2	Gesundheitsprobleme und Krankheiten	• Kategorisierung nach ICD-10	
	A4	Coping	• Religiöse Unterstützung • Inanspruchnahme von professionellen Hilfsmaßnahmen	

- Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung
- Positive, optimistische Einstellung
- Selbstwertfördernde Um- und Neubewertungen
- Maladaptive Strategien
- Keine genannt

Die ersten drei Kategorienbereiche beziehen sich auf Erwähnungen hinsichtlich des persönlichen Gesundheitszustands der interviewten Person. Es werden alle Interviews von Personen, die über persönliche gesundheitliche Belastungen, gesundheitliche Einschränkungen oder über Krankheiten/Gesundheitsprobleme berichten, den Kategorien A1 bis A3 zugeordnet.

Auf Ankerbeispiele und Kodierregeln wird nachfolgend bei der Vorstellung und Beschreibung der Kategorien eingegangen. Als nächstes erfolgt die Beschreibung dieser Kategorien mit angeführten Kodierregeln, Anker- und Auswertungsbeispielen und einer kategorienbasierten Auswertung.

9. PERSÖNLICHE GESUNDHEIT

Dieses Kapitel beginnt mit einem kurzen Exkurs zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands um eine wissenschaftlich fundierte Basis für die Kategorienbildung und die Subkategorienzugehörigkeit zu schaffen. Darauf folgend werden die Kategorien in ihrer Abfolge laut Kategoriensystem näher beschrieben und anschließend findet eine kategorienbasierte Analyse des Materials entlang der Subkategorien statt.

9.1 Exkurs: Quantitative Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands

Allgemein wird der subjektive Gesundheitszustand in psychometrischen Fragebögen durch die direkte Frage „*Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?*“ und einer darauf folgenden quantitativ abgestuften Bewertung auf einer Skala durch die befragte Person selbst erfasst. Dies wurde in dieser Form beispielsweise beim AT-HIS (Austrian Health Information Survey), dessen Erhebungsergebnisse in Kapitel 2.2 *Aktuelle Daten und Statistiken* vorgestellt wurden, durchgeführt.

Frank (1991) beschrieb die diagnostische Komplikation bei der Erfassung des körperlichen Wohlbefindens, welches auch den subjektiven Gesundheitszustand umfasst, folgendermaßen: körperliches Wohlbefinden kann nach Frank (1991) als „reibungslloses Funktionieren des Körpers“ (S.71) definiert werden, wodurch dieses oft eine „informationslose Befindensqualität“ (S.71) darstellt und somit messtheoretisch schwer zu erfassen ist. So konzentrieren sich die meisten Erhebungsinstrumente, die auf die Erfassung des Erlebnisaspekts von Gesundheit und körperlichen Wohlbefinden abzielen, lediglich auf negative Krankheitssymptome wie Schmerzen und Beschwerden und vernachlässigen die positiven Aspekte (Frank, 1991).

Obgleich seither über 20 Jahre vergangen sind, präsentiert sich nach wie vor dieselbe Problematik bei der Erfassung durch subjektive Gesundheitsmaße. So stellt der Short Form Health Survey (SF-36) ein vielfach angewandtes Messinstrument zur validen, reliablen und ökonomischen Erfassung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustands sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar. Insgesamt besteht dieses Verfahren aus 36 Items, welche intendieren acht unterschiedliche Domänen zu erfassen:

1. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
2. Vitalität
3. Soziale Funktionsfähigkeit
4. Körperliche Funktionsfähigkeit
5. Körperliche Rollenfunktion
6. Körperliche Schmerzen
7. Emotionale Rollenfunktion
8. Psychisches Wohlbefinden

Das zusätzliche Item „Veränderung der Gesundheit“ vergleicht den aktuellen Gesundheitszustand in Bezugnahme auf jenen des vorigen Jahres.

Die Erfassung dieser genannten Dimensionen erfolgt mit gezielten Fragen nach aktuellen Schmerzen, Beeinträchtigungen, Einschränkungen im alltäglichen Leben, der subjektiven Einschätzung des körperlichen bzw. psychischen Gesundheitszustands und resultierende Auswirkungen auf andere Lebensbereiche wie auf das soziale Umfeld.

Ein ähnliches, standardisiertes, psychometrisches Verfahren, welches vor allem zur Erfassung des psychischen Gesundheitszustands dient, stellt der PHQ-D („Prime MD Patient Health Questionnaire“) dar. Dieser beinhaltet neben Fragen zu Beschwerden, Schmerzen und Alltagseinschränkungen auch Fragen nach Angstzuständen, Schlaf- und Essstörungen, dem Alkoholkonsum und der Medikamenteneinnahme. Es wird ein zeitlicher Rahmen von den letzten 2 Wochen bis hin zu den letzten 3 Monaten berücksichtigt. Auch hier richten sich die Fragen vor allem nach den negativen Symptomen, wie aus folgender Beispielsfrage ersichtlich werden soll: *„Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 bzw. 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“*.

Frank (1991) unterstrich die Bedeutung der Erhebung von subjektiven als auch von objektiven Maßen, aus dem Grund, dass sie einen jeweils unterschiedlichen Informationsgehalt liefern und sich gegenseitig konstruktiv ergänzen können. So deutet der subjektive Gesundheitszustand auf die Möglichkeit der „eigenständigen,

selbstsicheren und aktiven Lebensführung“ hin, unterdessen beschreibt der objektive eher das Leistungspotential eines Individuums (Frank, 1991, S.91).

9.2 Subjektiver Gesundheitszustand

9.2.1 Kategorienbeschreibung

Aus dem gegebenen methodischen Sachverhalt, dass in den vorliegenden narrativen Interviews dieser Pilotstudie nicht jede Person ausdrücklich danach befragt wird wie gesund sie sich fühlt oder diese Aussage von sich selbst aus im Laufe des Interviews tätigt, wird mit dieser Kategorie und ihren Subkategorien mithilfe einer inhaltsanalytischen Auswertung der Versuch unternommen den subjektiven Aspekt des derzeitigen Krankheits- bzw. Gesundheitserlebens unter Zuhilfenahme von Indikatoren zu erfassen und eine Einteilung vorzunehmen. Als wegweisende Indikatoren dienen zur Orientierung die zuvor im Exkurs vorgestellten Items bzw. zugrunde liegenden Konzepte zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands.

Aus den 50 Interviews der Stichprobe wurden jene herangezogen, welche Äußerungen über ihren persönlichen Gesundheitszustand beinhalten. Dies traf auf insgesamt 50% der Interviews zu.

Indikatoren für einen beeinträchtigten subjektiven Gesundheitszustand:

- Subjektiv empfundene und geäußerte Einschränkungen der körperlichen/geistigen Leistungsfähigkeit oder daraus resultierende Einschränkungen in alltäglichen Handlungen
- Berichten von Schmerzen, gesundheitlichen Beschwerden, Belastungen und Beeinträchtigungen und/oder es fallen andere subjektive Äußerungen zu gesundheitlichen Leiden
- Eindeutige subjektive Beschreibungen des Gesundheits- bzw. Krankheits-zustands.
Beispiel: „ich fühle mich krank/gesund“

Die Subkategorienzugehörigkeit dreht sich nicht um den objektiven Schweregrad von Gesundheitsproblemen und Erkrankungen sondern ausschließlich um den von den interviewten Personen subjektiv empfundenen. Es konnten drei unterschiedliche Subkategorien aus dem Material abstrahiert werden.

Zur Vervollständigung diente zu Beginn der Auswertung die Restkategorie „nicht eindeutig erschließbar“. Nachdem alle Interviews zugeteilt werden konnten, wurde diese Subkategorie jedoch im endgültigen Kategoriensystem aufgelöst.

Die Codierungsregeln für „Subkategorie 1 – gesund“ lauten:

- Vollständige Abwesenheit von subjektiven Signalwörtern bzw. Indikatoren für aktuelle gesundheitliche Beschwerden und Einschränkungen oder
- Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustands als „gesund“

Die Codierungsregeln für „Subkategorie 2 – Gesundheit wird als eingeschränkt/belastend beschrieben“ lauten:

- Es werden aktuelle gesundheitliche Beschwerden, Einschränkungen und/oder Belastungen geäußert, deren subjektives Ausmaß nicht als stark empfunden und der Gesundheitszustand von der Person selbst somit als „eher“ gesund eingestuft wird
- Diese müssen im Gegensatz zur letzten Subkategorie nicht zwingend als stark erlebt werden oder ein zentrales Thema des Interviews darstellen

Die Codierungsregeln für „Subkategorie 3 – Gesundheit wird als stark eingeschränkt/belastend beschrieben“ lauten:

- Äußert zahlreiche oder ein starkes Ausmaß an gesundheitlichen Beschwerden/Belastungen und fühlt sich gesundheitlich stark eingeschränkt
- Die beeinträchtigte Gesundheit oder deren Abwesenheit stellt ein zentrales Thema des Interviews dar oder
- Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustands als „krank“ oder „nicht gesund“

Auszüge aus den Interviews und den Zuteilungen zu den Kategorien finden sich im nächsten Unterkapitel „Kategorienbasierte Auswertung“. Da es sich um eine evaluative Kategorie handelt, erfolgt die Vorstellung und Interpretation dieser Fälle gemeinsam, entlang der Subkategorien.

9.2.1 Kategorienbasierte Auswertung

Die Abbildung 12 zeigt einen graphischen Überblick der Häufigkeitsverteilung der Zuteilung zu den Subkategorien des subjektiven Gesundheitszustands, differenziert dargestellt nach dem Geschlecht. Die meisten Zuteilungen gab es somit in der zweiten Subkategorie.

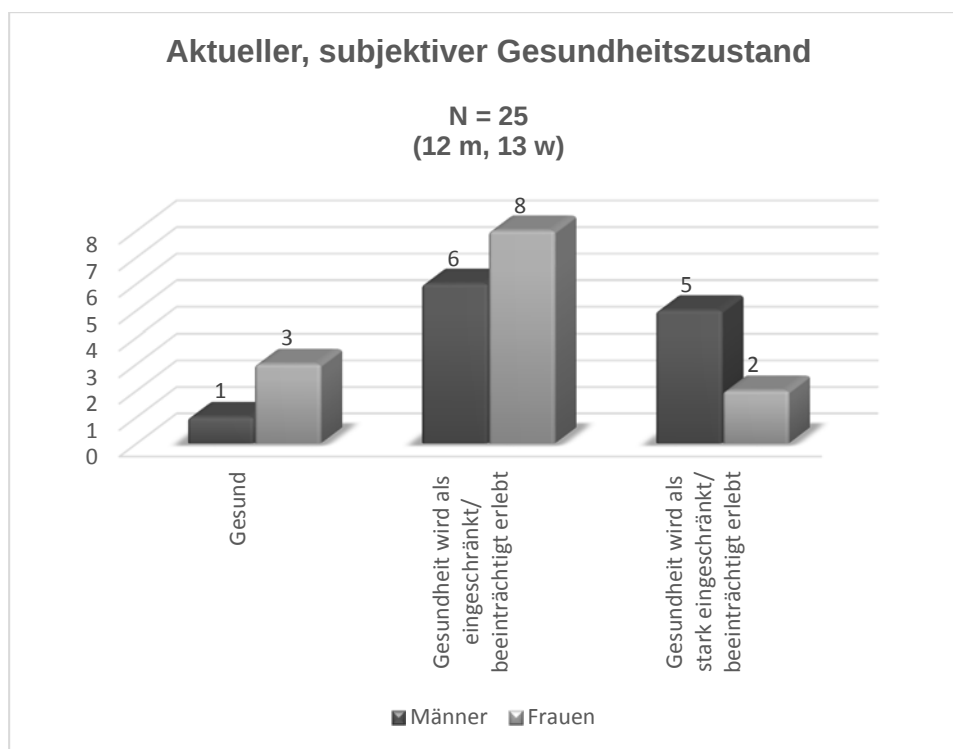


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung „Aktueller, subjektiver Gesundheitszustand“

In der folgenden kategorienbasierten Auswertung werden markante Beispiele der Interviews aufgeführt, anhand von Zitaten besprochen und darüber hinausgehend werden interessante Fälle näher beleuchtet.

Subkategorie: „Gesund (keine Hinweise auf aktuelle Beeinträchtigungen)“

Darunter fallen insgesamt vier Interviews, darunter befinden sich drei Frauen zwischen 29 und 45 Jahren ($M = 39,33$; $SD = 8,96$) und ein 37-jähriger Mann.

Interviews: WM18 (weiblich, 29), WM38 (weiblich, 44), WM28 (weiblich, 45), SB9 (männlich, 37).

In den Interviews WM38, WM18, WM28 und SB9 sprechen die befragten Personen zwar in der Vergangenheit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, diese sind jedoch abgeschlossen und es lassen sich keine aktuellen Hinweise auf Beeinträchtigungen oder Einschränkungen mehr vorfinden. Daraus ableitend erfolgt die Einstufung als aktuell gesund.

Zur Veranschaulichung soll das folgende Interview WM18 dienen:

So berichtet in diesem eine 29-jährige Frau über eine schwere und äußerst schmerzvolle Wachstumsstörung, die ihre Kindheit und Adoleszenz deutlich negativ prägte: *„Weil ich ähm, irrsinnige Rückenschmerzen hatte, schon als Kind. Also das ist so weit gegangen, dass ich irgendwann einmal nicht mehr Stehen, Sitzen und Liegen hab können, sondern nur mehr gebrüllt hab. Und da haben’s eben dann Röntgenbilder gemacht im Krankenhaus und da haben’s dann gesagt äh Morbus Scheuermann heißt das, das ist so eine schwere Skoliose.“* (Absatz 17) Im weiteren Interviewverlauf spricht sie von der Linderung bzw. Heilung der Erkrankung durch regelmäßiges Schwimmtraining: *„Und aufgrund dessen hat mich dann meine Mama in dem Schwimmverein angemeldet. [...] Und nebenbei hat’s mir meinen Rücken geheilt (leichtes Lachen). Also es ist dann paar Jahre später nochmal ein Röntgenbild gemacht worden, und dann war die Wirbelsäule komplett gerade. Rückenschmerzen hab ich auch keine mehr gehabt. Also von dem her hat’s mir gesundheitlich einfach sehr viel gebracht.“* (Absatz 17) Wie dieser Interviewpassage zu entnehmen ist, werden zwar subjektive Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands angesprochen, diese sind jedoch eindeutig der Vergangenheit zuzurechnen. Darüber hinaus finden sich keinerlei Hinweise mehr auf eine aktuell empfundene Einschränkung oder Beeinträchtigung des Gesundheitszustands.

Subkategorie: „Gesundheit leicht eingeschränkt/beeinträchtigt“

In diese Kategorie fallen vierzehn Personen: acht Frauen im Alter zwischen 18 und 97 (Altersvariable: $M = 57,88$; $SD = 24,24$) und sechs Männer zwischen 22 und 69 (Altersvariable: $M = 46,83$; $SD = 20,24$).

Interviews: G32 (weiblich, 18), M38 (weiblich, 38), M49 (weiblich, 51), KS24 (weiblich, 55), WD29 (weiblich, 59), A17 (weiblich, 65), G10 (weiblich, 80), M48 (weiblich, 97), R49 (männlich, 22), G17 (männlich, 23), KG13 (männlich, 49), G13 (männlich, 53), F30 (männlich, 65), M20 (männlich, 69).

In dieser Subkategorie wurden alle Interviews jener Personen zugeteilt, deren Äußerungen über ihre gesundheitliche Beeinträchtigungen und Einschränkungen aus ihrer persönlichen, subjektiven Sicht nicht als stark wahrgenommen werden und welche sich selbst dennoch als „eher“ oder „halbwegs“ gesund bezeichnen. Dies muss nicht im Einklang mit ihrem tatsächlichen objektiven Gesundheitszustand stehen. Auf Spezialfälle, in denen die Schwere der genannten Erkrankung mit dem zu erwartenden subjektiven Gesundheitszustand nicht im Einklang steht, wird im Unterkapitel „*Kap. 10.6: Analyse der Spezialfälle und –themen der qualitativen Auswertung*“ eingegangen.

Einem Teil dieser Interviews ist gemeinsam, dass die betroffenen Personen über unterschiedliche aktuell vorhandene Gesundheitsprobleme und Erkrankungen sprechen, welche sich zwar laut ihren Aussagen auf ihr Wohlbefinden auswirken, aber sie sich dennoch als eher oder halbwegs gesund bezeichnen. Dies sind vor allem Erkrankungen, die keine überdurchschnittlich stark beeinträchtigende Rolle im Leben der Personen spielen und/oder mit welchen sie dem Anschein nach gelernt haben zu leben. So berichten einige Personen beispielsweise von Einschränkungen und Belastungen durch das Vorhandensein künstlicher Hüftgelenke, dem Ausbruch von Allergien, Neurodermitis sowie anderen Erkrankungen bzw. Gesundheitseinschränkungen, aber die Personen geben im Laufe des Interviews dennoch an, dass sie sich als mehr oder weniger gesund empfinden. Dies soll anhand von Beispielen nun illustriert werden.

Die nachfolgend aufgeführten Interviewauszüge ähneln sich alle hinsichtlich der Tatsache, dass zwar unterschiedliche psychische und physische Krankheiten von den interviewten Personen genannt wurden, diese haben sich laut subjektiver Meinung zum

Zeitpunkt des Interviews jedoch verbessert und der Gesundheitszustand wird als „nicht mehr so krankhaft“ empfunden.

So erzählt in Interview R49 ein 22-jähriger Mann von seiner Augenkrankheit, die er als einschränkend erlebt und wodurch er auf die ständige Einnahme von Medikamenten angewiesen ist:

E: *„Ja, jetzt mit den Augen hab ich ein Problem seit - (..) die was, ich sag es kommt nicht vom Stress, die einen sagen es alle, seit seit 2 Jahren, hab ich nur mehr 30% Sehvermögen gehabt [...] ja, seit dem muss ich Medikamente nehmen.“*

I: *„Mhm auf beide?“*

E: *„Auf beiden Augen, aber da war eine Entzündung drauf und, weil das hat nichts mit den Dioptrien- es sind nicht so viel Dioptrien, (..) ja, seit dem muss ich Medikamente nehmen (.) damit es nicht mehr kommt, aber (.) das ist oft anscheinend bei der Krankheit. Jetzt auch zum Beispiel, jetzt ist wieder jetzt ist eben so, dass es gut ist, [...] dann gehe ich mit der Dosis weiter runter, mit allem mehr reduzieren und wenn ich ziemlich unten bin, dann kommt's (halt) wieder (..)“* (Absätze 110-112) Trotz der schwerwiegenden Erkrankung geht aus den Beschreibungen hervor, dass sich der derzeitige Gesundheitszustand mithilfe einer medikamentösen Behandlung verbessert und sich zum Zeitpunkt des Interviews nicht als stark beeinträchtigend für die interviewte Person zeigt.

In Interview M20, einem Gespräch mit einem 69-jährigen Mann, erzählt dieser von mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, einerseits fühle er sich im Alltag eingeschränkt durch seine künstlichen Knie[-gelenke] und im weiteren Verlauf des Interviews kommt er auch auf seine Diabetes-Erkrankung zu sprechen: *„Ein bisschen eingeschränkt bin ich, weil ich Diabetes hab, aber das weiß ich schon seit über 30 Jahren, und da muss man dann sowieso immer ein bisschen mitdenken, viel mit der Gesundheit, weil das kann ich nicht einfach sausen lassen, sondern da muss man schon immer bewusst, bewusster leben, und die Esserei, muss man mehr aufpassen. Ja eben, Bewegung ist ganz wichtig dazu.“* (Absatz 46). Er beschreibt auch, dass diese sein Leben sehr wohl beeinflusst, auch wenn er angibt, gut damit leben zu können: *„Man muss sich da mehr Gedanken machen, was ess ich jetzt da? (..) Zum Beispiel, ich kann, ich muss ein bisschen mit dem Zucker haushalten, also das ist das Wichtigste für mich, mit dem Diabetes, aber*

ich muss andere Sachen auch schauen, nicht zu fett essen, das hängt auch zusammen, dass das passt“ (Absatz 54).

Sehr interessant ist in diesem Interview folgende Aussage: *„Mit Diabetes kann man heute gut leben, man muss nur immer vor Augen haben das Aufpassen, man kann sich da nicht gehen lassen, das geht da nicht. Aber das lernt man, und bewusster leben lernt man dadurch, weil man ja gezwungenerweise ja in dem Fahrwasser drinnen ist, und auch gut drauf achten muss. (...) Und sonst bin ich pumperlgesund (lacht)“ (Absatz 52).* Aus dem letzten Satz geht hervor, dass der Gesundheitszustand scheinbar nicht von selbst gesamtheitlich evaluiert wird, sondern selbst im Krankheitsfall einzelne Differenzierungen erfolgen können: obwohl eine – das Leben sehr wohl – subjektiv und objektiv einschränkende – Stoffwechselerkrankung vorliegt, kann sich der Betroffene abgesehen davon trotzdem als „pumperlgesund“ einschätzen.

Eine psychische Störung lässt sich in Interview G32 erkennen, welches mit einer 18-jährigen Frau durchgeführt wurde. Auf die Frage ob es signifikante Ereignisse gäbe, die ihr Leben bisher geprägt haben oder auch in Zukunft ihr Leben prägen werden, antwortet die 18-jährige: *„Mhm (.) mhm naja (.) also es hat schon so ein paar kleinere Sachen gegeben, die mir noch (.) also zum Beispiel wie ich - wie ich ähm 14 glaube ich war, da - da war ich ein bisschen anorektisch“ (Absatz 70).* Die Verwendung von „noch“ deutet daraufhin, dass die Essstörung nicht komplett der Vergangenheit anzurechnen ist, sondern sich nach wie vor auswirkt, wenn auch nicht mehr im vollen Ausmaß. Diese Vermutung verdichtet sich im weiteren Interviewverlauf: *„Da war ich auch im Krankenhaus und ja das war auch so eine Phase wo ich dann ein bisschen (.) umdenken angefangen habe und was mich sicher auch geprägt hat und noch heute beeinflusst (.)“ (Absatz 90).* Sie beschreibt wie sich die Krankheitssymptome geäußert haben und von welchen subjektiven Gefühlen und Gedanken diese begleitet war: *„Aber an sich habe ich (.) damals nicht empfunden, dass ich krank bin, also man merkt es nicht“ (Absatz 92).* Ihre aktuelle Gesundheitssituation beschreibt sie folgendermaßen: *„Heute ist es eigentlich, mhm, ja ich habe schon noch wahrscheinlich so eine paar Eigenheiten beim Essen (lacht kurz auf), aber auf jeden Fall ist es nicht mehr so krankhaft und – also ich mache mir nicht mehr so viel Gedanken drüber.“ (Absatz 110).* Auffällig an dieser Aussage ist, dass sie ihren Gesundheitszustand nicht im positiven Sinne, nämlich als gesund beschreibt; stattdessen etikettiert sie ihre Essstörung und damit einhergehendes

Essverhalten im negativen Sinn mit der Phrase es sei „nicht mehr so krankhaft“. Des Weiteren erzählt sie, dass sie sich nur „nicht mehr so viele“ Gedanken über das Essen mache wie früher. Dies deutet darauf hin, dass diese Erkrankung mitsamt Symptomatik und subjektiver Beeinträchtigung nach wie vor – wenn auch schwächer als zuvor – in ihrem Alltag existent ist; diese Vermutung bestätigt sich auch mit dem nächsten Absatz: „Also ich fühle mich oft, wahrscheinlich auch von damals ja noch, wenn ich esse, dann denke ich mir so: 'Woah (lacht) jetzt sollte ich was machen.'“ (Absatz 102).

Subkategorie: „Gesundheit stark eingeschränkt/beeinträchtigt“

Diese Subkategorie umfasst Interviews von insgesamt sieben Personen, fünf Männern im Alter zwischen 41 und 79 ($M = 62,60$; $SD = 15,32$) und zwei Frauen mit jeweils 60 und 87 Jahren.

Interviews: M46 (weiblich, 60), WS10 (weiblich, 87), R42 (männlich, 41), KS3 (männlich, 53), F26 (männlich, 69), G44 (männlich, 71), A3 (männlich, 79).

Allen Interviews dieser Subkategorie ist gemeinsam, dass Äußerungen über starke Beschwerden getätigt werden und daraus das Ausmaß der subjektiven gesundheitlichen Beeinträchtigung deutlich hervorgeht. Das Gesundheitsbefinden wird negativ beschrieben, beispielsweise mit „Ich bin körperlich am Ende“, der Wunsch nach der Wiederherstellung der Gesundheit zeigt sich unmissverständlich und auch eine formale Betrachtung des Textes lässt darauf schließen, dass diese für die befragte Person von zentraler Bedeutung für ihr Leben ist.

Nachfolgend sollen wieder einige zugeteilte Fälle näher vorgestellt werden:

In Interview F26 beschreibt ein 69-jähriger Mann sehr deutlich seine körperliche Verfassung mit den folgenden Textpassagen: „*Ich habe jetzt durch die selbstständige Tätigkeit auch einen großen Aufgabenbereich. Ich sage einmal so, heuer war das sehr lange, 4 Monate (..), Das hat mich ein bisschen geschlaucht, jetzt bin ich halt körperlich ein bisschen am Ende (..) Jetzt muss ich schauen, dass ich für meine Gesundheit ein bisschen was tue (..) (schnalzt mit der Zunge) [...] der verbrauchte Körper [...] Das Kreuz spielt nicht mehr mit, die Gelenke spielen nicht mehr mit, (.) eine künstliche*

Hüfte habe ich schon (.), jetzt lassen die Knie schon nach (.) und die Tätigkeit fordert mich aber körperlich (.), das ist nicht geistig, sondern eher mehr körperlich (.)“ (Absatz 21). Aus diesem Textauszug geht hervor, dass von dem interviewten Mann vermehrt abschwächende Indefinitpronomen („ein bisschen“) zur Anwendung kommen, obwohl der körperliche Zustand eindeutig als schlecht beschrieben wird. Letzteres wird auch mit nonverbalen Signalen, welche auf einen inneren Spannungszustand hinweisen (z.B. dem Schnalzen der Zunge), begleitet.

Es folgt eine Frage nach seiner derzeitigen Stimmungslage und ob ein speziellen Auslöser dafür verantwortlich ist, er antwortete nach einer kurzen Gedankenpause mit *„Jaaa, (prustet aus) eigentlich nicht (.), das Einzige ist die Sorge um die Gesundheit (.), dass ich schaue, dass ich das alles in den Griff krieg mit meinem Problem.“ (Absatz 57). Hier zeigt sich auch die direkte Verknüpfung mit einer bedeutsamen Komponente des subjektiven Wohlbefindens, nämlich der aktuellen (Grund-)Stimmung. Als nächstes wird im weiteren Interviewverlauf auch eine Verbindung zwischen seiner geschwächten Gesundheit und seinem aktuellen Glücksempfinden hergestellt. Seine Antwort auf die Frage ob er glücklich sei, lautete: „Na ja! Eher nicht. Es - es war auch nur Stress. Es war Stress insofern der Abschluss meiner Tätigkeit, da hat es große Probleme mit dem Material gegeben und dadurch hab ich mehr Aufwendungen gehabt, mit denen ich überhaupt nicht gerechnet habe. Und dadurch ist auch mein Gesundheitszustand jetzt ein bisschen angegriffen.“ (Absatz 171)*

Interview A3 wurde ebenfalls mit einem Mann höheren Alters durchgeführt. Dieser beschreibt seine empfundene gesundheitliche Belastung aufgrund multipler und schwerer Erkrankungen sehr deutlich: *„Aber ich bin jetzt 79 Jahre (...) also, ich bin, das muss ich auch noch sagen. Ich war mein Lebtag nie krank. (.) Bin in Pension gegangen und dann hat es angefangen [...] Da zuerst den Blasenkrebs gehabt (...), dann 3 Mal (.) 6 Mal operiert worden (..) innerhalb von 10 Jahren. (.) Dann Prostatakrebs (.) und der letzte Krebs war der Kehlkopfkrebs. (...) Alles sind alle irgendwie (.) mehr oder weniger positiv. Bei der Prostata bin ich immer noch in Behandlung. [...] weil es ist doch nicht so einfach, wenn du sagen musst: Geht nichts mehr, gell? (..) Es ist (..) und (.) voriges Jahr war ich (..) habe ich so viel Kreuzweh gehabt allweil. (.) [...] Und auf einmal hat der Fuß zum Wehtun angefangen. (..) Hab ich schon gar nicht mehr gehen können. [...] Dann sagt er: Ja Meniskus (.) Einriss, nicht? Den hab ich ja vor 10 Jahren schon gehabt, einmal. (.)*

Na ja, jetzt (..) na ja, muss ich operieren gehen. (..) [...] Und dann (.) wie ich im Aufwachraum war, (.) hab ich wahnsinnige Schmerzen im Fuß gehabt. Sage ich: Was ist denn leicht los? Dann ist er der Doktor gleich gekommen. (.) Ja, hat er gesagt. Uns ist was passiert (...) Sie haben, wir haben Ihnen den Fuß abgebrochen. (..) Gleich unter dem Knie. (..) Da hab ich ein Emphysem gehabt drin (..) und das hat den Knochen schon geschwächt. (.) Und (....) einen Meniskus, da müssen sie den Fuß (.) da wird er angeschnallt, na und, und mit Gewalt aufgehoben, damit sie hinter die Kniescheibe kommen. (..) Und (.) zack hat es gemacht, und der Fuß ist komplett abgebrochen. (...) Jetzt bin ich da gehängt. (.) Das war am 3. Dezember (...) Da hab ich bis vor (.) 14 Tagen hab ich meinen Gips gehabt. [...] Ich wäre nur froh, wenn ich (.) wenn ich gesünder wäre. (...) Aber (..) das kann man auch nicht (....) weil von wem willst du denn das verlangen? (....)“ (Absätze 40 und 110). Aus formaler Sicht deuten nicht nur die Länge des Texts, sondern auch die häufig vorkommenden Sprechpausen darauf hin, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine bedeutende und negativ ausgerichtete Rolle auf das aktuelle Befinden des Befragten spielt. Der Wunsch nach Wiederherstellung der Gesundheit wird deutlich und konträr zu Interviews der anderen Subkategorien werden hier keine relativierenden Begriffe mehr verwendet; dies steht auch im Einklang zum Schweregrad und der hohen Anzahl an gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Ein ähnlicher Fall zeigt sich auch im Interview KS3. In diesem beschreibt ein 53-jähriger Mann seinen aktuellen Gesundheitszustand mit den Worten *„Ich bin körperlich heute am Sand. Ich kann nicht mehr arbeiten, ich bin mit 48 Jahren dann in Pension gegangen, weil einfach nichts möglich war (atmet tief ein)“* (Absatz 35). Auch er macht seine berufliche Vergangenheit verantwortlich für seine zahlreichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die unter anderem aus mehreren Herzinfarkten, Wirbelsäulenschäden mitsamt mehrfachen Bandscheibenvorfällen und einem Hüftkopftumor bestehen, und beschreibt seine körperliche Verfassung mit: *„Also es ist kaum was, wo man sagt, das ist noch 100 Prozent in Ordnung.“* (Absatz 167). Im Laufe des Interviews spricht er oft die Höhe seines Einkommens an, die er für seine stark den Körper und die Psyche beanspruchende Arbeitsleistung bezogen habe, aber dass dieses im Nachhinein die davon getragenen körperlichen Schäden für ihn nicht aufwiegen würde. Im ganzen Interview sind seine berufliche Vergangenheit und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen von zentraler Bedeutung. Er erzählt zwar, dass seine Lebensfreude mit Eintritt in die Frühpension und dem

vollständigen Wegfall der beruflichen Belastung wieder zurückgekommen sei, aber er nach wie vor unter seinem körperlichen Zustand leide. Auf die Frage, ob er sich aktuell beeinträchtigt fühle, beschreibt er durch seinen Gesundheitszustand verursachte Einschränkungen in seinem Leben: *„Ja, schon, also schwer heben kann ich überhaupt nichts. Also, alles, alles was ich mit 30 machen habe können, das sind alles Sachen, was absolut unmöglich sind. Und ja, das ist einfach, ein anderer ist mit 70 erst so weit, und ich bin halt mit 50 so weit gewesen.“* (Absatz 169)

Bezogen auf die Frage, ob es Tage gibt, an denen er mit seiner gesundheitlichen Situation hadert, antwortet er: *„[Ja] Ja, hadern, (seufzt) (...) was zeitenweise extrem ist, ist der Wetterumschwung, weil der das Herz belastet und auch den ganzen Bewegungsapparat. Dort sind dann oft schon Situationen, fix noch einmal, soll ich ins Spital, soll ich nicht ins Spital. Ja, viel mehr können die auch nicht machen, Notfallmedikament habe ich daheim. Lassen wir es wieder, tun wir halt nichts den ganzen Tag. Es kommt schon vor, ja.“* (Absatz 288).

Das Interview WS10 wurde mit einer 87-jährigen Frau durchgeführt, die aktuell krank ist, dies aber nicht näher spezifiziert. Dies erlebt sie jedoch als sehr belastend, im gesamten Interview kommt sie wiederholt zu unterschiedlichen Zeitpunkten immer wieder darauf zu sprechen. An dieser Stelle sollen nur einige wenige Beispielsauszüge genannt werden: *„I: Was ist Ihnen momentan so am allerwichtigsten im Leben? E: Ja, die Gesundheit ist mir das Wichtigste momentan. [...] ich muss ja zuerst gesund werden, wissen Sie? [...] Sie sehen, ich lebe, obwohl momentan ganz defekt, wie Sie sehen (lachend) [...] I: Gibt es irgendwelche Wünsche, die Sie sich irgendwann einmal erfüllt haben? E: Ja, früher hätte ich mehr Wünsche gehabt, aber jetzt bin ich froh, wenn ich gesund werde.“* (Absätze 44-45, 55, 65, 70-71). Des Weiteren erzählt sie von ihrem Gewichtsverlust, welcher auf ihren beeinträchtigten Gesundheitszustand zurück zu führen sei. Außerdem erwähnt sie auch einen Schlaganfall, den sie erfolgreich überwunden habe, der aber auch schon zwei Jahre zurückliege.

Wie aus den statistischen Häufigkeitsangaben dieser Subkategorie erkennbar ist, sind dieser Subkategorie vorwiegend ältere Menschen klassifiziert worden.

9.3 Gesundheitsprobleme und Erkrankungen

9.3.1 Kategorienbeschreibung

Diese Kategorie dient der Sammlung bzw. Strukturierung aller psychischen und physischen Krankheiten sowie gesundheitlichen Probleme, unter denen die interviewten Personen laut eigener Aussage leiden und welche von ihnen in den Interviews erwähnt wurden. Die Aussagekraft darüber hinaus ist zu einem gewissen Grad limitiert, da sich die Strukturierung auf subjektive Äußerungen der interviewten Personen selbst stützen und nicht auf objektive Untersuchungen bzw. auf professionell gestellte Diagnosen von entsprechend medizinisch bzw. psychologisch ausgebildetem Fachpersonal.

Im Gegensatz zur vorigen Kategorie „Subjektiver Gesundheitszustand“ soll hier nicht das subjektive Gefühl des Schweregrads des empfundenen Gesundheits- bzw. Krankheitszustands („illness“) beachtet werden, sondern lediglich die objektiv vorliegenden Gesundheitsprobleme und Krankheiten („disease“) gesammelt werden. Als Ziel beinhaltet diese Kategorie die Intention eine Übersicht darüber zu schaffen, welche Gesundheitsprobleme und Erkrankungen insgesamt in den durchgeführten qualitativen Interviews der Stichprobe angesprochen wurden.

9.3.2 Kategorienbasierte Auswertung

Die Einteilung der Erkrankungen orientierte sich hierbei am medizinischen Klassifikationssystem ICD-10 (10. Revision, Version 2014). Dies soll keinen diagnostischen Anspruch erheben, sondern lediglich der Strukturierung des Materials dienen. Pro Person erfolgt auch bei Mehrfachnennung innerhalb eines Interviews nur eine Zuweisung pro ICD-10-Bereich.

Insgesamt konnten 48 Gesundheitsprobleme und Krankheiten laut ICD-10 klassifiziert werden. 28 Gesundheitsprobleme und Krankheiten gingen auf die befragten Männer und 20 auf die befragten Frauen aus der Stichprobe zurück.

Die Erkrankungen und Gesundheitsprobleme wurden bestmöglich nach Angaben aus den Interviews nach den Kategorien des ICD-10s zugeteilt. Aufgrund der Tatsache, dass die medizinischen Informationen aus qualitativen Interviews stammen und nicht innerhalb eines klinisch-diagnostischen Gesprächs mit zugehörigem Leitfaden gewonnen wurden,

war eine exakte Zuteilung zu einem Kategorienbereich des ICD-10s nicht immer möglich. Sie wurde jedoch so spezifisch getroffen wie es die Informationen aus dem Interview zuließen oder wie es von den Interviewten geäußert wurde.

Es wurden alle Gesundheitsprobleme und Erkrankungen aus den 25 Interviews berücksichtigt, unabhängig davon ob diese in der Vergangenheit auftraten oder zum Zeitpunkt des Interviews aktuell vorlagen.

Bei der ausführlichen Betrachtung der Geschlechterdifferenzen lassen sich Unterschiede hinsichtlich der genannten Gesundheitsprobleme und Krankheiten erkennen. Diese werden nachfolgend unter Einbeziehung der geschlechtsspezifischen Nennungen, sortiert nach den Hauptdiagnosegruppen des ICD-10s, berücksichtigt.

MÄNNER:

GESUNDHEITSPROBLEME UND ERKRANKUNGEN

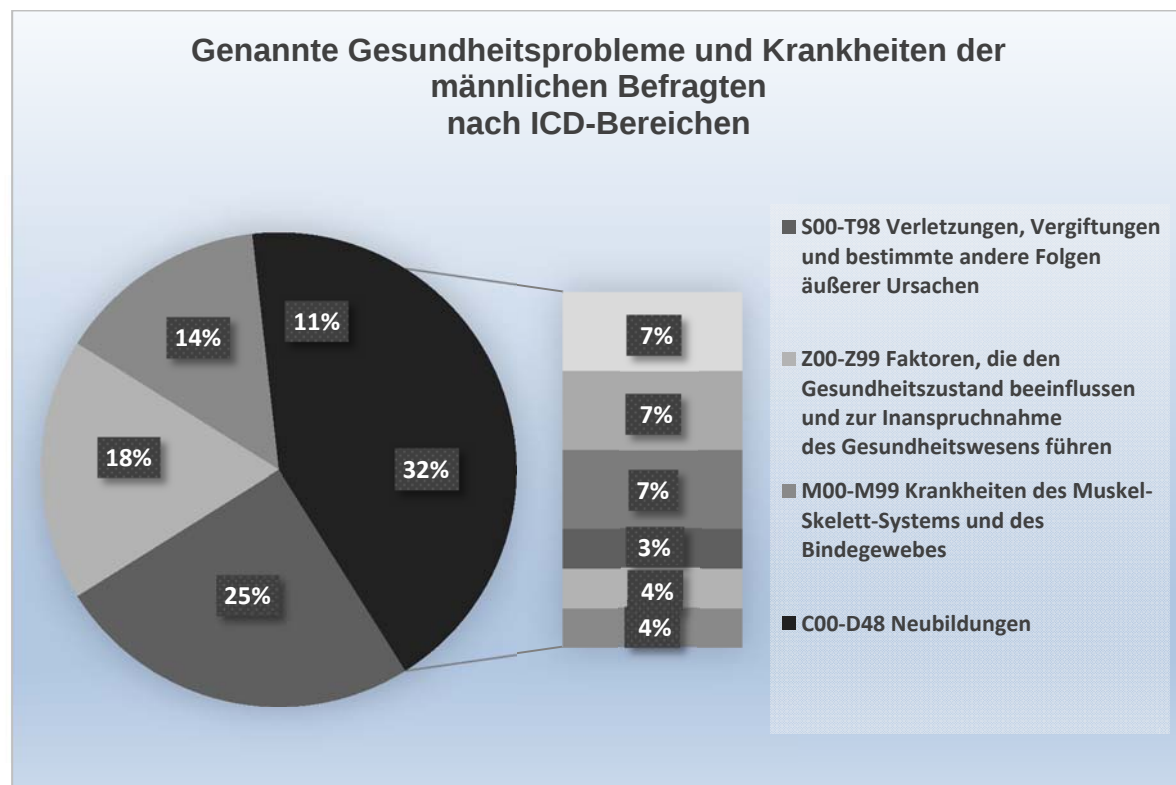


Abbildung 13: Genannte Gesundheitsprobleme und Krankheiten der männlichen Interviewten

Am häufigsten (mit insgesamt sieben Nennungen) erwähnten die männlichen Befragten in der Stichprobe Verletzungen, die sich alle aufgrund ihrer Ähnlichkeit unter dem ICD-10-Bereich *S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen* zusammenfassen lassen. Darunter fallen *S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand* (eine Nennung), *S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels* (zwei Nennungen), *T12 Fraktur der unteren Extremität* (eine Nennung), ein Bänderriss, der unter *T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion* (eine Nennung) klassifiziert wird und *T14.2 Knochenbruch* (zwei Nennungen). Im Gegensatz hierzu fielen bei den befragten Frauen nur zwei Nennungen in diesen ICD-10-Abschnitt.

An zweiter Stelle mit fünf Nennungen finden sich in der männlichen Stichprobe am häufigsten Gesundheitszustände, die sich unter *Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustands beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*

führen klassifizieren lassen. Darunter fallen drei Implantate, die unter Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten kategorisiert werden und eines, welches unter Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten fällt. Eine weitere Kategorisierung in diesem Bereich zeigt sich mit Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Im Vergleich zur weiblichen Stichprobe zeigt sich in dieser nur ein Gesundheitsproblem, welches diesem Bereich zugeordnet wurde.

Am dritthäufigsten mit vier Nennungen befinden sich M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Darunter fallen insbesondere Bandscheibenvorfälle, Beeinträchtigungen und Schäden der Wirbelsäule und der Gelenke.

An vierter Stelle mit drei Nennungen zeigen sich C00-D48 Neubildungen. Darunter fallen Erkrankungen von insgesamt drei Männern, die von einer Reihe von unterschiedlichen Tumorarten berichteten. Weitere erwähnte Gesundheitsprobleme und Krankheiten zeigten sich in folgender absteigender Häufigkeit: H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (zwei Nennungen), I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems (zwei Nennungen), J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems (zwei Nennungen), E00-E99 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (eine Nennung), K00-K99 Krankheiten des Verdauungssystems (eine Nennung) und L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut (eine Nennung). Für spezifische Informationen stehen die Abbildungen 13 und 14 zur Verfügung.

FRAUEN: GESUNDHEITSPROBLEME UND KRANKHEITEN

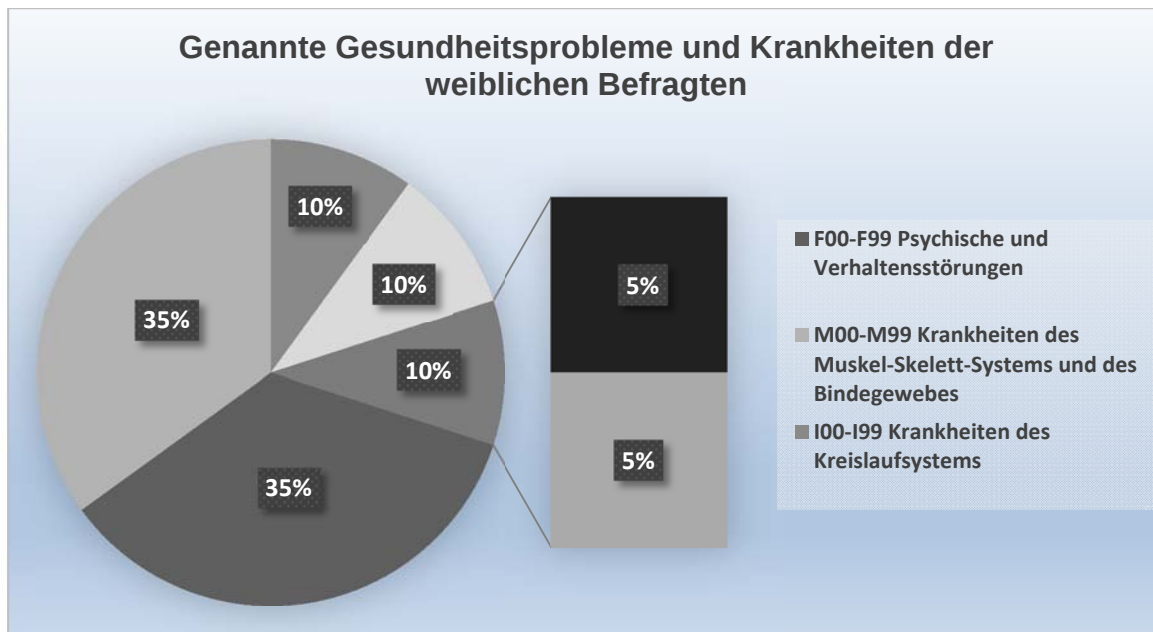


Abbildung 14: Genannte Gesundheitsprobleme und Krankheiten der weiblichen Interviewten

Die befragten Frauen berichteten (mit insgesamt sieben Nennungen) am häufigsten von gesundheitlichen Störungen, die unter *F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen* klassifiziert wurden. Diese beinhalten in den konkreten Fällen Essstörungen, phobische Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, affektive Störungen (speziell depressive Episoden) und nicht-organische Schlafstörungen. Im Vergleich zu den männlichen Befragten nannte keiner ein gesundheitliches Problem oder eine psychische Störung, die in diese Klassifizierungsgruppe fällt.

Werden im nächsten Schritt allerdings die Prävalenzraten zu den spezifischen Störungen bei der Interpretation berücksichtigt, lässt sich erkennen, dass Frauen bei allen oben genannten psychischen Störungen (bis auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) allgemein eine höhere Prävalenzrate aufweisen. Gleich häufig wie *F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen* mit sieben Nennungen wurden in der weiblichen Stichprobe auch *M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes* erwähnt.

Wie aus der Grafik ersichtlich ist, wurden mit elf Nennungen insgesamt (geschlechtsunabhängig) am häufigsten *M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-*

Systems und des Bindegewebes in den Interviews genannt. Dies gleicht sich auch mit den besprochenen Ergebnissen des AT-HIS in Kapitel 2.2.3 *Krankheiten, Beeinträchtigungen und Risikofaktoren*. Auch dort wurden in der österreichweiten Erhebung der Statistik Austria an erster Stelle Wirbelsäulenbeschwerden angeführt, gefolgt von Allergien, Bluthochdruck, Migräne/häufige Kopfschmerzen, Arthrose/Arthritis und chronischen Angstzuständen (siehe Abbildung 3).

An dritter Stelle in der weiblichen Stichprobe wurden kardiovaskuläre Erkrankungen und Gesundheitsprobleme, die unter *I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems* klassifiziert werden, genannt. Frauen sprachen in diesem Zusammenhang von Schlaganfällen und Krampfadern, die beiden Männer wiederum von mehreren unterschiedlichen Arten von Myokardinfarkten.

Andere von Frauen erwähnte Krankheiten beinhalteten *H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes* (eine Nennung), *S22 Fraktur der Rippen, des Sternums und der Brustwirbelsäule* (eine Nennung), *T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion* (eine Nennung) und *Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung* (eine Nennung).

9.4 Coping

9.4.1 Kategorienbeschreibung

Die Copingstrategien, welche sich im Umgang mit gesundheitlichen Problemen und Erkrankungen zeigen, wurden deduktiv aus den Skalen der beiden psychologisch-diagnostischen Verfahren *AKU internal: Adaptive Coping Strategies* (Büssing, Ostermann & Matthiessen, 2008) und dem *SCI: Stress und Coping-Inventar* (Satow, 2012) hergeleitet und induktiv an das vorliegende Material angepasst. Daraus resultierten acht unterschiedliche Klassifizierungen, welche in der folgenden Tabelle den Skalen der beiden Fragebögen AKU internal und SCI gegenübergestellt werden:

Tabelle 4: Strukturierung der Copingstrategien/-stile

	<u>Kategoriennamen</u>	<u>AKU internal</u> <u>Skala</u>	<u>SCI</u> <u>Skala</u>
1	Religiöse Überzeugung	„Vertrauen in Gottes Hilfe“	„Halt im Glauben“
2	Inanspruchnahme von professionellen Hilfemaßnahmen	„Vertrauen in medizinische Hilfe“	-
3	Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung	„Suche nach Informationen und alternativer Hilfe“	„Soziale Unterstützung“
4	Positive, optimistische Einstellung	„Positive Einstellung“	„Positives Denken“
5	Selbstwertfördernde Um- und Neubewertungen	-	-
6	Maladaptive Strategien	„Flucht aus der Krankheit“	„Erhöhter Alkohol- und Zigaretten-konsum“
7	Keine genannt	-	-

9.4.2 Kategorienbasierte Auswertung

Das Häufigkeitsdiagramm dient erneut zur Übersicht über die (geschlechtsspezifische) Zuteilung der Kategorisierungen. Eine Mehrfachzuordnung war möglich.

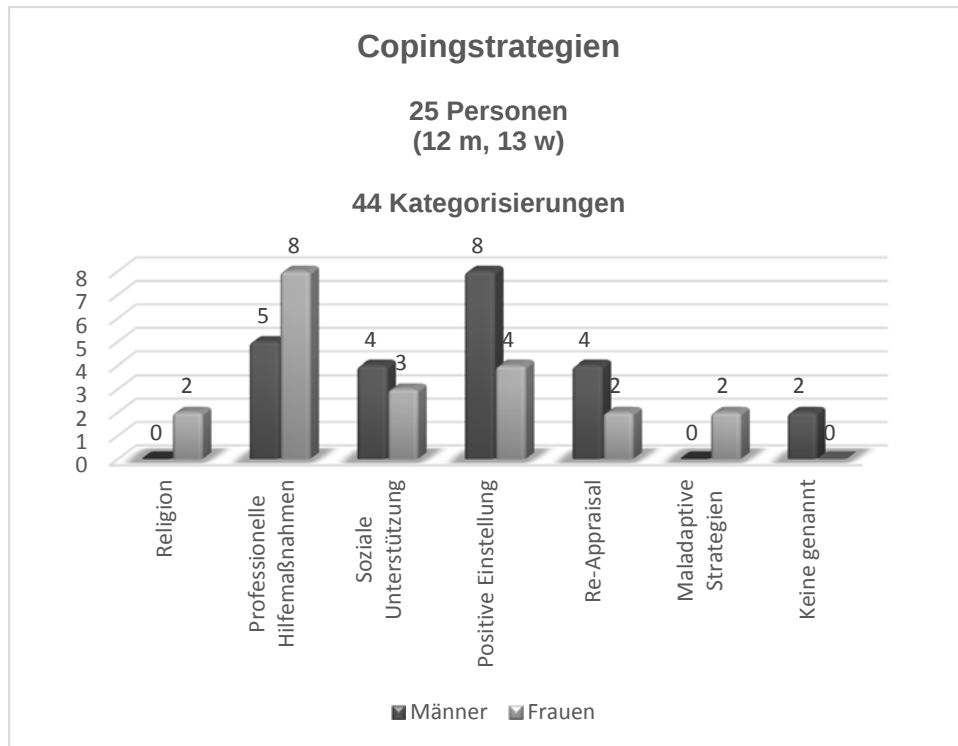


Abbildung 15: Copingstrategien

Als nächstes wird das zusammengefasste Interviewmaterial pro Kategorie dargestellt, beginnend mit der am häufigsten abstrahierten Kategorie:

Inanspruchnahme von professionellen Hilfeleistungen

Diese Kategorie umfasst alle medizinischen, therapeutischen und anderen professionellen Maßnahmen, die mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustands in Anspruch genommen wurden.

Dies stellte sich in der Auswertung als die am häufigsten genannte Kategorie heraus. Genannt wurden in diesem Zusammenhang das Aufsuchen von (Privat-) Ärzten, stationäre Aufenthalte, die kurzfristige oder regelmäßige Einnahme von Medikamenten,

Kuraufenthalte, die Teilnahme an unterschiedlichen professionellen (medizinischen, psychologischen, physiotherapeutischen, sporttherapeutischen) Behandlungen und die Inanspruchnahme anderer von der Krankenkasse geförderten Hilfsmittel (beispielsweise das Anfordern eines Rollators oder einer Sehhilfe); insgesamt mit dem Ziel den eigenen Krankheitszustand zu lindern.

Insgesamt könnte dies als bestehendes Grundvertrauen in die medizinisch-professionelle Gesundheitsversorgung in Österreich interpretiert werden.

Positive, optimistische Einstellung

Diese Kategorie beinhaltet alle Strategien bzw. Stile, die eine positive, optimistische und mit Hoffnung verbundene internale Haltung gegenüber dem eigenen Gesundheitszustand und seiner Verbesserung erkennen lassen. Dies äußerte sich beispielsweise durch die Überzeugung, dass sich der eigene Gesundheitszustand wieder verbessern wird, durch konstruktives sowie lösungsorientiertes Denken wie zum Beispiel das Beste aus der gesundheitlichen Situation zu machen bzw. mitzunehmen. Insgesamt konnte diese Kategorie bei 12 Personen klassifiziert werden.

Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung

Am häufigsten erfolgte hier die Nennung der Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, die bei den befragten Personen einen wichtigen Stellenwert zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einnimmt. Erwähnt wurde insbesondere die soziale Unterstützung durch den/die (Ehe-)PartnerIn und weiterer Familienangehöriger sowie durch die KollegInnen im Arbeitsumfeld. Dies äußerte sich in den vorliegenden Interviews durch die empfundene psychische Unterstützung; die Motivation durch Angehörige; Hilfestellungen durch Assistenz in Situationen, deren Bewältigung dem Betroffenen aufgrund seines Gesundheitszustands allein nicht mehr möglich ist und dem sozialen Rückhalt allgemein.

Re-Appraisal: Selbstwertfördernde Um- und Neubewertungen

Unter Re-Appraisal werden alle kognitiven Strategien zusammengefasst, bei denen es aufgrund von (teils bleibenden) Gesundheitsbeeinträchtigungen zu einer selbstwertdienlichen Neubewertung bzw. Umbewertung im Leben der gesundheitlich eingeschränkten Personen kommt.

So führten die gesundheitlichen Konsequenzen im Alltags- und Freizeitbereich dazu, dass betroffene Personen zuvor regelmäßig ausgeführte Hobbys (z.B.: sportliche Aktivitäten), die aktuell nicht mehr durchführbar sind, abwerten und ein Umstieg auf neue (beispielsweise gemütlichere, ruhigere) Tätigkeiten wie Lesen oder Fernsehen erfolgt, welches wiederum mit einer Aufwertung dieser neuen Tätigkeiten verbunden ist. In Interview KS24 erzählt beispielsweise eine Frau: *„[I]ch hab eigentlich dann angefangen, ich hab weniger Sport betrieben eigentlich muss ich sagen ja ich hab sehr gerne gelesen, aber durch den Schwindel hab ich das dann nicht mehr so wirklich können, ich war auch Handarbeiten hab ich sehr gerne gemacht, aber das ist einfach nicht mehr äh so wirklich und dann hab ich angefangen zu walken und und das mach ich jetzt auch so oft ich Zeit hab und so und das hat mir eigentlich auch recht getaugt dann ja“* (Absatz 64).

Aus interpretativer Sicht legt diese Kategorie stattgefundene bzw. ablaufende Adaptionsprozesse nahe, da diese Personen sich ihrem Leben mit (teils dauerhaften) Gesundheitseinschränkungen anpassen und nach neuen, selbstwertfördernden Möglichkeiten suchen und jene (selbstwerteinschränkenden) Tätigkeiten aufgeben, die sie nicht mehr ausführen können.

Religiöse Überzeugung

Bildet das Äquivalent zur Skala „Halt im Glauben“ des SCIs bzw. der AKU Skala „Vertrauen in Gottes Hilfe“ und beinhaltet alle Strategien, durch welche auf die Hilfe von Gott vertraut wird.

Insgesamt wurde dies von zwei Personen als angewandte Strategie genannt und umfasst neben einer religiösen Grundeinstellung auch die starke Überzeugung, den eigenen Gesundheitszustand durch das Ausüben religiöser Praktiken wie zum Beispiel das Beten zu Gott positiv beeinflussen zu können.

Maladaptive Strategien: Verdrängung, Ablenkung, Aufschiebung

Diese Art von kognitiven Bewältigungsstrategien zeigte sich im Rahmen der Auswertung bei nur zwei Personen in Bezug auf ihren eigenen Gesundheitszustand.

Beispielsweise weigert sich in Interview WD29 eine stark übergewichtige Frau – trotz erheblicher körperlichen und alltäglichen Einschränkungen – medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen und versucht stattdessen ihr Gesundheitsproblem durch Anwendung von Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien zu lösen. Auf die Frage, wie sie damit umgehe, antwortet sie mit:

„Ich weiche ihnen aus, in dem ich mich (irgendwas auf der Couch zurecht richte) und mir irgendwas im Fernsehen reinziehe oder ein Buch lese oder sonst irgendwas (lacht).

I: Also Sie lenken sich ein bisschen ab.

E: Ich lenke mich einfach ein bisschen ab, ja und wenn das nicht, naja und wenn es überhandnimmt, dann muss ich halt in den sauren Apfel beißen und halt doch wieder einmal zum Arzt gehen, dann höre ich mir halt die ganze Litanei an, aber (lacht)-

(Absätze 131-133)

Keine Strategien genannt

Von zwei Personen erfolgte keine Ausführung von verwendeten Strategien zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands.

9.5 Analyse der Spezialthemen und -fälle der qualitativen Auswertung

Dieses Unterkapitel widmet sich jenen Interviews und ihren Gemeinsamkeiten, welche sich im Laufe der qualitativen Auswertung als Spezialfälle bzw. –themen herauskristallisiert haben. Dies bezieht sich unter anderem auf Unterschiede und Widersprüche hinsichtlich getätigter subjektiver Äußerungen über den Gesundheitszustand und daraus geschlossenen Gemeinsamkeiten. Diese Spezialfälle werden aufgrund ihrer Ähnlichkeit thematisch in die Bereiche „*Psychische Gesundheitskomponenten*“, „*Altersabhängige Referenzgruppen*“ und „*Krankheit und subjektives Wohlbefinden*“ unterteilt und nachfolgend besprochen:

9.5.1 Psychische Gesundheit

Deutlich wurde bei der qualitativen Auswertung der vorliegenden Interviews, dass die *psychische* Gesundheit bei der erfolgten Deklaration des Gesundheitszustands als „gesund“ von einigen Personen weitaus weniger Berücksichtigung fand als die Bezugnahme auf den *körperlichen* Leistungs- und Funktionszustand. Dazu sollen zwei Interviews vorgestellt werden:

In Interview M38 erwähnt eine 38-jährige Frau eine „wirklich schlimme Zeit“ in ihrer beruflichen Vergangenheit, in der sie sich von ihrer damaligen Vorgesetzten „tyrannisiert“ fühlte. Infolgedessen kam es laut ihr zu gesundheitlichen Problemen, die in der Einnahme von Antidepressiva resultierten. Eine nähere Erläuterung der gesundheitlichen Probleme findet nicht statt. Seit einiger Zeit leide sie zudem unter einem „Helfer-Syndrom“, wodurch sie seither bei einer „Frau in derselben Ortschaft“ eine Art von „Therapie“ regelmäßig aufsucht: *„Ich war so in einem Stressding drinnen, das war für mich normal, (..) aber sie hat mir das dann gesagt, und dann hab ich mir gedacht, du hast ja vollkommen Recht. Seit ich das eben mach bei ihr drinnen, ich fahr einmal im Monat eine zu ihr, mach da so eine Therapie, und seit dem geht’s mir voll gut [...] Seit dem bin ich halt ein bissi brav, ich folg ihr viel und deswegen geht’s mir auch wahrscheinlich total gut, ich hab gelernt nein sagen, (..) gell also mein Helfersyndrom hab ich nicht mehr so, ich fall zwar immer wieder eine, das ist schon klar, aber nicht mehr so extrem jetzt“* (Absätze 131 und 137). Gleichzeitig klagt sie aber nach wie vor über eine sehr hohe Stressbelastung und Zeitnot (*„Mich schränkt die Zeit ein, die 24 Stunden am Tag“*, Absatz 155). Gegen Ende des Interviews spricht sie aber auch explizit

das Erleben ihres subjektiven Gesundheitszustands an, indem sie sagt: *„Mah bin ich froh, dass ich gesund bin“* (Absatz 173). Obwohl sie über – durch Stress verursachte – psychische Belastungen klagt, zum aktuellen Zeitpunkt Stress ausgesetzt ist und eine so genannte „Therapie“ in Anspruch nimmt, bezeichnet sie sich selbst als gesund. Die Interviewerin fragt auch nach der genauen Therapie. Obwohl es unklar bleibt, bei wem sie diese erhält, stellt die befragte Frau klar, dass diese bei keinem entsprechend ausgebildeten Psychologen/in oder Therapeuten/in stattfindet und rechtfertigt dies folgendermaßen: *„Und dann hat's geheißen, ja zu einem Psychologen gehen (..) die Psychologen sind nicht so meine Freunde kommt mir irgendwie vor, weil da kommt mir dann vor, man wird wirklich krank“* (Absatz 133)

Ein ähnlicher Fall zeigt sich auch in Interview KS24. Dort berichtet eine 55-jährige Frau von stressbedingten Schwindelanfällen, Tinnitus und Hörstürzen, die zu einer dauerhaften Schädigung des rechten Ohrs führten. Zwar habe laut ihrer Aussage das Ausmaß der von ihr angenommenen durch Stress ausgelösten körperlichen Beeinträchtigung abgenommen, jedoch zeigt sich durch ihre Aussagen, dass es aktuell nach wie vor eine Rolle spielt: *„Das ist wie soll ich sagen wenn wenn's äh wirklich wild stressig ist oder so, spür ich vielleicht einen leichten Druck im Kopf [...] Aber nicht so, dass ich schwindelig werden würde oder sowas, das ist Gott sei Dank kein Thema mehr“* (Absätze 54 und 56). Im Weiteren erzählt sie auch von erlittenen Bandscheibenvorfällen und auch der Tatsache, dass sie unter Rückenproblemen leide, welche sie in ihrem Alltag als einschränkend empfindet. In diesem Zusammenhang erwähnt sie auch aktuell empfundenen Zeitdruck, der ihr zusetzt. Sie erklärt, dass sie ihren Beruf als Krankenschwester auf einer internen Krankenhausstation als sehr stressig erlebt, weil Erfolgserlebnisse oftmals ausbleiben, sie die Patienten und Angehörigen als sehr fordernd empfindet und die Arbeit oftmals körperlich belastend sei. Darüber hinaus klagt sie über enormen Zeitdruck bei der Arbeit und dass sie derzeit aufgrund Personalmangels Vollzeit arbeiten muss. Dennoch äußert auch sie – angesprochen auf persönliche Wünsche für ihre Zukunft, dass sie gesund bleiben möchte: *„Wünsche, ja, dass ich gesund bleibe.“* (Absatz 262) Auch dieser Satz impliziert, dass sie sich selbst aktuell zum Zeitpunkt des Interviews als „gesund“ empfindet.

So äußert eine 51-jährige Frau in ihrem Interview M49 den Wunsch auch in Zukunft, gesund, vital und fit zu bleiben, woraus auch wieder erkennbar ist, dass sie sich derzeit

selbst als gesund einschätzt. An einer anderen Stelle im Verlauf des Interviews kommt sie jedoch darauf zu sprechen, dass sie alle zwei Monate einen Psychiater aufsucht, der ihr Medikamente für ihre lang anhaltenden Schlafstörungen verschreibt, die im Zusammenhang mit der immensen psychischen Belastung durch ihre pflegebedürftige Tante stehen (*siehe Kapitel 11: Krankheiten im sozialen Umfeld*). Ihre Probleme beschreibt sie folgendermaßen: *„Da gehe ich ab und zu hin, das ist ein Psychiater und zu dem gehe ich ab und zu hin, da habe ich vielleicht alle zwei Monate Termin, weil ich seit ein paar Jahren mit Schlafschwierigkeiten zu kämpfen hatte und da habe ich ein Medikament noch zwar schon ausschleichend, aber seit ich das nehme – seit ich das nehme seitdem habe ich allweil bei ihm einen Termin und der berät mich in solchen Sachen exzellent“* (Interview M49, Absatz 148).

Als Erklärungsansatz für die Widersprüchlichkeit zwischen der subjektiven Einschätzung als „gesund“ und der Beschreibung von simultan vorliegenden subjektiven Gesundheitsbeschwerden, könnte die starke psychische Komponente dieser genannten Probleme in allen drei Interviews darstellen.

9.5.2 Altersabhängige Referenzgruppe

Ein interessanter Aspekt bei der qualitativen Auswertung des subjektiven Gesundheitszustands wurde bezüglich des Alters sichtbar: so gaben beispielsweise zwei Personen in ihren Interviews bekannt, dass sie sich aufgrund körperlicher Abnutzungserscheinungen, dem Vorhandensein unterschiedlicher Gesundheitsprobleme, einer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit und/oder dem Empfinden von Schmerzen zwar gesundheitlich eingeschränkt fühlen würden, führten dies aber ausnahmslos auf ihr Alter zurück und bezeichneten dies darüber hinaus sogar als „normal“. Es folgt als Illustration ein Beispiel:

In Interview A17 berichtet eine 65-jährige Frau unter anderem von Knieschmerzen, relativiert dies aber sogleich mit den Worten, dass sie derzeit gesundheitlich nicht wirkliche Probleme habe und jene, welche sie habe, aufgrund ihres Alters als „normal“ empfindet und sich infolgedessen auch als „gesund“ einschätzt. Ein Zitat aus besagtem Interview lautet: *„Und gesundheitlich gibt es eigentlich auch nicht wirklich Probleme, dass es da und dort nicht weh tut (lacht) oder irgendwie im Alter ist das dann normal.“* (Absatz 37). Demgemäß ist aus diesem Beispiel ersichtlich, dass der

subjektive Gesundheitszustand bzw. die Erwartungshaltung hinsichtlich eintretender Gesundheitsprobleme und Erkrankungen, darüber hinaus individuell und subjektiv auf das jeweilige Alter abgestimmt wird. Gesundheitliche Einschränkungen scheinen demnach mit ansteigendem Alter als „normal“ – in Relation zur eigenen Altersgruppe – betrachtet zu werden. Die Ursache dafür könnte auf soziale Vergleichsprozesse innerhalb einer sich zugehörig fühlenden Altersreferenzgruppe zurück zu führen sein.

In dem zuvor erwähnten Interview KS24 wird diese Annahme zu sozialen Vergleichsprozessen ebenfalls stärker untermauert, indem eine darin befragte 55-jährige Krankenschwester soziale Abwärts- und Aufwärtsvergleiche hinsichtlich ihrer Gesundheit explizit anspricht und erklärt: *„Na ja, vergleichen, wenn ich mir oft so denke ähm betrifft jetzt auch wieder die Gesundheit (...) wenn ich 50, 55-jährige sehe, die noch (.) total fit sind auch, auf die Berge steigen, was weiß ich welche, da denk ich mir na super, das möchte ich auch können, nicht? Also so in die Richtung vielleicht, nicht? Dass ich mich vergleiche (.....) ja das ist eigentlich ziemlich der einzige, dass ich mich von der Gesundheit her (..) und wenn ich oft eine sehe bei uns drin mit mit 50 Jahren, der schon alle möglichen Krankheiten hat, denk ich mir wieder, na ja da bin ich noch gut dran, nicht? Oder so, also in dem Ding vielleicht.“* (Interview KS24, Absatz 286)

Der subjektive Gesundheitszustand scheint somit in Beziehung zur angehörigen Altersreferenzgruppe gesetzt und nachfolgend evaluiert zu werden. Je nachdem wie der soziale Vergleich ausfällt, ob ein Ab- oder Aufwärtsvergleich stattfindet und ob diese Vergleiche selbstwertfördernd oder –reduzierend ausfallen, können Personen, ihren Gesundheitszustand trotz objektiv vorhandenen Einschränkungen dennoch als gesund oder krank einschätzen.

9.5.1 Krankheit und das subjektive Wohlbefinden

Durch die qualitative Auswertung soll auch die Frage beantwortet werden, inwiefern es möglich ist, dass trotz Krankheit ein hohes subjektives Wohlbefinden empfunden wird. Als Beispiel dafür wurde Interview M48 herangezogen, welches mit einer 97-jährigen Frau durchgeführt wurde, die im soziodemographischen Datenblatt als Glückswert 1 und als Zufriedenheitswert 5 angegeben hat.

Bei der befragten Frau in Interview M48 handelt es sich um eine hochaltrige Dame (97), die von aktuellen Schmerzen im Knie aufgrund ihres früheren Berufs als Weberin berichtet, wodurch sie auf Gehhilfen angewiesen ist. Trotz allem beschreibt sie ihren Gesundheitszustand mit folgender Aussage: *„Ich bin organisch vollkommen gesund und das mit meinem Fuß, dass ich Krücken brauche, das war auch so, ich hab das Gehen - das Fortgehen übertrieben, man soll im Leben nichts übertreiben“* (Absatz 141). Anhand dieser Aussage bezeichnet sie sich selbst nicht nur als „organisch“ gesund, sondern rechtfertigt und relativiert somit auch ihre derzeitigen gesundheitlichen Einschränkungen.

Sie berichtet im Weiteren davon, dass eine vom Arzt scheinbar falsch gesetzte Spritze zur dauerhaften Lähmung ihres Fußes führte und dass aufgetretene Komplikationen von einigen Rippenbrüchen, die sie sich in der Vergangenheit zugezogen hatte, dazu geführt haben, dass sich seither ihre Stimme verändert hätte. Obwohl die Frau im Interview ihrem Alter entsprechend einen sehr fitten Eindruck macht und sich selbst als „organisch gesund“ bezeichnet, zeigen sich subjektive Leidenszustände in ihren Äußerungen über aktuelle Schmerzen und subjektiv empfundenen Einschränkungen. Auch in diesem Interview zeichnet sich eine positive Lebenshaltung der befragten Dame ab, bei der trotz zahlreich vorliegender gesundheitlichen Beschwerden, die für sie sowohl in der Vergangenheit als auch aktuell noch von Relevanz zeugen, diese hinsichtlich ihres objektiven Ausmaßes und der Anzahl der Probleme stark abgeschwächt werden. Auch dieser Fall könnte neben einer optimistischen Disposition auch auf eine dem Alter entsprechende Erwartungshaltung zur Evaluierung des persönlichen Gesundheitszustands zurück zu führen sein. Es kann angenommen werden, dass eine hochaltrige Frau von 97 Jahren gesundheitliche Probleme, die mit ansteigendem Alter stark zunehmen, als gewöhnlich und somit „normal“ für ihre Altersgruppe ansieht und sich selbst so trotz Vorliegen von Beschwerden insgesamt als „gesund“ ansehen kann. Eine optimistische Stimmung und positive Copingstrategien scheinen ebenfalls dazu beizutragen. Auffällig ist hier auch, dass die Dame sich zwar als sehr glücklich (Wert 1), aber als weitaus weniger zufrieden (Wert 5) im Vergleich zu sehen scheint.

Das nächste Kapitel widmet sich nun jenem Personenkreis, welcher insbesondere gesundheitliche Probleme und Erkrankungen der Mitmenschen erwähnte.

10. KRANKHEITEN IM SOZIALEN UMFELD

Mit der Durcharbeitung der ersten Interviewprotokolle zeigte sich zunehmend, dass ein Teil der interviewten Personen nicht nur über ihre persönlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sprach sondern auch gesundheitliche Probleme und Erkrankungen ihrer Mitmenschen erwähnte, welche laut eigener Aussage oftmals als (stark) belastend empfunden wurden. Dies führte zur Erweiterung der Auswertung durch *„Belastungen durch Gesundheitsprobleme und Erkrankungen im sozialen Umfeld“*.

Von insgesamt 50 qualitativen Interviews berichteten 17 Personen von Gesundheitsproblemen und Krankheiten ihrer Mitmenschen. Ausgeschlossen wurden im Anschluss daran alle Nennungen von erkrankten Personen im sozialen Umfeld, welche letztendlich im Tod resultierten und somit der Vergangenheit zuzurechnen sind. Für die Kategorisierung standen letztendlich 11 Personen zur Verfügung, davon gehören vier dem männlichen und sieben dem weiblichen biologischen Geschlecht an.

Auch hier wurde zwischen dem Belastungsgrad unterschieden:

10.1 Subjektives Belastungsniveau durch Krankheiten/Gesundheitsprobleme Dritter

10.1.1 Kategorienbeschreibung

Hierbei wird auf die Erfassung der Stärke der aktuellen, subjektiven Belastung abgezielt, die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen dritter Personen ausgelöst wurde. Zur Veranschaulichung der Subkategorienzugehörigkeit finden sich nachfolgend die Codierregeln mit illustrierenden Ankerbeispielen. Diese wurden eingeteilt in „keine oder schwache Belastung“ und „starke Belastung“.

10.1.1 Kategorienbasierte Auswertung

Keine Belastung (erkennbar) oder schwacher Belastungsgrad

Dieser Subkategorie wurden alle Personen zugeteilt, in welchen zwar Gesundheitsprobleme und Erkrankungen Dritter Erwähnung finden, aber keine daraus entstandene Belastung resultiert oder ersichtlich ist bzw. Bewältigungsmöglichkeiten gesehen/aufgesucht werden. Im Weiteren fallen in diese Subkategorie neben positiven Bewertungen auch neutrale und Fälle, in denen keine explizite negative Bewertung vorgenommen wurde bzw. erkennbar ist.

Als Beispiel soll Interview WM25 dienen, welches mit einem 45-jährigen Mann durchgeführt wurde: Es bestehen laut ihm Schlafstörungen seiner Tochter, die zwar von ihm als „problematisch“ und somit belastend empfunden werden, aber für die Bewältigungsmöglichkeiten gesucht und gefunden wurden (in dem speziellen Fall die Inanspruchnahme professioneller Gesprächstherapie): *„Jetzt haben wir gerade mit der kleinen Tochter, äh, Probleme, Einschlafprobleme. Sie hat Angst und (..) ja, kommt immer ins Elternschlafzimmer. Ja, man versucht’s halt mit Gesprächen und mit bei ihr sein und jetzt geht sie sogar in eine Gesprächstherapie. Ja, muss man halt, das wird jetzt, das ist halt momentan gerade ein, ein Problem. Und ja, die Zeit wird sich, in der Zeit wird es sich weisen, ob’s, ob es was bringt, die Gespräche. Ja, und man muss halt noch mehr eingehen auf sie.“* (Absatz 54)

In Interview M17 erzählt ein Mann von der Inanspruchnahme einer Chemotherapie seines Vaters aufgrund einer Krebserkrankung. Dies wird folgendermaßen kommentiert: *„Und (..) jetzt wo’s dem Papa nicht so gut geht, seh ich das jetzt auch nicht als schlechte Zeit, weil der ist, der er kämpft sich da auch durch und er sieht auch das Positive, mei der hat halt jetzt Therapie und muss Chemo machen und so Sachen, aber das wird auch wieder, irgendwie ich werd mir nie Gedanken drüber machen, na was ist wenn das nicht hinhaut und was ist wenn, also das, an sowas denk ich gar nicht, weil das ist halt einfach so, das ist halt jetzt, danach wieder vorbei und fertig. Und dann geht’s weiter“* (Interview M17, Absatz 51) Wie aus dem Beispiel deutlich wird, werden auch hier Bewältigungsstrategien gesehen und der Belastungsgrad hält sich trotz schwerer Erkrankung in einem positiven Rahmen.

Starker Belastungsgrad

Die Zuteilung erfolgte nach folgenden Kriterien: Einerseits durch das direkte Ansprechen der aktuellen subjektiv empfundenen Belastung bzw. des Leidenszustands. Als Beispiel dient dieser Auszug aus Interview M49 (Absatz 98): *„[E]s geht ihr halt zunehmend schlechter und schlechter und und und darunter leide ich auch sehr“ [...] „das ist auch – das ist eigentlich meine größte Belastung, was ich habe“* oder auch in Interview WM41 (Absatz 42) wird dies sehr deutlich: *„[D]as was mich mein mein Leben lang schon verfolgt ist die Krankheit von meinem Vater. (.) Das ist was, (.) das immer ein bisschen einen bitteren Beigeschmack (.) hinterlässt. Und was mich eigentlich mein Leben so lange ich denken kann so ziemlich verfolgt“*

Andererseits müssen Bewältigungsmöglichkeiten nicht eindeutig daraus hervorgehen oder gar gesehen werden.

Es sollen drei kurze, interessante Auszüge aus dem Interviewmaterial folgen:

So berichtet eine 51-jährige Frau in ihrem Interview: *„Ich habe eine schwerbehinderte Tante im Heim, die hat früher bei meiner Mama gewohnt, der früheren Mama und dann bei meiner Mama und wo die Mama dann krank geworden ist und gestorben ist dann ist sie ins Heim gekommen das war zwar 2003, seitdem ist sie im Heim und und jetzt geht es ihr auch nicht mehr gut, sie hat da mehrere Operationen gehabt dann einen schweren Hüftbruch und ja es geht ihr halt zunehmend schlechter und schlechter und und und darunter leide ich auch sehr, ich bin Sachwalterin und und besuche sie halt sehr oft und und kämpfe halt damit, dass dass sie zu ihrem Recht kommt und das das halt das was eigentlich gemacht wird [...] das ist auch nicht so einfach also das ist wirklich nicht so einfach [...] das ist auch das ist eigentlich meine größte Belastung, was ich habe“* (Interview M49, Absätze 96 und 98).

Das nächste Interview G10 wurde mit einer 80-jährigen Frau durchgeführt, deren Ehemann die Diagnose Alzheimer erhalten hat: *„Und jetzt ist es halt, jetzt momentan ist es halt nicht so schön, weil mein Mann krank geworden ist. Und das haben wir zuerst am Anfang gar nicht wahrgenommen, dass er dement ist und es halt sich halt herausgestellt, dass er doch Alzheimerereigenschaften hat und das ist sehr sehr schwierig geworden. Also vor allem war es für mich psychisch so schwierig“* (Interview G10, Absatz 23).

Und im letzten Interview berichtet eine 65-jährige Frau über den Leidensweg, welcher in Zusammenhang mit der schweren Erkrankung ihrer Tochter steht: *„Ja, ich meine wir haben das Problem gehabt, dass eine Tochter ist ziemlich schwer krank gewesen immer, also viel krank. Sie will zwar nicht, dass man redet drüber, aber sie ist eh jetzt nicht da (lacht kurz). Na, sie ist mittlerweile ist sie 44 Jahre, die hat voriges Jahr hat sie von meinem Sohn eine Niere gekriegt, das war natürlich schon ein einschneidendes Erlebnis. Die ganze Krankheit von ihr immer, das ist natürlich nicht angenehm gewesen.“* (Interview A17, Absatz 39).

10.2 Zusammenfassung der Auswertung und Interpretation

Der zeitliche Eintritt dieser Belastungen ließ sich aus den vorliegenden qualitativen Interviews nicht erkennen, weil die Informationen hierzu zu vage waren und kein Nachfragen seitens der InterviewerInnen stattfand. Bei der Auswertung fiel weiters auf, dass es sich vorwiegend um Belastungen durch chronische bzw. schwerwiegende Erkrankungen handelte.

In Interview M17 wird auch auf die Frage eingegangen ob Gesundheitsprobleme und Erkrankungen anderer stärker belasten als wenn die Person selbst davon betroffen ist:

I: Also belastet dich das dann mehr, als wenn's dich selber betrifft?

E: Ja auf jeden Fall. Das ist mir bei mir selber wurscht, weil ich geh auch komplett anders damit um als sie zum Beispiel.

(Absätze 86 bis 87)

An diesem Beispiel zeigt sich auch, dass nicht nur die persönliche Gesundheit sondern auch die Gesundheit nahe stehender Personen als wichtig empfunden wird und diese auf subjektive Wohlbefinden beeinflusst.

Personen, deren Gesundheitsprobleme und Erkrankungen in den Interviews der befragten Personen erwähnt wurden, sind an erster Stelle die Eltern der interviewten Personen (fünf Nennungen), knapp gefolgt von den Kindern (vier Nennungen), der aktuellen Lebenspartner (zwei Nennungen) und zuletzt mit jeweils einer Nennung entferntere Verwandte oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld.

Auffällig ist, dass – im Gegensatz zur persönlichen Gesundheit – hier nicht alle Personen eine überwiegend positive, optimistische Haltung zeigten. Stattdessen macht sich überwiegend eine negative oder teils sogar resignierende Haltung bemerkbar. Im Gegensatz zur persönlichen Gesundheit wird weitaus weniger relativiert oder verharmlost.

Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass die Gesundheit anderer (nahe stehender) Personen nicht im gleichen Ausmaß als kontrollierbar und beeinflussbar wahrgenommen wird und somit auch als stärker belastend empfunden wird als beim persönlichen Erleben

einer Erkrankung, bei welcher die Entscheidung über den Umgang mit der Krankheit und ihren Konsequenzen sowie der Suche nach effektiven Bewältigungsmöglichkeiten einem selbst obliegt.

Der erste Teil der qualitativen Auswertung ist hiermit abgeschlossen. Im nächsten Kapitel folgen nun die quantitativen Analysen.

11. QUANTITATIVE ANALYSEN

In diesem Kapitel sollen nun die Zusammenhänge zwischen den Kategorien unter der Einbeziehung von soziodemographischen Merkmalen – der Alters- und Einkommensklassen, die Höhe des Ausbildungsniveaus, der beruflichen Situation und des Familienstands – anhand von Kontingenztafeln quantitativ näher beleuchtet und mit statistischen Tests untersucht werden. Für das subjektive Wohlbefinden werden die jeweils angegebenen Werte für „Glück“ und „Zufriedenheit“ aus dem soziodemographischen Datenblatt der Personen aus der Stichprobe verwendet. Alle weiteren personenspezifischen Daten wurden aus der Kategorienzuteilung der qualitativen Auswertung und den persönlichen Angaben des soziodemographischen Datenblatts entnommen.

Alle quantitativen Auswertungsschritte wurden mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS durchgeführt. Zur übersichtlichen Präsentation der Daten werden Kreuztabellen verwendet.

11.1 Glück und Zufriedenheit

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Glück und Zufriedenheit.

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Glück und Zufriedenheit.

Das Spearman-Rho zwischen den zwei ordinalskalierten Variablen Glück und Zufriedenheit beträgt 0,711 und ist mit einem Wert von unter 0,01 stark signifikant ($r = 0,711$; $p = 0,01$; $N = 50$). Zwischen den beiden Variablen Glück und Lebenszufriedenheit besteht somit ein starker Zusammenhang.

11.1 Gesundheit, Glück und Zufriedenheit

Laut aktuellem Forschungsstand müssten Glücks- und Zufriedenheitswerte bei jenen Personen niedriger liegen, welche nur ein geringes Ausmaß an gesundheitlichen Beeinträchtigungen besitzen.

Zur Signifikanzprüfung wird nachfolgend der exakte Test nach Fisher angewandt, nachdem die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test in keiner Kreuztabelle erfüllt werden konnten: aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs liegen die jeweils zu erwartenden Häufigkeiten in den Zellen der Kreuztabelle nämlich unter 5. Der exakte Test nach Fisher ist ein konservativer Signifikanztest, der auf einer hypergeometrischen Verteilung basiert und auch bei geringen Häufigkeiten zuverlässige Ergebnisse liefert. Bei zweifach abgestuften Variablen wird als Effektstärke der Phi-Koeffizient berechnet, für mehrfach-gestufte Variablen wird Cramér's V herangezogen.

Tabelle 5: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Lebenszufriedenheit

Subjektiver Gesundheitszustand		Lebenszufriedenheit			Gesamt
		1 bis 2	3 bis 4	5 bis 6	
gesund	Anzahl	4	0	0	4
	% innerhalb von gesund	100%	0%	0%	100%
leicht beein.	Anzahl	11	3	0	14
	% innerhalb von leicht beeinträchtigt	78,6%	21,4%	0%	100%
stark beein.	Anzahl	2	3	2	7
	% innerhalb von stark beeinträchtigt	28,6%	42,9%	28,6%	100%
Gesamt	Anzahl	17	6	2	25
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	68%	24%	8%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	7,784	,039
Cramér's V	,438	,042

Wie aus der Kreuztabelle ersichtlich ist, schätzten alle Personen, die keine aktuellen subjektiven Gesundheitsbeeinträchtigungen in ihren Interviews ansprechen, ihre persönliche Zufriedenheit mit ihrem Leben als sehr hoch ein (Skalenwert von 1 bis 2). Bei Personen, die in Kategorie 2 des subjektiven Gesundheitszustands klassifiziert wurden und somit über leichte Gesundheitsbeeinträchtigungen berichteten, gaben nur mehr 73,4% eine derart hohe Lebenszufriedenheit an. Und nur noch 28,6% aller Personen, die sich subjektiv stark in ihrer Gesundheit eingeschränkt fühlten, gaben einen ebenso hohen Wert von 1 bis 2 auf ihrer Lebenszufriedenheitsskala an. Der größte Prozentsatz (42,9%) der sich stark beeinträchtigt fühlenden Personen gab hier einen Skalenwert von 3 bis 4 an, weitere 28,6% sogar einen Wert über 5.

Der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ist signifikant ($p = 0,039$; $N = 25$) und zeigt eine mittlere Zusammenhangsstärke.

Tabelle 6: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Glück

Subjektiver Gesundheitszustand		Glück			Gesamt
		1 bis 2	3 bis 4	5 bis 6	
gesund	Anzahl	3	1	0	4
	% innerhalb von gesund	75%	25%	0%	100%
leicht beein.	Anzahl	7	6	1	14
	% innerhalb von leicht eingeschränkt	50%	42,9%	7,1%	100%
stark beein.	Anzahl	3	2	2	7
	% innerhalb von stark eingeschränkt	42,9%	28,6%	28,6%	100%
Gesamt	Anzahl	13	9	3	25
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	52%	36%	12%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	2,811	,644
Cramér's V	,507	,532

Die Häufigkeitsverteilung sieht hinsichtlich der angegebenen Glückswerte ähnlich aus. Während 75% der als gesund klassifizierten Personen einen Glückswert von 1 bis 2 angaben, lag dieser Prozentsatz bei den leicht bzw. schwer beeinträchtigten Personen nur

noch bei 50% bzw. 42,9%. Im Gegensatz zur Lebenszufriedenheit gaben hierbei aber bei den leicht beeinträchtigten Personen bereits 42,9% einen Glückswert von 3-4 und sogar 7,1% einen Wert von 5-6 an. Dies ähnelte dem Anteil an stark beeinträchtigten Personen, bei welchem jeweils 28,6% einen Wert von 3-4 bzw. 5-6 angaben. Der größte prozentuale Unterschied ist somit zwischen den gesunden und den leicht beeinträchtigten Personen zu sehen. Dennoch ist hier nur die Tendenz erkennbar, für ein signifikantes Ergebnis reichte dies nicht aus ($p = 0,276$; $N = 25$).

11.2 Subjektiver Gesundheitszustand und soziodemographische Merkmale

Als nächster Schritt werden Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und den soziodemographischen Variablen auf ihre Signifikanz hin überprüft.

11.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand und Geschlechtszugehörigkeit

Die geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung wurde bereits im Kapitel der qualitativen Auswertung durch entsprechende Diagramme pro Kategorie dargestellt. Nun soll getestet werden, ob es signifikante Geschlechtsunterschiede zwischen diesen drei Gruppen gibt.

Auch hier wird dafür der exakte Test nach Fisher angewandt und als Effektstärke der Phi-Koeffizient berechnet.

Tabelle 7: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Geschlecht

Subjektiver Gesundheitszustand		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
gesund	Anzahl	1	3	4
	% von gesund	25%	75%	100%
leicht beeinträchtigt	Anzahl	6	8	14
	% von leicht beeinträchtigt	42,9%	57,1%	100%
stark beeinträchtigt	Anzahl	5	2	7
	% von stark beeinträchtigt	71,4%	28,6%	100%
Gesamt	Anzahl	12	13	25
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	48%	52%	100%
		Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)	
Exakter Test nach Fisher		2,400	,304	
Phi-Koeffizient		,318	,255	

Das Ergebnis ist mit einem Wert von $p = 0,304$ ($N = 25$) nicht signifikant.

11.2.2 Subjektiver Gesundheitszustand und Altersgruppen

Im Rahmen der Auswertung stellt sich auch die Frage, ob sich der subjektive Gesundheitszustand in den unterschiedlichen Altersgruppen voneinander unterscheidet.

Die Einteilung der Altersklassen orientierte sich an jener, die auch im EU-SILC verwendet wurde: Gruppe 1 (bis 19 Jahre), Gruppe 2 (20 bis 39 Jahre), Gruppe 3 (40 bis 64 Jahre) und Gruppe 4 (65 Jahre +).

Tabelle 8: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Altersgruppen

Subjektiver Gesundheitszustand		Altersgruppen				Gesamt
		bis 19	20-39	40-64	65+	
gesund	Anzahl	0	2	2	0	4
	% innerhalb von gesund	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100%
leicht beeinträchtigt	Anzahl	1	3	5	5	14
	% innerhalb von leicht beeinträchtigt	7,1%	21,4%	35,7%	35,7%	100%
stark beeinträchtigt	Anzahl	0	0	3	4	7
	% innerhalb von stark beeinträchtigt	0,0%	0,0%	42,9%	57,1%	100%
Gesamt	Anzahl	1	5	10	9	25
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	4,0%	20,0%	40,0%	36,0%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	6,525	,379
Cramér's V	,360	,419

In der Tabelle 8 wird die Tendenz sichtbar, dass mit zunehmendem Alter der Prozentsatz der stark beeinträchtigten Personen steigt, das Ergebnis ist mit einem Wert von $p = 0,379$ ($N = 25$) jedoch nicht signifikant.

11.2.3 Subjektiver Gesundheitszustand und Einkommensklassen

Die Variable Einkommen wurde in vier unterschiedliche Einkommensklassen zusammengefasst, welche in der Tabelle 9 dargestellt werden. Alle Nicht-Angaben wurden für die Darstellung und Berechnung aus der Analyse herausgenommen.

Tabelle 9: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Einkommensklassen

Subjektiver Gesundheitszustand		Einkommensklassen				Gesamt
		1-1000	1001-1500	1501-2000	2001+	
gesund	Anzahl	0	3	0	0	3
	% innerhalb von gesund	0%	100%	0%	0%	100%
leicht beeinträchtigt	Anzahl	4	2	1	0	7
	% innerhalb von leicht beeinträchtigt	57,1%	28,6%	14,3%	0%	100%
stark beeinträchtigt	Anzahl	0	1	0	1	2
	% innerhalb von stark beeinträchtigt	0%	50%	0%	50%	100%
Gesamt	Anzahl	4	6	1	1	12
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	33,3%	50%	8,3%	8,3%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	8,503	,125
Cramér's V	,668	,072

Auch hier ist das Ergebnis mit einem Wert von $p = 0,125$ ($N = 12$) nicht signifikant.

11.2.4 Subjektiver Gesundheitszustand und Bildungsstand

Die unterschiedlichen Ausprägungen des (höchsten) Ausbildungsniveaus wurden in folgende vier Kategorien zusammengefasst:

- A) Pflichtschulabschluss
- B) Lehrabschluss *oder* Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule
- C) Abgeschlossene Meisterprüfung/WerkmeisterIn *oder* abgelegte Matura auf einem Gymnasium bzw. einer berufsbildenden höheren Schule *oder* abgelegte Berufsreifeprüfung/Studienberechtigungsprüfung
- D) Akademischer Abschluss (Bachelor, Master, Dr./PHD)

Tabelle 10: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Bildungsstand

Subjektiver Gesundheitszustand		Bildungsstand				Gesamt
		A	B	C	D	
gesund	Anzahl	0	1	2	1	4
	% innerhalb von gesund	0%	25%	50%	25%	100%
leicht beeinträchtigt	Anzahl	0	6	5	3	14
	% innerhalb von leicht beeinträchtigt	0%	42,9%	35,7%	21,4%	100%
stark beeinträchtigt	Anzahl	2	2	2	1	7
	% innerhalb von stark beeinträchtigt	28,6%	28,6%	28,6%	14,3%	100%
Gesamt	Anzahl	2	9	9	5	25
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	8%	36%	36%	20%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	4,984	,608
Cramér's V	,348	,444

Hinsichtlich des Bildungsniveaus besteht somit kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,608$; $N = 25$) zum kategorisierten Gesundheitszustand.

11.2.5 Subjektiver Gesundheitszustand und Familienstand

Die Klassifizierung des Familienstands lautet folgendermaßen:

Ledig – LG (Lebensgemeinschaft) – Ehe – GE (Geschieden) – VW (Verwitwet)

Tabelle 11: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Familienstand

Subjektiver Gesundheitszustand		Familienstand					Gesamt
		ledig	LG	Ehe	GE	VW	
gesund	Anzahl	1	0	3	0	0	4
	% innerhalb von gesund	25%	0%	75%	0%	0%	100%
leicht beein.	Anzahl	4	0	8	1	1	14
	% innerhalb von leicht beeinträchtigt	28,6%	0%	57,1%	7,1%	7,1%	100%
stark beein.	Anzahl	1	1	4	0	1	7
	% innerhalb von stark beeinträchtigt	14,3%	14,3%	57,1%	0%	14,3%	100%
Gesamt	Anzahl	6	1	15	1	2	25
	% innerhalb von Subj. Gesundheitszustand	24%	4%	60%	4%	8%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	5,470	,930
Cramér's V	,304	,913

Auch hier kann kein signifikantes Ergebnis erreicht werden ($p = 0,930$; $N = 25$).

11.2.6 Subjektiver Gesundheitszustand und Berufliche Situation

Es folgt die Einteilung für die Ausprägungen für die Variable „Berufliche Situation“:

1 – unselbständig, 2 – selbständig, 3 – teils selbständig/teils unselbständig, 4 – SchülerIn, 5 – StudentIn, 6 – PräsenzdiensterIn, 7 – Hausfrau/Hausmann, 8 – karenziert, 9 – pensioniert, 10 – arbeitssuchend

Tabelle 12: Kreuztabelle und Signifikanztest: Subjektiver Gesundheitszustand * Berufliche Situation

Subjektiver Gesundheitszustand		Berufliche Situation							Gesamt
		1	2	4	5	7	9	10	
gesund	Anzahl	2	1	0	1	0	0	0	4
	% innerhalb von gesund	50%	25%	0%	25%	0%	0%	0%	100%
leicht beeintr.	Anzahl	5	0	1	2	0	4	2	14
	% innerhalb von leicht beeinträchtigt	36%	0%	7%	14%	0%	29%	14%	100%
stark beeintr.	Anzahl	1	1	0	0	1	4	0	7
	% innerhalb von stark beeinträchtigt	14%	14%	0%	0%	14%	57%	0%	100%
Gesamt	Anzahl	8	2	1	3	1	8	2	25
	% innerhalb von subj. Gesundheitszustand	32%	8%	4%	12%	4%	32%	8%	100%

	Wert	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Exakter Test nach Fisher	13,098	,267
Cramér's V	,513	,390

In der Kreuztabelle lässt sich erkennen, dass über die Hälfte (57%) jener Personen, die sich stark gesundheitlich eingeschränkt fühlten, pensioniert waren. Dies kann als Interpretation insgesamt dem Umstand geschuldet sein, dass mit steigendem Alter die Anzahl der Gesundheitsprobleme und Erkrankungen zunimmt. Diese Tendenz machte sich auch bereits bei der qualitativen Inhaltsanalyse des Gesundheitszustands bemerkbar.

Der Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen und dem Gesundheitszustand war jedoch mit einem Wert von $p = 0,267$ ($N = 25$) nicht signifikant.

Bevor nun die qualitativen und quantitativen Ergebnisse in einen theoretischen Kontext eingebunden und zusammengefasst werden, widmet sich das nächste Kapitel der letzten Fragestellung und ihrer qualitativen Analyse.

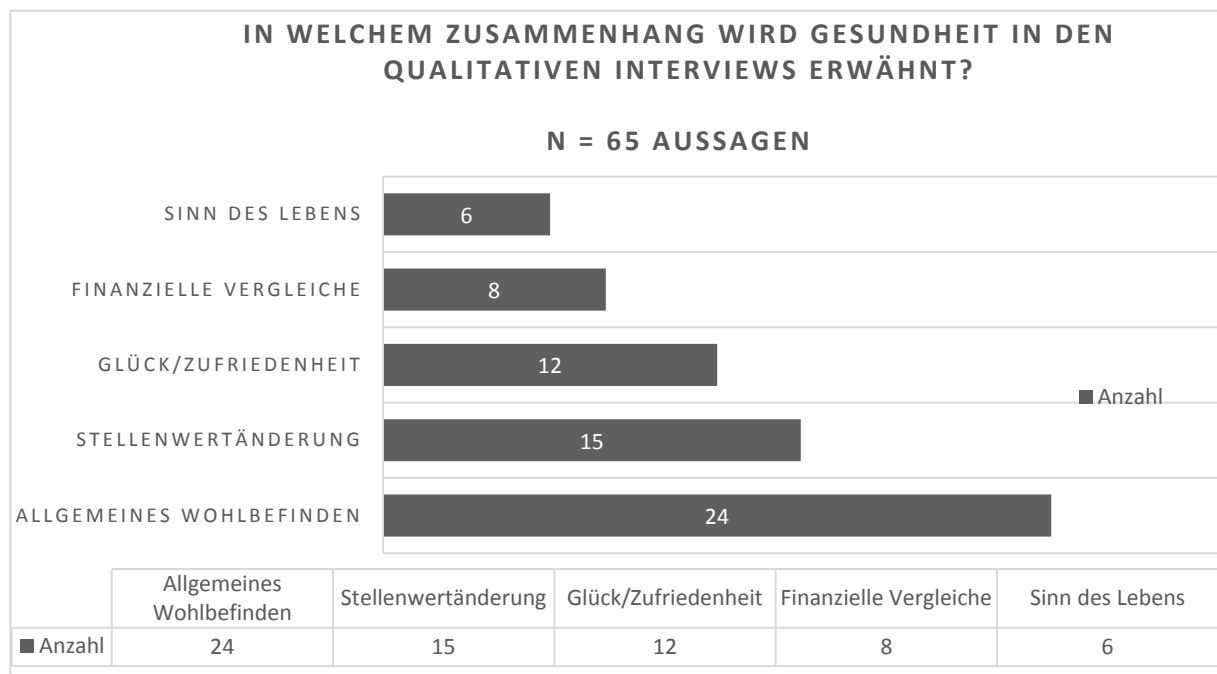
12. GESUNDHEITSTHEMATISIERUNG IN DEN INTERVIEWS

Nun soll abschließend noch exploriert werden in welchem Zusammenhang die interviewten Personen Gesundheit in ihren biographischen Interviews spontan erwähnen und welchen Themen sie in diesem Zusammenhang Bedeutung beimessen. In weiterer Folge stellt sich auswertungstechnisch dadurch natürlich die Frage, inwieweit die Bezugnahme auf das subjektive Wohlbefinden dabei konkret stattfindet.

Es erfolgte eine offene Codierung aller gesundheitszentrierten Textpassagen aus der zugrunde liegenden Stichprobe von 50 Interviews. Das Augenmerk wurde bei der folgenden induktiven Kategorienbildung darauf gelegt, Themen zu abstrahieren, die im engen Zusammenhang mit Gesundheit erwähnt werden. Als Orientierung diene hierbei der Interviewleitfaden.

Das nachfolgende Häufigkeitsdiagramm zeigt die Anzahl der getätigten Aussagen zu der jeweils induktiv gebildeten Kategorie.

Abbildung 16: Nennung von Gesundheit in Zusammenhang mit unterschiedlichen Bereichen



Eine Mehrfachnennung war möglich. Alle 65 kategorisierten Nennungen gingen insgesamt auf 18 Frauen im Alter zwischen 16 und 97 ($M = 48$; $SD = 23,09$) und auf 20

Männer im Alter zwischen 22 und 79 ($M = 45,25$; $SD = 16,95$) zurück. Es zeigt sich somit auch hier wieder ein sehr ähnlicher Altersrange und –durchschnitt zwischen den Geschlechtern.

Diese Resultate sollen nun nachfolgend auszugsweise besprochen und interpretiert werden.

12.1 Gesundheit und allgemeines Wohlbefinden

Interviews: M36 (weiblich, 23), WG50 (weiblich, 30), M38 (weiblich, 38), KG12 (weiblich, 39), WM38 (weiblich, 44), KG5 (weiblich, 50), WD29 (weiblich, 59), G17 (männlich, 23), R24 (männlich, 25), M17 (männlich, 28), WG44 (männlich, 29), SB9 (männlich, 37), F46 (männlich, 39), F48 (männlich, 41), WM25 (männlich, 45), WS14 (männlich, 54), WG3 (männlich, 33), M41 (männlich, 62), F30 (männlich, 65), M20 (männlich, 69).

In dieser Kategorie wurden insgesamt 28 Aussagen klassifiziert, welchen allen gemeinsam ist, dass diese Personen Gesundheit als wichtigen Bestandteil für ihr allgemeines Wohlbefinden erachten.

In Interview WG50 verknüpft eine 30-jährige Frau ihr persönliches Wohlbefinden nicht nur sehr eng mit ihrem Gesundheitszustand sondern auch mit der aktiven Ausübung von Gesundheitsverhalten: *„Wahrscheinlich ist es ja so ein ziemliches Cluster aus viel verschiedenen Dingen, denke ich jetzt mal. Also, mhm, (.) ist auf jeden Fall natürlich auch so, Gesundheit, ja, das ist immer so, dass man das ein bisschen vergisst, wenn es eh passt, also irgendwie. (.) Also es ist uns irgendwie wichtig da so (.) gesund- und ziemlich gesund zu ernähren, und zu bewegen und so, das heißt, wir haben eigentlich da so das Gefühl, dass- Wir sind ziemlich balanciert, wir waren auch überhaupt nicht krank jetzt letzter Zeit, deshalb denke ich ist das ein bisschen selbstverständlich im im Wohlbefinden drinnen, das läuft ganz gut. Das ist auf jeden Fall wichtig, dass man nicht krank ist die ganze Zeit, das stimmt, ja.“* (Interview WG50, Absatz 294)

Einige Personen antworteten auf die Frage, welche wichtigen Lebensbereiche sich auf ihr Wohlbefinden auswirken, auch mit dem Gesundheitszustand ihrer Familie bzw. nahe stehender Personen. Die Antwort einer 50-jährigen interviewten Frau lautet hierzu: *„[D]ass in der Familie alles passt, dass alle gesund sind“* (Interview KG 5, Absatz 63).

Auch ein 23-jähriger Mann sieht seine persönliche Gesundheit und jene seiner Familie als wichtige Faktoren für sein persönliches Wohlbefinden an: *„Auf jeden Fall Gesundheit. Ohne Gesundheit bringt das restliche Leben relativ wenig. In Kombination mit glücklicher und gesunder Familie auf jeden Fall“*. (Interview G17, Absatz 23). Auch die Antwort eines 29-jährigen Mannes in seinem biographischen Interview fällt in einem ähnlichen Rahmen aus: *„Ich glaub das aller Wichtigste ist mal die Gesundheit, und (.) ja dass es allen gut geht, mir und meiner Familie, alle die mir nahe liegen, dass sie alle gesund sind“*. (Interview WG44, Absatz 46)

Sehr interessant ist die Antwort von einem 54-jährigen Herrn, auf die Frage des Interviewers: *„Was ist am allerwichtigsten für Ihr Wohlbefinden?“*. Seine Reaktion umfasst nicht nur die Nennung von Gesundheit in diesem Zusammenhang, sondern seine Antwort geht darüber hinaus und umfasst eine Definition des Gesundheitsbegriffs: *„Wenn die Gesundheit einmal nicht da ist, dann schätzt man sie. Also würde ich sagen auf jeden Fall ein ein ein physisches und psychisches Wohlbefinden, also auch eine Ausgeglichenheit natürlich, also nicht nur so Abwesenheit von Krankheit wie man so schön sagt, sondern eben auch eine gewisse Harmonie.“* (WS 14, Absatz 32-33). Dieses Zitat und die zugrunde liegende Sichtweise weist eine starke Ähnlichkeit zu der – im Kapitel 2.1 *Paradigmen, Definitionen und Konzepte im Wandel der Zeit* – angeführten Gesundheitsdefinition aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1948 auf, in welcher Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit sondern als ein darüber hinausgehendes umfangreiches physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden interpretiert wird. Im Einklang steht dies auch mit den Untersuchungsergebnissen von Faltermaier et al. (1999), welche in Kapitel 2.5 *Subjektive Theorien und Laiendefinitionen* vorgestellt wurden, wonach das Gesundheitsverständnis von Laien über eine Negativdefinition von Gesundheit (die reine „Abwesenheit von Krankheit“) weit hinausreicht und sich eher mit dem Modell der Salutogenese vereinen lässt.

12.2 Gesundheit, Glück und Zufriedenheit

Interviews: KG8 (weiblich, 16), F34 (weiblich, 24), M43 (weiblich, 34), M38 (weiblich, 38), KG5 (weiblich, 50), A17 (weiblich, 65), R42 (männlich, 41), F30 (männlich, 65), F26 (männlich, 69), A3 (männlich, 79).

Zehn Personen sehen in ihren Interviews ihre individuelle Gesundheit und jene von ihnen nahestehender Personen als ausschlaggebend für das Empfinden ihres persönlichen Glücks an. So antwortet beispielsweise eine 34-jährige Frau auf die Frage, was Glück für sie bedeutet, mit: *„Glück bedeutet für mich Gesundheit und wenn alles rundumadum passt. Auch für die anderen Leute, weil ich das nicht mag, wenn’s irgendwann nicht gar so gut geht.“* (Interview M43, Absatz 142)

In einem anderen Interview wird ein 41-jähriger Mann gefragt, welchen Ratschlag er/sie seinem Kind geben würde, wie und wo das Glück zu finden ist: *„Partnerschaft, Job und Hobby ist schon glaub ich sehr neben der Gesundheit natürlich, aber die ist teilweise (.) teilweise nicht sehr beeinflussbar, aber (.) das sind schon die Dinge, wo ich glaub, das sind Voraussetzungen (.) dafür.“* (Interview R42, Absatz 109). Neben der Auffassung, dass Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil für das Glück im Leben dieser Person bildet, zeigt sich hier auch, eine externale gesundheitliche Kontrollüberzeugung.

Auffällig ist weiters, dass einige Personen Gesundheit im Zusammenhang mit der externalen Komponente von „Glück“ (engl.: „luck“) auslegen und nicht zwingend mit der internalen Komponente von „Glück“ (engl.: „happiness“) gleichsetzen. Eine 24-jährige Frau beschreibt dies so: *„Glück (..) hat glaub ich eher was (.) wie soll ich sagen, also nicht mit mir persönlich zu tun, sondern (.) ich mein wenn ich krank werde, dann habe ich Pech, sagen wir mal so. Das heißt, das kommt eigentlich von oben irgendwo (.) ob ich dann wirklich Glück hab, oder ob ich Pech hab, weil das kann ich nicht wirklich beeinflussen. Aber die Zufriedenheit kann ich eher beeinflussen.“* (Interview F34, Absatz 117).

Eine weitere Person spricht im Weiteren die von ihr empfundene Korrelation zwischen Zufriedenheit und Gesundheit an und grenzt diese von Glück ab: *„Glück ist ein Lottogewinn ein Zufallstreffer [...] was dich erwischt aus irgendeinem Grund, das grad*

du erwischst und der andere nicht (..) Zufriedenheit ist wenn die Grundbedürfnisse so gedeckt sind also wenn du gesund bist“ (Interview KG5, Absatz 237).

12.3 Gesundheit als Sinn des Lebens

Interviews: KG12 (weiblich, 39), SD7 (weiblich, 70), WS10 (weiblich, 87), G17 (männlich, 23), WS14 (männlich, 52), R18 (weiblich, 40).

Fünf der interviewten Personen sehen Gesundheit darüber hinaus als Bestandteil ihres Lebenssinns bzw. Lebensziels an. Es folgen zwei Beispiele zur Veranschaulichung, durch deren demographische Brandbreite gezeigt werden soll, dass Gesundheit als Sinn des Lebens nicht zwangsweise vom Geschlecht oder Alter der jeweiligen Person abhängig ist.

So antwortet ein 23-jähriger Mann auf die Frage danach, was seinem Leben Sinn gibt, unter anderem auch mit Gesundheit: *„Für mich das soziale Umfeld und das persönliche Wohlbefinden. Und, wie besprochen, Familie, Freunde, (beruflicher) Erfolg, Gesundheit.“* (Interview G17, Absätze 69-70)

In dem Interview mit der Kennzeichnung SD7 führt eine 70-jährige Dame dies näher aus und sieht neben ihrer persönlichen Gesundheit auch aktives Gesundheitsverhalten und die Beibehaltung der Gesundheit nahestehender Personen als essentiell an: *„Was mir Sinn gibt im Leben, das ist (.) an erster Stelle die Gesundheit (.) und zwei- an zweiter Stelle (.) die Bewegung (.) dass dich aktiv zeigst und als - an dritter Stelle - an erster Stelle ist die Gesundheit von meinem Sohn, von meine - von meine Leute, was ich hab, an zweiter Stelle, dass - dass ich aktiv bin, dass ich mich aktiv zeigen kann und an dritter Stelle, dass man in die Leute zugeht“.* (Interview SD7, Absatz 79)

12.4 Änderung des gesundheitlichen Stellenwerts

Interviews: M33 (weiblich, 37), KS24 (weiblich, 55), A17 (weiblich, 65), G10 (weiblich, 80), G6 (männlich, 22), M17 (männlich, 28), WG3 (männlich, 33), F46 (männlich, 39), WM25 (männlich, 45), WS14 (männlich, 52), G13 (männlich, 53), M20 (männlich, 69).

Eine Reihe von Personen sprechen in ihren Interviews über einen (antizipierten) Anstieg des gesundheitlichen Stellenwerts aufgrund zunehmenden Alters oder aufgrund vorangegangener Beeinträchtigungen ihres Gesundheitszustands.

Diese Erwähnungen fanden vor allem im Rahmen der Frage: *„Was ist Ihnen heute wichtiger, was Ihnen früher nicht so wichtig war?“* statt. Einerseits wird ein Anstieg des Gesundheitswerts für das persönliche Leben dem zunehmenden Alter zugeschrieben, mit welchem oft der Anstieg körperlicher Beeinträchtigungen verbunden ist. So antwortet ein 69-jähriger Herr auf die oben angeführte Frage, was ihm im Leben wichtiger geworden ist, mit: *„Ja das ist hauptsächlich die Gesundheit, das kommt mit dem Alter, gell? Als Junger, da denkt man sich ja gar nichts, da lebt man so einfach ins Leben hinein, gell, aber dann wenn Alter kommt, dann kommen da schon Zwickerchen, (lacht) und eben durch das, dass ich schon früh Diabetes gehabt hab, (..) wird man da ein bisschen ernster, oder bewusster“* (Interview M20, Absatz 78). Auch eine 55-jährige Frau sieht dies ähnlich: *„Nein wirklich, also die Gesundheit - man denkt dann eben anders, nicht? Mit zunehmenden Alter wird dann vielleicht die Gesundheit ein bisschen wichtiger (..) weil man sich andere Wünsche ja vielleicht schon erfüllt hat und dann weil man einmal merkt ohne Gesundheit geht gar nichts mehr, dann denk ich mir ja, Gesundheit ist jetzt eigentlich wichtig“* (Interview KS24, Absatz 264).

Eine 37-jährige Frau beschrieb die Änderungen hinsichtlich gesundheitlicher Kognitionen und Verhaltensweisen etwas genauer: *„Ja. (..) man verliert die Selbstverständlichkeit, man meint, man bleibt sowieso gesund, man ist, man schätzt die Gesundheit und das Leben viel mehr, man schätzt das viel mehr was man hat als wenn man jung ist, oder unbeschwert ist noch, wo man (..) mit bestimmten Dingen noch nicht konfrontiert worden ist und, und keine Kinder hat, dann ist man noch freier, und man schätzt das einfach jetzt mehr was man hat, und dass man die Gesundheit und die*

Möglichkeiten die man dann hat, die schätzt man dann mehr, ja das ist wichtiger geworden für mich.“ (Interview M33, Absatz 39).

Aber nicht nur bereits eingetretene Änderungen des Stellenwerts werden angesprochen, sondern auch antizipierte. In Interview M17 erzählt ein 28-jähriger Mann, dass er bisher bis auf Sportverletzungen noch keine gesundheitlichen Probleme habe, aber er annimmt, dass sich der gesundheitliche Stellenwert mit zunehmenden Alter erhöhen wird: *„Wird sicher wichtiger werden, ja. (..) Das sieht man jetzt bei meinen Eltern und so weiter, das wird immer mehr zum Thema, und kannst halt ein bisschen was dagegen tun, ich mein bisschen beeinflussen kommt mir vor kannst es schon, wer weiß wie viel dann richtig, aber (..) bisschen schauen drauf kann man schon. Man lebt halt dann auch immer bewusster (lacht) [...] Na umso älter dass du wirst.“ (Interview M17, Absätze 264 und 268)*

12.5 Gesundheit im Vergleich mit finanziellen Aspekten

Interviews: KG8 (weiblich, 16), KS20 (weiblich, 24), M38 (weiblich, 38), KG12 (weiblich, 39), KG5 (weiblich, 50), KS24 (weiblich, 55), WG3 (männlich, 33), WD3 (männlich, 39).

Auf die Frage des Interviewers, welchen Beitrag Geld für das persönliche Glück und die Lebenszufriedenheit leistet, stellen acht Personen spontane Vergleiche des monetären Stellenwerts mit jenem der Gesundheit an, obwohl nach diesem gar nicht gefragt wurde.

Beispielsweise antwortet eine 55-jährige Dame in ihrem Interview auf die genannte Frage mit folgendem: *„Geld ist wie soll ich sagen (..) na wenn man krank ist, ist ist Geld - spielt das Geld keine Rolle mehr, weniger sagen wir so, da ist einfach nur der der äh denk ich mir so, was bringt das ganze Geld wenn es mir gesundheitlich nicht gut geht (...) und und darum (..) ja ist (..) die Gesundheit dann wichtiger noch, was heißt wichtiger, aber mindestens so wichtig, wie dass ich ein Geld hab, nicht?“ (Interview KS24, Absatz 270).* Auch eine 38-jährige Frau aus der Stichprobe antwortet nach einem ähnlichen Verhaltensmuster: *„[I]ch kann mir aber vom Geld auch nicht immer alles kaufen, Gesundheit kann ich mir nicht kaufen zum Beispiel, da ist mir die Gesundheit wichtiger“ (Interview M38, Absatz 161).*

In Interview KG8 wird noch ein auffälligeres Vergleichsbeispiel von dem Besitz von Geld mit freundschaftlichen Beziehungen und Gesundheit angeführt: „*Ja, würde ich jetzt stinkreich sein und keine Freunde haben möchte ich die gar nicht wirklich, nicht? Da habe ich lieber gar kein Geld und so viele Freunde und Familie, die was alle gesund sind, das ist mir viel tausend Mal lieber*“ (Interview KG8, Absatz 91). In dieser Aussage spiegelt sich auch der hohe Stellenwert der Gesundheit nahe stehender Personen wider, der von vielen Personen in der Stichprobe als sehr wichtig erachtet wird.

Auch eine 24-jährige Frau relativiert in ihrem biographischen Interview die Bedeutsamkeit von Geld für das subjektive Wohlbefinden: „*Man braucht zwar eben Lebensmittel und solche Sach- Dinge braucht, aber ich glaube wenn man gesund ist und Freunde, Familie, Partnerschaft hat, wiegt das sicher viel mehr auf*“. (Interview KS20, Absatz 386)

Es scheint anhand dieser Aussagen und Vergleiche so, als würden Antwortmuster auf die Frage nach der Wertigkeit von Geld eher gesellschaftlich geprägt und somit in Richtung sozial erwünschtem Antwortverhalten verfälscht werden. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass nach gesellschaftlichen Normen monetäre Werte keine große Wertigkeit für das persönliche Glück und die Zufriedenheit im Leben darstellen sollten und persönliche Faktoren wie Gesundheit und soziale Beziehungen ein höherer Stellenwert zugesprochen werden sollte. Die Authentizität dieser zitierten Passagen lässt sich anhand dieser doch eher als eher ungewöhnlich zu klassifizierenden spontan erfolgten Vergleiche, die mit der konkreten Beantwortung der Frage nicht zwingend etwas zu tun haben, anzweifeln.

13. DISKUSSION

Dieses Kapitel der Diplomarbeit dient der abschließenden Diskussion der zuvor aufgeführten Ergebnisse, indem diese nachfolgend zusammenfassend und integrativ betrachtet, in den theoretischen Kontext dieser Arbeit eingebettet und im Rahmen der zu beantwortenden Fragestellungen inhaltlich und methodisch besprochen werden.

Die Zielsetzung dieser Arbeit bestand darin, zu explorieren, welche Rolle Gesundheit für das subjektive Wohlbefinden spielt, wie sich dies durch einen vorwiegend qualitativ-methodischen Ansatz erfassen lässt und welcher Messproblematik jener sich dadurch letztendlich stellen muss.

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgt in drei Schritten: Zunächst wird auf die qualitative Erfassung des Gesundheitszustands eingegangen, anschließend wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und soziodemographischen Merkmalen besprochen und anschließend erfolgt die Diskussion zur Beziehung von Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden zueinander.

13.1 Qualitative Erfassung des Gesundheitszustands

Fragestellung: Inwieweit lässt sich der Gesundheitszustand einer Person in qualitativen Interviews erkennen?

Die Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands geschieht in der Praxis vorwiegend durch die Anwendung psychometrischer Fragebögen, durch direkte und indirekte Eigen- bzw. Fremdeinschätzungen auf einer vorgegebenen Skala – wie in *Kapitel 10.1 Exkurs: Quantitative Erfassung des Gesundheitszustands* bereits ausgeführt wurde. Mit dieser Arbeit wurde jedoch der Versuch unternommen, mithilfe einer Orientierung an den zugrunde liegenden Fragen von psychometrischen Fragebögen, den (subjektiven) Gesundheitszustand mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse zu kategorisieren. Dies gestaltete sich als weitaus komplexer und umfangreicher, gewährte aber auch zeitgleich einen detaillierteren, psychologischen Einblick in dieses Themengebiet.

So machte Frank (1991) auf die bereits erwähnte „informationslose Befindensqualität“ (S. 71) des körperlichen Wohlbefindens aufmerksam. Dies spielte für die Erfassung und Auswertung vom vorliegenden qualitativen Interviewmaterial, sowie für den

Auswahlprozess der Interviews insofern eine Rolle, als dass sich auch hierbei feststellen ließ, dass gesunde Menschen meist über ihren Gesundheitszustand gar nicht erst sprechen. Dies führte zu wichtigen, fehlenden Informationen bei jenem Personenkreis, welche ihren Gesundheitszustand erst gar nicht im Laufe ihres biographischen Interviews erwähnten. Dies könnte zwar die Annahme bestätigen, dass diese Personen zum Zeitpunkt des Interviews unter keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen litten und somit als „gesund“ zu klassifizieren sind, aber es könnte genauso auch dem Umstand geschuldet sein, dass im Rahmen eines halbstrukturierten, narrativen Interviews das Hautaugenmerk ohne Nachfragen seitens der InterviewerInnen auf anderen Themengebieten lag und Gesundheit kein Bestandteil des Interviewleitfadens war. Um einen Vergleich hinsichtlich der Subkategorien des subjektiven Gesundheitszustands zu ermöglichen, wurden daher nur Interviews herangezogen, in welchen der Gesundheitszustand bzw. Indikatoren dafür während des Interviewverlaufs zumindest erwähnt wurde/n.

Wie lässt sich der subjektive Gesundheitszustand nun in qualitativen Interviews klassifizieren? Nachdem keine explizite Frage nach diesem in den Interviews gestellt wurde, wurde versucht diesen anhand von Indikatoren zu erschließen. Diese wurden in den Interviews vor allem durch Beschreibungen von subjektiven Leidenszuständen (z.B. Schmerzen), Äußern von – durch eine beeinträchtigte Gesundheit entstandene – Einschränkungen und explizite Bezeichnungen als gesund oder krank deutlich. Neben diesen Merkmalen wurde bei der Kategorisierung auch Aufmerksamkeit auf psychologische Indikatoren für einen beeinträchtigten Gesundheitszustand in den Transkripten gelegt: Relativierungen, Wiederholungen, widersprüchliche Aussagen, auffällige Betonungen, Länge des Texts, Zentralität des Themas spielten ebenfalls eine bedeutende Rolle. Dies war besonders interessant, da diese oftmals konträr zu den (bewussten) Aussagen der jeweiligen Person stand.

Dies führte auch zu einigen überraschenden, inhaltlichen Ergebnissen: so wurde deutlich, dass Gesundheit von Laien oftmals noch immer mit dem bereits veralteten, pathogenetischen Gesundheitskonzept eines einwandfreien Ablaufs des *körperlichen* Leistungs- und Funktionszustands gleichgesetzt zu werden scheint und die *psychische* Gesundheit dabei nur unzureichend Berücksichtigung findet. Personen, die sich selbst als mehr oder weniger gesund bezeichneten, bezogen dies fast ausschließlich auf ihren

physischen Leistungs- und Funktionszustands und ignorierten vorliegende psychische Probleme und negative, psychische Einflüsse.

Bemerkenswert waren auch Relativierungen und Abschwächungen von subjektiven, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche auf soziale Vergleichsprozesse mit einer Referenzgruppe zurückzuführen waren. So wurde der persönliche Gesundheitszustand mit Personen aus der sich zugehörig fühlenden Altersgruppe verglichen, wodurch selbst bei Vorliegen von Beschwerden diese oftmals relativiert und als „normal“ (für die Altersgruppe) bezeichnet wurden. Die Erwartungshaltung an die persönliche Gesundheit passte sich somit durch soziale Vergleichsprozesse stetig an und beeinflusste die eigene Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands.

Inhaltlich ist es ebenfalls interessant, dass in der zweiten Subkategorie ein Großteil der Personen über gesundheitliche Probleme und Krankheiten berichtet, die sich im Laufe der Zeit verbessert haben und aktuell als nicht mehr stark einschränkend und belastend beschrieben werden. Dies könnte auch die Vermutung nach aktivierten Adaptionsprozessen nahelegen, wodurch sich eine Habituation an die subjektiv wahrgenommenen Krankheitssymptome und aus dem beeinträchtigten Gesundheitszustand resultierenden Einschränkungen ereignete und diese daher im Laufe der Zeit nicht mehr im gleichen Ausmaß wie zuvor als belastend erlebt werden. Auch weisen die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse darauf hin, dass eine hohe Anzahl oder ein hohes Ausmaß an gesundheitlichen Belastungen vorliegen musste, bis die meisten Personen sich überhaupt erst als „krank“ oder „nicht gesund“ bezeichneten.

Ein objektives Maß – wie den objektiven Gesundheitszustand – aus qualitativen biographischen Interviews, die eine ausschließlich subjektive Perspektive der interviewten Person wiedergeben, adäquat zu erfassen, ist nicht möglich. Aus diesem Grund wurden in den vorliegenden Interviews lediglich die Gesundheitsprobleme und Erkrankungen gesammelt und geordnet. Diese wurden daher bereits in *Kap. 10.3: Gesundheitsprobleme und Erkrankungen* ausführlich besprochen.

Abschließend lässt sich zu dieser Thematik sagen, dass die Einteilung eines subjektiven Gesundheitszustands in qualitativen Interviews sich insofern als schwierig erwies, als dass Personen oftmals ohne die fehlende Nachfrage seitens der InterviewerInnen kein globales Gesamturteil über ihren persönlichen Gesundheitszustand fällen und dieses im

Zuge dessen daher auch nicht im Interview explizit mitteilen. Für zukünftige Erhebungen sollte eine Frage danach zumindest Bestandteil des Interviewleitfadens sein. Des Weiteren könnte bei Erhebungen zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands die Frage „Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?“ auf einer mehrfach abgestuften Skala in einem Fragebogen gestellt werden um zu einem vergleichbaren Gesamturteil zwischen Personen(-gruppen) zu kommen. Im Idealfall sollte der Fokus des qualitativen Interviews auf der Gesundheitsthematik bzw. dem Gesundheitszustand liegen oder zumindest gezielte Fragen danach beinhalten.

Zur Erfassung des objektiven Gesundheitszustands sind nach wie vor medizinisch abgesicherte Diagnosen durch ärztliche und/oder psychologische Atteste bzw. objektive Beurteilungen heranzuziehen. Sollte dies aus ökonomischen Gründen nicht möglich sein, sollte die subjektive Sicht zur persönlichen (objektiven) Gesundheit zumindest durch eine Fremdeinschätzung einer nahestehenden oder im gemeinsamen Haushalt lebenden Person ergänzt werden.

Im nächsten Kapitel erfolgt nun die Diskussion der Ergebnisse zwischen dem Gesundheitszustand und unterschiedlichen soziodemographischen Merkmalen.

13.2 Gesundheit und Soziodemographische Merkmale

Fragestellung: Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und soziodemographischer Variablen?

Dieser Frage wurde versucht mithilfe von quantitativen Signifikanztests zu beantworten. Zur Veranschaulichung wurden darüber hinaus im Ergebnisteil dieser Diplomarbeit auch Häufigkeitsdiagramme und Kreuztabellen verwendet. Die quantitativen Ergebnisse wurden bereits im *Kap. 11: Quantitative Analysen* ausführlich dargestellt und nachfolgend interpretiert, wodurch diese hier nur zusammenfassend besprochen werden.

Zwischen dem Gesundheitszustand und der Geschlechtszugehörigkeit fand sich kein signifikanter Zusammenhang. Das festgesetzte Kriterium für die ursprüngliche Stichprobenauswahl, bei welchem mindestens drei Mal das Wort „gesund“ oder „krank“ im Laufe des biographischen Interviews vorkommen musste um einen ausreichenden Informationsgehalt für die Fragestellung dieser Studie zu sichern, führte zu einer ursprünglichen Geschlechterverteilung von 68% Frauen und einem Männeranteil von nur 32%. Dies könnte somit darauf hinweisen, dass Frauen eher dazu neigen über Gesundheit bzw. Krankheit zu sprechen.

Die weitere quantitative Auswertung führte zu keinen signifikanten Ergebnissen. Es ließen sich durch die Kreuztabellen jedoch zumindest bestimmte Tendenzen hinsichtlich des Alters oder der Berufsgruppenzugehörigkeit erkennen.

Der Grund, warum bei keiner der Zusammenhangsüberprüfungen Signifikanz erreicht werden konnte, kann einerseits daran liegen, dass mit dem Exakten Test nach Fisher ein konservativer Signifikanztest verwendet wurde, welcher sich zugunsten der H_0 verhält. Wird dabei zusätzlich die eher kleine Stichprobengröße berücksichtigt, kann dies als Erklärung dafür dienen, warum keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitsausmaß und den soziodemographischen Variablen gefunden wurde.

Für zukünftige Untersuchungen würde eine globale (subjektive) Gesundheitseinschätzung pro Person bzw. die zusätzliche Einschätzung des objektiven Gesundheitszustands durch professionell ausgebildetes Fachpersonal dabei helfen, die Stichprobengröße für quantitative Analysen zu erhöhen.

Anschließend erfolgt nun die Diskussion der Ergebnisse zur Beziehung zwischen Gesundheit zum subjektiven Wohlbefinden.

13.3 Gesundheit und subjektives Wohlbefinden

13.3.1 Gesundheitsthematisierung (und subjektives Wohlbefinden)

Fragestellung: Inwiefern wird Gesundheit in den biographischen Interviews erwähnt, in welchem Zusammenhang wird Gesundheit thematisiert? Wird es im Zusammenhang mit dem subjektivem Wohlbefinden genannt?

Der letzte Teil der qualitativen Auswertung (Kap. 13: *Gesundheitsthematisierung in den Interviews*) fokussierte sich auf die Abstrahierung von Kategorien, die in den vorliegenden Interviews häufig im Zusammenhang mit dem Begriff Gesundheit erwähnt wurden. Dabei wurden alle Interviews der für diese Arbeit ausgewählten Stichprobe berücksichtigt.

Am häufigsten wurde das Thema Gesundheit im Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden und seinen Komponenten in den Interviews genannt. Erwähnt wurde hierbei die gesundheitliche Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden, das persönliche Glück und die Lebenszufriedenheit.

Durch den letzten Teil der qualitativen Auswertung wurde auch deutlich, dass einige Personen sich zwar als glücklich bezeichneten, weil sie sich als gesund empfanden; die subjektive Definition von „Glück“ vermischte sich hier aber wieder mit der von Mayring (1991) hingewiesenen Doppelbedeutung von „Glück“ in der deutschen Sprache. So wurde dies nicht nur mit „Glück als Erfüllung“ (engl.: „*happiness*“) sondern insbesondere auch mit der Zufallskomponente von Glück (engl.: „*luck*“) in Verbindung gebracht. Auch wurde deutlich, dass die persönlichen Gesundheitstheorien und somit auch Kontrollüberzeugungen (von internaler bis zu fatalistisch-externaler) zwischen den Personen variieren. Um den unterschiedlichen Kontrollüberzeugungen jedoch genauer auf den Grund zu gehen, sind weitere, darauf abzielende Untersuchungen notwendig, da der Informationsgehalt in den vorliegenden Interviews nicht ausreichte um Schlüsse über den Einzelfall hinaus zu ziehen.

Im Weiteren wurde die Relevanz von Gesundheit für das Leben der interviewten Personen auch bei folgenden Kategorisierungen deutlich: so wurde von einem Zuwachs des gesundheitlichen Stellenwerts im Laufe des Lebens berichtet, Gesundheit wurde als

wichtiger erachtet als monetäre Werte und wurde von einigen darüber hinaus sogar als Sinn ihres Lebens bezeichnet.

Resümierend geht aus dem letzten Teil der qualitativen Auswertung der Interviews hervor, dass eine starke Verknüpfung von Gesundheit zum subjektiven Wohlbefinden und seinen Komponenten stattfindet. Die Gesundheit wird nicht nur als wichtig für das persönliche Leben erachtet, sondern es wird oftmals auch als direkter Einflussfaktor für das individuelle Glück, für die persönliche Lebenszufriedenheit und dem allgemeinen Wohlbefinden angesehen.

Aus methodischer Sicht gilt es zu beachten, dass die vorliegenden qualitativen Interviews der Pilotstudie auf die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens abzielten und somit folglich Gesundheit häufig mit diesem Konstrukt gemeinsam erwähnt wird. Keine Frage des verwendeten Interviewleitfadens zielte jedoch spezifisch auf die direkte Nennung von Gesundheit ab, womit sich durch die dennoch hohe Anzahl getätigter spontanen Nennungen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Interviewfragen zeigt, dass sowohl die eigene Gesundheit als auch jene naherstehender Personen einen hohen Beitrag für das (subjektive) Wohlbefinden dieser Personen leisten.

Als nächstes soll nun auf die gemeinsame Beziehung zwischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden eingegangen werden.

13.3.2 Gesundheit und subjektives Wohlbefinden

Fragestellung: Wie stellt sich die Beziehung zwischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden dar? Welche Rolle spielt Gesundheit für das subjektive Wohlbefinden?

Zunächst widmen wir uns den Ergebnissen und den Unterschieden zwischen der Anwendung von qualitativen und quantitativen Auswertungsmethoden hinsichtlich dieser zentralen Fragestellung:

Wie bereits zuvor besprochen wurde, geht aus der qualitativen Auswertung eine deutliche Verknüpfung von Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden hervor. Zahlreiche Personen aus der Stichprobe sehen dies als bedeutsamen Faktor für ihr Wohlbefinden, für ihr Glück und ihre allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben. Auch im ersten Teil der qualitativen Auswertung wurde anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring deutlich, dass der subjektiv empfundene Gesundheitszustand einen wichtigen Stellenwert für das subjektive Wohlbefinden einnimmt und die beiden Konzepte miteinander verknüpft werden. Ein weiterer, interessanter Aspekt der qualitativen Auswertung bestand darin, dass hinsichtlich der Auswirkung auf das subjektive Wohlbefinden nicht nur die eigene Gesundheit für die Personen der Stichprobe eine wichtige Rolle einnahm, sondern auch jene naher Angehöriger bzw. nahestehender Personen. Dies wurde auch im letzten Teil der qualitativen Auswertung wiederholt deutlich (Kap. 12: *Gesundheitsthematisierung in den Interviews*), in der ausdrücklich erwähnt wurde, dass für viele Personen nicht nur die eigene Gesundheit für das persönliche Glück eine Rolle spielt, sondern auch jene von eng vertrauten Personen als wichtig erachtet wurde.

Diese Erkenntnisse spiegeln sich auch in den Ergebnissen der quantitativen Analysen wieder. Werden diese betrachtet, zeigt sich ein signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen Glück und Lebenszufriedenheit sowie zwischen dem kategorisierten Gesundheitszustand und der Lebenszufriedenheit. Zwischen dem kategorisierten Gesundheitszustand und dem Glück fand sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang, obwohl zumindest eine ähnliche Tendenz wie bei der Lebenszufriedenheit in der Kreuztabelle erkennbar war.

Wie bereits zuvor angemerkt wurde, könnte auch dies auf die Anwendung eines konservativen Signifikanztests zurückgeführt werden. Dadurch gestaltete es sich als schwierig, signifikante Unterschiede hinsichtlich dieser Werte zwischen gesunden und

kranken Personen bei einer Stichprobe dieser Größe zu erreichen. Aus methodischer Sicht bringen die vorgenommenen Einstufungen von „Glück“ und „Zufriedenheit“ auf einer jeweils 10-stufigen Skala die in *Kapitel 2.5 Messproblematik* erwähnten methodischen Vor- und Nachteile mit sich. Dies betont wiederum die Relevanz der adäquaten Kombination sowohl qualitativer als auch quantitativer Forschungsansätze um Gemeinsamkeiten und Widersprüche innerhalb der Auswertung aufzudecken.

Auch handelt es sich bei den Einschätzungen auf der Glücks- und Lebenszufriedenheitsskala um globale Beurteilungen der jeweiligen Person, bei welcher auch andere (nicht-gesundheitliche) Lebensdomänen miteinfließen können. Es ist daher möglich, dass selbst bei Vorliegen von subjektiv empfundenen gesundheitlichen Leiden diese sich durch andere positiv geprägte Lebensbereiche kompensieren lassen, wodurch die globale Lebensqualität bzw. das Glücksempfinden insgesamt nicht übermäßig beeinträchtigt wird.

Welche inhaltlichen Gründe könnte es darüber hinaus dafür geben, dass erkrankte Menschen nicht bedeutend unglücklicher sind als weniger gesundheitlich beeinträchtigte bzw. gesunde Menschen?

So wies bereits Diener et al. (1999) darauf hin, dass es durch Adaption und Zielanpassungen auch für kranke Personen möglich sei, wieder zu einem hohen subjektiven Wohlbefinden zu gelangen. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalyse wieder, in welcher sich einerseits viele Abschwächungen, Relativierungen und Verharmlosungen von Gesundheitsproblemen/Erkrankungen fanden und andererseits recht viele Gesundheitsprobleme oder ein hohes Ausmaß an gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen mussten, damit sich die Personen überhaupt als krank oder nicht gesund bezeichneten.

Dies wiederum steht auch im Einklang mit den erfassten und kategorisierten Coping-Strategien und -stile. Werden diese nämlich zur Erklärung hinzugezogen, fällt auf, dass fast alle der klassifizierten Personen über ein erfolgreiches Bewältigungsrepertoire verfügen und vorwiegend die Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien in ihren Interviews nannten. Dazu gehörten in den konkreten Fällen folgende klassifizierten Strategien und Stile: die Inanspruchnahme professioneller Hilfemaßnahmen; das Beibehalten oder das Aufsuchen einer positiven, optimistischen und hoffnungsvollen

Einstellung; die Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung; Halt durch religiöse Überzeugungen und die Anwendung von kognitiven Strategien, welche durch selbstwertfördernde Um- und Neubewertungen gekennzeichnet sind. Maladaptive Strategien wie Verdrängung, Aufschiebung, Flucht in Alkohol- und Drogenkonsum/-missbrauch etc., die nur kurzfristig zu einer Verbesserung führen, aber auf lange Sicht zu einer immensen Erhöhung der zugrunde liegenden Belastung beitragen, wurden insgesamt nur von zwei Personen angeführt.

Eine daraus folgende Erklärung könnte infolgedessen lauten, dass Adaptionsprozesse wirksam geworden sind, wodurch die betroffenen Personen nach einem einschneidenden Ereignis – in diesen Fällen durch den Eintritt von bedeutenden Gesundheitsproblemen und Krankheiten – durch den Einsatz von effektiven Coping-Strategien im Laufe der Zeit sich wieder an ihr ursprüngliches Glücksniveau angenähert haben.

Dies deckt sich auch mit dem aktuellen, in dieser Arbeit diskutierten Forschungsstand, welcher besagt, dass es Personen mit einer niedrigen Anzahl und Ausprägung an Gesundheitseinschränkungen leichter fällt durch Adaptionsprozesse und der damit in Zusammenhang stehenden Anwendung von effektiven Coping-Strategien zu ihrem ursprünglichen Glückslevel zurück zu kehren (Graham, 2008).

Auch stehen die gefundenen sozialen Vergleiche im Einklang mit den Erklärungsansätzen von Graham (2008). Graham (2008) wies auf eine mögliche Änderung der Referenzgruppe bei sozialen Vergleichen hin, wodurch ebenfalls trotz gesundheitlichen Einschränkungen ein hohes Ausmaß an Glück möglich ist.

Der Umstand, dass schwer kranke Personen keine signifikant schlechteren Glückswerte aufweisen, könnte letztendlich jedoch auch methodischer Natur sein. Es besteht die Möglichkeit, dass Personen, welche unter einer (schweren) Erkrankung leiden und deren subjektives Wohlbefinden auch sehr stark negativ geprägt ist, gar nicht erst in der Ausgangsstichprobe landen, da sie weder Interesse noch Bereitschaft zeigen um an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen. Insbesondere beim vorliegenden Fall, in welchem die Studie an die Bereitschaft der Teilnahme an einem eineinhalbstündigen qualitativen Interview, in welchem der Verlauf des persönlichen Lebens über die gesamte Lebensspanne mitsamt guten und schlechten Zeiten erzählt und reflektiert werden soll,

gekoppelt ist, könnte es der Fall sein, dass besonders unglückliche Personen sich nicht im gleichen Ausmaß dazu bereit erklären an der Studie teilzunehmen.

Interessant gestaltet sich die Frage für weiterführende, zukünftige Untersuchungen, ob sich die Beziehung zwischen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit anders gestaltet bzw. diese anders beeinflusst als das Glück der Menschen.

Mit dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, durch die Anwendung von vorwiegend qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethoden die Gesundheit und ihre Beziehung zum subjektiven Wohlbefinden zu erfassen und anschließend zu diskutieren. Insgesamt ließ sich durch die qualitative Auswertung der biographischen Interviews ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und unterschiedlichen Komponenten des subjektiven Wohlbefindens herstellen. Insbesondere im letzten Teil der qualitativen Auswertung, in welcher gesundheitszentrierte Passagen gesammelt und kategorisiert wurden, wurde Gesundheit in Verbindung mit einer Reihe unterschiedlicher Komponenten des subjektiven Wohlbefindens, nämlich dem Glückserleben, der Lebenszufriedenheit und dem allgemeinen Wohlbefinden, genannt. Abschließend lässt sich somit sagen, dass die Gesundheit eine wichtige Rolle für das subjektive Wohlbefinden einnimmt.

Qualitative Interviews und deren qualitative Auswertung eignen sich auch in diesem Fall besonders für den Gewinn eines tiefergehenden, authentischen Einblicks in die subjektive Erfahrungs- und Gedankenwelt der zu untersuchenden Personen. Der qualitative Forschungsansatz wurde in dieser Arbeit durch die Integration quantitativer Analysen ergänzt. Auch die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit sprechen dafür, dass quantitative und qualitative Erfassungs- und Auswertungsmethoden eine sinnvolle Ergänzung zueinander bilden können, insgesamt einen Mehrwert an Information liefern können und somit nicht als einander ausschließend in ihrer Anwendung betrachtet werden sollten. Durch die Kombination beider Forschungsansätze gelang letztendlich ein umfangreicher, detaillierter Blick auf die Forschungsfrage, dessen Informationsgewinn durch die Fokussierung auf eine Forschungsmethode allein nur unzureichend möglich gewesen wäre.

14. KRITIK UND AUSBLICK

Es muss aus methodischer Sicht die Tatsache beachtet werden, dass die ausgewerteten Interviews aus einer Pilotstudie zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens stammen und der primäre Fokus nicht auf der Erfassung von Gesundheits- und Krankheitsaspekten lag. Dementsprechend beinhaltete der Interviewleitfaden keine auf die Fragestellung spezifisch abgezielten Fragen und es fand auch keine Instruktion der InterviewerInnen zum Nachfragen statt. Damit geht auch ein gewisses Maß an fragestellungsbezogenem Informationsverlust einher. Für die Zukunft gestaltet es sich daher als vorteilhaft, die qualitative Interviewführung nicht nur auf die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens abzustimmen, sondern auch gesundheitliche Aspekte in die Gestaltung des Interviewleitfadens miteinzubeziehen.

In Hinblick auf die Einschätzung eines Globalurteils über den subjektiven Gesundheitszustand ist eine Einschätzung auf einer Skala der qualitativen Erschließung in Interviews vorzuziehen. Abhängig von den finanziellen und zeitlichen Ressourcen zukünftiger Studien zu diesem Thema könnte die Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands auch durch Anwendung eines psychometrischen Testverfahrens erhoben werden. Um auch mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum objektiven Gesundheitszustand aufzuzeigen, sollten ärztliche Einschätzungen bzw. Diagnosestellungen miteinbezogen werden.

Zudem könnten Glücks- und Lebenszufriedenheitswerte sowie der Gesundheitszustand nicht nur zu einem einzigen bestimmten Erhebungszeitpunkt – sondern über einen längeren Zeitraum im Rahmen einer Längsschnittstudie – erhoben werden. Somit könnten auch Aussagen über den aktuellen Zeitpunkt der Studiendurchführung hinaus getroffen und das subjektive Wohlbefinden sowie die Gesundheit der Probanden über einen längeren Zeitraum verlässlich dokumentiert werden. Durch Längsschnittstudien ist es auch möglich Adaptionsprozesse, auf deren Präsenz die Ergebnisse dieser Studie hinweisen, näher zu untersuchen.

15. ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten Jahren nimmt die Forschung zum subjektiven Wohlbefinden (SWB) stetig zu. Das Ziel dieser vorliegenden Diplomarbeit besteht darin, zu erforschen, welche Rolle Gesundheit für das subjektive Wohlbefinden spielt und wie sich dies durch qualitative, biographische Interviews erfassen lässt sowie welche Messproblematik damit einhergeht.

Die darauf beziehende Pilotstudie wurde 2012 in Österreich durchgeführt und beinhaltet einen landesweiten Pool von 500 qualitativen, biographischen Interviews, Fragebögen und Tagebüchern. Für diese Arbeit wurde daraus eine Stichprobe von 50 Interviews gezogen und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht und durch Häufigkeitsanalysen ergänzt.

Die Ergebnisse der qualitativen Analyse zeigen, dass gemäß den interviewten Personen sowohl die eigene Gesundheit als auch jene nahe stehender Personen einen wichtigen Beitrag für ihr subjektives Wohlbefinden leisten. Dennoch führt das Vorhandensein einer Erkrankung oder eines Gesundheitsproblems nicht zwingend zu einem schlechten SWB. Adaptionsprozesse scheinen Durch Änderungen der Referenzgruppen bei sozialen Vergleichsprozessen oder durch adaptive Copingstrategien und –stile scheint es möglich zu sein, dennoch ein hohes SWB zu bewahren. Durch Verwendung von qualitativen Analysemethoden war es möglich einen tiefen Einblick in die Erlebens- und Erfahrungswelt von gesunden und kranken Personen zu generieren. Die quantitative Analyse führte zu ähnlichen Ergebnissen: signifikante Zusammenhänge wurden zwischen Glück und Lebenszufriedenheit; sowie zwischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit gefunden werden. Insgesamt betonen die Ergebnisse dieser Arbeit die Relevanz einer sinnvollen Kombination und Ergänzung dieser beiden sehr unterschiedlichen Forschungsansätze.

16. ABSTRACT

In recent years, the research on subjective well-being (SWB) has been constantly increasing. The main aim of this present diploma thesis consists of exploring the role of health for subjective well-being (SWB) and how this can be captured in qualitative, biographical interviews.

The pilot study was conducted in Austria in 2012 and contains a national data pool of 500 qualitative biographical interviews, questionnaires und dairies. For this thesis a sample of 50 interviews was drawn from the main pool of the pilot study and were examined with the qualitative content analysis by Mayring and additional frequency analysis.

The results of the qualitative analysis show that according to the interviewed people both their own health and the health of loved ones make a great contribution to their subjective well-being. Nonetheless the presence of a health problem or a disease doesn't lead necessarily and permanently to poor subjective well-being. People appeared to be able to adapt to their new life situation, for example some of them changed the reference group of social comparisons or used adaptive coping strategies and styles. Through qualitative analysis methods it was possible to gain profound insight into the thought processes and experiences of healthy and ill people. The quantitative analysis led to similar results: significant correlations were found between happiness and life satisfaction; and between health and life satisfaction. Overall, the results of this thesis underline the importance of a meaningful combination and addition of these two very different research approaches.

17. LITERATURVERZEICHNIS

- Abele, A., & Becker, P. (1991). *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917-927.
- Bruggemann, A., Groskurth, P., & Ulrich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bucher, A. A. (2009). *Psychologie des Glücks*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, PVU.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2008). Wer kontrolliert die Gesundheit? - Adaptive Krankheitsverarbeitungsstile bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 40, 150-156.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease A Meta-Analytic Review of Prospective Evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936-946.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2013). The Remarkable Changes in the Science of Subjective Well-Being. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 663-666.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Easterlin, R. A. (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In David, P. A., & Reder, M. W. (Hrsg.). *Nations and households in economic growth: Essays in Honor of Moses Abramowitz* (S. 89-125). New York: Academic Press.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- European Health Psychology Society. URL: <http://www.ehps.net> Zugriff am 16.02.2014.
- European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc Zugriff am 16.02.2014.
- Fachgruppe für Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. URL: www.gesundheitspsychologie.net Zugriff am 16.02.2014.
- Faltermeier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches: subjects and methods in change. *European Journal of Public Health*, 7, 357-363.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). Lay Health Theories: Contents, Dynamics and their Contribution to Preventive Health Behaviour in Everyday Life. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6(4), 309-326.
- Feldman-Barrett, L. F. (1997). The relationship among momentary emotion experiences, personality descriptions, and retrospective ratings of emotions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1100-1110.
- Fischer, J. A. (2009). *Subjective Well-Being as Welfare Measure: Concepts and Methodology*. Paris, OECD. URL: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/id/eprint/16619>. Zugriff am 16.02.2014.
- Frank, R. (1991). Körperliches Wohlbefinden. In Abele, A., & Becker, P. (Hrsg.). *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 71-96). Weinheim: Juventa-Verlag.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Frey, B. S., & Marti, C. F. (2010). *Glück: die Sicht der Ökonomie*. Zürich: Rüegger Verlag.
- Frey, B. S., Stutzer, A., & Benz, M. (2008). *Happiness: A Revolution in Economics*. MIT Press.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (1992). *Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV.
- Graham, C. (2008). Happiness and health: lessons--and questions--for public policy. *Health Affairs*, 27(1), 72-87.
- Graham, C., Eggers, A., & Sukhtankar, S. (2004). Does happiness pay? An exploration based on panel data from Russia. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 55(3), 319-342.

- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 129-140.
- Helson, H. (1948). Adaptation-level as a basis for a quantitative theory of frames of reference. *Psychological Review*, 55(6), 297-313.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Verlag Huber Hans.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136.
- Dilling, H., & Freyberger, H. (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. Bern: Huber.
- Kahneman, D., Fredrickson, B. L., Schreiber, C. A., & Redelmeier, D. A. (1993). When More Pain Is Preferred to Less - Adding a Better End. *Psychological Science*, 4(6), 401-405.
- Kahneman, D., & Krueger, A. B. (2006). Developments in the Measurement of Subjective Well-Being. *Journal of Economic Perspectives*, 20(1), 3-24.
- Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D. A., Schwarz, N., & Stone, A. A. (2004). A survey method for characterizing daily life experience: the day reconstruction method. *Science*, 306(5702), 1776-1780.
- Kirchler, E. (1985). *Arbeitslosigkeit und Alltagsbefinden. Eine sozialpsychologische Studie über der subjektiven Folgen von Arbeitslosigkeit*. Linz: Rudolf Trauner Verlag.
- Kirchler, E. (2011). *Wirtschaftspsychologie: Individuen, Gruppen, Märkte, Staat*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kowal, S., & O'Connell, D.C. (2004). Zur Transkription von Gesprächen. In Flick, U., Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (3. Auflage) (S. 437-447). Hamburg: Rowohlt.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Juventa Verlag GmbH.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, PVU.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lohaus, A., & Schmitt, G.M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform*. 2. Auflage. Heidelberg: Pfizer.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness Is a Stochastic Phenomenon. *Psychological Science*, 7(3), 186-189.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. UK: Elsevier Health Sciences.
- Ponocny, I., Weismayer, C., Dressler, S. & Stross, B. (2012a). *About validity of subjective survey responses: Description of a methodological study*. Wien: Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank, Projekt Nr. 14399.
- Ponocny, I., Weismayer, C., Dressler, S. & Stross, B. (2012b). *Living conditions, quality of life, and subjective well-being in regions: A methodological pilot study with explorative interviewing and quantitative measurement*. Unveröffentlichtes Manuskript. MODUL University Vienna.
- Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science and Medicine*, 69(12), 1834-1844.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Saracci, R. (1997). The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal*, 314(7091), 1409-1410.
- Satow, L. (2012). Stress- und Coping-Inventar (SCI): Test- und Skalendokumentation. Online im Internet: URL: <http://www.drsatow.de>.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607-628.

- Schopenhauer, A. (2010). *Aphorismen zur Lebensweisheit*. Wiesbaden: Marix Verlag.
- Schwarz, N., Strack, F., Kommer, D., & Wagner, D. (1987). Soccer, rooms, and the quality of your life: Mood effects on judgments of satisfaction with life in general and with specific domains. *European Journal of Social Psychology*, 17(1), 69-79.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Berlin: Hogrefe Verlag.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: The Free Press.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Spahn, C., Burger, T., Hildebrandt, H., & Seidenglanz, K. (2005). Health locus of control and preventive behaviour among students of music. *Psychology of Music*, 33(3), 256-268.
- Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien, Österreich.
- Statistik Austria (2014). Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD). URL: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/ Zugriff am 02.03.2014.
- Steptoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive Affect and Psychobiological Processes Relevant to Health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747-1776.
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of live: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal Of Happiness Studies*, 9(3), 449-469.
- Veenhoven, R. (2010). Greater Happiness for a Greater Number. *Journal Of Happiness Studies*, 11(5), 605-629.
- Wagner, R. F. (2004). *Krankheitsbewältigung aus metatheoretischer und methodologischer Perspektive*. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.
- World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland.

URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> Zugriff am 16.02.2014.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Kanada. URL:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf Zugriff am 16.02.2014.

World Health Organization (2012). *Gesundheit 2020*. URL:

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> Zugriff am 16.02.2014.

World Health Organization (2013). *Global Health Observatory*. URL:

<http://www.who.int/gho/countries/aut> Zugriff am 16.02.2014.

World Values Survey Questionnaire (2010-2014). WVS 2010-2012 Wave. URL:

http://www.worldvaluessurvey.org/wvs/articles/folder_published/article_base_136/files/WVS_2010-2014_Questionnaire_v2012-06.pdf Zugriff am 16.02.2014.

Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

18. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: LEBENSERWARTUNG IN GUTER/MITTLERER/SCHLECHTER GESUNDHEIT. QUELLE: STATISTIK AUSTRIA, GESUNDHEITSBEFRAGUNG 2006/2007	9
ABBILDUNG 2: HÄUFIGSTE TODESURSACHEN NACH GESCHLECHT. QUELLE: STATISTIK AUSTRIA, GESUNDHEITSBEFRAGUNG 2006/2007	10
ABBILDUNG 3: HÄUFIGE CHRONISCHE KRANKHEITEN UND GESUNDHEITSPROBLEME NACH GESCHLECHT. QUELLE: STATISTIK AUSTRIA, GESUNDHEITSBEFRAGUNG 2006/2007.....	11
ABBILDUNG 4: GEWICHT LAUT BMI DER ÖSTERREICHER NACH GESCHLECHT.....	12
ABBILDUNG 5: GESCHÄTZTER GLÜCKSLEVEL VON LOTTO-GEWINNERN, UNFALLOPFER UND DER KONTROLLGRUPPE IN CHRONOLOGISCHER REIHENFOLGE IN DER STUDIE VON BRICKMAN ET AL. (1978).....	39
ABBILDUNG 6: GESCHLECHTSVERTEILUNG NACH ERSTER STICHPROBENREDUZIERUNG	53
ABBILDUNG 7: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG "BILDUNGSSTAND"	55
ABBILDUNG 8: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG "BERUFLICHE SITUATION"	56
ABBILDUNG 9: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG "EINKOMMEN"	57
ABBILDUNG 10: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DES FAMILIENSTANDS IN DER STICHPROBE	58
ABBILDUNG 11: ABLAUF DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING (2010).....	61
ABBILDUNG 12: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG „AKTUELLER, SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND“	73
ABBILDUNG 13: GENANNTGEUNDHEITSPROBLEME UND KRANKHEITEN DER MÄNNLICHEN INTERVIEWTEN.....	84
ABBILDUNG 14: GENANNTGEUNDHEITSPROBLEME UND KRANKHEITEN DER WEIBLICHEN INTERVIEWTEN.....	86
ABBILDUNG 15: COPINGSTRATEGIEN.....	89
ABBILDUNG 16: NENNUNG VON GESUNDHEIT IN ZUSAMMENHANG MIT UNTERSCHIEDLICHEN BEREICHEN	115

19. TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: DIE VIER LEBENSQUALITÄTEN, ADAPTIERT NACH VEENHOVEN (2010)	23
TABELLE 2: DESKRIPTIVE STATISTIK FÜR DIE VARIABLE „ALTER“	54
TABELLE 3: TABELLARISCHE DARSTELLUNG DER KATEGORIENSYSTEME.....	65
TABELLE 4: STRUKTURIERUNG DER COPINGSTRATEGIEN/-STILE	88
TABELLE 5: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * LEBENSZUFRIEDENHEIT	105
TABELLE 6: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * GLÜCK	106
TABELLE 7: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * GESCHLECHT	108
TABELLE 8: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * ALTERSGRUPPEN	109
TABELLE 9: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * EINKOMMENSKLASSEN	110
TABELLE 10: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * BILDUNGSSTAND.....	111
TABELLE 11: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * FAMILIENSTAND	112
TABELLE 12: KREUZTABELLE UND SIGNIFIKANZTEST: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND * BERUFLICHE SITUATION	113

IV ANHANG

19.1 Demographisches Datenblatt

Allgemeine Informationen zu Ihrer Person:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	Alter: _____ Jahre
Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrem Leben?	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	sehr zufrieden sehr unzufrieden
Wie glücklich sind Sie alles in allem mit Ihrem Leben?	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	sehr glücklich sehr unglücklich
Nationalität:	
☐ Österreich	☐ sonstige: _____
Hinweis: Bitte nur Personen mit anderer Nationalität beziehungsweise Migrationshintergrund:	
Wie lange wohnen Sie schon in Österreich? _____ Jahre	
Welche Sprache wird bei Ihnen Zuhause gesprochen? _____	
Familienstand:	
☐ ledig ☐ Lebensgemeinschaft ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet	
☐ sonstiges: _____	
Wie viele Personen wohnen in Ihrem Haushalt? _____ Anzahl	
Haben Sie (leibliche oder adoptierte) Kinder?	☐ nein ☐ ja _____ Anzahl und Alter
Haben Sie Pflegekinder?	☐ nein ☐ ja _____ Anzahl und Alter
Leben Kinder in Ihrem Haushalt?	☐ nein ☐ ja _____ Anzahl und Alter
Abgeschlossene Ausbildungen:	
☐ keine ☐ Gymnasium (Matura)	
☐ Pflichtschule ☐ Berufsreifeprüfung/Studienberechtigungsprüfung	
☐ Lehrabschluss ☐ Mag.	
☐ Berufsbildende Schule (HAK, HBLA, HTL, etc.) ☐ BA	
☐ ☐ mittlere ☐ höhere ☐ MA	
☐ Meisterprüfung/WerkmeisterIn ☐ Dr./PhD	
☐ sonstige Ausbildung(en): _____	
Welche Fachrichtung(en) haben Ihre abgeschlossenen Ausbildung(en)? _____	
Religionsbekenntnis: _____ ☐ ausübend	
☐ ohne Bekenntnis	
☐ möchte ich nicht angeben	
Welchen Beruf üben Sie aus? _____	
Berufliche Situation:	
☐ unselbständig ☐ Präsenz-/ZivildienstlerIn	
☐ selbständig ☐ Hausfrau/Hausmann, Betreuungsaufgaben	
☐ teils selbständig/teils unselbständig ☐ karenziert	
☐ SchülerIn ☐ pensioniert	
☐ StudentIn ☐ arbeitssuchend	
☐ sonstiges: _____	
Einkommen: € _____ (monatlich/Netto) ☐ möchte ich nicht angeben	
Bitte geben Sie an, welche Besitztümer Sie besitzen, und die Anzahl:	
☐ Auto _____ ☐ Eigentumswohnung _____ ☐ (leeres) Grundstück _____ ☐ Haus _____	
☐ sonstiges: _____	

19.2 Interviewleitfaden

Thema der Befragung sind die Lebensbedingungen oder die Umstände, mit denen Sie leben, und inwiefern diese sich auf Ihre Befindlichkeit auswirken. Ich möchte Sie nochmals darauf hinweisen, dass Sie uns nichts erzählen müssen, was Sie nicht möchten. Es gibt auch keine richtigen oder falschen Antworten, wir sind daran interessiert, wie Sie persönlich die Dinge wahrnehmen. Alle Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ich möchte Sie bitten, mir zu erzählen, wie Ihr Leben verlaufen ist. Am besten beginnen Sie, mit ihrer Kindheit, und erzählen dann nach und nach, was sich so zugetragen hat, bis heute. Sie können sich dafür ruhig Zeit nehmen, wobei ich Sie bitten würde, mir die guten und schlechten Zeiten in Ihrem Leben zu beschreiben.

Nachfragen:

1. Beeinflussen Sie gewisse Erlebnisse noch immer?
2. Bitte erzählen Sie mir, was Ihnen besonders wichtig in Ihrem Leben in Bezug auf Ihr Wohlbefinden ist.
 - Woraus beziehen Sie Kraft?
3. Worauf legen Sie in Ihrem Leben keinen Wert mehr, was Ihnen früher wichtig war? Worauf legen Sie jetzt mehr Wert, was Ihnen früher unwichtig war?
4. Gibt es Gefühle oder Gedanken, die Sie schon Ihr Leben lang begleiten, bzw. immer wieder kommen? Können Sie diese bitte beschreiben?
5. Was beeinflusst derzeit Ihre Stimmung?
 - Gibt es dafür einen speziellen Auslöser, oder entspricht dies Ihrer Grundstimmung?
6. Welche Ziele haben Sie schon erreicht und welche Wünsche sind noch unerfüllt? Was tun Sie um diese zu erreichen?
7. Haben Sie das Gefühl, dass man Ihnen ausreichend Anerkennung entgegenbringt?
8. Was gibt Ihrem Leben einen Sinn? Was empfinden Sie als den Sinn Ihres Lebens?

9. Wie fühlen Sie sich wenn Sie sich mit anderen Personen vergleichen?
 - Mit wem vergleichen Sie sich und warum?
10. Mit welchen Belastungen und Herausforderungen werden Sie konfrontiert?
Wie gehen Sie mit diesen um?
11. Gibt es Einschränkungen in Ihrem Leben?
12. Übernehmen Sie Verantwortung für andere Menschen? In welcher Form und wie wirkt sich das auf Sie aus?
13. Könnten Sie mir erzählen, inwieweit für Sie Zufriedenheit mit Geld und Besitz zusammenhängt?
14. Welchen Ratschlag würden Sie Ihrem Kind bzw. einem guten Freund geben – wie und wo das Glück zu finden ist?
15. Inwiefern hängt Ihr Wohlbefinden mit dem Ort zusammen in dem Sie leben?
16. Was müsste sich in Ihrer Umgebung oder Ihren Lebensbedingungen ändern, um sich wohler zu fühlen?
 - Wie könnte die Gemeinde und Politiker in Österreich darauf Einfluss nehmen?
17. Was können Sie Sinnvolles dazu beitragen um die Umgebung/Region zu verbessern?

Schlussfrage:

18. Gibt es Dinge, die Ihr Wohlbefinden beeinflussen, die noch nicht angesprochen wurden?

19.3 Übersicht der verwendeten anonymisierten Transkripte aus der Pilotstudie

Interview A3	Interview G17	Interview M17	Interview R18	Interview WG20
Interview A17	Interview G32	Interview M20	Interview R24	Interview WG44
Interview F26	Interview G44	Interview M33	Interview R42	Interview WG50
Interview F30	Interview KG5	Interview M36	Interview R49	Interview WM18
Interview F34	Interview KG8	Interview M38	Interview SB9	Interview WM25
Interview F46	Interview KG12	Interview M41	Interview SD7	Interview WM28
Interview F48	Interview KG13	Interview M43	Interview WD03	Interview WM38
Interview G6	Interview KS3	Interview M46	Interview WD29	Interview WM41
Interview G10	Interview KS20	Interview M48	Interview WG3	Interview WS10
Interview G13	Interview KS24	Interview M49	Interview WG12	Interview WS14

19.4 Curriculum Vitae

Name: Jacqueline FREIßLICH

Geburtsdatum: 09.05.1987 in St. Veit an der Glan

Nationalität: Österreich

BILDUNGSLAUFBAHN

Seit März 2007	Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien mit den Wahlfachschwerpunkten: Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik
	und
	Bakkalaureatsstudium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien
Oktober 2006 bis Februar 2007	Belegung von Psychologie und Pädagogik an der Universität Klagenfurt
Juni 2006	Ablegung der Matura mit ausgezeichnetem Erfolg

2001 bis 2006

Besuch des CHS (Centrum Humanberuflicher Schulen) Villach.

Fachlicher Ausbildungsschwerpunkt:

Kommunikation und Mediendesign

1997 – 2001

Besuch des Gymnasiums St. Martin in Villach, Kärnten

BERUFSSPEZIFISCHE LAUFBAHN

Oktober 2011 bis Januar 2012

Psychologisches Praktikum in der Lehr- und Forschungspraxis, Abteilung für Klinische Psychologie an der Universität Wien

April bis September 2011

Psychologisches Praktikum in der Praxis für Neurorehabilitation, 1150 Wien

Während des Studiums

Private statistische Nachhilfe für Psychologie-StudentInnen im ersten Abschnitt
