

Heidl, Christian M.; Landenberger, Margarete; Jahn, Patrick

Working Paper

Lebenszufriedenheit in Westdeutschland: Eine Querschnittsanalyse mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels

SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 521

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Heidl, Christian M.; Landenberger, Margarete; Jahn, Patrick (2012) : Lebenszufriedenheit in Westdeutschland: Eine Querschnittsanalyse mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 521, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/68183>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

SOEPpapers

on Multidisciplinary Panel Data Research

SOEP – The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin

521-2012

Lebenszufriedenheit in West- deutschland – eine Querschnitts- analyse mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels

Christian M. Heidl, Margarete Landenberger, Patrick Jahn

SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research at DIW Berlin

This series presents research findings based either directly on data from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP) or using SOEP data as part of an internationally comparable data set (e.g. CNEF, ECHP, LIS, LWS, CHER/PACO). SOEP is a truly multidisciplinary household panel study covering a wide range of social and behavioral sciences: economics, sociology, psychology, survey methodology, econometrics and applied statistics, educational science, political science, public health, behavioral genetics, demography, geography, and sport science.

The decision to publish a submission in SOEPpapers is made by a board of editors chosen by the DIW Berlin to represent the wide range of disciplines covered by SOEP. There is no external referee process and papers are either accepted or rejected without revision. Papers appear in this series as works in progress and may also appear elsewhere. They often represent preliminary studies and are circulated to encourage discussion. Citation of such a paper should account for its provisional character. A revised version may be requested from the author directly.

Any opinions expressed in this series are those of the author(s) and not those of DIW Berlin. Research disseminated by DIW Berlin may include views on public policy issues, but the institute itself takes no institutional policy positions.

The SOEPpapers are available at
<http://www.diw.de/soeppapers>

Editors:

Jürgen **Schupp** (Sociology, Vice Dean DIW Graduate Center)
Gert G. **Wagner** (Social Sciences)

Conchita **D'Ambrosio** (Public Economics)
Denis **Gerstorff** (Psychology, DIW Research Director)
Elke **Holst** (Gender Studies, DIW Research Director)
Frauke **Kreuter** (Survey Methodology, DIW Research Professor)
Martin **Kroh** (Political Science and Survey Methodology)
Frieder R. **Lang** (Psychology, DIW Research Professor)
Henning **Lohmann** (Sociology, DIW Research Professor)
Jörg-Peter **Schräpler** (Survey Methodology, DIW Research Professor)
Thomas **Siedler** (Empirical Economics)
C. Katharina **Spieß** (Empirical Economics and Educational Science)

ISSN: 1864-6689 (online)

German Socio-Economic Panel Study (SOEP)
DIW Berlin
Mohrenstrasse 58
10117 Berlin, Germany

Contact: Uta Rahmann | soeppapers@diw.de

Lebenszufriedenheit in Westdeutschland –
eine Querschnittsanalyse mit den Daten des
Sozio-oekonomischen Panels

Autoren

Christian M. Heidl, Margarete Landenberger, Patrick Jahn

Herr Christian M. Heidl:

Interdisziplinäres Zentrum für Public Health (IZPH)
Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg;
Email: CMHeidl@aol.com.

Frau Prof. Dr. M. Landenberger:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
E-Mail: margarete.landenberger@medizin.uni-halle.de

Herr Dr. Patrick Jahn:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
E-Mail: patrick.jahn@medizin.uni-halle.de

Gliederung

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Zusammenfassung.....	4
1. Einleitung.....	5
2. Stand der Forschung.....	6
2.1 Begriffsklärung Wohlbefinden, Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität.....	7
2.2 Erwerbsstatus und Einkommen.....	14
2.3 Gesundheit.....	17
2.4 Lebenszufriedenheit in der bundesdeutschen Bevölkerung.....	20
3. Zielsetzung und Fragestellung.....	24
4. Methodik.....	24
4.1 Design.....	24
4.2 Stichprobe.....	26
4.3 Variablen.....	26
4.4 Statistische Analyse.....	29
4.4.1 Deskriptive Statistik.....	29
4.4.2 Explorative Statistik.....	31
5. Ergebnisse.....	32
6. Diskussion.....	45
7. Konklusion.....	53
8. Literaturverzeichnis.....	55

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Stellung der Dimension subjektiven Wohlbefindens
in der Konzeption der Deutschen Wohlfahrtsforschung
- Abbildung 2: Gesamtverteilung Lebenszufriedenheit gegenwärtig
- Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit
- Abbildung 4: Einfluss der Gesundheitsdeterminanten auf die
Lebenszufriedenheit

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Baseline Charakteristika

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Zufriedenheit mit dem Leben ist in der heutigen Gesellschaft ein bedeutender Aspekt geworden und nahezu jeder Mensch strebt danach. Eine Vielzahl an Determinanten, wie Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität etc. sind mit der Lebenszufriedenheit verbunden und beeinflussen dieses Konstrukt. Die Wissenschaft hat sich diese Thematik zu nutze gemacht und nähert sich der Lebenszufriedenheit aus unterschiedlichen Perspektiven an.

Ziel

Die vorliegende Studie untersucht, welche Determinanten die Lebenszufriedenheit in Westdeutschland im Jahr 2008 beeinflussen. Dazu gliedert sich die Untersuchung in drei zentrale Zielstellungen. Einerseits sollten Faktoren bestimmt werden, die die Lebenszufriedenheit in Westdeutschland beeinflussen. Des Weiteren sollte betrachtet werden, ob sich Menschen mit einer hohen Zufriedenheit häufiger glücklich gefühlt haben. Drittens wurde untersucht, ob die physische oder psychische Gesundheit einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat.

Methodik

Als Datengrundlage dient das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). Es wurden Daten der 4480 Teilnehmer der Stichprobe für Westdeutschland aus dem Jahr 2008 genutzt. Es wurde das Design einer Querschnittsstudie gewählt.

Für die Auswertung wurden zwei Modelle der binären logistischen Regressionsanalyse durchgeführt. Um die statistische Signifikanz der Baseline Characteristica zu prüfen wurden der T-Test und Chi-Quadrat-Homogenitätstests durchgeführt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen einen starken Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Lebenszufriedenheit. Des Weiteren beeinflusst der Erwerbsstatus die Zufriedenheit mit dem Leben. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes kann keine eindeutige Aussage erfolgen, ob die physische oder psychische Dimension einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat.

Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass in Westdeutschland eine hohe Lebenszufriedenheit angegeben wird und von einigen Faktoren abhängig ist.

1. Einleitung

Die wissenschaftliche Untersuchung der Lebenszufriedenheit als Bilanzmaß des subjektiven Wohlbefindens hat eine lange Tradition, welche bis in die 40er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückreicht. Seit dieser Zeit beschäftigen sich Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen in der Theorie mit diesem Indikator (Weller, 1996).

Erste Anregungen für die theoretische Konzeption und Entstehung des Wohlfahrtssurveys gingen von der skandinavischen und angelsächsischen Wohlfahrtsforschung aus, welche seit dem Ende der 1960er Jahre differenzierte Studien zu Lebensqualität und Lebensstandard veranlasst hat (Weller, 1996).

Im Jahre 1978 wurde erstmals in den Wohlfahrtssurveys eine Reihe von „Bereichszufriedenheiten“ und die „allgemeine Lebenszufriedenheit“ erhoben (Wagner, 2007). Mit dem Sozio-oekonomische Panel (SOEP) wurde 1984 in Westdeutschland der Schritt zu den individuellen Grundlagen sozialen Handelns gelegt und mit bis heute beherrschenden Fragen nach Bedingungen von Lebenszufriedenheit über die Lebensspanne gelegt (Wagner, Frick & Schupp, 2007).

In den folgenden Jahren wurden dazu weitere Untersuchungen durchgeführt. Ende 1990 wurden, in Form einer Pilotstudie auch erstmals Personen aus den neuen Bundesländern befragt. 1993 konnten die Untersuchungen auf Gesamtdeutschland ausgeweitet werden (Weller, 1996). Die Bewertungen von Zufriedenheit sind ein Maß der individuellen Wohlfahrt. Anhand dieser Größen können Entwicklungen der Wohlfahrt und des sozialen Wandels dargestellt werden. Durch die Informationsauskünfte der Bürger eines Staates können objektiv gegebene Lebensumstände und deren daraus resultierende Veränderungen bewertet werden. Darüber hinaus ist die Lebenszufriedenheit auch von sozialen Vergleichsprozessen sowie von individuellen Wünschen und Zielen der Menschen abhängig (Weller, 1996). Untergeordnet stellt dazu stellt die Lebensqualität, ein allgemeines Maß dar, welches auf größere Bevölkerungsgruppen bezogen ist. Objektive Lebensbedingungen und deren daraus entstehende subjektiven Bewertung (Wohlbefinden, Zufriedenheit) spielen eine wichtige Rolle im Rahmen der Sozialberichterstattung (Glatzer & Zapf, 1984).

Es gilt zu beachten, dass sich in der Zufriedenheit von Menschen objektive Lebensumstände, persönliche Ansprüche und Erwartungen widerspiegeln. Danach bewerten sie ihre eigene Situation. Demzufolge können Zufriedenheitsbewertungen bei verschiedenen Menschen differenziert ausfallen, auch wenn ihre objektive Situation

weitgehend identisch ist. Um die Lebenszufriedenheit in der Bundesrepublik Deutschland umfassend zu betrachten, ist es von Vorteil die objektiven Lebensbedingungen der Menschen zu eruieren. Daher erscheint es bezogen auf die gesamtdeutsche Perspektive sinnvoll, eine getrennte Betrachtung der Lage in West- und Ostdeutschland durchzuführen. Obwohl die deutsche Einheit in der Zwischenzeit seit mehr als fast 20 Jahren besteht, sind weiterhin Unterschiede innerhalb beider Landesteile auszumachen, sowohl was die Lebenszufriedenheit, die objektiven Lebensbedingungen als auch das subjektive Wohlbefinden betreffen. (Christoph, 2008). Für diese Arbeit soll der Fokus auf West-Deutschland liegen.

In diesem Kapitel werden die Begriffe Gesundheit, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit sowie Lebensqualität definiert und von einander abgegrenzt. Der aktuelle Stand der Forschung zu Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Lebensqualität wird an internationalen Studien aufgezeigt und diskutiert. Die Nennung der Hypothesen beschließt dieses Kapitel.

2. Stand der Forschung

Das Anliegen der Literaturrecherche war es, Literatur und Veröffentlichungen zu finden, die sich mit dem Thema Lebenszufriedenheit und Gesundheit auseinandersetzen. Dabei muss beachtet werden, welche Literaturquellen wissenschaftliche Fundierungen enthalten. Zunächst wurde in verschiedenen Datenbanken wie PubMed, BioMed Central, Springerlink und der Datenbank des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung, welches die Veröffentlichungen der SOEPPapers koordiniert, recherchiert. Hinzu kamen die Bibliotheken der Universität Erlangen-Nürnberg und der Fachhochschule Nürnberg. Ebenso wurde das Schneeballverfahren angewendet (LoBiondo-Wood & Haber, 2005).

Die Recherche im Internet erfolgte in deutscher und englischer Sprache. Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: “Deutschland”, “Erwerbsstatus”, “Gesundheit”, “subjektive Gesundheit”, “physische Gesundheit”, “psychische Gesundheit”, “Gesundheitsbedingungen”, “Lebenszufriedenheit”, „Ostdeutschland“.

„Westdeutschland“, “Wohlbefinden”, “subjektives Wohlbefinden”, “germany”, “east germany”, “oeconomic status”, „health“, “subjective health”, “physical health”, “mental health”, “health conditions”, “life-satisfaction”, “well-being”, “west-germany”, “subjective well-being” „well-being AND health“, „life satisfaction AND health“.

“well-being AND life satisfaction”, “health AND germany”, “life satisfaction AND west germany”, “subjective well being AND west germany”, “oeconomic status AND west germany”, “physical health AND mental health”, “physical health AND germany AND well being”, “mental health AND life satisfaction”, “life satisfaction AND oeconomic status”.

2.1 Begriffsklärung Wohlbefinden, Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität

Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation; WHO) definiert Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Laut WHO-Definition spiegelt Gesundheit ein Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wider (Hanfried, Grabka & Schwarze, 2008). Richtungweisend war die Überzeugung, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Demnach unterstreicht der Begriff des Wohlbefindens, dass es auf die subjektive Bewertung ankommt, inwieweit Gesundheit dieser Beurteilung gerecht wird (Hanfried, Grabka & Schwarze, 2008). Für die subjektive Gesundheit kann die Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herangezogen werden. Diese ist „ein multidimensionales Konstrukt, welches körperliche, emotionale, mentale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich demnach auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit“ (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Für jedes Individuum ist die eigene Gesundheit von großer Bedeutung, da sie sich maßgeblich auf das persönliche Wohlbefinden und die Chancen zur Verwirklichung von Lebensplänen bezieht (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2006).

Wohlbefinden

Das subjektive Wohlbefinden ist ein umfassender Begriff, der sich in mannigfaltige Komponenten aufgliedern lässt, wobei Dimensionen positiver und negativer Art zu unterscheiden sind. (Glatzer, 1992; Lee & Browne, 2008). Wohlbefinden unterteilt sich

in aktuelles Wohlbefinden (AW), welches eine augenblickliche Befindlichkeit charakterisiert sowie in habituelles Wohlbefinden (HW), welches als relativ stabile Eigenschaft bezeichnet werden kann (Abele & Becker, 1994, S. 13). Bei dem habituellen Wohlbefinden handelt es sich um Aussagen über das für eine Person typische Wohlbefinden, d. h. um Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen. Das Wort „Urteile“ verdeutlicht, dass Aussagen über das habituelle Wohlbefinden (beispielsweise Aussagen zu der allgemeinen Lebenszufriedenheit) primär durch kognitive Prozesse entstehen. Eine Person, welche ein stark ausgeprägtes habituelles Wohlbefinden besitzt, befindet sich relativ häufig in einem Zustand des Wohlbefindens. Auf dem Gebiet der Lebenszufriedenheitsforschung beziehen sich Urteile über das habituelle Wohlbefinden vorwiegend auf Zeitabschnitte von einigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten (Abele & Becker, 1994, S. 15).

Eine Vielzahl an Untersuchungen legen dar, dass Urteile über das allgemeine Wohlbefinden eine relative hohe Stabilität aufweist. Dementsprechend zeigt das Konzept des habituellen Wohlbefindens eine vergleichsweise stabile Eigenschaft auf (Diener & Larsen, 1984; Stones & Kozma, 1986) „Glück“ und „Glücklichsein“ wird eher als affektiver Zustand bewertet und scheint sich aus der Kombination von positiven mentalen Erfahrungen und Erlebnissen eines Menschen zu entwickeln. Bei Gruß und Pöhlmann (2004) setzt sich das subjektive Wohlbefinden ebenso aus zwei Hauptkomponenten zusammen, einer affektiven und einer kognitiv-evaluativen Komponente. Letztere definiert sowohl die bereichsspezifische als auch die globale Lebenszufriedenheit (Gruß & Pöhlmann, 2004). Lebenszufriedenheit ist demnach das kognitive Element des subjektiven Wohlbefindens und bezieht sich auf die individuelle und subjektive Einschätzung der eigenen Lebenslage (Mayering, 1991). Smith, Avis und Assmann (1999) weisen dem subjektiven Wohlbefinden vier Dimensionen zu: Lebenszufriedenheit, Bereichszufriedenheiten, positiver und negativer Aspekt. Glatzer (1984) legt drei Dimensionen subjektiven Wohlbefindens dar, welche sich empirisch als eigenständige Faktoren offenbaren (vgl. Abbildung 1):

- Die positive Dimension des Wohlbefindens: Zufriedenheit (als kognitive Bewertung der Lebenssituation), Glück (als affektives Wohlbefinden, resultierend aus der Beziehung positiver und negativer Erfahrungen),
- Die negative Dimension des Wohlbefindens: Besorgnis- und Belastungssymptome (Erschöpfung, hohe Beanspruchung, Angst, Nervosität,

Niedergeschlagenheit, Anomie- sowie Entfremdungssymptome (Gefühle der Isolation, Ohnmacht, Sinnlosigkeit)

- Die Dimension der Zukunftserwartungen: Hoffnungen und Befürchtungen in Bezug auf die persönliche zukünftige Entwicklung.

Einerseits lässt sich innerhalb des Modells ein Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Glück identifizieren (Glatzer, 1984). Andererseits stehen Lebenszufriedenheit und Besorgnissymptome in einem negativen Zusammenhang. Die Lebenszufriedenheit eines Menschen nimmt ab, je mehr ein Individuum mit Sorgen belastet ist. „Dabei ist es nicht so, dass eine hohe Lebenszufriedenheit die Besorgnissymptome ausschließt. Offensichtlich sind viele Individuen in der Lage, eine hohe Lebenszufriedenheit mit starken Besorgnissymptomen zu vereinbaren (Anpassung, Vergleichsprozesse).“ (Glatzer, 1984, S. 252).

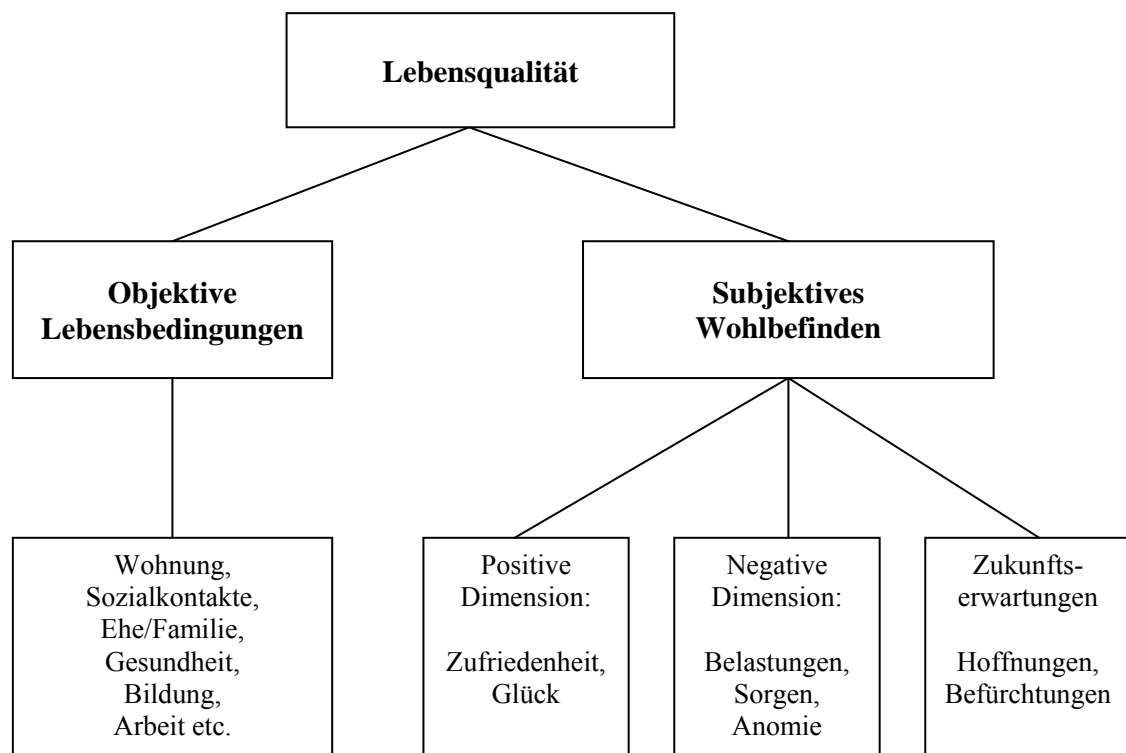


Abbildung 1: Stellung der Dimension subjektiven Wohlbefindens in der Konzeption der Deutschen Wohlfahrtsforschung (Schäfers, 2008).

Lee und Browne (2008) bestätigen, dass das subjektive Wohlbefinden von soziodemographischen Faktoren, mentaler und physischer Gesundheit und

psychologischen Disstress abhängt. Ihre Untersuchung bezieht sich auf Bewohner in ländlichen Gebieten. Den höchsten Grad an Lebenszufriedenheit wiesen Menschen im Altersdurchschnitt von 66 Jahren auf, welche ohne Kinder in einer Partnerschaft leben keine körperlichen Einschränkungen besitzen oder psychischen Stress ausgeliefert sind. Frauen haben im Vergleich zu Männern eine höhere Lebenszufriedenheit (Lee & Browne, 2008). Martin, Jetha, Mack & Hetz (2010) zeigen anhand ihrer durchgeführten Metaanalyse, dass es einen kleinen bis mittleren Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und subjektiven Wohlbefinden gibt. Dazu wurden insgesamt einundzwanzig Studien betrachtet, in denen Patienten mit einer Schädigung des Rückenmarks untersucht wurden. Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Menschen durch körperliche Aktivität und Vitalität gesteigert werden kann (Martin, Jetha, Mack & Hetz, 2010).

Lebenszufriedenheit

Bei der Findung einer einheitlichen Begriffsbestimmung für Lebenszufriedenheit zeigen sich deutliche Schwierigkeiten. Eine klare Definition festzulegen wird durch die Mannigfaltigkeit der Begriffe für positive Zustände, wie Freude, Glück, Zufriedenheit, Wohlbefinden, Glückseligkeit, Spaß etc. – erschwert. Aufgrund der erschwerten begrifflichen Abgrenzung und Unklarheiten verwenden einige Forscher in ihren Studien die Wortbedeutungen sinngleich (Ferrer-i-Carbonell, 2005).

Dette (2005) definiert den Begriff Lebenszufriedenheit folgendermaßen: „Lebenszufriedenheit bezieht sich auf einen kognitiven Bewertungsprozess der eigenen Lebensqualität und setzt sich damit von affektiven Maßen (joy, positive affect bzw. Freude, positive Stimmung, gute Laune) ab.“ (Dette, 2005, S. 31) Diener (1993) ist der Ansicht, dass Glück primär durch affektive Einflüsse und Zufriedenheit eines Individuums kognitiv festgelegt wird. Es stellt somit eine bewusste Bewertung der eignen Lebenssituation oder bestimmter Bereiche dar. (Diener, Suh, Lucas, Smith, 1999). Es unterscheiden sich die allgemeine Lebenszufriedenheit, welche sich auf das gesamte Leben bezieht und die Bereichszufriedenheiten, welche nur mit einzelnen Bereichen (Gesundheit, Freizeit, Ehe, Arbeit etc..) des Lebens verknüpft sind. (Diener, 1993; Fliege 1997). Argyle (1987) definiert Zufriedenheit als „a thoughtful appraisal of quality of life as a whole“. Er erläutert Zufriedenheit als eine nachdenkliche Abschätzung über die gesamte Lebensqualität hinweg (Argyle, 1987). Lebenszufriedenheit gliedert sich in drei Eigenschaften. Es ist eine rein subjektive

Einschätzung, also von der Person selbst abhängig. Sie resultiert größtenteils aus einem Vergleichsstandard, der innerhalb der eigenen Person (beispielsweise eine frühere Lebensphase) oder außerhalb einer Person (Vergleich mit anderen Personen) liegt.

Als dritte Komponente ist die Lebenszufriedenheit auf einer mittleren Abstraktionsebene zu definieren. Lebenszufriedenheit kann infolgedessen mittelfristig beurteilt werden und ist moderat veränderlich, was bedeutet, dass das Konstrukt stabil genug ist, um für längere Zeiträume gültig zu sein, aber variabel genug, um sich mit Situationsgegebenheiten und deren Interaktion mit individuellen Reaktionen zu ändern“ (Dette, 2005, S. 38). Die subjektive Lebenszufriedenheit kann auch auf Basis von Selbsteinschätzungen der Befragten gemessen werden. Einerseits durch Serien von Items oder Subskalen (z. B. Freiburger Persönlichkeitsinventar) andererseits durch eindimensionale Maße, wie das Sozio-oekonomische Panel. Es besteht die Annahme, dass nur die Befragten selbst in der Lage sind, ihre internen Erfahrungen zu beurteilen. Lebenszufriedenheit ist nicht mit mentaler oder psychischer Gesundheit gleichzusetzen, sondern ist ein Aspekt des psychischen Wohlbefindens (Gerlach & Stephan, 2001). Lebenszufriedenheit wie auch Glück ein partieller Aspekt des subjektiven Wohlbefindens. Dementsprechend fördern positive Gefühle die psychische Gesundheit, oder besitzen zumindest einen Einfluss darauf, wie Stock und Badura (1995) aufzeigen. Tkach und Lyubomirsky (2006) erforschen wie Menschen nach Glück streben, indem sie Bezug auf persönliche Strategien von Glück und Wohlbefinden untersuchen. Den Gefühlszustand des Wohlbefindens verdeutlicht Beiser (1974) und erläutert, dass diesem eine komplexe Interaktion von psychologischen Prozessen vorausgeht.

Unterstützend dazu legen DeNeve und Cooper (1998) den Zusammenhang der Persönlichkeitsdimensionen und dem subjektiven Wohlbefinden dar. Lebenszufriedenheit und Glück symbolisieren demnach „Trait“ (Charakter)-Eigenschaften des subjektiven Wohlbefindens, während positive und negative Effekte als „State“ (Umgebungs)-Eigenschaften dargelegt werden (DeNeve & Cooper, 1998). In der Bundesrepublik Deutschland lag im Jahre 1992 der durchschnittliche Wert der Lebenszufriedenheit bei 7,7 bis 7,9. Das zeigen die Ergebnisse von Glatzer (1992), welche auf einer Zufriedenheitsskala von „0“ (ganz und gar unzufrieden) bis „10“ (ganz und gar zufrieden) gemessen wurden. Die meisten Personen schätzen sich zu dem Zeitpunkt der Befragung als relativ „zufrieden“ ein. Ebenso gilt diese Beurteilung für die Komponente des Glücks. Die überwiegende Anzahl der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland betrachtet sich als ziemlich „glücklich“ (Glatzer, 1992).

Im Jahre 1994 wurde ein Mittelwert für die gesamte Lebenszufriedenheit in Westdeutschland von 5,6 ermittelt. Das Geschlecht und das Alter haben einen signifikanten Einfluss auf die bereichsspezifische Zufriedenheit. Männer weisen in den Bereichen Ehe und Partnerschaft, Sexualität und der Zufriedenheit mit der eigenen Person gegenüber Frauen eine höhere Zufriedenheit auf. Altersbedingt weisen jüngere Männer im Alter zwischen 61-65 die höchste Zufriedenheit auf. Frauen, die älter als 70 Jahre sind, geben die niedrigste Zufriedenheit an (Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 1996). Über eine Zeitspanne von 16 Jahren hat sich die Lebenszufriedenheit in Deutschland, vornehmlich in Westdeutschland nur marginal verändert (Christoph, 2008; Suntum van, Prinz & Uhde, 2010) Die Ergebnisse aus dem Jahre 1992 sind homogen zu 2008 (Glatzer, 1992). So markieren die Jahre 1997 und 2004 relative Tiefpunkte, während 2001 die Lebenszufriedenheit einen Höhepunkt erreichte. (Suntum van, Prinz & Uhde, 2010). Ostdeutsche haben durchschnittlich eine geringere Lebenszufriedenheit als Westdeutsche. (Suntum van, Prinz & Uhde, 2010). Die Menschen in Ostdeutschland liegen im Jahr 2006 auf der Zufriedenheitsskala (von 0 bis 10), mit 0,6 Skalapunkten (6,3) unter dem Niveau der Menschen aus Westdeutschland (6,9) (Christoph, 2008). Die aus SOEP-Daten ermittelte Lebenszufriedenheit zeigt, dass sie im gesamten Deutschland konstant geblieben ist. Im Jahre 2001 erreichte sie den zwischenzeitlichen Höhepunkt, Dies trifft sowohl für Frauen (6,92 im Jahr 1991 auf 6,97 im Jahr 2008), als auch Männer (6,97 im Jahr 1991 und 6,99 im Jahr 2008) zu (Van Suntum, Prinz & Uhde, 2010). Für 2008 geben Westdeutsche eine Lebenszufriedenheit von 7,1 Punkten an, welche leicht gegenüber der ostdeutschen Lebenszufriedenheit, um 0,5 Punkte, erhöht ist (Van Suntum, Prinz & Uhde, 2010).

Lebensqualität

Die Abgrenzung der Lebensqualität von den bisher dargelegten Begriffen ist eine Herausforderung. Sie bedingen sich in gewissem Maße und sind miteinander verknüpft. Dennoch wird ein Versuch gewagt, Lebensqualität zu definieren. Lebensqualität bezeichnet nach Augustin, Amon, Bullinger & Gieler (2000) ein Konstrukt, das die Qualität der körperlichen, psychischen, sozialen und rollen- bzw. funktionsassoziierten Lebenssituation eines Menschen widerspiegelt. Lebensqualität soll vornehmlich die subjektive Bewertung der objektiven Lebensbedingungen widerspiegeln (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2000). Fahrenberg, Myrtek, & Schumacher (2000) gehen davon aus, dass affektive und kognitive Komponenten aller Lebensbereiche wie Gesundheit

und soziale Beziehungen zur Lebensqualität beitragen können. Jeder einzelne Mensch hat eine subjektive Sicht auf die Lebensqualität und versteht darunter etwas anderes. Diese Komponenten sind abhängig vom Lebensalter, den Erfahrungen und Lebensumständen.

Wissenschaftliche Studien zu Lebenszufriedenheit sind in der Literatur zahlreich vorhanden und aus vielerlei perspektivischer Betrachtung ökonomisch, psychologisch, soziologisch etc. erforscht. (Van Suntum, Prinz & Ude, 2010; Huschka & Wagner, 2010). Eine große Anzahl an Publikationen zu Lebenszufriedenheit sind mit dem Erwerbstatus verknüpft (Gerlach & Stephan, 2001; van Suntum, Prinz & Ude, 2010; Huschka & Wagner, 2010; Knies, 2010). Veröffentlichungen zum Einfluss der physischen und psychischen Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit sind jedoch bis dato kaum vorhanden. (Siahpush, Spittal, & Singh, 2008).

Eine Vielzahl an Veröffentlichungen erforscht seit Mitte der 70er Jahre den Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und Lebenszufriedenheit und zeigt deren Auswirkungen auf. Des Öfteren kommt es dabei zu Ost- und Westvergleichen der Bundesrepublik Deutschland. Ebenso werden Daten aus Langzeitstudien, wie dem Wohlfahrtssurvey, dem Sozio-oekonomischen Panel, dem australischen Survey oder dem Schweizer-Haushalts-Panel (SHP), ausgewertet (Easterlin, 1974; Gerlach & Stephan, 2001; Frijters, Haisken-DeNew & Shields, 2004; Easterlin & Zimmermann, 2006; Prinz & Kasten, 2008; Siahpush, Spittal & Singh, 2008; Wagner, Göbel, Krause, Pischner, Sieber & Bellebaum, 2008; Huschka & Wagner, 2010; Knies, 2010).

Die Metaanalyse von Smith, Avis & Assmann (1999) zeigt, dass Lebensqualität von sieben verschiedenen Lebensdimensionen abhängt. Ihr Model, welches die Lebensqualität bestimmt, verknüpft die Lebensbereiche zwischen dem Grad der Symptomatik, dem physiologischen Gesundheitsstatus und der Lebensqualität. Die Regressionsanalyse deckt auf, dass gegenüber der physischen und sozialen Funktion, der mentale Gesundheitsstatus die wichtigste Variable darstellt, um Lebensqualität zu erklären. Bei Einschätzung der Lebensqualität messen Patienten der mentalen Gesundheit eine höhere Bedeutsamkeit zu, als der physischen Komponente (Smith, Avis & Assmann, 1999). Himmel (1999) zeigt den Zusammenhang von Gesundheit – als ein persönliches Konzept selbst eingeschätzter Lebensqualität und die Konkordanz zu anderen Lebensbereichen in Beziehung zueinander auf. Der Mensch definiert Gesundheit für sich persönlich und diese hängt von der individuellen Norm ab. Folglich können Menschen sich reflexiv zur ihrer Gesundheit verhalten. Gesundheit wird oftmals

als „höchster Wert im Leben“ oder normales Funktionieren von Körper und Geist“ oder „vollständiges Wohlbefinden“ definiert (Himmel, 1999).

In einer Längsschnittstudie wurde der Einfluss von Ursachenzuschreibungen auf Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei chronisch erkrankten Patienten untersucht. Ziel der Studie war es, herauszufinden, wie das physische und psychische Wohlbefinden von chronisch kranken Menschen gesteigert werden kann. Bei Patienten, welche an koronaren Herzerkrankungen und Diabetes mellitus erkrankt sind wurden die Auswirkungen von Attributionen (Ursachenzuschreibungen) auf die subjektive Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden hin untersucht. Patienten, welche bei Baseline-Messung eine hohe Verantwortung für Ihre Erkrankung aufweisen berichten nach drei Jahren, dass sie über eine signifikant geringere Lebensqualität verfügen. Ebenso zeigte sich bei diesen Patienten, welche an Diabetes Mellitus erkrankt sind, dass ein signifikanter negativer Einfluss von Stress auf das physische und psychische Wohlbefinden besteht. Patienten, welchen es gelingt einen Sinn in ihrer Erkrankung zu erkennen, berichten über ein höheres Maß an Lebenszufriedenheit und Lebensqualität (Rudolph, Reimer, Scharschmidt, Fittig, Schweizer, Kühlfluck, Schulz & Müller, 2008).

2.2 Erwerbsstatus und Einkommen

Aus politischer Perspektive diskutieren Huschka und Wagner (2010) die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität als Zielgröße. Anhand von Indikatoren wie Glück, Zufriedenheit, Einkommen etc soll die Lebenszufriedenheit messbar gemacht und in den Alltag der Bevölkerung von Deutschland integriert werden (Huschka & Wagner, 2010).

Weitere Veröffentlichungen legen die Kombination aus politischer und wirtschaftlicher Ebene dar. Van Suntum, Prinz und Uhde (2010) konstruieren einen Lebenszufriedenheitsfaktor mit dem sich Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden in Deutschland messen lassen, um zu einer besseren Lebenszufriedenheit für die Bevölkerung in Deutschland beizutragen (Van Suntum, Prinz & Uhde, 2010).

Das „Easterlin-Paradox“ zeigt, dass nach der Deckung der Grundbedürfnisse eines Menschen, mehr Reichtum, nicht zu mehr Glück bzw. Lebenszufriedenheit führt (Easterlin, 1974; Pedersen & Schmidt, 2009). Sobald ein entsprechender Mindeststandard erreicht ist, legen andere Faktoren fest, ob sich ein Mensch in der Gesellschaft wohl fühlt oder nicht (Hansch, 2009). Demgegenüber legen eine Anzahl

von Studien der Glücksforschung dar, dass Menschen ihr Leben positiver bewerten je höher ihr Einkommen liegt. (Knies, 2010; Ferrer-i-Carbonell, 2005). Sollten jedoch die Grundbedürfnisse nicht mehr gedeckt sein und es zu Arbeitslosigkeit kommen, wie die Studie von Winkelmann und Winkelmann (1995) darlegt, in der eine Panelanalyse in Deutschland bezüglich Glück und Arbeitslosigkeit durchgeführt wurde, dann verursacht die Erwerbslosigkeit einen substanziellen Abfall an Glück und Zufriedenheit (Winkelmann & Winkelmann, 1995). Gegenteilig legen Hesser, Hupp und Traulsen (2007) den Fokus auf die Arbeits- und Lebenszufriedenheit und erforschten, dass sich eine höhere Zufriedenheit in der jeweiligen Arbeitssituation, positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. Prinz und Kasten (2008) legen die Ökonomie des subjektiven Wohlbefindens dar. Sie stellen die allgemeine Lebenszufriedenheit in den Mittelpunkt, welche anhand persönlicher, soziodemographischer und sozioökonomischer Faktoren in Ost- und Westdeutschland untersucht wurde. Im Ergebnis zeigt sich, dass die ausgewählten Bereichszufriedenheiten einen hochsignifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzen. Je zufriedener eine Person mit ihrem Einkommen, Arbeit, Wohnung und Freizeit, desto zufriedener ist sie tendenziell mit ihrem Leben. (Prinz & Kasten, 2008).

Gerlach und Stephan (2001) erforschten in einem Vergleich systematisch den Zusammenhang zwischen dem Erwerbstatus und der Lebenszufriedenheit in Ost- und Westdeutschland. Dazu wurden Daten aus dem sozioökonomischen Panel aus den Wellen 1992 bis 1999 rekrutiert und ausgewertet. Die Messung der subjektiven Lebenszufriedenheit erfolgte auf Basis von Selbsteinschätzungen der jeweiligen Befragten. „Die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist von hoher Bedeutung für die allgemeine Lebenszufriedenheit [...].“ (Gerlach & Stephan, 2001, S. 524). Zusammenfassend konnten die empirischen Ergebnisse bestätigen, dass Arbeitslose und Ostdeutsche mit ihrem Leben unzufriedener sind als Erwerbstätige, Nichterwerbstätige und Westdeutsche. Es ist davon auszugehen, dass Arbeitslosigkeit aus individueller Sicht ein eher unfreiwillig hingenommener Zustand darstellt. Dieser ist mit erheblichen Einbußen an Zufriedenheit verbunden (Gerlach & Stephan, 2001).

Dössel (1999) legt die Lebenszufriedenheit anhand objektiver Statusmerkmale (Erwerbsstatus) sowie subjektiver Faktoren (Sorgen, Anomie) dar. Für Ostdeutschland hat der Erwerbsstatus den größten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit, welcher die subjektive Lebensqualität zwei Jahre im nach hinein noch mitbestimmt. Diese Zeiteffekte sind in Westdeutschland für die subjektiven Faktoren konstatiert (Dössel,

1999). Braun und Scholz (2008) verdeutlichen, dass die Wichtigkeit des Arbeitsplatzes für Ost- und Westdeutschland eine bedeutende Rolle spielt. Ebenso ist eine Zunahme bezüglich der Arbeitszufriedenheit in den letzten Jahren feststellbar. Für Westdeutschland gehört die Höhe des Einkommens zu wichtigsten Zielen eines Menschen. In Ostdeutschland besitzt die Sicherheit des Arbeitsplatzes eine sehr hohe Priorität (Braun & Scholz, 2008). Dagegen beschreiben Goebel, Habich und Krause (2009) in ihrer Studie, dass die Zufriedenheit mit der Arbeit in Ost- und Westdeutschland gesunken ist. Hinsichtlich der finanziellen Lage lässt sich aussagen, dass das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen in Westdeutschland bei 1444 Euro lag. Dagegen wird für Ostdeutschland ein Haushaltseinkommen von durchschnittlich 1149 Euro beschrieben. Das Haushaltsnettoeinkommen ist zwischen 2002 und 2008 um 3,1% zurückgegangen (Goebel, Habich & Krause, 2009).

In der 2008 veröffentlichten Studie von Ducki (2006), stellt der Erwerbstatus einen zentralen Lebensinhalt dar. Demzufolge bedeutet das Gegenteil, die Arbeitslosigkeit einen Verlust von ökonomischen und psychosozialen Ressourcen der Gesundheit (Ducki, 2006). Die Ausgrenzung aus der Erwerbsarbeit wird von den meisten Menschen als sehr bedrückend erlebt und hat oftmals negative Folgen für die Gesundheit (Mohr, 1997). Häufig erhält die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dadurch eine Einschränkung. Ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko, vor allem für Arbeitnehmer, welche über Jahre hinweg arbeitslos gemeldet sind, gilt trotz methodischer Mängel der veröffentlichten Studien als empirisch belegt (Mohr, 1997). Bei Betrachtung der Zufriedenheit mit der Gesundheit unter Berücksichtigung des Erwerbstatus, auf einer Skala von 1 bis 10 zeigt sich deutlich, dass Erwerbstätige mit 6,9 Punkten, vor Arbeitslosen mit 6,2 und vor Rentnern mit 5,6 Punkten liegen. Ebenso hat das Einkommen eine Auswirkung auf die Zufriedenheit. Personen mit niedrigerem Einkommen geben durchschnittlich 6,4 gegenüber höherem Einkommen von 6,8 Punkten aufweisen (Christoph, 2008). Mit einem steigenden Bildungsniveau und höherem Einkommen besteht eine positivere Beurteilung des Gesundheitszustandes. Dies lässt den Schluss zu, dass Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigerer qualifizierten Berufsabschluss und Einkommen einem im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustand aufweisen (Andersen, Grabka & Schwarze, 2008). Eine Risikogruppe stellt die vermehrte Zahl der Menschen dar, welche erwerbslos sind. Bei den 20- bis 59-Jährigen leiden knapp 50 Prozent der arbeitslosen gegenüber circa 30 Prozent der erwerbstätigen Männer und Frauen an gesundheitlichen Beschwerden. Bei

einem Vergleich zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen führt dies zu einer etwa doppelt so hohen Zahl an Krankenhaustagen (Lange & Ziese 2007).

2.3 Gesundheit

Die Studie von Bauer, Huber, Gregor, Müller und Hämmig (2007) untersuchen die Faktoren der Gesundheit und der Ökonomie. Sie analysieren die Funktion von Arbeitsbedingungen in Hinsicht auf Gesundheitseinbußen im besonderen Vergleich des sozioökonomischen Status (SES) und von selbst eingeschätzter Gesundheit (SRH). (Bauer, Huber, Gregor, Müller & Hämmig, 2007).

Die Gesundheit eines Menschen wird auch von der Arbeitsplatzunsicherheit und einer zu hohen Arbeitsbelastung beeinflusst (D'Souza, Strazdins, Clements, Broom, Parslow Rodgers, 2005). Die Auswirkungen, welche beiderlei Geschlechter betreffen, wirken sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus. Schlechtere Einschätzungen der eigenen Gesundheit verbunden mit negativen Gefühlen und Depressionen, Angstzuständen, Energielosigkeit, Müdigkeit und Schlafstörungen sind die Folge davon (Hämmig & Bauer, 2008; D'Souza, Strazdins, Clements, Broom, Parslow & Rodgers, 2005). Weiterführend haben arbeitslose Menschen im Vergleich zu Beschäftigten oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand. Vorwiegend treten dabei Gesundheitsunterschiede im Bereich der psychischen Gesundheit auf (Hollederer, 2008). Bei Adoleszenten besitzt der physische und psychische Gesundheitsstatus einen hohen Einfluss auf die Lebensqualität.

Die Untersuchung von Sawatzky, Ratner, Johnson, Kopex & Zumbo (2010), welche sich mit den Variablen der Zufriedenheit bezüglich Familie, Freunden, Lebensumwelt, Schule und sich selbst auseinandersetzt, unterstreicht dieses Ergebnis. Die globale Lebensqualität hängt bei Adoleszenten hauptsächlich von ihrem mentalen Gesundheitsstatus sowie ihrer eigenen Zufriedenheit und der mit ihrer Familie zusammen (Sawatzky, 2007; Sawatzky, Ratner, Johnson, Kopex & Zumbo, 2010). Negativ auf die Lebenszufriedenheit von Adoleszenten wirken sich die subjektive Gesundheit sowie Tage, welche mit Antriebslosigkeit und schlechter physischer und psychischer Gesundheit verbunden sind (Zullig, Valois, Huebner, & Drane, 2005). Insgesamt weist das jüngere Erwachsenenalter eine relativ hohe Zufriedenheit mit der Gesundheit auf (Mayring, 1991).

Dazu verglichen Bíró, Balajti, Adány und Kósa (2010) ungarische Medizinstudenten mit gleichaltrigen Personen aus der Gesellschaft. Bei den Medizinstudenten war der psychologische Distress signifikant erhöht. Daraus geht hervor, dass die Dysbalance der Psyche einen erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit hat. Interessanterweise sind Frauen davon weniger betroffen (Bíró, Balajti, Adány & Kósa, 2010). Geschlecht und Alter weisen Unterschiede hinsichtlich der Lebenszufriedenheit auf, wie die Studie von Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll & Decker (2009) zeigt. Frauen geben als wichtigste Zufriedenheitskomponente die Familie an, bei Männern sind es ihre Freizeitaktivitäten. Fortlaufend wird dargelegt, dass psychologische Variablen wie Depressivität und Angst einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit ausüben (Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll & Decker 2009).

Bei Menschen mit Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit wie Schizophrenie, ausgeprägter Depression und Angststörungen wird die subjektive Lebenszufriedenheit als deutlich geringer beschrieben (Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Antikainen, Hintikka, & Viinamaki, 1999). Dies unterstreicht eine Längsschnittstudie, welche über 15 Jahre hinweg, die Lebenszufriedenheit bei 18-45 Jährigen gemessen hat. Es wird aufgezeigt, dass das Konstrukt Lebenszufriedenheit eine geringe Stabilität aufweist und vor allem psychische Probleme und Depressionen die Zufriedenheit stark beeinflussen (Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Honkanen, Viinamaki & Koskenvuo, 2005). Bei älteren Menschen ist der Einfluss von psychischen gegenüber physischen Beeinträchtigungen auf die Lebenszufriedenheit ungleich höher. Es zeigt sich, dass der Mangel an Sinn und Sorgen sich nachteiliger auf die Lebenszufriedenheit auswirken als beispielsweise körperliche Labilität (Ghubach, El-Rufaie, Zoubeidi, Sabri, Yousif, & Moselhy, 2010).

Anhand ihres Grenzwert-Konzeptes weisen Fujita und Diener (2005) den Grad an Veränderungen bezüglich Lebenszufriedenheit nach. Ihr Konzept basiert auf der Idee eines gewichteten Grenzwerts, welcher von einer stabilen Baseline-Lebenszufriedenheit ausgeht und homöostatische Kräfte besitzt, wieder in das ursprüngliche Niveau einzupendeln, wenn sich Lebensereignisse oder verändernde Umstände ereignen (Fujita & Diener, 2005). Demzufolge reguliert sich die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden bis zu einem gewissen Grad von alleine. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit hat einen starken positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit (Dehlinger & Ortmann, 1992).

Über einen Zeitraum von vier Jahren messen Moss, Hoffmann, Mossey und Rovine (2007) die Veränderungen von Gesundheit, Lebensqualität, mentaler Gesundheit und

der Bewertung des eigenen Lebens. Diese Längsschnittstudie unterstreicht, dass eine Zeitspanne von achtundvierzig Monaten Auswirkungen auf das psychische Gesundheit hat. (Moss, Hoffmann, Mossey & Rovine, 2007). Boese (2010) unterstreicht diese Aussage und legt dar, dass der überwiegende Anteil der Menschen in ihrer Studie die eigene Gesundheit als positiv beurteilt. Mit steigendem Alter schätzen Individuen ihre Gesundheit schlechter ein (Boese, 2010; Christoph, 2008). Diese Gesundheitseinschätzung bezieht sich eher auf die körperliche als auf die psychische Verfassung (Boese, 2010). Jüngere Menschen beurteilen ihr physisches Wohlbefinden besser als das psychische (Andersen, Grabka & Schwarze, 2008). Das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Menschen lassen sich durch körperliche Aktivität steigern. Martin, Jetha, Mack & Hetz (2010) zeigen anhand ihrer durchgeführten Metaanalyse auf, dass es einen kleinen bis mittleren Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und subjektiven Wohlbefinden gibt. (Martin, Jetha, Mack & Hetz, 2010). Querschnittsstudien verdeutlichen diese Ergebnisse indem sie mäßige bis starke Assoziationen zwischen physischer Aktivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität bestätigen (Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007).

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass Phänomen, welches als „Zufriedenheits- oder Wohlbefindensparadox“ bezeichnet wird. Widrige oder ungünstige Lebensumstände finden in der Bewertung des subjektiven Wohlbefindens von Betroffenen nahezu keine Berücksichtigung, solange existentielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden. So schätzen selbst chronisch kranke Menschen ihre Lebens- und Gesundheitssituation des Öfteren deutlich besser ein als es von „außen“ den Anschein hat (Herschbach 2002; Staudinger 2000).

Siahpush, Spittal und Singh (2008) legen dar, wie sich Glück und Lebenszufriedenheit in naher Zukunft auf den selbst eingeschätzten Gesundheitsstatus, die physische Gesundheit und auf langfristige Gesundheitskonditionen auswirken. Anhand einer in 2008 durchgeführten australischen Längsschnittstudie, wurden die Auswirkungen der Effekte von Glück und Lebenszufriedenheit auf den Gesundheitszustand analysiert. Dazu wurden der selbst eingeschätzte Gesundheitsstatus, die physische Gesundheit und die langfristigen Gesundheitseinschränkungen untersucht. Die Faktoren der physischen Gesundheit wurden dichotomisiert und mit Skalen der physischen und mentalen Gesundheit gemessen. Als Auswertung wurde eine lineare Regression verwendet, um die Odds ratios (ORs) und Konfidenzintervalle (KI) der Baseline-Zufriedenheiten mit der selbst eingeschätzten und den beschränkten gegenwärtigen Langzeitbedingungen zu

untersuchen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Glück und Lebenszufriedenheit nicht nur wünschenswerte subjektive Zustände sind, sondern auch zur besseren Gesundheit beitragen. Ebenso zeigt sich der selbst eingeschätzte Status der Lebenszufriedenheit über Jahre hinweg als stabil. (Siahpush, Spittal, & Singh, 2008).

2.4 Lebenszufriedenheit in der bundesdeutschen Bevölkerung

Weller (1996) zeigt die Lebenszufriedenheit in Deutschland anhand von Eurobarometer-Umfragen auf. In den Jahren zwischen 1988-1996 lag die durchschnittliche Lebenszufriedenheit im Osten von Deutschland unter dem Niveau von Westdeutschland. Nach der Wiedervereinigung stieg die Lebenszufriedenheit im Westen an, im Herbst 1991 und Frühjahr 1992 fiel diese jedoch wieder auf das Niveau von 1988 zurück. Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit sank deutlich ab und war während des Untersuchungszeitraumes nicht mehr annähernd so hoch wie bei der ersten Messung. Die ostdeutsche Bevölkerung war bei der ersten Messung, mit einem Wert von 2,84 deutlich unzufriedener als die westdeutsche von 3,15. Obwohl sich die objektiven Lebensbedingungen für die meisten Ostdeutschen beträchtlich verbessert haben, spielen neben Zukunftssorgen auch die Vergleiche mit der westlichen Bevölkerung eine Rolle. Ebenso zeigen sich die gestiegenen Ansprüche an objektive Lebensbedingungen für die geringere Zufriedenheit mit dem Leben verantwortlich (Weller, 1996). Van Suntum, Prinz & Uhde (2010) untersuchen die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden in Deutschland mittels einer Längsschnittstudie von 1991-2008. Demnach hat sich die Lebenszufriedenheit bei steigendem Wirtschaftswachstum in Deutschland verringert. (Van Suntum van, Prinz & Uhde, 2010).

Der individuelle Gesundheitszustand spielt für die Lebenszufriedenheit eine bedeutende Rolle. Indikatoren wie Familienstand und Alter sind persönliche Glücksfaktoren. Sowohl junge als auch ältere Individuen sind tendenziell zufriedener mit ihrem Leben als Menschen im mittleren Lebensalter. Möglicherweise hängt diese Tatsache mit Verantwortung und Stress zusammen. Ebenso wird diskutiert, dass die persönliche Lebenszufriedenheit von genetischen Faktoren bestimmt ist. Des Öfteren sind Menschen bei objektiv gleichen Lebensumständen deutlich glücklicher als andere, weil ihre Lebenseinstellung positiver ist. Ebenso sind aktive Menschen deutlich glücklicher als passive Menschen (Van Suntum, Prinz & Uhde, 2010). Die Lebenszufriedenheit und der Gesundheitsstatus sind von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht

und des sozialen Status abhängig. Laubach, Schumacher, Mundt & Brähler (2000) bestätigen in ihrer Studie die Tatsache, dass Menschen der unteren Sozialschicht eine geringere Lebenszufriedenheit, deutliche Unterschiede in der Persönlichkeit, ausgeprägte körperliche Beschwerden und einen defizitären Gesundheitszustand aufweisen. (Laubach, Schumacher, Mundt & Brähler, 2000). Mit einem steigenden Bildungsniveau und höherem Einkommen wird der Gesundheitszustand positiver beurteilt. (Andersen, Grabka & Schwarze, 2008).

Stock und Badura (1995) erforschen, was in den modernen Gesundheitswissenschaften Gesundheit und Krankheit bedingen. Es wurde vermehrt auf Stresseemotionen (Angst, Depressivität, Wut) sowie soziale Isolation und deren mögliche Körperreaktionen eingegangen. Zukünftig sollte die Aufmerksamkeit auf salutogenetischer Sicht und positiven Gefühlen liegen. Positive Gefühle vermitteln physiologische Reaktionen, welche zu einer Harmonisierung der Gesamtregulation führen und somit das Gesundheitspotential des Individuums erhöhen. Bei erlebten positiven Emotionen, wie Glück, Freude etc. wurden signifikant niedrigere Blutdruckwerte registriert als während der Phasen, die durch Aggression oder Angstgefühle gekennzeichnet waren. Dementsprechend ergibt sich ein Hinweis auf einen gesundheitsfördernden Aspekt von positiven Emotionen (Stock & Badura, 1995).

Moss, Hoffmann, Mossey und Rovine (2007) zeigen, wie sich das Verhältnis zwischen der physischen Gesundheit und der Bewertung des eigenen Lebens verändert, wenn sich Modifikationen in der Lebensqualität und der mentalen Gesundheit ereignen. In einer Längsschnittstudie wurden dazu 335 Einwohner einer Gemeinde, welche Älter als 70 Jahre sind über einen Zeitraum von vier Jahren untersucht. Ihr Model, welches die Valuation des Lebens bestimmt, beinhaltet, die Lebensqualität mit subjektiven und objektiven Faktoren sowie die mentale und physische Gesundheit. Diese Faktoren stehen in Beziehung und wirken aufeinander. Bei Baseline ist zu erkennen, dass die Valuation des Lebens mit jedem Faktor signifikant korreliert. Nach achtundvierzig Monaten zeigt sich, dass der Effekt bezüglich Veränderungen der Gesundheit in der Lebensbewertung wesentlich geringer ausfällt, als angenommen. Demnach ist Gesundheit nicht der zentrale Faktor bei der Bewertung des Lebens von älteren Menschen, über vier Jahre hinweg (Moss, Hoffmann, Mossey & Rovine, 2007). Die Gesundheit der Deutschen hat sich in den letzten zehn Jahren, von 2000 bis 2010 im Ganzen verbessert. Auch die Unterschiede in den alten und neuen Bundesländern sind geringer als noch im Jahr 1990 (Lange & Ziese, 2007). Gegenteilig legen Suntum van,

Prinz & Uhde (2010) dar, dass sich der Gesundheitszustand bis zum Jahr 2008 marginal verschlechtert hat. Im Jahre 1996 lag die Zufriedenheitseinschätzung der Gesundheit bei Männern bei 5,01 bei Frauen bei 4,89. Die Werte wurden auf einer Zufriedenheitsskala von 1 bis 7 erhoben (Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 1996). In Westdeutschland ist die Zufriedenheit für den Lebensbereich Gesundheit in den Bevölkerungsgruppen zwischen 2002 und 2006 leicht gefallen ist.

Die positive Einschätzung der Gesundheit nimmt mit steigendem Alter ab. Drei Viertel der über 18-jährigen Deutschen im Jahr 2003 kennzeichneten ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“. Dabei kamen sieben Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer zu einer schlechten oder sehr schlechten Bewertung. Bei beiden Geschlechtern verringert sich die positive Gesundheitseinschätzung mit zunehmendem Alter. Bedeutsame Geschlechtsunterschiede weisen nur die über 65-Jährigen auf. Männer beurteilen in dieser Altersgruppe ihre eigene Gesundheit etwas besser als Frauen. Die Mehrzahl der Befragten stufte bei jedem Erhebungszeitpunkt den eigenen Gesundheitszustand als „zufrieden stellend“ bis „gut“ ein. Der Anteil der Personen, welche ihre Gesundheit als „schlecht“ bezeichnen, ist fortwährend niedrig und überschreitet nicht die 3-Prozent-Marke. In der Tendenz zeigt sich zwischen 1994 und 2003 ein Anstieg des Bevölkerungsanteils, der seine Gesundheit als „sehr gut“ einschätzt (Lange & Ziese, 2007).

Auf einer Zufriedenheitsskala von 0 bis 10 wurden die Daten aus dem SOEP ausgewertet. 2002 betrug der Mittelwert 6,6 Punkte. Im Jahre 2006 betrug dieser 6,5 Punkte. Bei der Stichprobe aus dem Jahre 2006 wird bei einer genaueren Betrachtung deutlich, dass Männer mit 6,6 Punkten ein wenig zufriedener mit ihrer Gesundheit sind als Frauen. Hinsichtlich des Alters liegen die 18-34 jährigen mit 7,5 Punkten vor der Altersgruppe der 35-59 jährigen mit 6,5 Punkten gegenüber den 60 Jährigen und Älteren, welche 5,8 Punkte aufweisen (Christoph, 2008). Auch zwischen den Geschlechtern gibt es Unterschiede. Psychische Erkrankungen, welche vor allem bei Frauen, nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 weit in der Allgemeinbevölkerung verbreitet sind, spielen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen wie Frühberentungen eine immer bedeutendere Rolle (Lange & Ziese, 2007). Der subjektive Gesundheitszustand, weist einen potentiell starken Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Ebenso sind Menschen in Westdeutschland glücklicher (Suntum van, Prinz & Uhde, 2010).

Bereichszufriedenheiten

Prinz und Kasten (2008) untersuchen die allgemeine Lebenszufriedenheit in Ost- und Westdeutschland unter dem Einfluss persönlicher, soziodemographischer und sozioökonomischer Faktoren. Hinzuführend wird der Zusammenhang zwischen allgemeiner Lebenszufriedenheit und Bereichszufriedenheit, wie Arbeit- und Einkommenszufriedenheit analysiert. Dazu werden Daten aus dem SOEP je nach Bundesland ausgewertet und miteinander verglichen. Es zeigt sich, dass Bereichszufriedenheiten wie Einkommen, Arbeit, Wohnung und Freizeit einen hohen signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzen.

Je höher die Zufriedenheit in den genannten Bereichen, desto zufriedener ist eine Person mit ihrem Leben. Hinsichtlich des innerdeutschen Vergleiches sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Es konnten jedoch Unterschiede auf individueller, ökonomischer und sozialer Ebene zwischen den alten und neuen Bundesländern aufgezeigt werden. Es soll beachtet werden, dass Zufriedenheitsfaktoren auf eine individuelle Selbsteinschätzung beruhen. Dementsprechend können subjektive Messmethoden zu Verzerrungen und inkonsistenten Schätzergebnissen führen (Prinz & Kasten, 2008). Im Jahre 1994 wurde ein Mittelwert für die gesamte Lebenszufriedenheit in Westdeutschland von 5,6 ermittelt. Das Geschlecht und das Alter haben einen signifikanten Einfluss auf die bereichsspezifische Zufriedenheit. Männer weisen in den Bereichen Ehe und Partnerschaft, Sexualität und der Zufriedenheit mit der eigenen Person gegenüber Frauen eine höhere Zufriedenheit auf. Altersbedingt weisen jüngere Männer im Alter zwischen 61-65 die höchste Zufriedenheit auf. Frauen, die älter als 70 Jahre sind, geben die niedrigste Zufriedenheit an (Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 1996).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine hohe Stabilität mit der Zufriedenheit vorliegt. In Westdeutschland hat sich die Zufriedenheit mit der Gesundheit über einen Zeitraum von 4 Jahren hinweg marginal verschlechtert. Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist über 16 Jahre in Westdeutschland nahezu konstant geblieben. Von Interesse dürfte nun die folgende Analyse der SOEP-Daten aus dem Jahre 2008 sein.

3. Zielsetzung und Fragestellung

In der Studie wurden Daten aus einer repräsentativen bevölkerungsbasierten Studie, dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) in Deutschland herangezogen. Für Westdeutschland wurden die Daten aus der Welle 25 für das Jahr 2008 ausgewertet. Die Zielsetzung der Studie besteht darin, festzulegen, welche Variablen einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben? Es gilt zu klären ob der physische oder psychische Gesundheitszustand einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt? Abschließend soll beantwortet werden, ob sich Personen mit einem guten gegenwärtigen Gesundheitszustand häufiger glücklich gefühlt haben? Aus dem dargelegten Forschungsstand lassen sich hinsichtlich Lebenszufriedenheit sowie physischer und psychischer Gesundheit folgende drei Hypothesen formulieren, welche in dieser Arbeit untersucht werden sollen:

1. Der Erwerbsstatus sowie die Zufriedenheit mit der Arbeit und der Gesundheitszustand haben einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.
 - 1a. Erwerbstätige welche zufrieden mit Ihrer Arbeit sind haben eine hohe Lebenszufriedenheit.
 - 1b. Menschen die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen geben eine hohe Lebenszufriedenheit an.
2. Menschen mit einer hohen Lebenszufriedenheit haben sich häufiger glücklich gefühlt.
3. Der psychische Gesundheitszustand hat im Vergleich zum physischen Gesundheitszustand einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.

4. Methodik

In dem Kapitel werden Design, Stichprobe, Variablen und Analyse vorgestellt.

4.1 Design

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine wissenschaftlich durchgeführte Längsschnitterhebung, welche seit 1984 in Deutschland erhoben wird. Es werden

repräsentative Haushalte und deren darin lebenden Personen, welche das 17. Lebensjahr vollendet haben, einmal pro Jahr statistisch erfasst. Die Erfassung der Daten wird von theoriegeleiteten wissenschaftlichen und politischen Fragen bestimmt. Das SOEP ist ein Teil einer weltweit angelegten Forschungsinfrastruktur. Derartige ähnliche wissenschaftliche Erhebungen werden in Großbritannien, Australien, Schweiz sowie Russland und Ukraine durchgeführt. Weiterführend sind internationale Vergleiche der jeweiligen Paneldaten zwischen den Ländern möglich (Wagner, Göbel, Krause, Pischner & Sieber, 2008). Die zentrale Aufgabe dieser sozial- und wissenschaftlichen Panelstudie ist es, repräsentative Mikrodaten von Personen, Haushalten und Familien zu erheben. Es soll die Stabilität und der Wandel an Lebensbedingungen erforscht werden. Das SOEP verfolgt eine Zusammenführung auf einer soziologischen, psychologischen und politikwissenschaftlichen Ebene mit Auswertung von mikroökonomischen Daten und Indikatoren.

Für diese Studie wurden als Datenbasis der empirischen Analyse die Mikrodaten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahre 2008 herangezogen und ausgewertet. Das SOEP stellt eine repräsentative Befragung, welche in Westdeutschland 1984 erstmalig erfolgte und entsprechend jährlich wiederholt wird. In Ostdeutschland begann die erste Befragung nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 (Wagner, Göbel, Krause, Pischner & Sieber, 2008). Im SOEP werden u. a. Informationen über die Zufriedenheit der Befragungsteilnehmer mit einzelnen Lebensbereichen sowie dem gesamten Leben erhoben. Aufgrund der Unterschiede in Bezug auf Lebenszufriedenheit in den alten und neuen Bundesländern wird die folgende Untersuchung für West- und Ostdeutschland gesondert durchgeführt (Fritjers, Haisken-DeNew & Shields, 2004).

Die Analyse in der Studie beschränkt sich auf die Teilstichproben A und C des sozioökonomischen Panels, welche die Haushalte für West- und Ostdeutschland darstellen. Somit lässt sich innerdeutsche Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufzuzeigen (Prinz & Kasten, 2008). Für Westdeutschland wurde Welle 25, für Ostdeutschland Welle 19 in der Erhebung durchgeführt (Siegel, Gensicke, Stimmel, & Stutz, 2009).

Insgesamt werden acht Teilstichproben ausgewertet. Ein Kernbereich an Variablen wird nahezu unverändert abgefragt, wie, Demographie, Wohnsituation, Einkommen, Gesundheit und Zufriedenheit (allgemeine Lebenszufriedenheit und Bereichszufriedenheiten). Dies stellt einen wechselnden Befragungsschwerpunkt dar, der alle 3-6 Jahre wiederholt wird. Die Befragungsteilnehmer werden gebeten, ihr Zufriedenheitsniveau anhand einer 11-stufigen Skala zu beurteilen. Um eine Stabilität

und den Wandel der Lebensbedingungen passend zu formulieren, beziehen sich die Fragen an die Teilnehmer der Studie auf differenzierte Zeitphasen. Es werden dabei Fragen zur Gegenwart, derzeitigem Einkommen oder derzeitigen Zufriedenheit erhoben. Weiterhin werden retrospektive Fragen zu bestimmten Ereignissen in der Vergangenheit, über den retrospektiven Lebensverlauf seit dem 15. Lebensjahr (z.B. Ausbildungs- und Erwerbsverlauf) gestellt. Ein monatlicher Kalender zu Einkommen und Erwerbstätigkeit im letzten Jahr und Fragen zu einer bestimmten Zeitperiode (z.B. Änderung des Familienstandes oder der Wohnsituation seit der letzten Umfrage). Abschließend werden auch Fragen hinsichtlich zukünftiger Erwartungen, wie z.B. zum Beruf oder zur Entwicklung der Zufriedenheit in einem oder in fünf Jahren geklärt (Wagner, 2007).

4.2 Stichprobe

Die Fallzahl für Deutschland betrug im Jahr 2008 23988. Die gesamte Fallzahl für Westdeutschland betrug im Jahre 2008 18387. Die Stichprobe hinsichtlich der ausgewählten Variablen betrug 7478. Für Westdeutschland lag die Anzahl der Teilnehmer, aus dem Jahre 2008, bezüglich der ausgewählten Stichprobe bei 4480. Die Teilnehmer wurden in Westdeutschland für Welle 25 ausgewählt (Frick & Haas, 2009).

4.3 Variablen

Die Variablen wurden mit dem Personenfragebogen aus dem Jahre 2008 des SOEP erhoben (SOEP – Personenfragebogen, 2008). Die beiden Indikatoren Gesundheit und Lebenszufriedenheit wurden mit den folgenden Fragen untersucht. Der Gesundheitszustand wurde unterteilt in physische und psychische Gesundheit.

Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wird im SOEP durch die Frage erfasst: „Wie zufrieden sind sie gegenwärtig, alles in allem, mit ihrem Leben?“. Der Wert „0“ bedeutet, dass die befragte Person gegenwärtig ganz und gar unzufrieden mit ihrem Leben ist. Der Wert „10“ repräsentiert in der Gegenüberstellung vollkommene Zufriedenheit.

Bereichszufriedenheiten

Die Zufriedenheit mit den Bereichen Gesundheit, Schlaf, Arbeit, Tätigkeit im Haushalt, persönliches Einkommen, Schul- und Berufsausbildung, Freizeit und Familienleben wird mit der Frage 1 erhoben: „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen ihres Lebens?“. Bei Frage 2 wurden die teilnehmenden Personen nach den Stimmungen befragt: „Wie oft haben Sie sich...?“, in den letzten vier Wochen ärgerlich, ängstlich, glücklich oder traurig gefühlt? Der Wert 1 bedeutet, dass die befragte Person sehr selten einen der genannten emotionalen Zustände in den letzten 28 Tagen erlebt hatte. Die 5 bedeutet, dass dieser Zustand sehr oft erlebt wurde.

Alter

Die Variable Alter wurde aus dem Geburtsjahr und Welle 25 für Westdeutschland errechnet.

Gegenwärtige Arbeitssituation

Bei Frage 15 wurden die Teilnehmer zu ihrer gegenwärtigen Arbeitssituation befragt. „Sind Sie zur Zeit beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet? Die Antwort erfolgt in einer dichotomen Weise mit „Ja“ oder „Nein“.

Erwerbstätigkeit

Bei Frage 19 werden die Teilnehmenden zum Stand der Erwerbstätigkeit befragt: „Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus? Die Antwortmöglichkeiten untergliedern sich in voll-erwerbstätig, in Teilzeitbeschäftigung, in betrieblicher Ausbildung/Lehre oder betrieblicher Umschulung, geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig, in Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null, als Wehrpflichtiger beim Wehrdienst, Zivildienstleistender/freiwilliges soziales Jahr und nicht erwerbstätig.

Nettoverdienst

Der Nettoverdienst wurde in Frage 68 untersucht. Hierzu machten die Teilnehmenden Angaben zu dem Betrag nach Abzug von Steuern sowie Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung.

Gesundheitszustand

In Frage 99 wurden die Teilnehmer zu ihrem Gesundheitszustand befragt: „Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ Auf einer Skala zwischen 1 und 5 wurden folgende Angaben gemacht. 1 entspricht, sehr gut und 5 bedeutet schlecht hinsichtlich des eingeschätzten gegenwärtigen Gesundheitszustandes.

Bei Frage 101 werden die Teilnehmenden zu anstrengenden Tätigkeiten im Alltag befragt, wenn beispielsweise etwas Schweres zu heben war oder ein gewisser Grad an Beweglichkeit benötigt wird. Die Einschätzung des Gesundheitszustandes wird über die Beeinträchtigung von stark, wenig oder gar nicht gemessen.

Physischer und psychischer Gesundheitszustand

In Frage 102 wurden die Teilnehmenden zu ihrem physischen und psychischen Gesundheitszustand befragt. Der psychische Gesundheitszustand wurde ermittelt, indem Fragen gestellt wurden, wie: „Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, ...dass Sie sich gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten? Dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten? Dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen, weniger geschafft haben, als Sie eigentlich wollten? Ihre Arbeit oder Tätigkeit weniger sorgfältig als sonst gemacht haben? Wie oft kam es in den letzten Wochen vor, ...das Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme in Ihren sozialen Kontakten z.B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten eingeschränkt waren? Die Antworten wurden auf einer fünfstufigen Skala von „immer“ bis „nie“ abgegeben. Die physische Gesundheit wurde mit folgenden Fragen ermittelt. Bitte denke Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor,...dass Sie jede Menge Energie verspürten? Dass Sie starke körperliche Schmerzen hatten? Dass Sie wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in Ihrer Arbeit oder ihren alltäglichen Beschäftigungen weniger geschafft haben, als Sie eigentlich wollten? Ihre Arbeit oder Tätigkeit weniger sorgfältig als sonst gemacht haben? Die Einstufung der Antworten erfolgte auf einer fünfstufigen Skala von „immer“ bis „nie“. Bei der Studienplanung müssen systematische Störgrößen (Bias) berücksichtigt werden. Bias können bei der Auswahl der Studienpopulation entstehen. In der vorliegenden Studie sind Selektions-Bias und Beobachter-Bias (Observation-Bias) nicht auszuschließen. Der Selektions-Bias kann bei der Auswahl der Studienpopulation erfolgen. Es ist möglich, dass systematische Unterschiede in der Zusammensetzung der Untersuchungsgruppen eingetreten sind. Bei dem Beobachter-Bias (Observation-Bias) kann systematische

Verzerrungen bei der Befund- oder Datenerhebung auftreten. Forscher sind unbewusst geneigt, Daten so zu erfassen, dass sie ihrer Hypothese entsprechen.

Für die Zusammensetzung der deskriptiven Statistik wurden alle zur Beschreibung verwendeten statistischen Verfahren in Form von Tabellen, Grafiken und einzelnen Kennwerten aufgezeigt (Bortz & Döring, 2006).

4.4 Statistische Analyse

Für die statistischen Berechnungen wurde das Statistikprogramm PASW/SPSS/ herangezogen. Die statistische Analyse wurde mit der PASW Version 18 ausgewertet, welche zwischen Juli 2009 und Juni 2010 erhältlich war (SPSS, 2010). PASW steht für „Predictive Analysis SoftWare“ und verbindet Integration und Statistik (Raab-Steiner & Benesch, 2010). Die metrischen und ordinalen Variablen, die mittels einer Likert-Skala erhoben wurden, wurden z-transformiert. Hier erfolgt die Standardisierung (z-Transformation) der Mittelwerte der Variablen. Bei mehreren Variablen mit differenzierten Spannweiten oder Größenordnungen werden diese zu einen gemeinsamen Score zusammengefasst. Die verwendeten Variablen werden standardisiert. Aus den entstandenen z-Werten lassen sich gemeinsame Werte ermitteln. Demnach sind Mittelwertvergleiche möglich (Bühl & Zöfel, 2005).

Es wird empfohlen fehlende Werte (Missing Data) grundsätzlich zu vermeiden. Eine Umkodierung numerischer Daten ist beispielsweise erforderlich, wenn die anfangs erfasste Datenvielfalt für die weitere Datenanalyse nicht benötigt wird. Eine Umkodierung kann zu einer Informationsreduktion führen. Diese kann sowohl manuell als auch automatisch ausgeführt werden.

4.4.1 Deskriptive Statistik

Für die statistische Überprüfung von Unterschieden wurde in der Studie der T-Test und Chi-Quadrat-Homogenitätstest durchgeführt. Der T-Test vergleicht zwei unabhängige Stichproben hinsichtlich deren abhängiger Variable (Raab-Steiner & Benesch, 2010). Er wurde bei der Baseline für die metrisch skalierten Variablen verwendet. Für die kategorialen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Homogenitätstest benutzt, welcher bei nominalskalierten Variablen herangezogen wird und signifikante auffällige

Kombinationen von Variablen getestet. Er legt mögliche Zusammenhänge zwischen zwei kategorialen Variablen dar (Raab-Steiner & Benesch, 2010).

Eine Faktorenanalyse wurde für die Variablen der Emotionen zur Reduktion der Anzahl durchgeführt. Mit Hilfe der Korrelationsanalyse wurden die Zusammenhänge der Variablen geprüft. Aufgrund der Intervallskalierung der Variablen wird in der Studie der Korrelationskoeffizient nach Pearson verwendet. Dieser wird mit r bezeichnet. Er bestimmt, ob eine Beziehung zwischen zwei metrischen Variablen vorliegt, wie intensiv diese Beziehung ist und welche Richtung sie einnimmt. Die statistische Bezeichnung r kann Werte zwischen $+1$ und -1 annehmen. Werte bis $0,2$ weisen eine sehr geringe Korrelation, Werte bis $0,5$ eine geringe Korrelation auf. Eine mittlere Korrelation wird bis $0,7$ definiert und bis $0,9$ wird von einer hohen Korrelation ausgegangen. Was über $0,9$ liegt, wird als sehr hohe Korrelation bezeichnet. Es wird von einer linearen Beziehung ausgegangen.

Eine Kollinearität (oftmals auch als Multikollinearität bezeichnet) tritt auf, wenn zwischen zwei oder mehreren erklärenden Variablen ein offensichtlicher Zusammenhang besteht. Die unabhängigen Variablen werden bereits vor der Durchführung der Regressionsanalyse auf Kollinearität geprüft, indem die Korrelationskoeffizienten zwischen den potentiellen Variablen geprüft werden. Sollten dabei zwei erklärende Variablen einen hohen Korrelationskoeffizienten mit einem Betrag deutlich über Null aufweisen, liegt der Verdacht der Kollinearität nahe. Dann sollte die entsprechende Variable gegebenenfalls aus dem Regressionsmodell ausgeschlossen oder durch eine andere ersetzt werden. Bei nahezu allen Variablen ist der Betrag des Korrelationskoeffizienten geringer als $0,4$, was auf einen geringen bis maximal mittleren Zusammenhang hinweist. Da eine geringe und mittlere Korrelation zwischen den Gesundheitsvariablen besteht.

In der statistischen Analyse wurden das gesamte Datenmaterial und alle Kovariaten ausgewertet. Für den Vergleich von Mittelwerten zwischen zwei unabhängigen Gruppen bei metrischen Variablen wurde der T-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Für den Vergleich von Häufigkeiten (nominalskalierte Variablen) zwischen zwei oder mehr Gruppen, wurden der Chi-Quadrat-Homogenitätstest verwendet.

4.4.2 Explorative Statistik

Regressionsanalyse

Zu den bedeutendsten Zielen wissenschaftlicher Analysen gehört es, gültige Aussagen über die Richtung und Stärke von Beziehungen zwischen Komponenten eines Theoriemodells zu beschreiben (Urban & Mayerl, 2008). Die Regressionsanalyse deckt die Art des Zusammenhangs auf (Bühl & Zöfel, 2005). Bei dem Regressionskoeffizienten B ist das Vorzeichen zu beachten, welches sich als $+$ oder $-$ darstellt. Es zeigt auf, ob ein positiver oder negativer Einfluss vorliegt. In der Studie wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt, um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Lebenszufriedenheit zu untersuchen. Dazu wurde die abhängige Variable Lebenszufriedenheit dichotomisiert, um einen klaren Unterschied zu erhalten. Als Trennwert wurde der Median genutzt, welcher Lebenszufriedenheit in $0 < 7$ Punkte (=unterdurchschnittlich) und Lebenszufriedenheit in $7 \leq 10$ Punkte (=überdurchschnittlich) aufteilt.

Binäre logistische Regressionsanalyse

Bei dem Verfahren der binär logistischen Regression wird die Abhängigkeit einer dichotomen Variable von anderen unabhängigen Variablen, welche ein beliebiges Skalenniveau aufweisen können, untersucht (Bühl & Zöfel, 2005). Die binär logistische Regression berücksichtigt bei der abhängigen Variablen keine Rangfolge, da die abhängige Variable nur zwei Ausprägungen annehmen kann. Bei metrischen Prädiktoren gilt es als ein sehr geeignetes Verfahren (Schendera, 2008). Bei der binären logistischen Analyse wird die Chance und nicht die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines bestimmten Zustandes geprüft. Mittels der Effekt-Koeffizienten $\exp(B)$, welche als Odds Ratio interpretiert werden kann, wird die Wirkungsstärke der unabhängigen Variablen dargelegt. Mit dem Wert des Odds-Ratio wird der Faktor dargestellt, um den sich die Chance für das Auftreten von $Y = 1$ (abhängige Variable) ändert, wenn sich die unabhängige Variable in ihrer Einheit um eins ändert (Boese, 2010). Der Regressionskoeffizient B gibt Aufklärung über die Richtung des Einflusses. Ein negatives Vorzeichen von B deklariert, dass mit einem zunehmenden Wert der unabhängigen Variablen die Wahrscheinlichkeit abnimmt. Ein positives Vorzeichen weist darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit zunimmt. In der Studie wurden zwei Modelle der binären logistischen Regressionsanalyse durchgeführt. Im ersten Modell

wird untersucht, welche Determinanten die Lebenszufriedenheit beeinflussen. Als abhängige Variable wurde Lebenszufriedenheit definiert, welche hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren getestet wurde. Im zweiten Modell der binären logistischen Regressionsanalyse wird untersucht, welche Faktoren des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes unterschiedlich stark die Lebenszufriedenheit beeinflussen.

Die abhängige Variable Lebenszufriedenheit wird dichotomisiert. Vorab wird das Modell ohne die Variable Zugehörigkeit berechnet. Eine Schätzung der Modellgüte wird durchgeführt. Als Methode für die Auswahl der Determinanten wurde rückwärts schrittweise (Likelihood-Quotient) gewählt, in der die Variablen aus dem Modell nacheinander ausgeschlossen werden. Dies wird solange wiederholt, wobei jeweils eine Signifikanzprüfung stattfindet, bis keine Variable mehr ausgeschlossen werden kann. Der Omnibus Test der Modellkoeffizienten gibt die Güte des Modells an. Die Klassifizierungstabelle gibt einen weiteren Hinweis auf die Güte des Modells, wenn alle Variablen eingeschlossen sind. Um die Anpassungsgüte des Modells zu schätzen, wurde der Cox & Snell-Test (C&S) verwendet. Der Test legt dar, zu wie viel Prozent der Einfluß der Variablen das Modell erklärt. Der Höchstwert von C&S ist abhängig von der jeweiligen Stichprobe. Der Zielwert ist in etwa 1.0 bzw. 100%. Pseudo R-Quadrat entspricht in etwa dem R^2 der metrischen Regression. Je mehr sich der Cox & Snell Test der Zahl eins annähert desto besser ist die Güte des Modells. Es gilt zu beachten, dass je größer die R^2 -Statistiken sind, desto größer ist der erklärte Varianzanteil (Schendera, 2008).

5. Ergebnisse

Die Baseline Characteristics werden in Tabelle 1 in der Studie dargestellt. Der gesamte Datensatz von Westdeutschland umfasst 4480 Teilnehmer. Allerdings sind davon 70 Teilnehmer davon Missing Data. Es werden die Häufigkeiten sowie deren Prozentzahlen für jede soziodemographische Gruppe angegeben. Für die metrischen Variablen werden die Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben. Die Gruppierungsvariable Lebenszufriedenheit wurde dichotomisiert in Lebenszufriedenheit kleiner Median (0-6) und Lebenszufriedenheit größer gleich Median (7-10). Lebenszufriedenheit kleiner Median umfasst, $n = 1403$, Lebenszufriedenheit größer gleich Median umfasst $n = 3007$. Es werden ebenso die Variablen Lebenszufriedenheit,

Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Arbeitslos gemeldet, Erwerbs- und Schwerbehinderung, Nettoverdienst letzten Monats, Gesundheitszustand gegenwärtig, Anzahl der Arztbesuche und wegen Krankheit nicht gearbeitet erforscht. Für die Heterogenitätstestung der Variablen wurden der T-Test und der Chi-Quadrat-Homogenitätstest verwendet. Für die Anzahl der metrischen Variablen, wie Lebenszufriedenheit, Alter, Nettoverdienst, Anzahl der Arztbesuche und wegen Krankheit nicht gearbeitet werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen dargelegt. Für Erwerbsstatus, Arbeitslos gemeldet, Erwerbs- und Schwerbehinderung sowie Gesundheitszustand gegenwärtig werden die Häufigkeiten und deren Prozentzahlen dargelegt. Die Stichprobengröße für Lebenszufriedenheit betrug 4410 Teilnehmer. Diese wiesen einen Mittelwert von 6,90 Punkten und eine Standardabweichung von 1,80 auf. Bei unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit betrug die Teilnehmeranzahl 1403 Personen. Der Mittelwert liegt bei 4,74 Punkten und die Standardabweichung bei 1,41. Bei überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit liegt der Mittelwert bei 7,91 Punkten und die Standardabweichung bei 0,81.

Die Gesamtstichprobe des Geschlechts weist eine Anzahl von 4480 auf. 70 Teilnehmer sind davon Missing Data. Bei der Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit liegt die Verteilung des Alters im Mittel bei 52,34 Jahren. Die Standardabweichung beträgt bei 17,83 Jahre. Bei der Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit liegt die Verteilung des Alters im Mittel bei 48,26 Jahren. Die Standardabweichung weist einen Wert von 17,24 Jahren auf. Der T-Test ($T = 7,246$; $df = 4408$; $p < 0,001$) zeigt zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Alters signifikante Unterschiede. Die Struktur des Geschlechtes der Stichprobe weist eine vermehrte Tendenz des weiblichen gegenüber dem männlichen Geschlecht auf. Von der gesamten Stichprobe, welche mit 1403 kleiner Median ist, sind 638 männlich (45,5%) und 765 weiblich (54,5%). Von der gesamten Stichprobe, welche mit 3007 größer als der Median ist, sind 1436 männlichen (47,8%) und 1571 weiblichen (52,2%) Geschlechts. Der Chi-Quadrat-Homogenitätstest ($\chi^2 = 1998$; $df = 1$; $p < 0,157$) zeigt keine signifikanten Unterschiede. Die Ergebnisse hinsichtlich des Geschlechts sind somit zufällig. Der Erwerbsstatus voll erwerbstätig zeigt Unterschiede bezüglich der Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit mit 1274 (42,4%) gegenüber 438 (34,1%) der unterdurchschnittlichen Gruppe. Deutliche Unterschiede in den beiden Gruppen der Lebenszufriedenheit weisen Erwerbstatus Teilzeitbeschäftigung, Ausbildung, Lehre, geringfügig beschäftigt sowie Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null auf.

Wehrdienst und Zivildienst konnte für die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit nicht erhoben werden. In der Gruppe der überdurchschnittlichen Lebenszufriedenheit liegt die Anzahl der nicht erwerbstätigen Teilnehmer bei 659 (47,0%). Demgegenüber sind in der Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit 1099 Teilnehmer (36,5%) nicht erwerbstätig. Die Ergebnisse sind statistisch signifikant ($\chi^2 = 63,463$; $df = 8$; $p < 0,001$). Arbeitslos gemeldet hat einen Einfluss auf die Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit von 2938 Teilnehmern (97,7%) gegenüber unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit von 1287 Teilnehmern (91,7%). Das Ergebnis weist eine hohe statistische Signifikanz ($\chi^2 = 84,931$; $df = 1$; $p < 0,001$) auf. Bei der Erwerbs-, Schwerbehinderung mit Einschränkung zeigt die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit eine höhere Anzahl an Teilnehmern auf 342 (24,4%), als die Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit 312 (10,4%).

Bei der Erwerbs-, Schwerbehinderung ohne Einschränkung liegen die Ergebnisse deutlich bei der Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit 2684 (89,3%) gegenüber unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit 1052 (75,0 %). Die Ergebnisse sind statistisch hochsignifikant ($\chi^2 = 151,063$; $df = 2$; $p < 0,001$). Die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit verdient im Mittel 825,21 Euro gegenüber der Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit, welche im Mittel 1016,93 Euro als Nettoverdienst im letzten Monat angibt. Das Ergebnis weist eine sehr hohe statistische Signifikanz ($T = -8,558$; $df = 4408$; $p < 0,001$) auf. Bei dem Gesundheitszustand gegenwärtig liegt die Gruppe mit einer überdurchschnittlichen Lebenszufriedenheit bei sehr gut mit 297 (9,9%) und gut 1452 (48,3%) deutlich über der Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit, welche bei sehr gut 27 (1,9%) und gut 266 (19,0%) liegt. Bei der Kategorisierung vom Gesundheitszustand gegenwärtig mit weniger gut 408 (29,1%) und schlecht 171 (12,2) liegt die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit vor der Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit bei weniger gut 271 (9,0%) und schlecht 11 (1,3 %). Die Ergebnisse sind statistisch hochsignifikant ($\chi^2 = 796,122$; $df = 5$; $p < 0,001$).

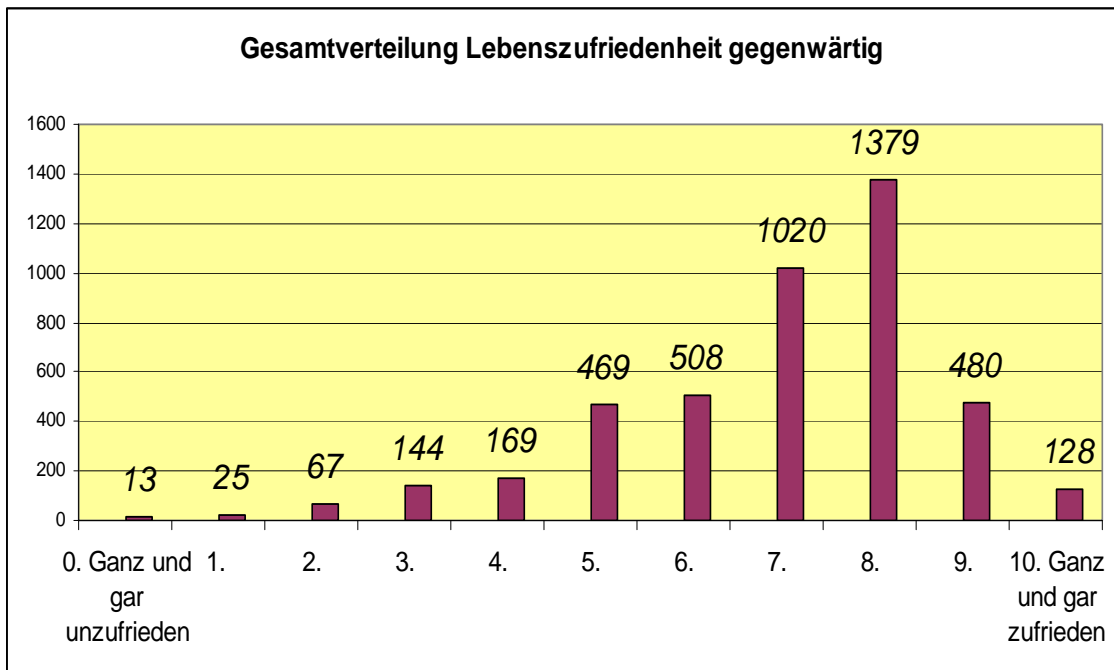


Abbildung 2: Gesamtverteilung Lebenszufriedenheit gegenwärtig

Die Gruppe mit einer unterdurchschnittlichen Lebenszufriedenheit weist im Mittel $3,29 \pm 6,209$ eine höhere Anzahl an Arztbesuchen auf als die Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit im Mittel $1,59 \pm 3,796$. Die Ergebnisse legen eine hohe statistische Signifikanz ($T = 11,221$; $df = 4408$; $p < 0,001$) dar. Die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit hat im Mittel $6,22 \pm 22,28$ Tage häufiger wegen Krankheit nicht gearbeitet, als die Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit im Mittel $2,93 \pm 16,50$ Tage. Die Ergebnisse weisen eine hohe statistischen Signifikanz ($T = 4,576$; $df = 4408$; $p < 0,001$) auf.

Baseline Charakteristika

	Stichprobe gesamt Westdeutschland n= 4480	Lebenszufriedenheit < Median = 7 n= 1403	Lebenszufriedenheit ≥ Median = 7 n= 3007	p-Wert 0 <
Lebenszufriedenheit	n=4410			
Mittelwert±	6,90±	4,74±	7,91±	
Standardabweichung	1,80	1,41	0,81	
Alter	n=4480			< 0,001**
Mittelwert±	49,05±	52,34±	48,26±	
Standardabweichung	17,86	17,83	17,24	
Geschlecht	n=4480			< 0,157**
Männlich:	2113 (47,2%)	638 (45,5%)	1436 (47,8%)	
Weiblich:	2367 (52,8%)	765 (54,5%)	1571 (52,2%)	
Erwerbsstatus:	n= 4410			< 0,001**
Voll erwerbstätig	1752 (39,1%)	438 (34,1%)	1274 (42,4%)	
Teilzeitbeschäftigung	545 (12,2%)	159 (11,3%)	386 (12,8%)	
Ausbildung, Lehre	76 (1,7%)	12 (0,9%)	64 (2,1%)	
Geringfügig beschäftigt	244 (5,4%)	89 (6,3%)	155 (5,2%)	
Altersteilzeit mit Arbeitszeit				
Null	21 (0,5%)	3 (0,2%)	18 (0,6%)	
Wehrdienst	3 (0,1%)	-	3 (0,1%)	
Zivildienst	5 (0,2%)	-	5 (0,2%)	
Werkstatt für behinderte Menschen	6 (0,2%)	3 (0,2%)	3 (0,1%)	
Nicht erwerbstätig	1758 (39,2%)	659 (47,0%)	1099 (36,5%)	
Arbeitslos gemeldet:	n=4410			< 0,001**
Ja	185 (4,1%)	116 (8,3%)	69 (2,3%)	
Nein	4225 (94,3%)	1287 (91,7%)	2938 (97,7%)	
Erwerbs-, Schwerbehinderung:	n=4410			< 0,001**
Keine Angabe:	20 (0,4%)	9 (0,6%)	11 (0,4%)	
Ja:	654 (14,6%)	342 (24,4%)	312 (10,4%)	
Nein:	3736 (83,4%)	1052 (75,0%)	2684 (89,3%)	
Nettoverdienst letzten Monat:	n=4410			< 0,001**
Mittelwert±	931,54±	825,21±	1016,93±	
Standardabweichung	1184,34	1081,90	1264,90	
Gesundheitszustand gegenwärtig	n=4410			< 0,001**
Keine Angabe	6 (0,1%)	4 (0,3%)	2 (0,1%)	
Sehr gut	324 (7,2%)	27 (1,9%)	297 (9,9%)	
Gut	1718 (38,3%)	266 (19,0%)	1452 (48,3%)	
Zufrieden stellend	1473 (32,9%)	527 (37,6%)	946 (31,5%)	
Weniger gut	679 (15,2%)	408 (29,1%)	271 (9,0%)	
Schlecht	210 (4,7%)	171 (12,2%)	11 (1,3%)	
Anzahl der Arztbesuche:	n=4410			< 0,001**
Mittelwert±	2,13±	3,29±	1,59±	
Standardabweichung	4,766	6,209	3,796	
Wegen Krankheit nicht gearbeitet	n=4410			< 0,001**
Mittelwert±	3,98±	6,22±	2,93±	
Standardabweichung	22,28	31,13	16,50	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Mikrodaten des SOEP.

¹T-test

²Chi-Quadrat-Homogenitätstest,

*signifikant

Tabelle 1: Baseline Charakteristika

In der Faktorenanalyse ergaben nur die Items der Stimmung Ergebnisse. Die Variablen traurig und glücklich wurden gegenübergestellt.

Ziel der binären logistischen Regression ist die Beantwortung der Frage, welche Determinanten die Lebenszufriedenheit beeinflussen. Als abhängige Variable wurde die Gruppenzuteilungsvariable der Lebenszufriedenheit in der logistischen Regression verwendet. Folgende Variablen wurden für das Modell als kategoriale Variablen verwendet:

- Geschlecht,
- Arbeitslos gemeldet,
- Erwerbsstatus,
- Gesundheitszustand gegenwärtig

sowie die z-transformierten Variablen:

- Zufriedenheit Arbeit,
- Zufriedenheit mit Haushaltstätigkeit,
- Zufriedenheit Haushaltseinkommen,
- Zufriedenheit mit Schul- und Berufsausbildung,
- Zufriedenheit Wohnung,
- Zufriedenheit Freizeit,
- Häufigkeit glücklich letzten vier Wochen,
- Häufigkeit traurig letzten vier Wochen,
- Alter
- Nettoverdienst letzten Monat.

Im folgenden Modell wurden von den gesamten 4480 (100%) Fällen, 4404 (93,3%) Fälle in die Analyse mit einbezogen. 76 Fälle (1,7%) weisen fehlende Werte bei den Variablen auf. Die abhängige Variable „Lebenszufriedenheit“ wurde mit „0“ für Lebenszufriedenheit kleiner Median (0-6 Punkte) und „1“, Lebenszufriedenheit größer Median (7-10 Punkte) kodiert. Die kategorialen Variablen Erwerbsstatus, Gesundheitszustand gegenwärtig, arbeitslos gemeldet und Geschlecht wurden als Indikatorvariablen definiert.

Die Variable „Bundesland“ wurde aufgrund der nicht definierbaren Häufigkeiten nicht berücksichtigt. Einen Hinweis auf die Güte des Modells liefert die Klassifizierung. Sie gibt in diesem konkreten Fall Aufschluss über die Verteilung der abhängigen Variablen

– würde man für alle Fälle vorhersagen, es bestehe eine allgemeine Lebenszufriedenheit, so läge man in 68,2 % der Fälle richtig, wenn die Konstante in das Modell mit einbezogen wird. Unter dem Einbezug der Variablen liegt die Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Modells im Schritt 4 auf 81,2 %. Das Modell hat sich durch die Hinzunahmen metrischer Determinanten um ca. 15 % verbessert. Es besteht ein Unterschied in der Klassifizierung hinsichtlich der beiden Gruppen. Die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit (0-6) weist eine schlechtere Klassifizierung als die Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit (7-10) auf. Alles in allem kann das Modell als leistungsfähig bezeichnet werden.

Das Odds Ratio belegt in der Gleichung der abhängigen Variable Lebenszufriedenheit für die Gesamtstichprobe einen Wert von 2,15. Das liefert einen weiteren Hinweis auf die Güte des Modells ebenso wie „Rückwärts-Schrittweise“-Verfahren und die Likelihood-Quotient-Statistik (LQ-Statistik). Die Bedeutung liegt darin dass der Anfangsblock auf einem Modell ohne unabhängiger Variable basiert. Alle Variablen, die in die Gleichung aufgenommen sind, werden nacheinander schrittweise wieder entfernt. Der Ausschluss macht Sinn, solange die Signifikanz der Änderung entsprechend groß ist und beispielsweise über 0,10 liegt. Weiterführend erfolgt die Beurteilung der Modellgüte anhand des Omnibus-Tests für Modellkoeffizienten. Der Ausschlusswert wurde mit 0,1 festgelegt. Dieser liegt in Schritt 4 bei 0,184. Ein fünfter Schritt 5 wurde nicht durchgeführt, da das Ausmaß der Änderung bereits 0,1 unterschritten hätte und folglich eine statistische Signifikanz zustande kommt. Im vierten Schritt wird die Signifikanz der Ergebnisse des Modells mit $< 0,001$ nachgewiesen. Demzufolge besitzen alle ausgewählten Prädiktoren einen Einfluss auf die abhängige Variable. Der R^2 -Wert nach Cox & Snell hat den Charakter eines Bestimmtheitsmaßes. Er gibt ähnlich wie in der linearen Regression den Anteil der erklärten Variation der Zielgröße an. Der Cox & Snell R-Quadrat setzt das Nullmodell mit dem gewählten Modell in Beziehung und gibt eine Güte von 0,357 bzw. 36% von 100%, im 4. Schritt bezüglich der Modellzusammenfassung an. Dieser Wert weist eine relativ gute Modellanpassung auf. Die Variable Lebenszufriedenheit wird mit 36 % dargelegt.

Der „Erwerbsstatus mit Altersteilzeit mit Arbeitszeit null“ weist einen positiven Einfluss hinsichtlich der Lebenszufriedenheit auf. Menschen, welche sich hinsichtlich des Erwerbsstatus auf Altersteilzeit mit Arbeitszeit null befinden, weisen einen Faktor um das 1,3-fache, 95% KI [0,28;5,55] auf. Dementsprechend kann nicht zu 95%iger

Sicherheit gesagt werden, dass das Chancenverhältnis zugunsten der Gruppe mit höherer Zufriedenheit zu gehören, eintritt. Die Ergebnisse weisen keine statistische Signifikanz auf. Bei den Bereichszufriedenheiten weisen die Variablen „Zufriedenheit mit der Arbeit“, „Haushaltseinkommen“, „Wohnung“, „Freizeit“ und „Häufigkeit glücklich gefühlt in den letzten vier Wochen“ sowie „Nettoverdienst“ einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit auf.

Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt ein positives Vorzeichen. Das Konfidenzintervall schließt die Nulleffektlage aus und somit bestehen keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede. Die Häufigkeit sich in den letzten vier Wochen glücklich gefühlt zu haben hat einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt ein positives Vorzeichen. Das Chancenverhältnis steigt um etwa das 1,77-fache 95% KI [1,62;1,95] eine erhöhte Lebenszufriedenheit zu erreichen, wenn eine Häufigkeit sich in den letzten vier Wochen glücklich gefühlt zu haben, vorliegt.

Lebenszufriedenheit und Gesundheit

Der „Gesundheitszustand gegenwärtig“ besitzt einen sehr starken Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt ein positives Vorzeichen. Den größten Einfluss weist der sehr gute Gesundheitszustand gegenwärtig auf. Die Chance steigt um das 21,99-fache 95% KI [11,89;40,69] eine Zufriedenheit im Leben zu erlangen, wenn ein sehr guter Gesundheitszustand gegenwärtig, vorliegt. Es folgt der gute Gesundheitszustand gegenwärtig, welcher die Chance auf eine Zufriedenheit mit dem Leben um etwa das 12,16-fache 95% KI [7,79;19,00] erhöht. Der zufriedene Gesundheitszustand gegenwärtig erhöht das Chancenverhältnis auf Lebenszufriedenheit um den Wert um das 5,28-fache 95% KI [3,44;8,15]. Ein weniger guter Gesundheitszustand gegenwärtig erhöht die Chance eine Zufriedenheit im Leben zu erreichen um das 2,35-fache, 95% KI [3,44;8,15]. Der Gesundheitszustand gegenwärtig weist in seinen Ergebnissen eine statistische Signifikanz auf. Den stärksten positiven Einfluss von den Bereichszufriedenheiten weist die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen. Das Chancenverhältnis steigt um das 1,81-fache 95% KI [1,65;1,99] wenn eine Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen besteht. Lebenszufriedenheit auf. Eine statistische Signifikanz liegt in diesem Falle für das Ergebnis vor. Die Variablen in der Gleichung weisen für den 4. Schritt folgende Ergebnisse auf. Es kann festgestellt werden, dass das Geschlecht negative die

Lebenszufriedenheit beeinflusst. Somit verringert sich die Chance des Geschlechts eine entsprechende Lebenszufriedenheit aufzuweisen um das 0,77-fache, 95% KI [0,64;0,94] anzugeben. Es weist eine statistische Signifikanz auf. Einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt der Erwerbstatuts bei Personen, die voll- und teilzeiterwerbstätig sind. Der Rangkorrelationskoeffizient besitzt ein negatives Vorzeichen.

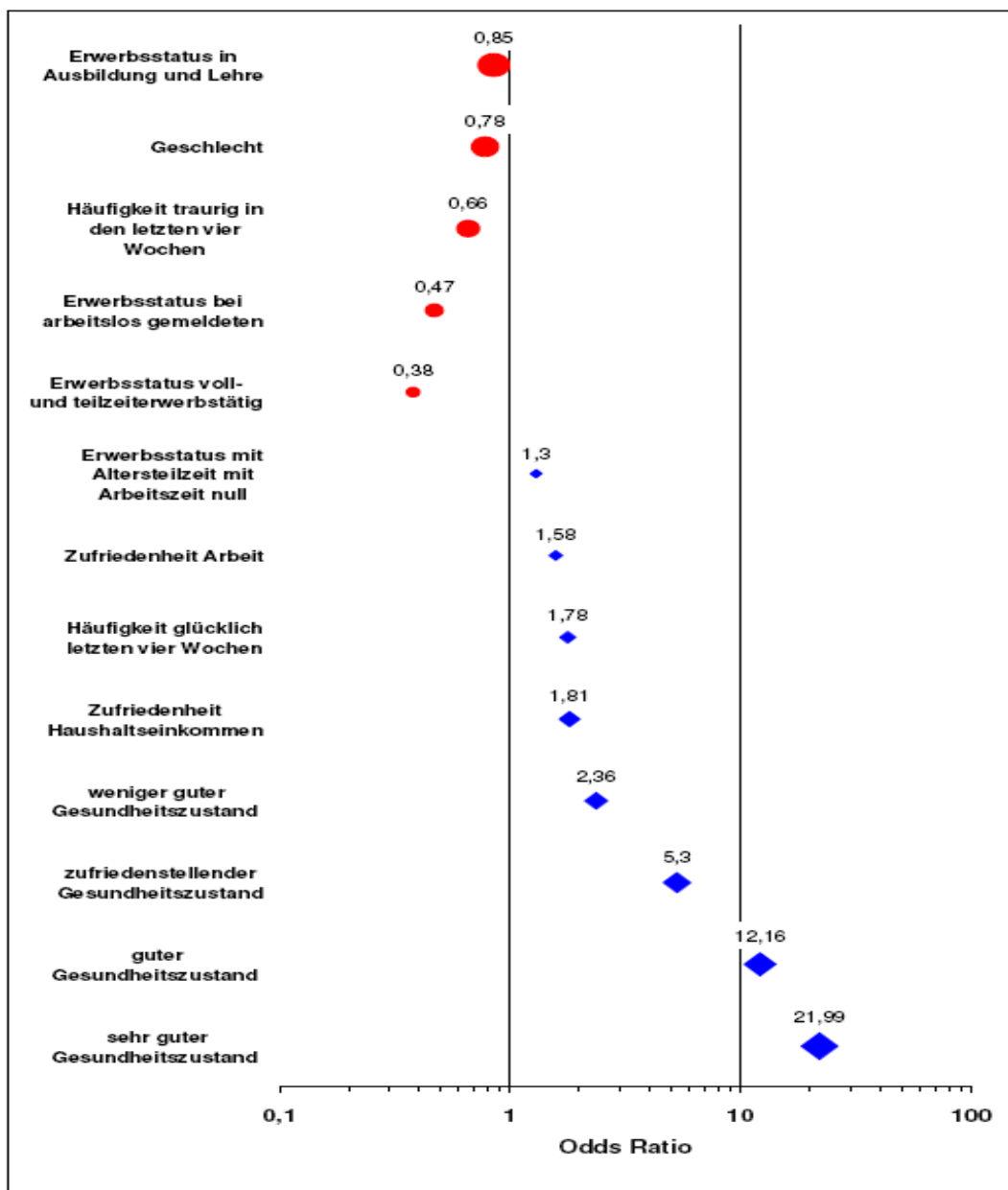


Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit

Somit reduziert sich die Lebenszufriedenheit um das 0,36-fache, 95% KI [0,23;0,56], bei voller Erwerbstätigkeit um das 0,38-fache, 95% KI [0,24;0,59]. Beide Ergebnisse sind statistisch signifikant. Das Konfidenzintervall schließt die Zahl eins mit ein. Einen weiteren negativen Einfluss auf die Zufriedenheit des Lebens hat der Erwerbsstatus bei arbeitslos gemeldeten. Der Rangkorrelationskoeffizient besitzt ein negatives Vorzeichen. Bei Arbeitslosigkeit verringert sich die Lebenszufriedenheit um das 0,47-fache, 95% KI [0,30;0,72]. Das Ergebnis zeigt eine statistische Signifikanz auf. Einen weiteren negativen Einfluss auf die Zufriedenheit des Lebens hat die „Häufigkeit traurig gefühlt in den letzten vier Wochen“. Der Rangkorrelationskoeffizient besitzt ein negatives Vorzeichen. Bei der Häufigkeit traurig gefühlt in den letzten vier Wochen zu sein verringert sich die Lebenszufriedenheit um das 0,66-fache, 95% KI [0,61;0,73]. Das Ergebnis zeigt keine statistische Signifikanz auf.

Den stärksten negativen Einfluss auf die Zufriedenheit des Lebens besitzt der „Erwerbsstatus in Ausbildung und Lehre“. Die Lebenszufriedenheit reduziert sich um das 0,85-fache, 95% KI [0,35;2,06]. Das Konfidenzintervall schließt die Nulleffektlage aus und somit bestehen keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede.

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass der „Gesundheitszustand“ den stärksten positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt. Gefolgt von den Variablen der Bereichszufriedenheiten, wie „Zufriedenheit mit der Arbeit“, „Haushaltseinkommen“, „Wohnung“, „Freizeit“ und „Häufigkeit glücklich gefühlt in den letzten vier Wochen“ sowie „Nettoverdienst“ haben einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit auf. Einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt das „Geschlecht“, der „Erwerbsstatus, Arbeitslos zu sein“ sowie die „Häufigkeit traurig gefühlt in den letzten vier Wochen“. Den negativsten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben „Ausbildung und Lehre“.

Ziel der binären logistischen Regression im zweiten Modell ist die Beantwortung der Frage, welche Faktoren des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes unterschiedlich stark die Lebenszufriedenheit beeinflussen? Folgende Variablen der physischen und psychischen Gesundheit wurden in das Modell eingeschlossen:

- Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten,
- Eile, Zeitdruck in den letzten 4 Wochen,
- Ausgeglichen in den letzten 4 Wochen,
- Energie in den letzten 4 Wochen,

- Körperliche Schmerzen in den letzten 4 Wochen,
- Weniger geschafft, wegen körperlicher Probleme,
- Inhaltliche Einschränkung, wegen körperlicher Probleme,
- Weniger geschafft, wegen seelischer Probleme,
- Weniger Sorgfalt, wegen seelischer Probleme,
- Einschränkung sozialer Kontakte, wegen Gesundheit.

Im folgenden Modell wurden von den gesamten 4480 (100%) Fällen, 4410 (98,4%) Fälle in die Analyse mit einbezogen. 70 Fälle (1,6%) weisen fehlende Werte bei den Variablen auf. Die abhängige Variable Lebenszufriedenheit wurde mit „0“ für unterdurchschnittliche Lebenszufriedenheit (0-6 Punkte) und „1“, überdurchschnittliche Lebenszufriedenheit (7-10 Punkte) dichotomisiert. Die kategorialen Variablen Erwerbsstatus, Gesundheitszustand gegenwärtig, arbeitslos gemeldet und Geschlecht wurden als Indikatorvariablen definiert.

Einen Hinweis auf die Güte des Modells liefert die Klassifizierung. In diesem konkreten Fall gibt sie Aufschluss über die Verteilung der abhängigen Variablen – würde man für alle Fälle vorhersagen, es bestehe eine allgemeine Lebenszufriedenheit, so läge man in 68,2 % der Fälle richtig, wenn die Konstante in das Modell mit einbezogen wird.

Unter dem Einbezug der Variablen liegt die Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Modells im Schritt 6 bei 75,7 %. Das Modell hat sich durch Hinzunahme metrischer Determinanten um 7,5 % verbessert. Es besteht ein Unterschied in der Klassifizierung hinsichtlich der beiden Gruppen. Die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit (0-6) weist eine schlechtere Klassifizierung als die Gruppe mit überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit (7-10) auf. Alles in allem kann das Modell als leistungsfähig bezeichnet werden. Bei Variablen in der Gleichung belegt das Odds Ratio der abhängigen Variable Lebenszufriedenheit für die Gesamtstichprobe in der Gleichung 2,14. (Nur für die Konstante – nicht unbedingt nötig zu erwähnen). Einen weiteren Hinweis auf die Güte des Modells liefert „Rückwärts-Schrittweise“-Verfahren und die Likelihood-Quotient-Statistik (LQ-Statistik). Die Bedeutung liegt darin, dass der Anfangsblock auf einem Modell ohne unabhängiger Variable basiert. Alle Variablen, die in die Gleichung aufgenommen sind, werden nacheinander entfernt.

Der Ausschluss macht Sinn, solange die Signifikanz der Änderung entsprechend groß ist und beispielsweise über 0,10 liegt. Weiterführend erfolgt die Beurteilung der Modellgüte anhand des Omnibus-Tests für Modellkoeffizienten. Der Ausschlusswert

wurde mit 0,1 festgelegt. Dieser liegt in Schritt 6 bei 0,102. Ein siebter Schritt wurde nicht durchgeführt, da das Ausmaß der Änderung bereits 0,1 unterschritten hätte und folglich eine statistische Signifikanz zustande kommt. Im sechsten Schritt wird die Signifikanz der Ergebnisse des Modells mit $< 0,001$ nachgewiesen. Demzufolge besitzen alle ausgewählten Determinanten einen Einfluss auf die abhängige Variable. Ebenso wurde die Schätzung bei Iterationsnummer 20 beendet. Eine Endlösung konnte somit nicht gefunden werden. Der R^2 -Wert nach Cox & Snell hat den Charakter eines Bestimmtheitsmaßes. Er gibt ähnlich wie in der linearen Regression den Anteil der erklärten Variation der Zielgröße an. Der Cox & Snell R-Quadrat setzt das Nullmodell mit dem gewählten Modell in Beziehung und gibt eine Güte von 0,214 bzw. 21% von 100%, im 6. Schritt bezüglich der Modellzusammenfassung an. Dieser Wert weist eine relativ gute Modellanpassung auf. Die Variable Lebenszufriedenheit wird mit 21 % dargelegt. Einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben die Variablen der „physischen Gesundheit“ und „körperliche Schmerzen in den letzten 4 Wochen“. Je geringer die körperlichen Schmerzen in den letzten 4 Wochen, desto höher die Lebenszufriedenheit. Das Chancenverhältnis ändert sich um etwa das 1,36-fache eine erhöhte Lebenszufriedenheit zu erreichen. Das Ergebnis zeigt eine statistische Signifikanz auf.

Den stärksten positiven Einfluss weist die Variable „Einschränkung sozialer Kontakte“ auf die Lebenszufriedenheit auf. Je weniger Einschränkung sozialer Kontakte desto höher die Lebenszufriedenheit. Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt ein positives Vorzeichen. Das Chancenverhältnis ändert sich um etwa das 1,45-fache eine erhöhte Lebenszufriedenheit zu erreichen. Eine statistische Signifikanz liegt in diesem Falle für das Ergebnis vor.

Die Variable „Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten“ unterteilt sich in stark, ein wenig und gar nicht. Der Rangkorrelationskoeffizient zeigt bei allen Variablen ein negatives Vorzeichen. Die Variable Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten verändert sich stark, weist einen Wert um 0,16 auf. Die Variable Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten verändert sich ein wenig, misst einen Wert um 0,54. Die Variable „Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten“ verändert sich gar nicht, zeigt den höchsten Wert von 0,68 auf. Somit reduziert sich das Chancenverhältnis der genannten Variablen um den Wert von 0,16, 0,54 und 0,69 und besitzt einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Alle Variablen des Gesundheitszustandes bei anstrengenden Tätigkeiten weisen eine statistische

Signifikanz auf. Einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt die Variable „Ausgeglichen in den letzten 4 Wochen“. Der Rangkorrelationskoeffizient besitzt ein negatives Vorzeichen. Somit reduziert sich die Lebenszufriedenheit um einen Wert von 0,58 wenn die Ausgeglichenheit in den letzten 4 Wochen genannt wird. Das Konfidenzintervall schließt die Nulleffektlage ein und somit bestehen statistisch signifikante Gruppenunterschiede. Den stärksten negativen Einfluss auf die Zufriedenheit des Lebens hat die „Energie in den letzten 4 Wochen“. Die Lebenszufriedenheit reduziert sich um einen Wert von etwa 0,73. Das Konfidenzintervall schließt die Nulleffektlage ein und somit bestehen statistisch signifikante Gruppenunterschiede.

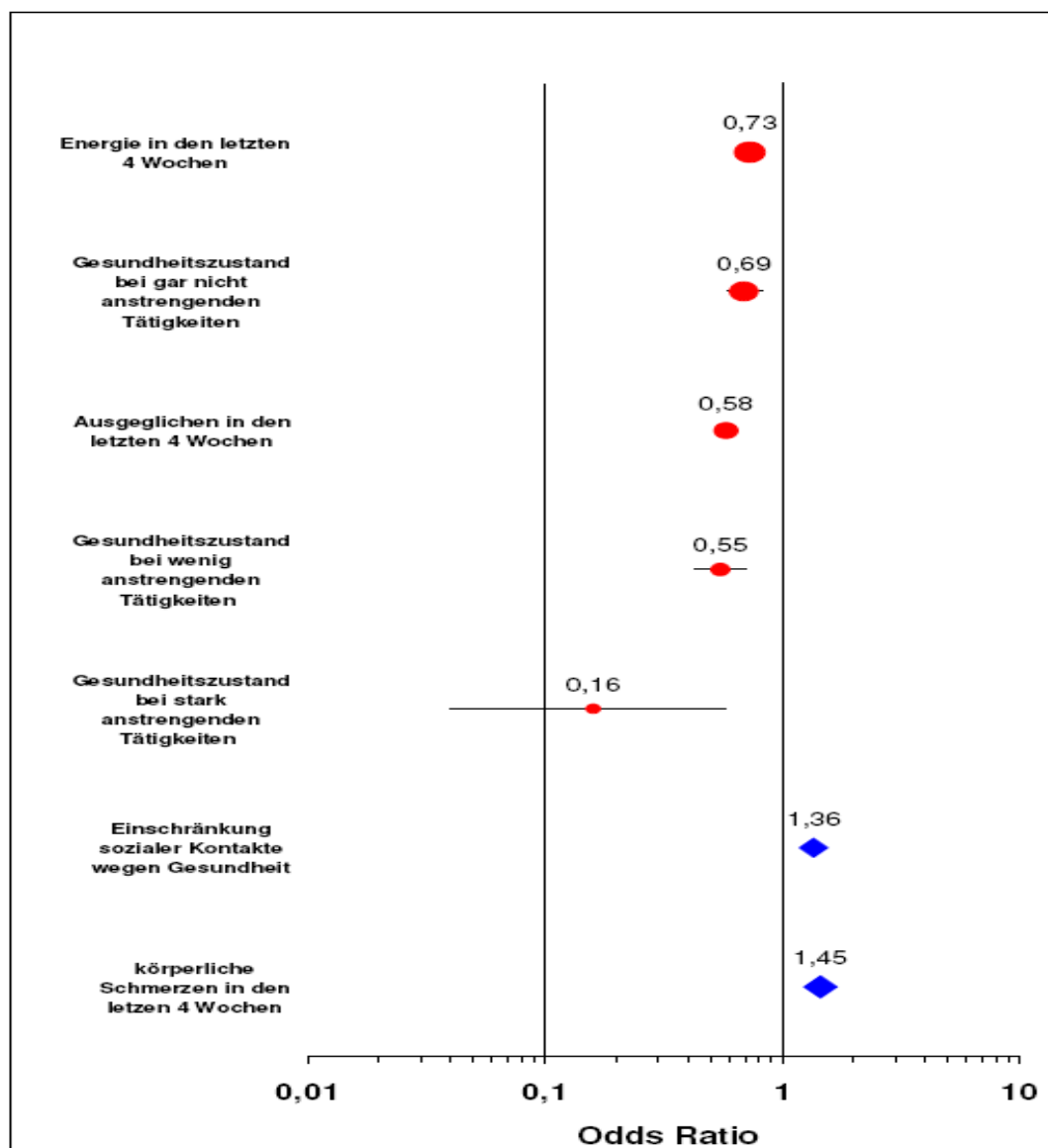


Abbildung 4: Einfluss der Gesundheitsdeterminanten auf die Lebenszufriedenheit

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass die Variable der psychischen Gesundheit, „Einschränkung sozialer Kontakte wegen Gesundheit“ den höchsten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Es kann somit ausgesagt werden, dass die Menschen, welche keine Einschränkung hinsichtlich ihrer sozialen Kontakte erleben eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen. Gefolgt von der Variable, der physischen Gesundheit, „körperliche Schmerzen letzten 4 Wochen“. Einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt der Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten, sowohl skaliert in stark, ein wenig und gar nicht, als auch Ausgeglichen sein in den letzten 4 Wochen. Den negativsten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat die Energie in den letzten 4 Wochen.

6. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen einen starken Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Lebenszufriedenheit. Ein sehr guter bis zufriedener subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand kann die Chance auf eine hohe Lebenszufriedenheit deutlich erhöhen. Des Weiteren beeinflusst der Erwerbsstatus die Zufriedenheit mit dem Leben. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die Zufriedenheit mit der Arbeit eine bedeutende Rolle. Die Zufriedenheit mit dem HH-Einkommen, der Wohnung und der Freizeit beeinflussen ebenso die Lebenszufriedenheit positiv. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes kann keine eindeutige Aussage erfolgen, ob die physische oder psychische Dimension einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Das Geschlecht hat einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Für die weiblichen Befragten wurde eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von $6,88 \pm 1,80$ Punkten festgestellt. Die männlichen Teilnehmer gaben eine ähnlich hohe durchschnittliche Lebenszufriedenheit an. Für diese wurde ein Durchschnittswert von $6,95 \pm 1,74$ Punkten ermittelt.

Die Ergebnisse zeigen bei der Lebenszufriedenheit in Westdeutschland einen Mittelwert von $6,90 \pm 1,80$. Vergleichend dazu liegt die Lebenszufriedenheit in Ostdeutschland bei $6,51 \pm 1,76$ (Behncke, 2010). Insgesamt weist die Untersuchung des subjektiven Gesundheitszustandes einen potentiell starken Einfluss auf die Lebenszufriedenheit auf (Christoph, 2008).

Erwerbsstatus

Anhand der Ergebnisse ist ein positiver nicht signifikanter Einfluss der Variable „Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null“ erkennbar. Die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung zeigt, dass die Lebenszufriedenheit gegenwärtig für die Altersteilzeit im Mittel bei $7,38 \pm 1,56$ liegt gegenüber der Lebenszufriedenheit gegenwärtig voll erwerbstätig bei $7,07 \pm 1,61$.

Für die Vollzeiterwerbstätigen konnte kein positiver Effekt auf die Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden. 39,1% der befragten Personen in Westdeutschland waren voll erwerbstätig. Dagegen waren in der Stichprobe für Ostdeutschland 42,4% voll erwerbstätig. (Behncke, 2010). Frijters, Haisken-DeNew und Shields (2004) untersuchten ebenso Daten des SOEP. Sie stellten fest, dass der Erwerbsstatus eine wichtige Determinante der Lebenszufriedenheit ist. Entgegen den jetzigen Ergebnissen, wiesen sie einen positiven Effekt sowohl für die Voll- als auch die Teilzeitbeschäftigten nach. Lee und Browne (2008) beschreiben sogar für Vollerwerbstätige im Vergleich zu Teilzeitbeschäftigten ein höheres Wohlbefinden. In diesem Zusammenhang kann nur vermutet werden, warum der positive Effekt einer Beschäftigung für die Stichprobe in Westdeutschland nicht aufgezeigt werden kann. Möglicherweise hat die Arbeitsbelastung oder die Arbeitsplatzunsicherheit zugenommen. Der Zusammenhang zwischen der Arbeitsplatzunsicherheit und psychosomatischen Beschwerden wurde von Klandermans, van Vuuren, und Jacobsen (1991) aufgezeigt. Hierbei sollten die individuellen Ressourcen eines Menschen berücksichtigt werden. Ducki (2006) beschreibt Selbstbewusstsein und positive Zukunftserwartungen als personale Ressourcen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Zufriedenheit mit der Arbeit, Anhand der Daten des SOEP wurde in der vorliegenden Untersuchung ein positiver Effekt dieser Variable festgestellt. Die Befragten gaben eine durchschnittliche Arbeitszufriedenheit von $6,90 \pm 2,02$ Punkten an. In Ostdeutschland wurde anhand der Daten des SOEP für die Teilnehmer eine durchschnittliche Zufriedenheit mit der Arbeit von $6,56 \pm 2,19$ Punkten ermittelt. Den positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Leben wurde ebenso von Hesser, Hupp und Traulsen (2007) nachgewiesen. Braun und Scholz (2008) beschreiben, dass die Arbeitszufriedenheit in beiden Teilen des Landes gestiegen ist. Als Grund geben sie hierfür an, dass die Arbeit zunehmend unabhängig und interessant eingeschätzt wird (vgl. Braun & Scholz, 2008). Dagegen beschreiben Goebel, Habich und Krause (2009), dass die Zufriedenheit mit der Arbeit in beiden Landesteilen

gesunken ist. Weiterführend hat die Sorge um die wirtschaftliche Situation in Ost- und Westdeutschland zugenommen hat (Goebel, Habich & Krause, 2009). Für die Variable „Nettoverdienst“ wurde in der vorliegenden Untersuchung ein leicht positiver Einfluss auf die Lebenszufriedenheit nachgewiesen. Für die gesamte westdeutsche Stichprobe wurde für die Befragten ein durchschnittlicher Nettoverdienst von $913,51 \pm 1184,93$ Euro ermittelt. Der durchschnittliche Nettoverdienst in der Gruppe mit der höheren Lebenszufriedenheit ist im Vergleich zur anderen Gruppe deutlich geringer. Die Teilnehmer mit der Lebenszufriedenheit größer oder gleich dem Median gaben ein Durchschnittsverdienst von $1016 \pm 1264,90$ Euro an. Dagegen lag der durchschnittliche Nettoverdienst in der Gruppe mit der geringeren Lebenszufriedenheit bei $825,21 \pm 1081,90$ Euro. Hinsichtlich des Nettoverdienstes sind auch zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland erkennbar. Für die Stichprobe Ostdeutschland gaben die Teilnehmer einen durchschnittlichen Nettoverdienst von $731,35 \pm 898,30$ Euro an (Behncke, 2010). In der ersten Hälfte der 90er Jahre konnten deutliche Angleichungsfortschritte zwischen Ost und West verzeichnet werden (Goebel, Habich & Krause, 2009). Es besteht für Westdeutschland kein Nachweis, dass die Lebenszufriedenheit positiv mit dem absoluten Einkommen zusammenhängt. Zwischen 1984 und 2004 stieg das absolute Einkommen um 15%, wohingegen die Lebenszufriedenheit sank (Easterlin & Zimmermann, 2008).

Es ist davon auszugehen, dass Arbeitslosigkeit aus individueller Sicht ein eher unfreiwillig hingenuommener Zustand darstellt. Dieser ist mit erheblichen Einbußen an Zufriedenheit verbunden (Gerlach & Stephan, 2001). Für Ostdeutschland hat der Erwerbsstatus den größten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit, welcher die subjektive Lebensqualität zwei Jahre im nach hinein noch mitbestimmt. Diese Zeiteffekte sind in Westdeutschland für die subjektiven Faktoren konstatiert (Dössel, 1999). Demzufolge kann vermutet werden, dass Erwerbstätige, welche eine Zufriedenheit mit ihrer Arbeit aufweisen eine hohe Lebenszufriedenheit besitzen. Nach der Diskussion der Ergebnisse kann somit dargelegt werden, dass der Erwerbsstatus sowie die Zufriedenheit mit der Arbeit und der Gesundheitszustand einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben.

Für die Variable „Arbeitslos gemeldet“ wurde basierend auf den vorliegenden Daten ein negativer Einfluss nachgewiesen. Für diese Teilnehmer wurde eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von $5,62 \pm 2,17$ Punkten ermittelt. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnisse anderer Autoren. André (2008) beschreibt bei Arbeitslosigkeit eine Verringerung der Lebenszufriedenheit um 0,693 Punkte. Gerlach und Stephan (2001)

zeigten auf, dass Arbeitslose sowohl in Ost- als auch Westdeutschland die geringste Zufriedenheit aufweisen. Dabei spielt der Einkommensverlust eine geringere Rolle (Clark & Oswald, 1996). Diese Tatsache wurde ebenso von Frijters, Haisken-DeNew & Shields (2004) nachgewiesen. Es werden weit reichende gesundheitliche Folgen aufgrund von Arbeitslosigkeit beschrieben. Insbesondere werden die Erhöhung des systolischen Blutdrucks, gesteigerter Alkohol- und Nikotinkonsum und eine Zunahme von Herzinfarkten genannt. Des Weiteren werden häufigere Arztbesuche aufgeführt (Berth, Förster & Brähler, 2005). In der vorliegenden Untersuchung gingen die Teilnehmer in Westdeutschland durchschnittlich $2,13 \pm 4,76$ mal zum Arzt. Dabei waren die arbeitslos gemeldeten Personen durchschnittlich $2,81 \pm 6,30$ mal beim Arzt. Dagegen wurde für die Teilnehmer, die nicht arbeitslos gemeldet waren, ein Durchschnittswert von $2,10 \pm 4,68$ ermittelt. Die arbeitslosen Befragten gaben eine durchschnittliche Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit von 6,2 Punkten an. Weiterführend haben arbeitslose Menschen im Vergleich zu Beschäftigten oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand. Vorwiegend treten dabei Gesundheitsunterschiede im Bereich der psychischen Gesundheit auf (Hollederer, 2008).

Zusammenfassend konnten die empirischen Ergebnisse bestätigen, dass Arbeitslose und Ostdeutsche mit ihrem Leben unzufriedener sind als Erwerbstätige, Nichterwerbstätige und Westdeutsche. Arbeitslos gemeldet waren in Westdeutschland 4,1% gegenüber der in Ostdeutschland 10,1%. In absoluten Zahlen lag die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen für das Jahr 2008 in Westdeutschland bei 2 144 679 Millionen Menschen gegenüber Ostdeutschland bei 1 123 264 (Destatis, 2010).

Gesundheitszustand

Bei der Betrachtung der Zufriedenheit mit der Gesundheit unter Berücksichtigung des „Erwerbsstatus“ zeigt sich, dass Erwerbstätige mit 6,9 Punkten, vor Arbeitslosen mit 6,2 und vor Rentnern mit 5,6 Punkten liegen. Für Westdeutschland ist die Zufriedenheit im Bereich Gesundheit zwischen 2002 und 2006 leicht gefallen (Christoph, 2008). Die Gesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten zehn Jahren, von 2000 bis 2010 im Ganzen verbessert (Lange & Ziese 2007). Die Zufriedenheit mit der Gesundheit besitzt einen hohen Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit (Gerlach & Stephan, 2001). Dehlinger und Ortmann (1992) verdeutlichen das Ergebnis, in dem sie einen starken positiven Einfluss der Zufriedenheit mit der Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit nachweisen. Diese Tatsache wird von Prinz und Kasten (2008)

ebenso beschrieben. Insgesamt weisen Menschen im jüngeren Erwachsenenalter eine relativ hohe Zufriedenheit mit der Gesundheit auf (Mayring, 1991). Boese (2010) legt dar, dass der überwiegende Anteil der Menschen die eigene Gesundheit als positiv beurteilt. In der vorliegenden Untersuchung konnte ein sehr starker Einfluss des Gesundheitszustandes gegenwärtig auf die Lebenszufriedenheit aufgezeigt werden.

Ein sehr guter bis weniger guter Gesundheitszustand beeinflusst die Lebenszufriedenheit statistisch signifikant positiv. Die Ausprägung „sehr guter Gesundheitszustand gegenwärtig“ zeigt hierbei den größten Einfluss zugunsten einer höheren Lebenszufriedenheit. In Westdeutschland geben 38,3% der Teilnehmer einen guten Gesundheitszustand an. Dagegen liegt der Anteil der Personen mit einem guten Gesundheitszustand in Ostdeutschland mit 39,5% ein wenig höher (Behncke, 2010). Anhand der deskriptiven Ergebnisse ist ersichtlich, dass 48,3% der befragten Personen in der Gruppe mit der höheren Lebenszufriedenheit einen guten Gesundheitszustand angeben. In der Gruppe mit der geringeren Lebenszufriedenheit schätzten dagegen die überwiegenden Befragten (37,6%) ihren Gesundheitszustand als zufrieden stellend ein. Die Anzahl der Arztbesuche in Deutschland unterstreichen das Ergebnis. In der Gruppe mit der höheren Lebenszufriedenheit ergab sich für Westdeutschland eine durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche von $1,59 \pm 3,79$ gegenüber der Gruppe mit niedriger Lebenszufriedenheit von $3,29 \pm 6,20$ Besuchen. Die Anzahl der Arztbesuche in Westdeutschland liegt höher $2,13 \pm 4,66$ als in Ostdeutschland $1,55 \pm 3,59$ (Behncke, 2010). Anhand der Ergebnisse bezüglich des Gesundheitszustandes und der Anzahl der Arztbesuche kann vermutet werden, dass Erwerbstätige in Ostdeutschland weniger häufig am Arbeitsplatz krank sind. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend durch die vorliegenden Daten nicht bestätigen. Wegen Krankheit in Westdeutschland nicht gearbeitet liegt im Mittel bei $3,98 \pm 22,28$ niedriger, als im Vergleich zu Ostdeutschland $4,34 \pm 22,44$ (Behncke, 2010).

Siahpush, Spittal und Singh (2008) zeigen auf, dass sich Glück und Lebenszufriedenheit in naher Zukunft auf die selbst eingeschätzte und physische Gesundheit und auf langfristige Gesundheitskonditionen auswirken. Stock und Badura (1995) beschreiben ebenso, dass positive Gefühle die psychische Gesundheit positiv beeinflussen.

Sawatzky, Ratner, Johnson, Kopex und Zumbo (2010) unterstreichen, dass der psychische im Vergleich zum physischen Gesundheitszustand einen stärkeren Einfluss bei Adoleszenten auf die Lebenszufriedenheit hat. Diese Ergebnisse wurden von Andersen, Grabka und Schwarze (2008) ebenso nachgewiesen. .

In der Literatur wird beschrieben, dass sich die Gesundheitseinschätzung eher auf die körperliche und nicht auf die psychische Verfassung bezieht (Boese, 2010).

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie kann kein eindeutiges Ergebnis gefunden werden, dass der physische oder psychische Gesundheitszustand einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Um die beiden Fragen beantworten zu können, müssten weitere Untersuchungen diesbezüglich durchgeführt werden. Es kann vermutet werden, dass der psychische im Vergleich zum physischen Gesundheitszustand einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Für die Variable „körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen“ wurde der stärkste Einfluss auf die Lebenszufriedenheit nachgewiesen. Einen ähnlich hohen Einfluss wurde für die Variable „Einschränkung sozialer Kontakte in den letzten vier Wochen“ gefunden. Anhand dieser Ergebnisse lässt sich vermuten, dass der physische Gesundheitszustand in dieser Stichprobe einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Bei der Betrachtung der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass die Variablen des Gesundheitszustandes in der vorher durchgeführten Korrelationsanalyse geringe bis mittlere Zusammenhänge aufwiesen. Möglicherweise konnten aufgrund einer Multikollinearität keine eindeutigen Ergebnisse für diese Hypothese gefunden werden.

Bereichszufriedenheiten

Bei den Bereichszufriedenheiten haben die Variablen Zufriedenheit mit der Arbeit, Haushaltseinkommen, Wohnung, und Freizeit einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Prinz und Kasten (2008) bestätigen die Ergebnisse legen in Ihrer Studie dar, dass die genannten Bereichszufriedenheiten, einen hoch signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzen. Die Ergebnisse weisen sie auch für Ostdeutschland nach. Daraus geht hervor, je zufriedener eine Person in diesen Bereichen, desto zufriedener ist sie tendenziell in ihrem Leben (Prinz & Kasten, 2008).

Emotionale Reaktion

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigen einen positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit glücklich gefühlt und der Lebenszufriedenheit. Dieses Ergebnis weist eine statistische Signifikanz auf und zeigt eine Konsistenz mit der Literatur auf. Van Suntum, Prinz und Uhde (2010) legen dar, dass Menschen in Westdeutschland gegenüber Ostdeutschland glücklicher sind. 56,2% der Teilnehmer mit

überdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit haben sich in den letzten vier Wochen oft glücklich gefühlt. In der anderen Gruppe gaben dies nur 22,7% der Teilnehmer an. Dagegen gaben in Ostdeutschland 17,1% in der Gruppe mit der unterdurchschnittlichen Lebenszufriedenheit an, sich in den letzten vier Wochen glücklich gefühlt zu haben. Für die Häufigkeit oft glücklich gefühlt in den letzten 4 Wochen mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit bei 28,5% (Behncke, 2010).

Dagegen haben sich die 46,4% der Befragten in der Gruppe mit unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit manchmal glücklich gefühlt. Stock und Badura (1995) beschreiben einen gesundheitsfördernden Aspekt von positiven Emotionen. Positive und negative Emotionen bedingen die Gesundheit, dementsprechend die Lebenszufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden. Das Ergebnis der Regressionsanalyse zeigt, dass die die Häufigkeit sich traurig gefühlt in den letzten vier Wochen einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit des Lebens hat. Das Ergebnis zeigt jedoch keine statistische Signifikanz auf.

Diskussion der Methode

Die Variable Lebenszufriedenheit hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, welche einen Einfluss auf das Konstrukt besitzen. Es konnten nicht alle Determinanten dargelegt und benannt werden, die die Lebenszufriedenheit beeinflussen könnten. Es ist ein sehr subjektives Phänomen, sodass die Bewertung der Lebenszufriedenheit möglicherweise von der Tagesform abhängig ist. Ebenso hat die Reihenfolge der gestellten Fragen durch die Interviewer, einen möglichen Einfluss auf die Beantwortung. Es kann vermutet werden, dass das Abfragen der Lebensumstände einen Einfluss auf die abschließend gestellte Frage zu Lebenszufriedenheit haben könnte. Weiterführend existiert ein Mangel an Studien, welche den Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Lebenszufriedenheit untersuchen. Demzufolge ist es schwierig einen expliziten Vergleich der Ergebnisse aufzuzeigen und mangels vergleichender Publikationen eine Vorhersage zu treffen.

Bias

Ein Selektionsbias ist in der Zusammensetzung der Gruppe hinsichtlich möglicher Unterschiede nicht auszuschließen. Für die Datenerhebung wurden aufgrund der großen Stichprobe mehrere Interviewer eingesetzt. Es wird vermutet, dass durch entsprechende Schulungen versucht wurde, dem Observation-Bias entgegenzuwirken.

Stärken der Studie

Als Stärke der Studie kann die Größe der Stichprobe betrachtet werden. Des Weiteren kann der SOEP-Personalfragebogen als valides Erhebungsinstrument angeführt werden. Bei den Indikatoren zur Gesundheit kann das SOEP eigenständige Untersuchungen in diesem Feld nicht ersetzen, jedoch können die Angaben des SOEP als „valide Art einer Messung von Gesundheit“ betrachtet werden (Elkeles & Seifert, 1992).

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass in der Lebenszufriedenheitsforschung des Öfteren eines der Modelle der Regressionsanalyse für die Auswertung verwendet wird (Gerlach & Stephan, 2001; Prinz & Kasten, 2008; Van Suntum, Prinz & Uhde, 2010). In der durchgeführten Studie wies das erste Modell der Regressionsanalyse eine mittlere Stabilität von 36% auf. Im zweiten Modell der Regressionsanalyse konnte nur eine geringe Stabilität von 21% nachgewiesen werden. Daraus lässt sich vermuten, dass möglicherweise ein anderes Modell der statistischen Analyse eine höhere Stabilität aufweist.

Der theoretische Nutzen der Untersuchung liegt darin, mit den erforschten Ergebnissen weitere Anschlussstudien durchführen zu können, mit dem Ziel die Thematik Lebenszufriedenheit gesamtgesellschaftlich zu untersuchen. Identische Daten aus dem Jahr 2009 könnten aus dem SOEP ausgewertet werden, um einen Vergleich zwischen den Stichproben von 2008 und 2009 herbeizuführen.

Jährlich kommen weitere Variablen in den Personalfragebögen des Sozio-oekonomischen Panels hinzu. Dabei könnten die erforschten Ergebnisse mit dem Datenmaterial aus anderen Ländern, wie der Schweiz, England oder Australien verglichen werden, welche ähnliche Langzeitstudien durchführen (vgl. Kapitel 2.1). Weiterführend könnten Themen wie Demographischer Wandel, Altern der Gesellschaft, kulturelle Unterschiede, Soziales und Gesundheit sowie Arbeitszufriedenheit und Erwerbsstatus und deren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit untersucht und analysiert werden.

Der praktische Nutzen dieser Arbeit liegt in der Transparenz der Ergebnisse für die Variable Lebenszufriedenheit. Am Beispiel Alter soll aufgezeigt werden, dass es einen bedeutenden Aspekt darstellt, die Lebenszufriedenheit aus differenzierten Perspektiven zu untersuchen.

Hinsichtlich des demographischen Wandels spielt diese Thematik eine nicht ganz unbedeutende Rolle. Multivariate Analysen zu den Wirkungen und Einflussstärken

ausgewählter Merkmale der Lebensumstände auf die Lebenszufriedenheit legen folgende Ergebnisse dar. Zunächst bestätigt sich die Erwartung, dass sich der Gesundheitszustand – gemessen über dessen subjektive Einschätzung – massiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkt und die Stärke dieses Einflusses mit dem Lebensalter noch zunimmt. Daraus folgt gleichzeitig auch, dass die Zufriedenheit mit dem Leben mit dem Alter sogar zunimmt, wenn Verschlechterungen des Gesundheitszustandes außer Acht gelassen werden. Wie nicht anders zu erwarten, mindert auch die Tatsache der Pflegebedürftigkeit – von der weit überwiegend ältere Alte betroffen sind – die Lebenszufriedenheit nachhaltig (Noll & Weick, 2008).

Zu den Kernaufgaben der Sozialberichterstattung gehört es die Beobachtung und die Beschreibung des sozialen Wandels darzulegen. (Dössel, 1999). Für die Lebenszufriedenheit eines Individuums spielen mannigfaltige Faktoren eine Rolle. Sowohl der gesellschaftliche Status als auch das Selbstwertgefühl der Menschen wird positiv beeinflusst, wenn sie nicht nur von den Sozialsystemen aufgefangen werden, sondern aktiv am Erwerbsleben teilnehmen. Weiterhin scheinen materielle und soziale Sicherheit um so wichtiger zu werden, je besser es den Menschen bereits geht. Nicht übersehen sollte man den großen Einfluss, den die persönlichen Lebensumstände und nicht zuletzt auch die Lebenseinstellung auf die Zufriedenheit haben (Van Suntum, Prinz & Uhde, 2010).

7. Konklusion

Jeder Mensch strebt in seinem Leben nach Zufriedenheit. Anhand der vorliegenden Untersuchung wird deutlich, dass die Lebenszufriedenheit von einer Vielzahl an Faktoren abhängt. Es wurden die Determinanten identifiziert, welche einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit in Westdeutschland besitzen. Dazu wurden Daten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) für das Jahr 2008 ausgewertet. Als Ergebnis kann dargelegt werden, dass der Gesundheits- und Erwerbsstatus einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzen. Weiterhin unterstreichen die Ergebnisse der Regressionsanalyse, dass zwischen der Häufigkeit glücklich gefühlt und der Lebenszufriedenheit ein Zusammenhang besteht. Es lässt sich vermuten, dass der psychische Gesundheitsstatus einen höheren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit besitzt, als der physische. Anhand der Ergebnisse konnte diese Vermutung nicht hinreichend bestätigt werden.

Für Westdeutschland konnten die Ergebnisse aufzeigen, dass das Einkommen ein wichtiger Faktor im gesellschaftlichen Alltag ist. Materielle und soziale Sicherheit scheinen in Westdeutschland eine wichtige Komponente einzunehmen.

Der theoretische und praktische Nutzen der Studie liegt darin, mit den erforschten Ergebnissen weitere Anschlussstudien durchführen zu können. Es ist von Bedeutung, den Begriff Lebenszufriedenheit gesamtgesellschaftlich transparenter zu machen. Und dabei weitere Teilbereiche der Lebenszufriedenheit mit einzubeziehen und zu erforschen.

Aufgrund der geringen Anzahl an Studien, welche sich mit dem Einfluss der physischen und psychischen Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit auseinandersetzen, ist es von Bedeutung, weitere Studien auf diesem Gebiet durchzuführen (Siahpush, Spittal & Singh, 2008).

8. Literaturverzeichnis

- Abele, A. & Becker, P. (1994). *Wohlbefinden: Theorie - Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Andersen, H., Grabka, M. & Schwarze, J. (2008). *Gesundheit, Einstellungen und Verhalten*. In Statistisches Bundesamt, Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA), Mannheim, Zentrum für Sozialindikatorenforschung und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.): *Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 261-267.
- Andre, J. (2008). *Mittelpunkt Mensch: Leitbilder, Modelle und Ideen für die Vereinbarkeit von Arbeit und Leben*. Verlag für Sozialwissenschaften: Berlin.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. New York: Methuen.
- Augustin, M., Amon, U., Bullinger, M. & Gieler, U. (2000). *Empfehlungen zur Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie*. *Dermatologie und Psychosomatik*, 1, 76-82.
- Bauer, G. F., Huber, C. A., Jenny, G. J., Müller, F. & Hämmig, O. (2009). *Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women*. *International journal of public health*, 54(1), 23–30.
- Beiser, M. (1974). *Components and correlates of mental well-being*. *Journal of health and social behavior*, 15(4), 320–327.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2005). *Unemployment, job insecurity and life satisfaction: results of a study with young adults in the new German states*. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50(6), 361–369.
- Bize, R., Johnson, J. A. & Plotnikoff, R. C. (2007). *Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review*. *Preventive medicine*, 45(6), 401–415.
- Boese, S. (2010). *Sportliche Aktivität als Ressource der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Univ., Philosophische Fakultät II, Diss.-Halle, 2009. Schriftenreihe Schriften zur Sportwissenschaft: Vol. 90. Hamburg: Kovac.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler (4., überarb. Aufl.)*. Heidelberg: Springer.
- Bíró, E., Balajti, I., Adány, R. & Kósa, K. (2010). *Determinants of mental well-being in medical students*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 253–258.
- Braun, M. & Scholz, E. (2008). *Einstellungen zur Arbeit und Arbeit und Arbeitszufriedenheit*. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Datenreport 2008. Der Sozialbericht für Deutschland. Kapitel 5 - Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit*, S. 140-144.
- Brosius, F. (2008). *SPSS 16: Das mitp-Standardwerk. Fundierte Einführung in SPSS und die Statistik; alle statistischen Verfahren mit praxisnahen Beispielen*. (1. Aufl.). Heidelberg: mitp.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2005). *SPSS 12: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows (9., überarb. und erw. Aufl.)*. Scientific tools. München: Pearson Studium.
- Christoph, B. (2008). *Zufriedenheit mit den Lebensbereichen*. In Bundeszentrale für Politische Bildung. Statistisches Bundesamt. Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

- (Hrsg.). Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 403-411.
- Clark, A. & Oswald, A. J. (1996). „Satisfaction and Comparison Income“, *Journal of Public Economics* 61, 359-381.
- Dehlinger, E. & Ortmann, K. (1992). Gesundheitszufriedenheit in der BRD und der ehemaligen DDR - ein Vergleich. *Das deutsche Gesundheitswesen*, 54, 88 – 94.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 124(2), 197–229.
- Dette, D. E. (2005). Berufserfolg und Lebenszufriedenheit – eine längsschnittliche Analyse der Zusammenhänge. Halle: Inaugural-Dissertation.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N. & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 18(6), 669–678.
- Diener, E. & Larsen, R. J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of personality and social psychology*, 47(4), 871–883.
- Diener, E. (1993). Assessing of subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31 (2), 103-157.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Suh E., Lucas R. E., & Smith H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Dössel, C. (1999). Lebenszufriedenheit unter dem Einfluss ausgewählter objektiver und subjektiver Faktoren im innerdeutschen Vergleich. Eine Längsschnittanalyse mit den Daten des SOEP, Universität: Potsdam.
- Ducki, A. (2006). Anforderungen in der Arbeitswelt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Kaufmännische Krankenkasse (KKH) (Hrsg.). *Stress? Weissbuch Prävention. Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze*. Heidelberg: Springer, 141-147.
- D'Souza, R. M., Strazdins, L., Clements, M. S., Broom, D. H., Parslow, R., & Rodgers, B. (2005). The health effects of jobs: status, working conditions, or both? *Australian and New Zealand journal of public health*, 29(3), 222–228.
- Easterlin, R. A. (1974). Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence. In: David, P. A. and M. W. Reder (Hrsg.). *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honour of Moses Abramowitz*. New York Academic Press. 89-125.
- Easterlin, R. A., & Zimmermann, A. (2008). Life satisfaction and economic outcomes in Germany pre- and post-unification. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin: SOEPPapers.
- Elkeles, T. & Seifert, W. (1992). Arbeitslose und ihre Gesundheit. Empirische Langzeitanalysen. WZB-Discussion Paper P92-201. Berlin.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2006). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (1. Aufl.). Wiesbaden: Verl. für Sozialwissenschaften, 321-338.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., & Schumacher, J. (2000). Fragebogen zur

- Lebenszufriedenheit (FLZ): Handanweisung, Fragebogen, Auswertungsbogen.
Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Ferrer-i-Carbonell, A. (2005). Income and well-being: An empirical analysis of the comparison income effect. *Journal of Public Economics*, 89(5-6), 997-1019.
- Fliege, H. (1997). Glück und Zufriedenheit im Spiegel subjektiver Theorien über die Entwicklung im Erwachsenenalter. Univ., Diss.-Trier, 1996. Europäische Hochschulschriftenreihe 6, Psychologie: Vol. 580. Frankfurt am Main, Berlin: Lang.
- Frick, J. & Haas, H. (2009). SOEPmonitor Haushalt 2008. Zeitreihen zur Entwicklung ausgewählter Indikatoren zu zentralen Lebensbereichen. Berlin: SOEP, 1-140.
- Frijters, P., Haisken-DeNew, J. P., & Shields, M. A. (2004). Money does matter! Evidence from increasing real income and life satisfaction in East Germany following reunification *American Economic Review*, 94, 3, 730-741.
- Fujita, F. & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 158–164.
- Gerlach, K. & Stephan, G. (2001). Lebenszufriedenheit und Erwerbsstatus: Ost- und Westdeutschland im Vergleich. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Jg. 34, H. 4, 515-528.
- Ghubach, R., El-Rufaie, O., Zoubeidi, T., Sabri, S., Yousif, S., & Moselhy, H. F. (2010). Subjective life satisfaction and mental disorders among older adults in UAE in general population. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(5), 458–465.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Schriftenreihe Sonderforschungsbereich 3 der Universitäten Frankfurt und Mannheim. Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. In: Alfred Bellebaum (Hrsg.). *Glück und Zufriedenheit*. Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 49-85.
- Goebel, J., Habich, R., & Krause, P. (2009). Zur Angleichung von Einkommen und Lebensqualität im vereinigten Deutschland. *Vierjahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 78, 2, 122-145.
- Gruß, B. & Pöhlmann, K. (2004). Die Bedeutung individueller Sinnkonstruktion für die psychische und physische Gesundheit. *Schriftenreihe Biopsychologie, Psychosomatik*: Bd. 13. Lage: Jacobs.
- Hansch, D. (2009). *Erfolgsprinzip Persönlichkeit* (2., aktualisierte Auflage.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hatzinger, R. & Nagel, H. (2009). *PASW Statistics: Statistische Methoden und Fallbeispiele; [ehemals SPSS]. st - scientific tools*. München: Pearson Studium.
- Hämmig, O. & Bauer, G. (2008). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International journal of public health*, 54(2), 88–95.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische, Psychologie*, 52, 141-150.
- Hesser, M., Hupp, J. & Traulsen, A. (2007). *Arbeitszufriedenheit und Lebenszufriedenheit*. Institut für Psychologie; Universität Darmstadt, 1–24.

- Himmel, G. (2001). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Lebensqualität - Gibt es einen Zusammenhang? (46), 87–95.
- Hollederer, A. (2008). Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Prakt. Arb. Med*, 12, 29-32.
- Huschka, D. & Wagner, G. G. (2010). Sind Indikatoren zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit als politische Zielgrößen sinnvoll? Berlin: SOEPpapers.
- Klandermans, B., van Vuuren, T. & Jacobsen, D. (1991). Employees and job insecurity. In: Hartley, J., Jacobsen, D., Klandermans, B. & van Vuuren, T. (Hrsg.). *Job insecurity. Coping with jobs at risk*. Sage, London, S.40-64.
- Knies, G. (2010). Income Comparisons among Neighbours and Life Satisfaction in East and West Germany, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Berlin: SOEPpapers.
- Koivumaa-Honkanen, H. T., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (1999). Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 377–384.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R. J., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2005). The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult Finns healthy at baseline. *BMC Psychiatry*, 5, 4.
- Lancee, B., & Ter Hoeven, C. L. (2010). Self-rated health and sickness-related absence: The modifying role of civic participation. *Social science & medicine* (1982), 70(4), 570–574.
- Lange, C. & Ziese, T. (2007). *Gesundheit in Deutschland. 2. Aufl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006*. Berlin: Robert-Koch Institut.
- Laubach, W., Schumacher, J., Mundt, A., & Brähler, E. (2000). [Social class, life satisfaction and health assessment. Results of a representative study of the German population]. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45(1), 2–12.
- Lee, A., & Browne, M. O. (2008). Subjective well-being, sociodemographic factors, mental and physical health of rural residents. *Aust J Rural Health*, 16(5), 290-296.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung. (2. Aufl.)*. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Loerwald, D., Wiesweg, M., Zoerner, A., & Krol, G.-J. (2008). *Ökonomik und Gesellschaft: Festschrift für Gerd-Jan Krol (1. Aufl.)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin G., Jetha, A., Mack, D. E. & Hetz, S. (2010). Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord*, 48(1), 65-72.
- Mohr, G. (1997). *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt am Main: Lang.
- Moss, M. S., Hoffman, C. J., Mossey, J. & Rovine, M. (2007). Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. *Journal of aging and health*, 19(6), 1025–1044.
- Noll, H. H. & Weick, S. (2008). Lebenssituation von Älteren. In: Bundeszentrale für Politische Bildung. Statistisches Bundesamt. Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

- (Hrsg.). Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 193-199.
- Pedersen, P. J. & Schmidt, T. D. (2009). Happiness in Europe: cross country differences in the determinants of subjective well being. Discussion paper series: No. 4538. Bonn: Forschungsinst. zur Zukunft der Arbeit.
- Prinz, A. & Kasten, T. (2008). Ökonomik des subjektiven Wohlbefindens: Was determiniert die Zufriedenheit von Ost- und Westdeutschen? In: Loerwald, D., Wiesweg, M. & Zoerner, A. (Hrsg.). Ökonomik und Gesellschaft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 116-130.
- Rudolph, U., Reimer, S., Scharschmidt, T., Fittig, E., Schweizer, J., Kühlfluck, T., Schulz, K. & Müller, A. (2008). Der Einfluss von Ursachenzuschreibungen auf Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. In: Kirch, W., Badura, B., & Pfaff, H. (Hrsg.). Prävention und Versorgungsforschung: Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007. Heidelberg: Springer. 113-131.
- Sawatzky, R. (2007). The Measurement of Quality of Life and its relationship with perceived Health Status in Adolescents. Promotion: University of British Columbia.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., Johnson, J. L., Kopec, J. A., & Zumbo, B. D. (2010). Self-reported physical and mental health status and quality of life in adolescents: a latent variable mediation model. *Health and quality of life outcomes*, 8, 1-17.
- Schäfers, M. (2008). Lebensqualität aus Nutzer Sicht: Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebensqualität beurteilen. Berlin: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schendera, C. F. G. (2008). Regressionsanalyse mit SPSS. München: Oldenbourg.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (1996). Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*, 29(2), 110–118.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. *Diagnostik für Klinik und Praxis: Bd. 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Siahpush, M., Spittal, M. & Singh, G. K. (2008). Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *American journal of health promotion*, 23(1), 18–26.
- Siegel, A. N., Gensicke, A., Stimmel, S. & Stutz (2009). SOEP 2008. Methodenbericht zum Befragungsjahr 2008 (Welle 25) des Sozio-oekonomischen Panels. München: TNS Infratest.
- Smith, K. W., Avis, N. E. & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 8(5), 447–459.
- Sozio-Ökonomisches Panel (SOEP) - Personenfragebogen (2008). Leben in Deutschland. Befragung zur sozialen Lage der Haushalte. München: TNS Infratest.
- Staudinger, U. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Stock, C. & Badura, B. (1995). Fördern positive Gefühle die physische Gesundheit? – Eine Forschungsnotiz. *Z. f. Gesundheitswiss.*, 3(1), 74-89.

- Stones, M. J. & Kozma, A. (1986). Happiness and activities as propensities. *Journal of gerontology*, 41(1), 85–90.
- Tkach, C. & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, (7), 183–225.
- Urban, D. & Mayerl, J. (2008). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. 3., überar. und erweiterte Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Van Suntum, U., Prinz, A., & Uhde, N. (2010). *Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden In. Deutschland: Studie zur Konstruktion eines Lebenszufriedenheitsindikators. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft*. Berlin: SOEPPapers.
- Wagner, G. G. (2007). Wie die 11er-Skala in das SOEP kam - Ein Beitrag zu den Problemen und Möglichkeiten multidisziplinärer Forschung und zugleich eine Fußnote zum Design der SOEPStichprobe. In: Schwarze, J., Raebiger, J., & Thiede, R. (Hrsg.). *Arbeitsmarkt- und Sozialpolitikforschung im Wandel-Festschrift für Christof Helberger zum 65. Geburtstag*. Verlag Dr. Kovac: Hamburg, 40–62.
- Wagner, G. G., Frick, J. R. & Schupp, J. (2007). The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) - Scope, Evolution and Enhancements. *Schmollers Jahrbuch* 127(1), 139-169.
- Wagner, G. G., Göbel, J., Krause, P., Pischner, R. & Sieber, I. (2008). *Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). für Deutschland; eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrende Anwender)*. Opladen: Westdt. Verlag.
- Weller, I. (1996). *Lebenszufriedenheit im europäischen Vergleich*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Abteilung Sozialstruktur und Sozialberichterstattung. Berlin: WZB.
- Winkelmann, L. & Winkelmann, R. (1995). Happiness and Unemployment: a Panel Data. *Analysis for Germany, Konjunkturpolitik* 41, 293-307.
- Zimmermann, A. C. & Easterlin, R. A. (2006). Happily Ever After? Cohabitation, Marriage, Divorce. *Population and Development Review*, 32 (3), 511-528.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(6), 1573–1584.

Internetquellen:

Bundesministerium für Gesundheit (2010). Gesundheitsdefinition der WHO 1948.

<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652>

[Stand: 13.07.2010]

Destatis (2010). Statistisches Jahrbuch 2009. Arbeitsmarkt.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/search/results.psm1>

[Stand: 25.09.2010]

SPSS (Statistical Product and Service Solutions (2010). SPSS 17.

http://search.spss.com/search?ie=&site=spss_www&output=xml_no_dtd&client=spss_www&lr=&proxystylesheet=spss_www&oe=&q=SPSS+18&btnG=Go

[Stand: 24.08.2010]

Graue Literatur:

Behncke, A. (2010). Lebenszufriedenheit in Ostdeutschland. Eine Querschnittsanalyse mit den Daten des SOEP. Universität Halle-Wittenberg.