



Gesundheit und Lebensqualität

Ergebnisse einer explorativen Studie
mit Entscheidungsträgern in Südtirol und Graubünden

Bernhart J., Märk S., Pracher C., Promberger K., Vigl S.

BERNHART J., MÄRK S., PRACHER C., PROMBERGER K., VIGL S.

Gesundheit und Lebensqualität

**Ergebnisse einer explorativen Studie mit
Entscheidungsträgern in Südtirol und Graubünden**

Josef J. Bernhart

Diplomstudium der Betriebswirtschaftslehre sowie Doktorat der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck. Stellvertretender Leiter des Institutes für Public Management der Europäischen Akademie Bozen. Lehrtätigkeit u.a. an der Universität Innsbruck und der Fachhochschule Kärnten. Forschungs- und Beratungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Qualitätsmanagement, Sozialmanagement, Public Management Reformen in Italien und Gemeindeentwicklung.

E-Mail: josef.bernhart@eurac.edu

Stefan Märk

Doktorat in Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck. Lehr- und Forschungstätigkeit an der Katholischen Universität Eichstätt/Ingolstadt, vormals wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter am Institut für Strategisches Management, Marketing und Tourismus der Universität Innsbruck. Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Sozialforschung und Familienunternehmen.

E-Mail: stefan.maerk@ku.de

Christian Pracher

Professor für Public Management an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen empirische Sozialforschung und Forschungsmethoden sowie ausgewählten Themen aus dem Bereich Public Management.

E-Mail: christian.pracher@hwr-berlin.de

Kurt Promberger

Professor für Betriebswirtschaftslehre und Leiter des Lehr- und Forschungsbereiches für Verwaltungsmanagement, E-Government und Public Governance an der Universität Innsbruck, sowie Leiter des Institutes für Public Management der Europäischen Akademie Bozen. Forschungs- und Beratungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Internationale Public Management Reformen, Controlling, Rechnungswesen, Gemeindeentwicklung, Qualitäts-, Umwelt- und Nachhaltigkeitsmanagement.

E-Mail: kurt.promberger@uibk.ac.at

Sonja Vigl

Diplomstudium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Verona. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Management der Europäischen Akademie Bozen. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Sozialmanagement, Bürokratieabbau und Public Management Reformen in Italien.

E-Mail: sonja.vigl@eurac.edu

Die Autoren weisen darauf hin, dass die aus Gründen der Lesbarkeit im Text verwendeten männlichen Formen von Personenbezeichnungen beide Geschlechter gleichermaßen mit einschließen.

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	5
1. Ausgangssituation	9
2. Lebensqualität – ein mehrdimensionales Konstrukt.....	10
3. Design der explorativen Studie.....	13
4. Forschungsergebnisse.....	16
4.1. Persönliche Charakteristika der befragten Personen.....	16
4.2. Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität	19
4.2.1. Körperliche Gesundheit.....	19
4.2.2. Soziales Umfeld.....	21
4.2.3. Arbeitsplatz	22
4.2.4. Politik	23
4.2.5. Lebensraum, Kultur und Konsum	24
4.2.6. Bildung	25
4.3. Ergebnisse nach Merkmalen der Befragten	26
4.4. Einflussfaktoren des sozialen Umfeldes.....	28
5. Ergebnisse der Studie auf einen Blick	31
6. Ausblick.....	32
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	33
Abbildungsverzeichnis.....	34



Institut für Public Management
Drususallee 1, 39100 Bozen
Tel: +39 0471 055410
Fax: +39 0471 055499
public.management@eurac.edu
www.eurac.edu



Eine Initiative im Rahmen des Interreg IV Projektes „insieme sano – gemeinsam gesund“
zwischen der Abteilung 24 der Autonomen Provinz Bozen und dem Gesundheitsamt Graubünden (ID 13895470)

Bestellungen bei:

Europäische Akademie Bozen, Drususallee 1, 39100 Bozen - Italien
Tel. +39 0471 055033, Fax +39 0471 055099, e-mail: press@eurac.edu

Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe - auch auszugsweise -
nur unter Angabe der Quelle (Herausgeber und Titel) gestattet.

© 2012

ISBN 978-88-88906-78-2

Einführung

Wer an Gesundheit denkt, denkt zumeist an die körperliche Gesundheit. Außerdem wird Gesundheit nicht selten negativ definiert, im Sinne: gesund ist man, wenn man keine Schmerzen verspürt, wenn man nicht das Bett hüten oder den Arzt aufsuchen muss, und wenn man die Ziele verfolgen kann, die man sich im Beruf oder in der Freizeit gesetzt hat.

Weniger geläufig ist der „umfassende“ Gesundheitsbegriff, wie er von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach dem Krieg definiert worden ist, nämlich als „ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur (als) das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946).

Gerade die soziale Dimension von Gesundheit findet im öffentlichen Diskurs nicht jene Aufmerksamkeit, die aus gesundheitspolitischer Sicht wünschenswert wäre. Dabei wird die Bedeutung des Zusammenhangs von Gesundheit und sozialer Einbettung bzw. sozialer Vernetzung immer klarer erkannt und durch empirische Befunde untermauert.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und eines sich verändernden Krankheitspanoramas treten die Leistungsgrenzen eines auf die akutmedizinische Versorgung spezialisierten Modells immer deutlicher zutage: Die akuten, übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose, Masern usw. haben den Charakter von Volkskrankheiten verloren, während chronisch-degenerative Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes Mellitus, muskuloskelettale Erkrankungen, neuropsychiatrische Störungen u.a. die Hauptursachen für Behinderung und Tod geworden sind. In Zahlen ausgedrückt: 86 Prozent der Sterbefälle und 77 Prozent der Krankheitslast sind auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen (WHO 2005).

Eine Konsequenz dieser Entwicklung muss sein, dass den beeinflussbaren Determinanten von Gesundheit wie Ernährung, Bewegung, Arbeit, Bildung, Wohnen, soziale Integration usw. im Rahmen kontextbezogener Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme ein größerer Stellenwert eingeräumt wird als bisher. Die EU-Kommission schreibt beispielsweise im Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit“: „Die Ausgaben im Gesundheitswesen sollten durch Investitionen in die Prävention, den Schutz und die Verbesserung der allgemeinen körperlichen und seelischen Gesundheit der Bevölkerung flankiert werden, die nach OECD-Daten derzeit durchschnittlich nur 3 Prozent des Gesundheitsbudgets der OECD-Mitgliedsstaaten für Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit ausmachen: im Vergleich

dazu betragen die Ausgaben für die kurative Versorgung und Behandlung 97 Prozent“ (EU-Kommission 2007).

Mit anderen Worten: Das individuumzentrierte biomedizinische Modell, das in der genetischen Ausstattung und im Gesundheitsverhalten einzelner Menschen bzw. in der Fehlfunktion von Organen die wichtigsten Ursachen für die Entstehung von Krankheiten erkennt, greift zu kurz. Ergänzend dazu sind die Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen von Menschen, die nicht in der gleichen Weise, in gleichem Umfang und in der gleichen Qualität über die notwendigen (materiellen und immateriellen) Ressourcen verfügen, um mit den täglichen Belastungen fertig zu werden, stärker zu berücksichtigen.

Die Lebenserwartung ist in den Industrieländern im vergangenen Jahrhundert um ungefähr drei Jahre pro Jahrzehnt gestiegen. Jedoch anders als von Vertretern des medizinisch-industriellen Komplexes erhofft, sind diese Zugewinne nur zu einem geringen Teil auf die ärztliche Heilkunst zurückzuführen (ca. 10–20 Prozent). Einen viel größeren Anteil (ca. 70 Prozent) an dieser Entwicklung haben die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Lebensstil, der von den Menschen gepflegt wird.

Die Palette der Faktoren, die diesen Anstieg der Lebenserwartung ermöglicht haben, umfasst praktisch alle Lebensbereiche: Sie reichen von der Kanalisation der Abwässer bis hin zur geregelten Müllentsorgung, vom Wohnen ohne Schimmel und Feuchtigkeit bis hin zur hochwertigen Ernährung, von der Reinheit des Wassers und der Luft bis hin zur allgemeinen Schulbildung, vom Verbot der Kinderarbeit bis hin zu den sozialen Sicherungssystemen; vom Rechtsstaat, der Schutz und Sicherheit auch sozial schwacher verspricht, bis zu den Hygienemaßnahmen rund um die Entbindung, die einen deutlichen Rückgang der Kindersterblichkeit ermöglicht haben; von Arbeitsbedingungen, die weniger gesundheitsschädigend sind, bis hin zu den sozialen Netzwerken wie Familie, Freunden, Arbeitskollegen, Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe... um nur einige Beispiele zu nennen. Das alles ist mit Lebensqualität gemeint und erklärt das Interesse an diesem Begriff aus gesundheitspolitischer Perspektive.

Der Begriff „Lebensqualität“ hat allerdings den Nachteil, dass er ebenso vielsagend wie verschwommen ist, und dass es keine Definition gibt, die von allen Fachdisziplinen mitgetragen wird. Das hat auch damit zu tun, dass (gesundheitsbezogene) Lebensqualität nur mittelbar gemessen und beobachtet werden kann. Da tun sich Biomediziner naturgemäß leichter: Die Anzahl roter und weißer Blutkörperchen im Blut zu bestimmen, ist technisch kein Problem. Lebensqualität kann demgegenüber nur über Umwege mit Hilfe von Indikatoren sowie mit (quantitativen und qualitativen) Methoden der empirischen Sozialforschung ermittelt werden.

Der Begriff „Lebensqualität“ ist dennoch hilfreich, wenn man deutlich machen möchte, dass die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit nicht allein im individuellen (Fehl)Verhalten von Personen zu suchen sind. Als Beispiel für diese These mögen die Herz-Kreislauf-Krankheiten dienen, die europaweit zu den häufigsten Todesursachen zählen. Der Herzinfarkt wurde lange Zeit als „typische Managerkrankheit“ beschrieben. Tatsächlich zeigt uns die Epidemiologie, dass sozial benachteiligte Personengruppen ungefähr doppelt so häufig einen Infarkt oder Schlaganfall erleiden wie Führungskräfte, die über soziale und finanzielle Ressourcen und über viel Entscheidungskompetenz verfügen.

Erklärungen für dieses Phänomen bieten zwei Stress-Modelle, die auch empirisch getestet wurden. Dazu gehört das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell 1990) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996). Das erste Modell besagt im Wesentlichen, dass hohe Anforderungen bei geringer Entscheidungskompetenz im Arbeitsleben zu einer anhaltend hohen Stressbelastung führen, was wiederum das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. Das zweite Modell geht – ergänzend – davon aus, dass ein anhaltend starkes Ungleichgewicht zwischen Leistung und Entlohnung (finanziell, aber auch emotional in Form von Anerkennung und Wertschätzung) den Stress-Pegel erhöht, was wiederum die Ausbildung von Krankheiten begünstigt.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass mit Hilfe von Beteiligungsverfahren gemeinsam mit den Betroffenen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dazu beitragen, dass die gesunde Entscheidung zur leichteren wird. Dies geschieht auch im Bewusstsein, dass die Gesundheitschancen sozial ungleich verteilt sind: Sozial-ökonomisch und kulturell benachteiligte Personen sind häufiger und länger krank und haben eine deutlich geringere Lebenserwartung als Menschen mit hohem Sozialstatus (Richter & Hurrelmann 2006; Mielck 2005). Gesundheit ist in diesem Sinne nicht nur eine Frage des Wollens, sondern auch eine Frage der Möglichkeiten: Das setzt auf der einen Seite Wissen und Handlungskompetenzen (Empowerment) voraus; auf der anderen Seite ist Gesundheitsförderung dann besonders erfolgreich, wenn es gelingt, die gesundheitsförderlichen Anliegen in den Lebenswelten der Menschen zu verankern.

Nach Ansicht der Vereinten Nationen gehört das Erreichen eines höchstmöglichen Gesundheitsstandards zu den fundamentalen Rechten aller Menschen. Auf diesem Menschenrecht basiert auch die Gesundheitsförderung. Wörtlich heißt es in der Bangkok-Charta (WHO 2005): „Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und geistigen Wohlbefindens.“

Andererseits wird Lebensqualität – wie schon angedeutet – sowohl in der wissenschaftlichen Praxis als auch im täglichen Leben sehr widersprüchlich erfahren und beschrieben: Anrainer setzen sich gegen die Durchzugsstraße in ihrem Wohnviertel zur Wehr, ohne gleichzeitig auf das eigene Auto verzichten zu wollen; durch die Errichtung einer Gewerbezone werden neue Arbeitsplätze geschaffen (eine wichtige Determinante für Gesundheit und Lebensqualität), gleichzeitig verschwindet eine Naherholungszone unter dem Asphalt; die Tante-Emma-Läden stärken die soziale Struktur in einem Dorf und ermöglichen eine wohnortnahe Versorgung, aber der Supermarkt auf der grünen Wiese verkauft seine Waren zu einem günstigeren Preis; und dem Wunsch nach längeren Öffnungszeiten für zahlungskräftige Kunden steht das Anliegen der Verkäuferinnen und Verkäufer nach freien Wochenenden gegenüber usw.

Davon kann abgeleitet werden, dass Lebensqualität keine allgemein verbindliche und feststehende Größe ist, die für alle zu jeder Zeit und in gleicher Weise gilt. Vielmehr muss Lebensqualität immer wieder aufs Neue definiert und erarbeitet werden – eine Herausforderung, der sich auch die EURAC in Zusammenarbeit mit der Stiftung Vital gestellt hat. Dafür und für die gute Zusammenarbeit möchte ich mich bei allen Beteiligten bedanken und der Publikation eine ebenso zahlreiche wie interessierte Leserschaft wünschen.

Mag. Franz Plörer MPH

Direktor Stiftung Vital

1. Ausgangssituation

Im Rahmen des grenzüberschreitenden Interreg-Projektes „insieme sano – gemeinsam gesund“, initiiert von der Abteilung Familie und Sozialwesen der Südtiroler Landesverwaltung und vom Gesundheitsamt Graubünden, hat das EURAC-Institut für Public Management versucht, Gesundheit und Lebensqualität anhand unterschiedlichster Dimensionen bzw. Bestimmungsfaktoren abzubilden und in der Folge mit Hilfe eines Fragebogens zu erheben. Aufbauend auf einer umfassenden Literaturrecherche wurde eine Grobkonzeptualisierung des Untersuchungsgegenstandes vorgenommen und im Rahmen einer Fokusgruppe weiter vertieft. Die daraus erlangten Ergebnisse flossen in die Entwicklung des Online-Fragebogens ein, welcher im Herbst 2011 an über 2.000 Personen in Südtirol und Graubünden verschickt wurde. Zielgruppe der Befragung waren Entscheidungsträger, die Verantwortung in Unternehmen und Organisationen tragen sowie Bürger, die sich durch ein hohes Maß an gesellschaftlichem Engagement auszeichnen. Untersucht werden sollte hauptsächlich der Stellenwert, den Gesundheit und Lebensqualität für diese Akteure hat, und die Rahmenbedingungen bzw. Determinanten, die aus ihrer Sicht hierfür erforderlich oder wünschenswert sind.

Die im Verlauf der Studie definierten Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität sind neben Gesundheit im klassischen Sinne vor allem die soziale Dimension, der Arbeitsplatz, Politik und Mitbestimmung, und nicht zuletzt die individuelle Zufriedenheit. Wie nun jene Entscheidungsträger, die hinsichtlich dieser Faktoren die größte Handlungskompetenz und Verantwortung tragen, das Thema einschätzen, wird im Rahmen dieser Publikation dargelegt. Dabei werden nicht nur Zustimmung und Wichtigkeit dokumentiert, sondern auch die Einschätzung der eigenen Lebensqualität und Zufriedenheit. Einführend werden hierzu der theoretische Hintergrund des Forschungsgegenstands sowie die methodische Vorgehensweise skizziert.

Interreg-Projekt
„insieme sano –
gemeinsam
gesund“

2. Lebensqualität – ein mehrdimensionales Konstrukt

"Never try to define Life Quality"

(mündliche Mitteilung von Sir Carl Popper an H. Troidl, 1988)

Lebensqualität nur
über Teilbereiche
erfassbar

Was bedeutet in der heutigen Zeit „Lebensqualität“ oder „ausreichend gesund sein“? Diese oder ähnliche Fragestellungen finden wir in allen Lebenslagen wieder. Der Mensch versucht sich zu finden, sein Leben zu meistern, seine eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und darüber hinaus auch seine Lebensqualität zu erhalten, zu sichern oder zu steigern. Egal ob am Arbeitsplatz, in der Freundschaft, bei Krankheit, im gegenseitigen Umgang (Akzeptanz von unterschiedlichen Kulturen, moralischen Werten usw. ...), versucht der Mensch, je nach persönlichen Präferenzen, überall möglichst viel an Lebensqualität zu erlangen. Das subjektive Wohlbefinden wird von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Lebensqualität ist somit ein multidimensionales Konstrukt, das nur über seine Teilbereiche erfassbar wird.

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Disziplinen hat sich dieser Thematik bereits angenommen. In der Psychologie dient der Begriff der Lebensqualität beispielsweise als Evaluationskriterium für klinische Studien, in der interdisziplinären Grundlagenforschung ist er Bestandteil des Qualitätsmanagements (Herschbach, 1999, 2002; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). In der Soziologie gilt Lebensqualität als „Zustand der Bevölkerung“ im nationalen und internationalen Vergleich. In der Ökonomie wird Lebensqualität u.a. im Zusammenhang mit der Wohlfahrtsökonomie diskutiert. Die Vielschichtigkeit dieser Thematik zeichnet sich auch dadurch ab, dass beispielsweise Begriffe wie „subjektives Wohlbefinden“, „Glück“ (i.S. von glücklich sein) oder auch „Lebenszufriedenheit“ synonym verwendet werden (Allardt, 1976; Herschbach, 2002).

Arthur Cecil Piquo schreibt in seinem Werk „Economics of Welfare“ aus dem Jahre 1920, dass Arbeit in Verbindung mit dem Einkommen immer einen Einfluss auf die Lebensqualität ausübt. Zu Beginn der 1950er Jahre erfolgt die Debatte stets im Rahmen der Wohlfahrtsdiskussion. Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges beginnen die Menschen, sich Gedanken darüber zu machen, was das Leben neben der Arbeit „angenehm“ machen könnte. Bis zu diesem Zeitpunkt wird die Diskussion bezüglich Lebensqualität überwiegend volkswirtschaftlich geführt und anhand von Modellrechnungen präsentiert. Ende der 1950er Jahre sind es Wissenschaftler wie Kenneth Galbraith (1967) oder Raymond Bauer, beide aus dem Nordamerikanischen Raum, die

sich vom volkswirtschaftlichen Diskurs abwenden und einen humaneren, qualitativen Zugang wählen. Vor allem Bauer trägt mit seinem Werk „Social Indicators“ stark dazu bei, dass der Begriff „Lebensqualität“ innerhalb der modernen Wohlfahrtstheorien bekannt wird.

Generell zeichnet sich die Lebensqualitätsforschung durch eine Vielzahl an Definitionsvorschlägen aus. Sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der politischen Diskussion werden große Unterschiede sichtbar. Während die einen Wohlstand (auch als Lebensstandard bekannt) heranziehen, proklamieren die anderen das Wohlbefinden des Individuums (Noll, 1999).

Zapf (1984) beschreibt drei Ansätze der Lebensqualitätsforschung, die sich in den 1970er Jahren etablieren:

- Objektivierter Ansatz: Lebensqualität wird mit optimaler Ressourcenausstattung verglichen und auf den Sozialstaat umgelegt.
- Subjektivierter individualistischer Ansatz: Das Streben nach individuellem Glück als Ursache bzw. Ziel des menschlichen Handelns rückt in den Vordergrund.
- Kombination beider Ansätze: Die Lebensbedingungen werden in den Fokus gestellt. Als verantwortlich für die Sicherung dieser Lebensbedingungen werden vor allem Staat, Markt und Dritter Sektor gesehen.

Drei Ansätze der Lebensqualitätsforschung

Gegenwärtig haben sich sowohl der subjektivistische als auch der objektivistische Ansatz durchgesetzt. Während die Vertreter des Objektivismus der Ansicht sind, dass Lebensqualität aus dem Zugang zu Ressourcen resultiert, versuchen die Subjektivisten, Lebensqualität vorwiegend aus den persönlichen Ansprüchen und der Zufriedenheit über die vorhandenen Lebensbedingungen zu erklären.

Will man dem komplexen Konstrukt der Lebensqualität gerecht werden, sind der objektivistische und subjektivistische Ansatz mehrdimensional zusammenzuführen (Abb. 1).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird der Bestimmungsfaktor *körperliche Gesundheit* beispielsweise anhand von Fragen zur Wichtigkeit von Arztbesuchen bzw. zur Zustimmung zu Aussagen bezüglich der medizinischen Versorgung und den damit verbundenen Kosten erhoben. Das *soziale Umfeld* wird durch die Wichtigkeit von sozialen Netzwerken, Freunden und Bekannten und durch die Zustimmung zu Aussagen zur Pflege von Kontakten, Vereinsamung, Zivilcourage und Vertrauen abgefragt. Im Bereich *Arbeitsplatz* werden Fragen zu den Arbeitszeiten gestellt, zur Situation am Arbeitsplatz, zum Einkommen in Bezug auf die Lebensqualität und zur Wichtigkeit von Arbeitsplatz, Zusammenhalt, Verantwortung und Selbstbestimmung. *Mitbestimmung und Politik* bezieht sich auf die Wichtigkeit und das Vertrauen

in die Politik, die politische Mitbestimmung, das Wählen, Stabilität sowie die Rolle der Gemeindepolitik. Der Bestimmungsfaktor *Lebensraum, Kultur und Konsum* beinhaltet Themen wie Unterstützung der ländlichen Gebiete, Verkehr (Auto, öffentlicher Nahverkehr, Flughafen), kulturelles Angebot, Traditionen und verschiedene Kulturen sowie Warenangebot, Besitz und Belohnungen. Die *Bildung* rückt schließlich neben Fragen zu ihrem Zugang, zu Mehrsprachigkeit und Frühförderung auch Fragen zu ihrem Beitrag zur Lebensqualität sowie das lebenslange Lernen in den Vordergrund.

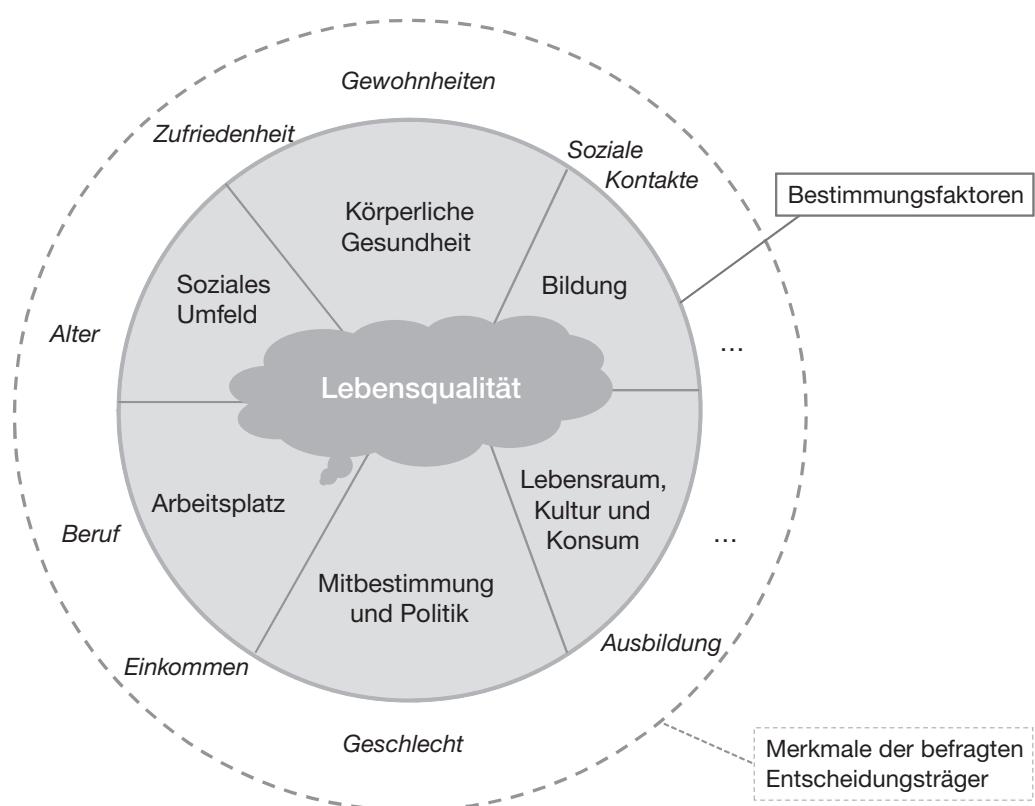


Abbildung 1: Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität und Merkmale der Entscheidungsträger

3. Design der explorativen Studie

Im Vordergrund der Studie stand die Frage, was Lebensqualität für meinungsbildende Akteure und Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung, Gesundheits- und Sozialwesen, Wirtschaft, Bildung, Kultur, Medien und Ehrenamt bedeutet und welchen Stellenwert diese hat. Erhoben wurden sowohl die privaten als auch die beruflichen Vorstellungen dieser Schlüsselpersonen und die Rahmenbedingungen bzw. „Determinanten“, welche ihrer Meinung nach erforderlich bzw. wünschenswert für die Schaffung von Lebensqualität sind.

Die Studie wurde anhand eines explorativen Ansatzes durchgeführt. Ziel war nicht die Überprüfung von vorab definierten Hypothesen, sondern das Entdecken und Aufzeigen von Zusammenhängen. So kann aus den Ergebnissen der Studie abgeleitet werden, wo Schlüsselpersonen die größte Handlungsrelevanz sehen und welche Schritte zur Verbesserung von Lebensqualität gesetzt werden können.

Der Aufbau der Studie bzw. die Vorgehensweise im Projekt folgte dem sogenannten „sequenziellen Vorstudienmodell“. In diesem Modell kommen sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zum Einsatz. Im konkreten Fall waren dies eine umfassende Literaturanalyse sowie Expertengespräche, die qualitative Fokus-Gruppen-Technik und schließlich ein quantitativer, standardisierter elektronischer Fragebogen.

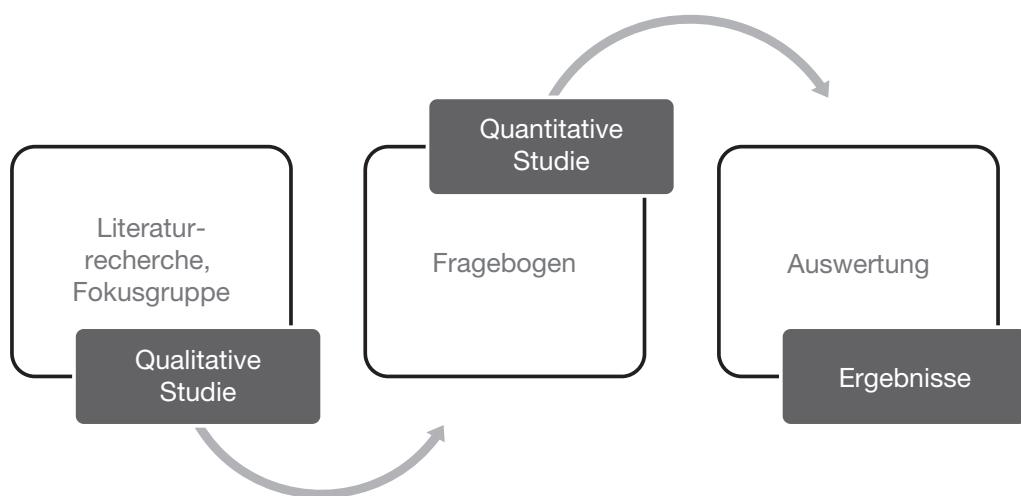


Abbildung 2: Vorgehensweise der Studie

Zu Beginn stellten die EURAC-Wissenschaftler mittels Teilnahme ausgewählter Schlüsselpersonen eine Fokusgruppe zusammen. Ihre Aufgabe war es, jene Bereiche zu identifizieren, die Einfluss auf die Schaffung von Lebensqualität ausüben. An der Fokusgruppe nahmen insg. zwölf meinungsbildende Südtiroler Entscheidungsträger

Hauptziel der Studie

Explorativer Ansatz

Zentrale Rolle der Fokusgruppe

aus den unterschiedlichsten Bereichen wie Gesundheits- und Sozialwesen, Verwaltung, Bank und Versicherung sowie aus der Wissenschaft teil. Im Mittelpunkt der Diskussion standen folgende Fragestellungen:

- „Welche Thematiken fallen Ihnen spontan zur Lebensqualität ein?“
- „Welche Thematiken sind für Sie in Zusammenhang mit Lebensqualität von Bedeutung?“

Als ausschlaggebend für die Lebensqualität konnten nachfolgende Kernbereiche definiert werden: körperliche, psychische und soziale Gesundheit, Familie und Beruf, Lebensraum, Politik, Bildung, Kultur sowie das persönliche Konsumverhalten. Diese Bereiche wurden anschließend gewichtet:



Abbildung 3: Themenbereiche in der Fokusgruppe

Der daraufhin entwickelte Online-Fragebogen spiegelt besagte Kernbereiche wider. Neben diesen Bereichen wurden auch Fragestellungen zur Lebensqualität im Allgemeinen (Fragen zu Zufriedenheit, Rolle von Lebensqualität, Ess- und Schlafgewohnheiten, Sport, Arbeitszeit, Kontakt zu Freunden und Bekannten) und verschiedene demografische Daten (Alter, Bildungsstand, Beruf, Einkommen, Wohnverhältnisse etc.) abgefragt.

Der Zugangslink zum Online-Fragebogen wurde an insgesamt 1.539 Südtiroler und 1.069 Graubündner Mailadressen versandt. Die Adressen wurden aufgrund von vorab definierten Zielgruppen bzw. Entscheidungsträgern erhoben, wie beispielsweise Politikern, Führungskräften in der Verwaltung, Unternehmern, Ärzten, Medienvertretern, Akteuren im Bildungs- und Sozialwesen, in Vereinen usw. sowie Bürgern, die sich durch ein hohes Maß an gesellschaftlichem Engagement auszeichnen.

Das Interesse bezüglich der Thematik „Lebensqualität“ war groß. So konnten am Ende der Umfrage 411 vollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden.

Die Auswertung der Daten führte zu einer Vielzahl differenzierter Erkenntnisse, die in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben sind.

Rücklauf von
knapp 16 %

4. Forschungsergebnisse

4.1. Persönliche Charakteristika der befragten Personen

Nachfolgende Auswertungen geben Aufschluss über die Einschätzung der Entscheidungsträger, die an der Umfrage teilgenommen haben, zum Thema Lebensqualität im Allgemeinen sowie zu deren persönlichen Daten und Gewohnheiten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden bei einigen Merkmalen nur die von den Autoren wesentlich erscheinenden Ausprägungen angeführt.

Einschätzung der Lebensqualität

- Die Studie zeigt im Grundtenor, dass die Befragten mit ihrem Leben insgesamt zufrieden sind. 53 % geben an, dass sie momentan mit dem Leben zufrieden, 28 % sogar sehr zufrieden sind.

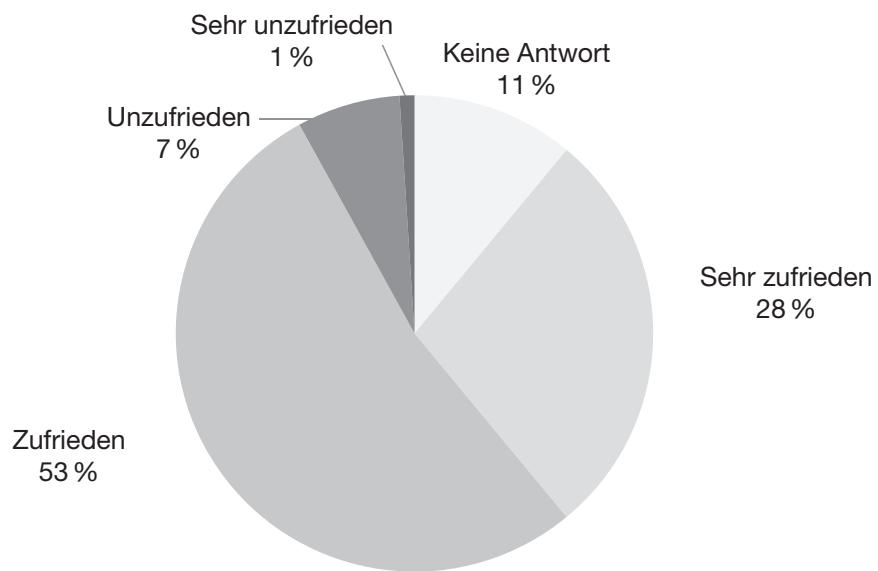


Abbildung 4: Auswertung der Frage „Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben?“

- Der Stellenwert von Lebensqualität wird von den Entscheidungsträgern als sehr hoch eingestuft. 72 % geben an, dass Lebensqualität ein zentrales Thema darstellt. Für 15 % ist sie „hin und wieder“ ein Thema.
- Nach Meinung der Entscheidungsträger trägt der Mensch selbst die größte Verantwortung zur Sicherung von Lebensqualität. Folgende Abbildung gibt die entsprechende Rangfolge wider.

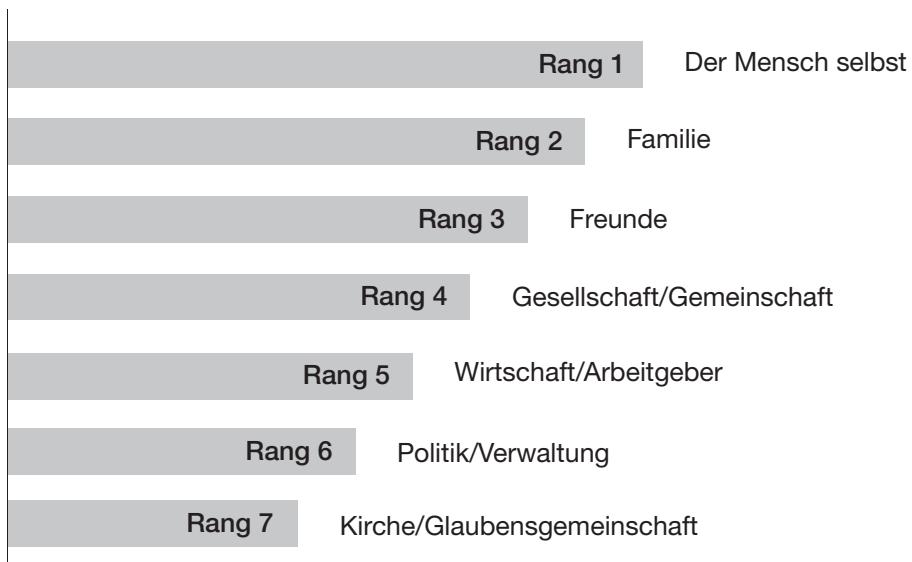


Abbildung 5: Auswertung der Frage „Wer hat Ihrer Meinung nach die größte Verantwortung zur Sicherung von Lebensqualität?“

- Die Mehrzahl der an der Umfrage beteiligten Entscheidungsträger sind männlich und zwischen 40 und 60 Jahre alt.

Charakteristika der Befragten

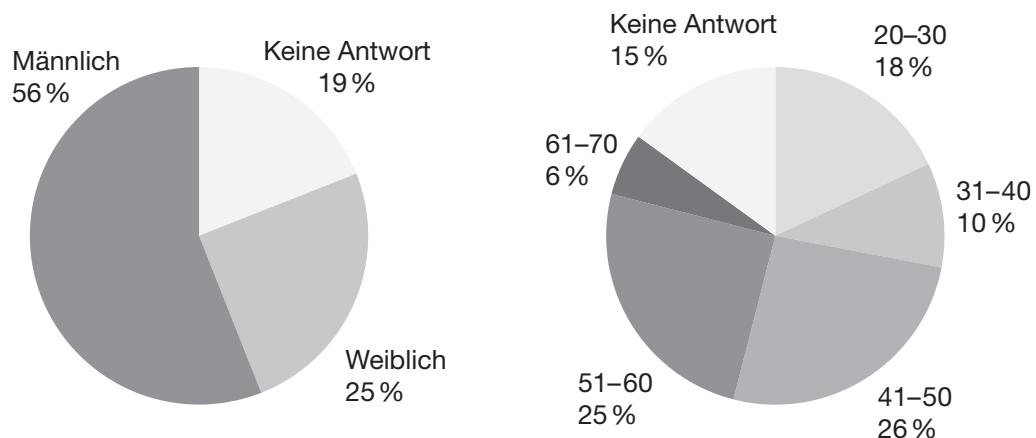


Abbildung 6: Auswertung bezüglich „Geschlecht“ und „Alter“

- Der Großteil der Befragten stammt aus Südtirol (74 %), 25 % kommen aus Graubünden.
- 64 % gehören der deutschen Sprachgruppe an, 14 % der italienischen und 4 % der ladinischen bzw. rätoromanischen.
- Jeder Zweite verfügt über einen Universitätsabschluss, 15 % über die Matura.
- 36 % der Befragten leben im ländlichen Raum, 15 % haben ihren Wohnsitz in der sog. „Zwischenperipherie“ und 32 % leben in der Stadt.
- 66 % bewohnen eine eigene Wohnung bzw. ein eigenes Haus, 13 % leben in Miete.
- Von den befragten Entscheidungsträgern geben 19 % an, der öffentlichen Verwaltung anzugehören, 15 % dem Gesundheitsbereich, 13 % privaten Unternehmen, 8 % dem sozialen Bereich, 6 % dem Bildungssektor und 5 % geben an, öffentlichen Unternehmen anzugehören. Die fehlenden Prozentsätze verteilen sich auf kleinere Sparten bzw. auf die nicht Antwortenden.
- Jeder Zweite ist in einem Verein (52 %), aber nur 34 % sind darüber hinaus auch ehrenamtlich tätig („mindestens eine Stunde wöchentlich“).
- 51 % der Befragten haben ein Kraftfahrzeug zur Verfügung, 39 % zwei, 7 % sogar mehr als zwei Kraftfahrzeuge und lediglich 2 % keines.

Schlaf, Bewegung und Ernährung

Darüber hinaus wurden auch die Gewohnheiten der Entscheidungsträger bezüglich Schlaf, Bewegung und Ernährung erhoben:

- 63 % geben an, genügend Schlaf zu finden und jeder Zweite gibt an, regelmäßig Sport zu treiben.
- Bezuglich der Ernährung geben 67 % an, sich größtenteils regelmäßig zu ernähren. 38 % nehmen sich hierfür eine halbe und 44 % eine ganze Stunde lang Zeit für das Mittagessen.
- Bezuglich der Essgewohnheiten (zu Mittag) geben 16 % an, sich ihr Essen zu Hause zu kochen, 20 % gehen in ein Restaurant, 19 % in eine Mensa oder Kantine und 8 % nehmen eine kurze Mahlzeit am Stehtisch ein. Für 37 % ist diese Frage nicht relevant, daher haben sie die Frage nicht beantwortet.

4.2. Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität

Die Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Bestimmungsfaktoren von Lebensqualität zeigt nachfolgendes Bild. Generell zeigt die Bewertung der Bestimmungsfaktoren keine signifikanten Unterschiede zwischen Südtirol und Graubünden.

4.2.1. Körperliche Gesundheit

- 54 % schätzen ihren Gesundheitszustand als „gut“, 31 % sogar als „sehr gut“ ein.

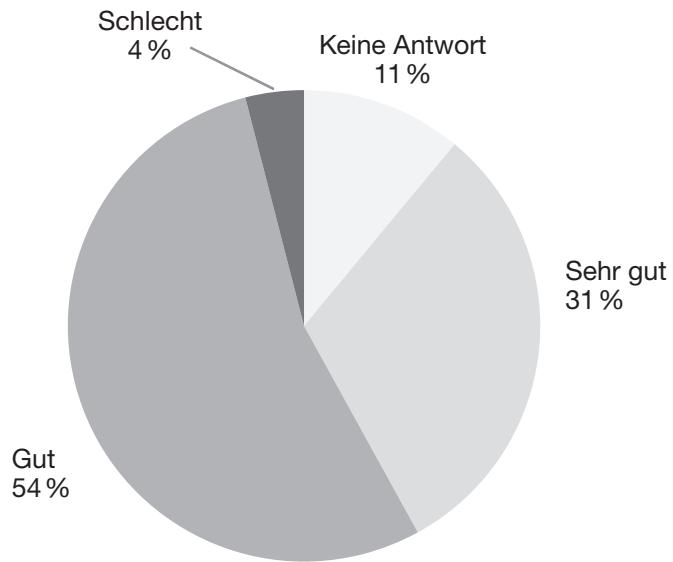


Abbildung 7: Auswertung der Frage „Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?“

- Regelmäßige ärztliche Visiten werden dabei weder als wichtig noch als unwichtig eingestuft. Dies lässt darauf schließen, dass regelmäßige Arztbesuche für die Einschätzung des Gesundheitszustandes als nicht notwendig angesehen werden.
- Bezuglich der medizinischen Versorgung zeigen die befragten Entscheidungsträger folgendes Zustimmungsverhalten.

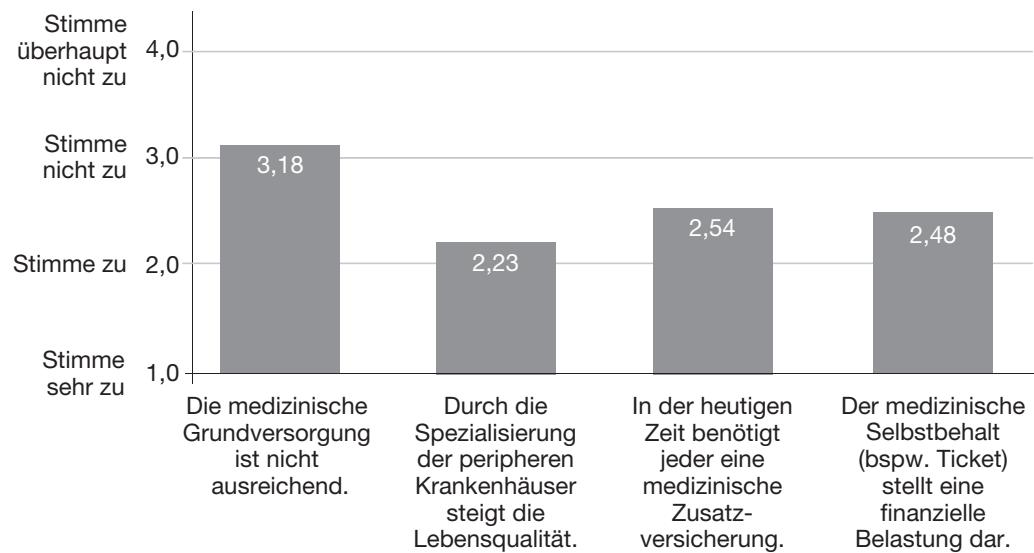


Abbildung 8: Auswertung zur Einschätzung der medizinischen Versorgung und der damit verbundenen Kosten

4.2.2. Soziales Umfeld

- Die Befragten empfinden soziale Netzwerke zur Schaffung von Lebensqualität als wichtig, als noch wichtiger werden jedoch Freunde im privaten Umfeld empfunden.
- Die Befragten stimmen der Aussage zu, dass der Mensch immer mehr vereinsamt. Es kommt aber auch zum Ausdruck, dass die Pflege des sozialen Umfeldes Stress bedeuten kann.

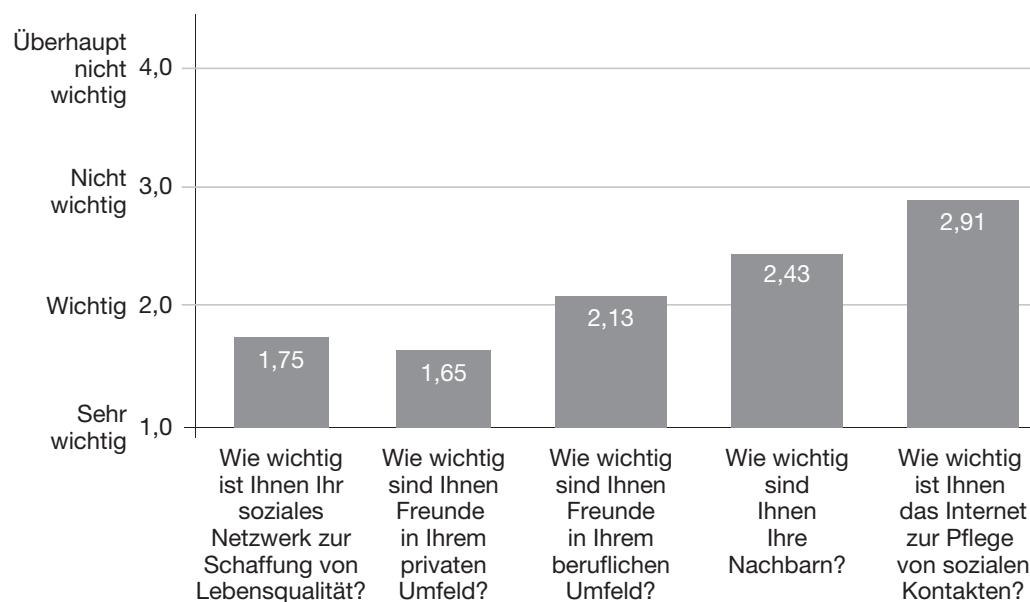


Abbildung 9: Auswertung zur Frage der Wichtigkeit des sozialen Umfeldes

4.2.3. Arbeitsplatz

- Der Arbeitsplatz wird als besonders wichtige Quelle für Lebensqualität gesehen. Selbstbestimmung, eigenständige Verantwortungsbereiche sowie der soziale Zusammenhalt am Arbeitsplatz werden als wichtig eingeschätzt.
- Die an der Umfrage beteiligten Personen äußern sich kritisch bezüglich der Entwicklung ihrer Situation am Arbeitsplatz. Mobbing wird zwar nicht stark wahrgenommen, die Akzeptanz von Terminstress bzw. die Angst um die Sicherheit des Arbeitsplatzes wird aber deutlich ausgedrückt.
- Lediglich 14 % können einer klassischen Arbeitswoche (31–40 Stunden) zugeordnet werden, 5 % arbeiten nur bis zu 30 Stunden. 46 % arbeiten zwischen 41–50 Stunden. 15 % geben an, zwischen 51 und 60 Stunden die Woche zu arbeiten und 9 % sogar mehr als 60 Stunden. 11 % wollten sich dazu nicht äußern.

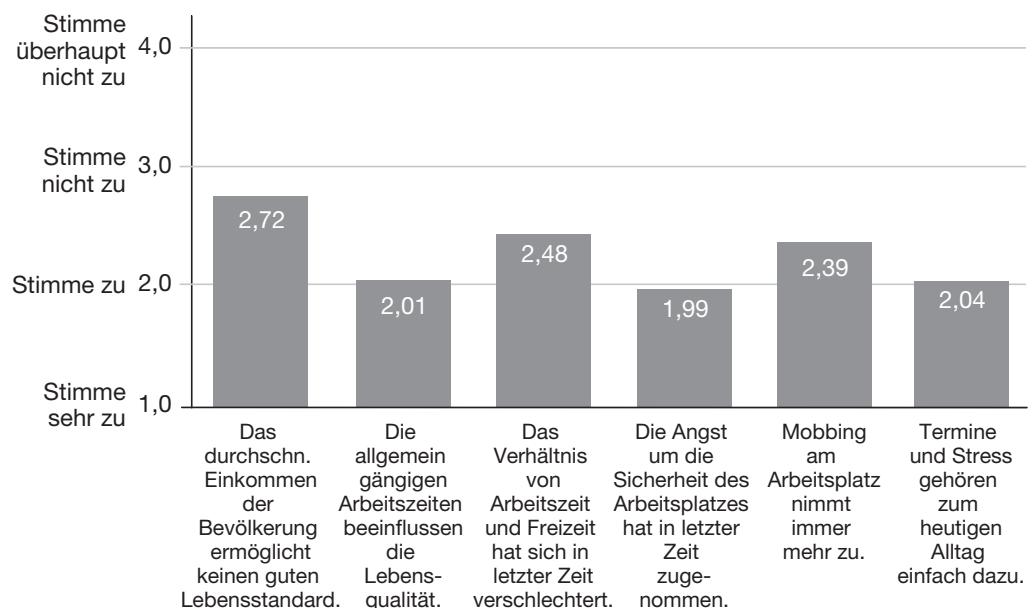


Abbildung 10: Auswertung zur Einschätzung der Situation am Arbeitsplatz

4.2.4. Politik

- Die Politik im Allgemeinen wird kontrovers beurteilt. Einerseits geben die befragten Personen an, dass politische Stabilität, politische Mitbestimmung und die Möglichkeit zu wählen wichtig bzw. sehr wichtig sind, andererseits zeigt sich, dass das Vertrauen der Bevölkerung in die Politik eher gering ist. Der Gemeindepolitik wird jedoch eine aktive Rolle zur Schaffung von Lebensqualität zugeschrieben.

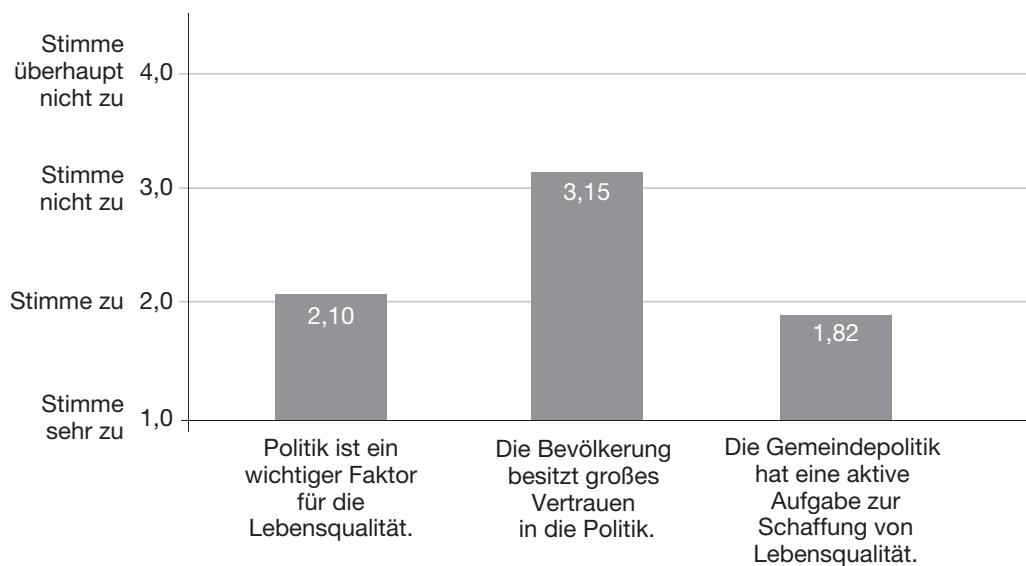


Abbildung 11: Auswertung zur Einschätzung der Politik im Allgemeinen

4.2.5. Lebensraum, Kultur und Konsum

- Bezuglich des Lebensraums geben die befragten Entscheidungsträger an, dass Grund und Boden überteuert sind. Den Lebensraum „Land“ betrachten sie als Faktor, der aktiv unterstützt und beworben werden sollte.
- Die Befragten geben an, dass der Verkehr die Lebensqualität erheblich belastet, finden aber auch, dass das Auto einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität leistet.
- Hinsichtlich der Verkehrsanbindungen geben die Teilnehmer an, dass der öffentliche Nahverkehr stärker, die Anbindung an einen Flughafen hingegen weniger stark ausgebaut werden sollte.
- Das kulturelle Angebot wird von Seiten der Entscheidungsträger als wichtiger Indikator für Lebensqualität eingestuft, wobei zusätzlich der Aussage zugestimmt wird, dass die öffentliche Förderung dieser Angebote verstärkt werden soll.
- Unterschiedliche kulturelle Angebote (z. B. Veranstaltungen) und verschiedene Kulturen (im Sinne verschiedener Nationalitäten) werden zwar als wichtig erachtet, ein hoher Stellenwert wird aber auch lokalen Traditionen zugeschrieben.
- Die Befragten betonen die Wichtigkeit des regionalen bzw. saisonalen Warenangebots, weniger jedoch den reinen Konsum (im Sinne von Shopping). Sich zu entspannen hat für die Befragten einen größeren Stellenwert als einkaufen zu gehen.

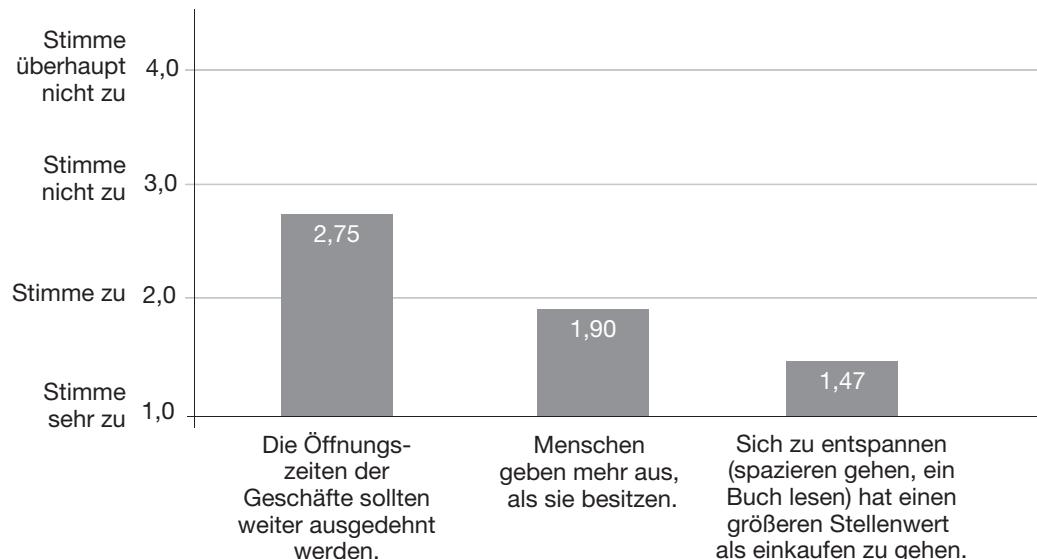


Abbildung 12: Auswertung zur Einschätzung des Konsumverhaltens

4.2.6. Bildung

- Gute Schulbildung, der kostenlose Zugang zur Bildung sowie lebenslanges Lernen werden von den befragten Entscheidungsträgern als sehr wichtig für die Lebensqualität erachtet. Auch das mehrsprachige Aufwachsen der Kinder und Frühförderung im Allgemeinen werden zustimmend bewertet.

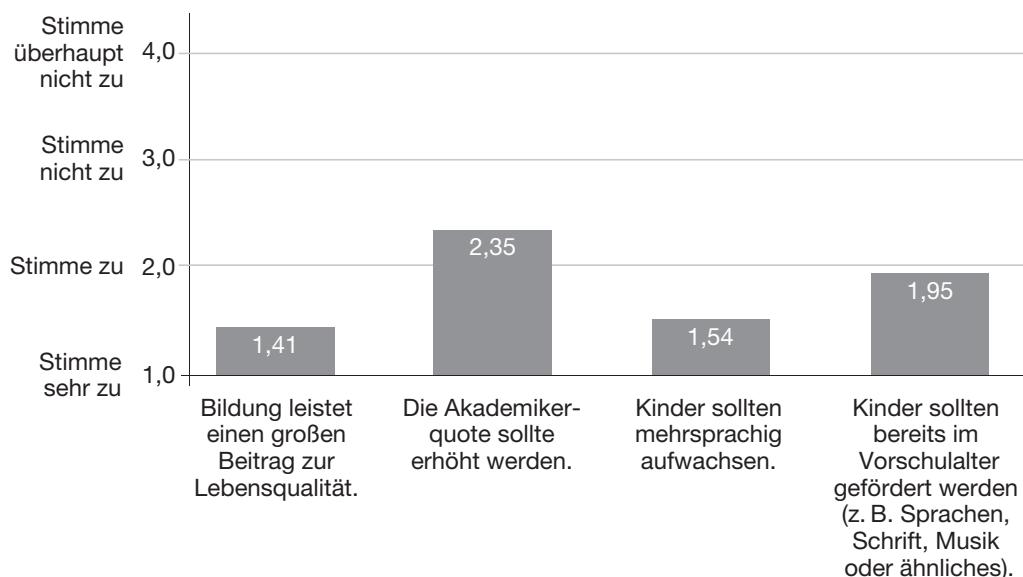


Abbildung 13: Auswertung zur Einschätzung der Bildung und damit zusammenhängender Aussagen

4.3. Ergebnisse nach Merkmalen der Befragten

Die Auswertung der Online-Befragung nach Merkmalen der befragten Personen (wie z. B. Alter, Geschlecht, Einkommen usw.) zeigt nachfolgendes Ergebnis.

Alter Je älter der Mensch wird/ist, desto weniger beschäftigt ihn das Thema Lebensqualität. Er leistet mehr Arbeitsstunden, die oftmals auf Kosten sportlicher Betätigung und Zeit für die Ernährung gehen. Zwei Umstände sind hier vermutlich ausschlaggebend: Zunächst hat die Angst bezüglich der Arbeitsplatzsicherheit in letzter Zeit zugenommen, zudem möchte der Mensch seinen erreichten Lebensstandard halten und weiter ausbauen.

Einkommen Menschen, denen ein höheres Einkommen wichtig ist, erzielen dies oft zu Lasten sozialer Beziehungen. Für diese Menschen besteht die Wahrnehmung der Lebensqualität hauptsächlich in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz. Sie messen dem sozialen Umfeld deutlich weniger Potential bei.

Geleistete Arbeitsstunden Menschen, die mehr Arbeitsstunden leisten, verzichten nicht, wie sich vermuten ließe, auf Freizeit oder Shopping, sondern verkürzen ihre Schlafdauer. Dies zeigt sich darin, dass diese Personen verstärkt zustimmen, zu wenig Schlaf zu bekommen. Die Mehrarbeit steht auch einer regelmäßigen und zeitlich ausreichenden Nahrungsaufnahme entgegen. Diese Umstände, die zu körperlichen Defiziten führen können, werden durch eine gesteigerte positive Wahrnehmung des Arbeitsplatzes kompensiert. Für jene Personen, die mehr Arbeitsstunden leisten, erscheinen regelmäßige Arztbesuche jedoch weniger wichtig.

Wahrnehmung von Lebensqualität Lebensqualität bzw. deren Steigerung basiert gemäß den Studienergebnissen auf einer sehr individualisierten und ego-zentrierten Sichtweise. Der Mensch müsse sich zuerst selbst Lebensqualität verschaffen, um diese auch teilen bzw. weitergeben zu können. Dies hat möglicherweise auch damit zu tun, dass die Umfrage vorrangig an Entscheidungsträger gerichtet war.

Work-Life Balance Menschen, die sich mit dem Verhältnis Freizeit zu Arbeitszeit (Work-Life Balance) auseinandersetzen, zeigen ebenso eine sehr ego-zentrierte Sichtweise: Zuerst muss das eigene Ich zufriedengestellt werden, dann folgt der „Rest“ zur Bildung von Lebensqualität. So hat bezüglich Wichtigkeit die „Zeit für sich“ gegenüber der „Freizeit mit der Familie“ Vorrang (Abb. 14).

Dies bedeutet, dass sich der Mensch eher aus dem sozialen Familienverband verabschiedet und mehr auf sich selbst konzentriert.

Diese Menschen sind zwar Befürworter von Individualität, gleichzeitig bedauern sie aber den Rückgang der sozialen Kontakte. Für sie bedeutet das Arbeiten an sozialen Kontakten „Stress“ und verstärkt das Prinzip, den einfachsten Weg zu gehen und sich mit sich selbst zu beschäftigen. Dieser „Selbstfindungsprozess“ benötigt sehr viel Zeit und Energie, so geben eben diese Menschen an, dass der Schlaf, den sie bekommen, nicht ausreichend sei.

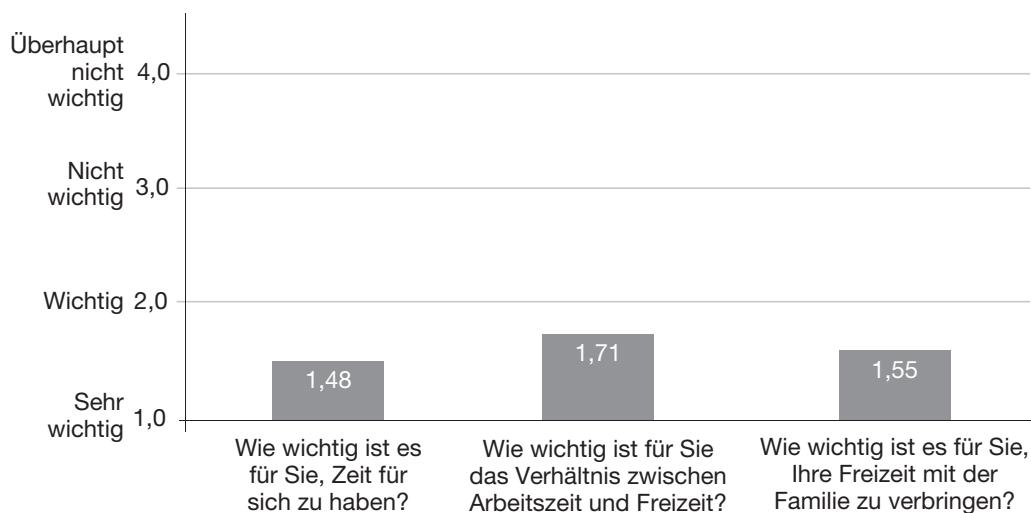


Abbildung 14: Auswertung zur Frage der Wichtigkeit der „Zeit“

4.4. Einflussfaktoren des sozialen Umfeldes

Großer Einfluss
der sozialen
Determinanten auf
die Lebensqualität

Die soziale Komponente der Lebensqualität gewinnt beständig an Bedeutung. Soziale Kontakte bzw. Kontaktfähigkeit, die Teilnahme an gesellschaftlichen aber auch an politischen Prozessen tragen dazu bei, dass sich das Individuum in der Gesellschaft wohlfühlt.

Auch in der Lebensqualitätsforschung rücken diese Aspekte immer mehr in den Vordergrund, sodass sich die unterschiedlichsten Wissenschaftsdisziplinen mit den sogenannten „sozialen Determinanten“ der Lebensqualität befassen.

Beispielhaft seien einige aktuelle soziale Determinanten (sowohl im gesamtgesellschaftlichen als auch im persönlichen Bereich) angeführt. Gesamtgesellschaftlich wird oft auf ein allgemeines sozial-ökonomisches Gefälle, meist in Zusammenhang mit dem Problem der Finanzierbarkeit des Sozial- und Gesundheitswesens, hingewiesen („wer arm ist, stirbt früher“ „macht Armut krank, oder Krankheit arm?“). In diesem Zusammenhang wird auch von der Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialwesens gesprochen. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist das demografische Problem (sowohl das Alter betreffend, als auch die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung) anzuführen, welches sowohl die Sozialstruktur und das Zusammenleben der Menschen, als auch die Finanzierbarkeit des Systems beeinflusst. Schließlich tangieren Umweltprobleme die Lebensweise (Mobilität, Konsumgewohnheiten usw.) und somit die Lebensqualität der Menschen.

Neben diesen gesamtgesellschaftlichen Faktoren gibt es im unmittelbaren sozialen Umfeld der Menschen Determinanten der Lebensqualität. Zu erwähnen sind beispielsweise Änderungen im Berufsleben wie Arbeitsplatzgestaltung oder Situationen und Ereignisse im Arbeitsumfeld (Mobbing, *burn out* usw.), aber auch Änderungen im Privatleben, zum Beispiel in der Lebensweise (Bewegungsarmut, veränderte Essgewohnheiten, veränderte Freizeitaktivitäten usw.), neue Lebensformen (z. B. vermehrt Single-Haushalte) oder neue Formen des Zusammenlebens (mehr Alleinerziehende, Patchwork-Familien usw.). Des Weiteren haben soziale Phänomene wie z. B. psychosoziale Probleme, Ausgrenzung und Benachteiligung einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Durch die Veränderung der Verhältnisse, in denen Menschen leben und durch die Veränderung des Verhaltens von Menschen kann Gesundheit und Lebensqualität gezielt gefördert werden.

Die im Rahmen der Studie befragten Personen – Entscheidungsträger in Unternehmen und Organisationen sowie Bürger mit hohem gesellschaftlichen Engagement – empfinden das soziale Umfeld (vor allem Freunde und das soziale Netzwerk im Allgemeinen) als sehr wichtig für die Schaffung von Lebensqualität. Die Entschei-

Große Wichtigkeit
bei geringem
Vertrauen

dungsträger stimmen auch zu, dass der Mensch einerseits immer mehr vereinsamt, andererseits aber auch durch das soziale Umfeld gestresst wird. Auf die Aussage „die Menschen haben nicht mehr genügend Zeit, um das soziale Umfeld zu pflegen“ wird „neutral“ reagiert. Auch die Fragestellungen zu Zivilcourage und Sicherheit zu Hause machen deutlich, dass das Vertrauen in das soziale Umfeld gering ist.

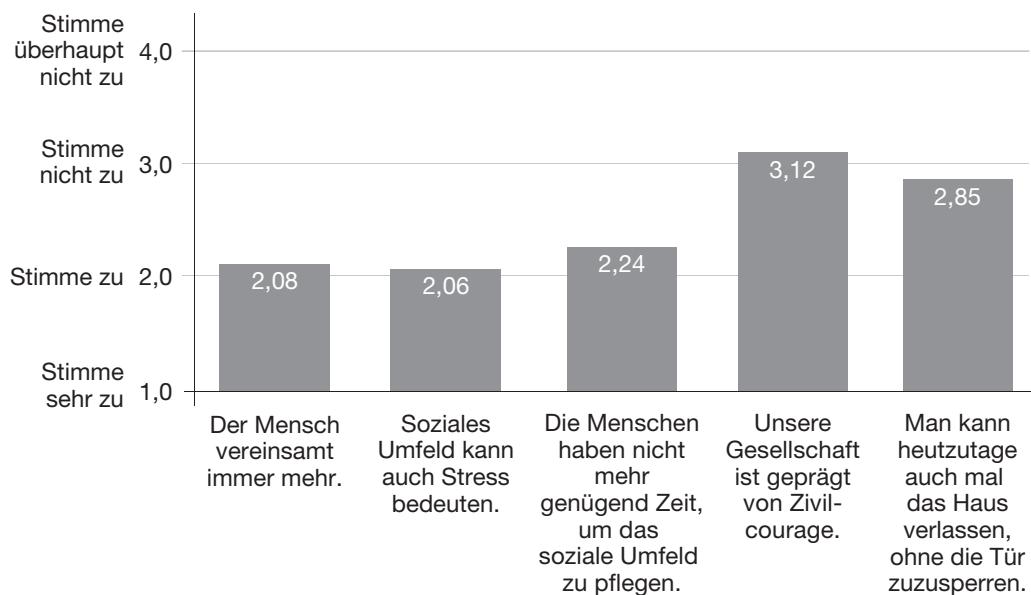


Abbildung 15: Auswertung zur Einschätzung des sozialen Umfeldes

Auf der anderen Seite sind sich die befragten Personen ihrer Verantwortung bewusst und engagieren sich aktiv in der Mitgestaltung ihres sozialen Umfeldes (52 % sind in einem Verein und 34 % sind regelmäßig ehrenamtlich tätig).

Die Entscheidungsträger erwarten von der Politik, insbesondere von der Gemeindepolitik, dass diese aktiv für ein gesundes und harmonisches Umfeld sorgt. Dabei sind insbesondere jene Personen, die eine positive Einstellung zu ihrem sozialen Umfeld haben und dieses pflegen, besonders der Politik im Sinne von Mitbestimmung und „wählen gehen“ zugetan. Ihnen ist bewusst, dass die Politik hier eine Schlüsselrolle einnimmt und bringen dieser auch Vertrauen entgegen.

Schlüsselrolle der Gemeindepolitik, aber auch Mitbestimmung wichtig

Nicht nur die Politik, sondern auch die Bildung hat einen Einfluss bei jenen Personen, die ihr soziales Netzwerk als wichtig erachten. Eine gute Schulbildung und vor allem der kostenlose Zugang zu Bildung gelten neben dem Arbeitsplatz als eine Art Gradmesser für den Bestand sozialer Netzwerke.

Jene Personen, die die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes besonders unterstreichen, investieren ihre Zeit auch in dessen Aufbau, Erhalt und Ausbau. Regelmäßige

Arztbesuche werden als ebenso wichtig erachtet wie die Notwendigkeit der Spezialisierung der peripheren Krankenhäuser. Als Belastung werden hingegen die damit verbundenen Kosten gesehen sowie Defizite in der medizinischen Grundversorgung.

**Soziale Faktoren,
die zur Lebens-
qualität beitragen**

Die Studie zeigt, dass soziale Faktoren wesentlich zur Lebensqualität beitragen. Zu diesen Faktoren zählen ein funktionierendes soziales Netzwerk, das Verhältnis zu Freunden im privaten und beruflichen Umfeld und zu Nachbarn sowie die Vermeidung von Vereinsamung und von sozialem Stress.

Besonders hervorgehoben sei zum Abschluss erneut die Rolle der Gemeindepolitik, welche von Seiten der befragten Entscheidungsträger betont wird.

5. Ergebnisse der Studie auf einen Blick

Die befragten Entscheidungsträger äußern eine hohe Lebenszufriedenheit.



Lebensqualität ist heutzutage eine sehr individuelle Erscheinung und der Mensch vertraut mehr auf das eigene „Ich“ als auf das kollektive „Uns“.



Die Familie ist immer noch wichtig, aber zuerst kommt das Individuum.



Lebensqualität und Arbeit hängen unmittelbar zusammen und beeinflussen sich auch stark.



Der Mensch arbeitet auf Kosten von Schlaf und regelmäßigen Arztbesuchen.



„Lebensqualität“ ist eine Thematik, die mit zunehmendem Alter an Wichtigkeit bzw. Brisanz verliert (es darf vermutet werden, dass mit dem Alter der Begriff der Lebensqualität zunehmend mit dem der Gesundheit einhergeht).



Die Politik wird als treibender Motor zur Schaffung von Lebensqualität angesehen. Die Personen sind sich der Wichtigkeit der politischen Mitbestimmung bewusst und nutzen das Wahlrecht aus.



Der Lebensraum „Land“ wird als wichtiger Zufluchtsort angesehen und sollte dementsprechend auch unterstützt werden.



Bildung und Entspannung gelten als wichtige Faktoren für die Lebensqualität. Dem Konsum wird hingegen eine marginale Rolle zugewiesen.

6. Ausblick

Zukünftig benötigt sowohl die Praxis als auch die Wissenschaft regelmäßig angelegte Studien zur Lebensqualität, die deren Verlauf beschreiben und damit einen wesentlich höheren Erkenntnisgrad generieren. Es geht hierbei nicht darum, den momentan vorherrschenden Status abzufragen, sondern Veränderungen sichtbar und verständlich zu machen. Forschungsansätze für die Zukunft könnten somit sein:

- Längs- bzw. Querschnittsstudien mit immer wiederkehrendem Charakter (beispielsweise alle zwei Jahre).
- Entwicklung von Lebensqualitätsbarometern (z. B. jeder Einzelne kann auf einer Plattform seinen eigenen Lebensqualitätsbarometer-Check durchführen).
- Erhöhte Aufmerksamkeit für bestimmte gefährdete Branchen.
- Weitere Erforschung sowohl qualitativer als auch quantitativer Ansätze sowie Verwendung alternativer Ansätze (z. B. Tagebuchmethode für leitende Angestellte).

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Allardt, E. (1976). Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica*, 19(3), S. 227–239.
- Bauer, R. A. (1967). Social Indicators. London: Cambridge, Mass.
- EU-Kommission (2007). Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013“, Brüssel.
- EURAC (2012). Bericht „insieme sano – gemeinsam gesund“, Stakeholder-Befragung zum Thema Gesundheit und Lebensqualität im Auftrag der Stiftung Vital (unveröffentlichte Projektdokumentation).
- Galbraith, K. J. (1967). The new industrial state. New Jersey: Princeton University Press.
- Herschbach, P. (1999). Das Konzept Lebensqualität verändert die Medizin. *Münchener Medizinische Wochenzeitschrift*, 41, S. 57–61.
- Herschbach, P. (2002). Das Zufriedenheitsparadox in der Lebensqualitätsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(3), S. 141–150.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber-Verlag.
- Noll, H.-H. (1999). Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und neue Wohlfahrtskonzepte. Überblicksanalyse im Rahmen des Querschnittsprojekts Arbeit & Ökologie. Mannheim.
- Piaget, A. C. (1920). Economics of Welfare. London: Macmillan & Co.
- Ravens-Sieberer, U., & Cieza, A. (2000). Lebensqualität in Deutschland – Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. In Ravens-Sieberer, U., & Cieza, A. (Hrsg.), Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin – Konzepte, Methoden, Anwendung. München: Ecomed Verlag.
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006). Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Siegrist, J., & Theorell, T. (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In Siegrist, J., & Marmot, M. (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber-Verlag.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In Glatzer, Z., & Zapf, W. (Hrsg.), Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt: Campus.
- WHO (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York.
- WHO-Regionalbüro für Europa (2005). Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. Kopenhagen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität und Merkmale der Entscheidungsträger.....	12
Abbildung 2: Vorgehensweise der Studie	13
Abbildung 3: Themenbereiche in der Fokusgruppe.....	14
Abbildung 4: Auswertung der Frage „Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben?“.....	16
Abbildung 5: Auswertung der Frage „Wer hat Ihrer Meinung nach die größte Verantwortung zur Sicherung von Lebensqualität?“.....	17
Abbildung 6: Auswertung bezüglich „Geschlecht“ und „Alter“.....	17
Abbildung 7: Auswertung der Frage „Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?“	19
Abbildung 8: Auswertung zur Einschätzung der medizinischen Versorgung und der damit verbundenen Kosten	20
Abbildung 9: Auswertung zur Frage der Wichtigkeit des sozialen Umfeldes	21
Abbildung 10: Auswertung zur Einschätzung der Situation am Arbeitsplatz	22
Abbildung 11: Auswertung zur Einschätzung der Politik im Allgemeinen	23
Abbildung 12: Auswertung zur Einschätzung des Konsumverhaltens.....	24
Abbildung 13: Auswertung zur Einschätzung der Bildung und damit zusammenhängender Aussagen.....	25
Abbildung 14: Auswertung zur Frage der Wichtigkeit der „Zeit“	27
Abbildung 15: Auswertung zur Einschätzung des sozialen Umfeldes.....	29

