

# Soziale Produktivität und Wohlbefinden im höheren Lebensalter

*Morten Wahrendorf & Johannes Siegrist*

## 1 Einleitung

Waren 1910 lediglich 8 % der deutschen Bevölkerung über 60 Jahre alt, so werden es Schätzungen des Statistischen Bundesamts zu Folge im Jahre 2050 bis zu 40 % sein (Statistisches Bundesamt 2006). Der Grund dieser Entwicklung ist, neben der geringen Geburtenrate, vor allem die zunehmende Lebenserwartung. Insbesondere ist in den letzten Jahrzehnten die so genannte ferne Lebenserwartung angestiegen, das heißt die zusätzliche Lebenserwartung Älterer, die bereits das Rentenalter erreicht haben. Mit Blick auf die Einteilung des Lebens in unterschiedliche Lebensphasen nennt Laslett als Konsequenz dieses Trends (1996, S. 3) "a different arrangement of the stages of life from any that has previously been suggested". So leben Männer und Frauen häufig bis zu 20 Jahren nach Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Hierbei sind sie in relativ guter gesundheitlicher Verfassung und vergleichsweise finanzieller Unabhängigkeit. Die verlängerte Lebensspanne im Alter führt dazu, dass, im Gegensatz zu früher, in der Wissenschaft das hohe Alter zusätzlich in ein „drittes“ und ein „viertes“ Alter unterschieden wird. Das dritte Alter umfasst typischerweise die Zeitspanne von der Berentung bis hin zu eingeschränktem Funktionsvermögen und beginnender Pflegebedürftigkeit. Diese definiert dann den Eintritt in das vierte Alter. Laslett (1996) unterstreicht hierbei die individuellen Freiheiten des dritten Alters, die Möglichkeit der „persönlichen Erfüllung“ verglichen zu früheren Generationen.

Bei der Betrachtung der beschriebenen „Umkehrung der Lebenspyramide“ wird die wachsende Gruppe Älterer häufig als „Alterslast“ angesehen. Dramatische Szenarien sprechen von den Alten als „gierige Generation“ (Glöckner 2003), die zu einer übermäßigen Beanspruchung von Kranken- und Rentenversicherungssystemen führen. Demgegenüber steht die Vorstellung des „Alterskapitals“, die Betonung der Potenziale der Menschen im dritten Alter. Diese liegen weitgehend brach und werden unzureichend zur Kenntnis genommen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem „cultural lag“, einem Kulturentwicklungsdefizit, das es aufzuholen gilt (Riley/Riley 1992). Ältere erfahren häufig einen Mangel an gesellschaftlich institutionalisierten Angeboten, so dass auf

tologischen Konzepten geprägt. Vertreter der Disengagementtheorie sehen hierbei den allmählichen gesellschaftlichen Rückzug (englisch: ‚disengagement‘) als natürlichen Anpassungsprozess an Veränderungen im Alter. So ist der Rückzug im Alter wichtig und Voraussetzung für erhöhtes Wohlbefinden (Cummings/Henry 1961). Hingegen betont die Aktivitätstheorie die Verringerung des Lebensraums sowie den Verlust zentraler Rollen als problematisches Ereignis, welches durch die Teilhabe an Aktivitäten kompensiert werden kann. (Lemon, Bengtson/Peterson 1972)

Empirische Untersuchungen stützen weitestgehend die These von einem positiven Zusammenhang zwischen Aktivität und Wohlbefinden. Sie zeigen, dass Aktivitäten im Alter zu einem zufriedenen und längeren Leben mit verbesserter Gesundheit beitragen (Bath/Deeg 2005). Und dies wohlgerne nicht nur für körperliche Aktivitäten, etwa Fitnessaktivitäten, sondern ebenso für nicht primär körperliche Aktivitäten. So zeigen beispielsweise Glass und Kollegen (1999), dass soziale (wie z.B. Freunde treffen) und produktive Aktivitäten (wie z.B. Gartenarbeit) ebenso effektiv wie Fitnessaktivitäten (wie z.B. Schwimmen) das Mortalitätsrisiko senken. Als wichtig erweist sich vor allem, dass Aktivitäten eine soziale Komponente beinhalten: das Eingebunden-Sein in soziale Interaktionen und Austauschbeziehungen. Ein ähnliches Ergebnis erbrachte eine Studie von Menec (2003): Es sind besonders Aktivitäten, die nicht alleine getätigt werden (wie z.B. lesen), die auf Lebenszufriedenheit, körperliche Funktionalität und auch Mortalität wirken. Die Bedeutung der sozialen Komponente unterstreichen auch Maier/Klumb (2005). Sie zeigen anhand der Berliner Altersstudie, dass, wenn Ältere „gemeinsam mit Freunden“ aktiv sind, dies zu einer erhöhten Lebenserwartung führt. Wie ist aber dieser Zusammenhang zu erklären?

Neben körperlichen Aspekten muss es anscheinend auch weitere Aspekte geben, die für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Aktivität und Gesundheit wichtig sind. Mit Rückgriff auf die Aktivitätstheorie (Lemon et al. 1972) wird vermutet, dass Ältere nach dem Verlust zentraler Rollen in neuen Aktivitäten mit sozialen Interaktionen die Möglichkeit erhalten, eine neue „Rollenunterstützung“ (englisch: „role support“) zu erfahren, welche ihrerseits eine positive Selbsterfahrung (hohes Selbstwertgefühl) erlaubt und zu erhöhter Lebenszufriedenheit führt. Bei fehlender Aktivität und ausbleibender sozialer Interaktion bleibt die positive Rückmeldung aus.

In der Tat zeigen Herzog und Kollegen (1998), dass soziale Aktivitäten indirekt über ein individuelles Selbstwertgefühl mit der Verminderung depressiver Symptome verbunden sind. Hierbei zeigen sie auch, dass durch den produktiven Charakter einer Aktivität (wie z.B. Hilfeleistung) das Selbstwertgefühl gesteigert werden kann. Auf ähnliche Weise belegen Krause et al. (1992), dass allgemeine Hilfeleistungen mit erhöhtem Wohlbefinden zusammenhängen und

„any agreed-upon continued activity that generates goods or services that are socially or economically valued by the recipient(s), whether or not based upon a formal contract” (Siegrist et al. 2004). Entgegen spezifisch ökonomischer Definitionen wird hierbei der Fokus nicht auf die Wertsteigerung der Aktivität oder deren Effizienz (wie gut ein bestimmtes Ziel mit möglichst geringem Aufwand erreicht wurde) gelegt, sondern der Fokus liegt auf einer erbrachten Leistung innerhalb einer sozialen Austauschbeziehung, so auch deren Bewertung oder Belohnung durch Gegenleistungen Anderer (so genannter „transaktionaler Charakter“). Welche Formen der Belohnung sind möglich? Sicherlich denkt man zunächst an ökonomische Belohnung in Form von Geld, etwa der Lohn im Beruf. Aber auch nicht-materielle Formen der Belohnung sind wichtig, so beispielsweise Anerkennung, Wertschätzung oder Würdigung des Geleisteten. Letztere Form der Belohnung spielt insbesondere bei informellen Tätigkeiten eine wichtige Rolle. Diese beruhen, im Gegensatz zum Beruf, nicht auf einer vertraglichen Basis. Zur Bestimmung gesundheitsrelevanter Merkmale ist nun entscheidend, ob die Austauschbeziehungen innerhalb der sozial produktiven Aktivitäten in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, das heißt, ob den erbrachten Leistungen in irgendeiner Form eine Gegenleistung folgt, die dem Prinzip der Tauschgerechtigkeit, der Norm sozialer Reziprozität entspricht. Dieses Grundprinzip sozialer Reziprozität besagt, dass Leistung und Belohnung sich entsprechen, d.h. in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Dementsprechend gilt eine Verletzung dieses Prinzips (so genannte Gratifikationskrise) als gesundheitsrelevante psychosoziale Belastung, die starke negative Gefühle und damit verbundene Stressreaktionen hervorruft, die langfristig das Krankheitsrisiko erhöhen. Dieser theoretische Ansatz erwies sich bisher insbesondere zur Beschreibung psychosozialer Belastungen im Erwerbslaben als fruchtbar (Modell beruflicher Gratifikationskrisen; Siegrist 1996, Siegrist 2005). Vorliegend untersuchen wir nun, inwiefern dieses Modell ebenso auf informelle Tätigkeiten im dritten Lebensalter übertragen werden kann. Hier setzt unsere Untersuchung an. Wir untersuchen soziale Produktivität in den Bereichen Ehrenamt, informelle Hilfe und Pflege, indem wir das Ausmaß an erhaltener nicht-materieller Belohnung in Form von Anerkennung prüfen. Wir testen die Hypothese, dass erhöhtes Wohlbefinden und Gesundheit insbesondere bei Personen vorkommt, welche angemessene Rückmeldungen für ihr Engagement erhalten. Umgekehrt erwarten wir, dass die Erfahrung eines Ungleichgewichts von Verausgabung und Belohnung negativ mit Wohlbefinden in Beziehung steht. Letzteres erwarten wir insbesondere für Aktivitäten, welche durch ihren eigenen Charakter (wie z.B. die Pflege Demenzkranke) die Erfahrung von Rückmeldung erschweren oder gar nicht zulassen.

### 3 Methode

#### 3.1 Datenbasis

Zur Untersuchung unserer Fragestellung verwenden wir den Release 1 der ersten Erhebungswelle des ‚Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe‘ von 2004 (Börsch-Supan et al. 2005). SHARE basiert auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Bevölkerung im Alter von 50 und mehr Jahren. Ein einheitlicher Untersuchungsplan sichert eine hohe Vergleichbarkeit von Daten über die gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Lage der Alten in insgesamt 10 europäischen Ländern (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Niederlande, Italien, Österreich, Schweden, Schweiz und Spanien). Insgesamt enthält der erste Release Daten von 22777 Befragten aus 15789 Haushalten, wobei Männer und Frauen über 50 Jahren plus deren (möglicherweise jüngere) Partner im Haushalt teilnahmen. Die durchschnittliche Ausschöpfungsquote auf Haushaltsebene liegt für die Gesamtstichprobe bei 62 % und variiert von 38 % in der Schweiz bis zu 74 % in Frankreich mit Quoten von über 50 % in acht Ländern (Börsch-Supan/Jürges 2005).

#### 3.2 Messung

*Soziale Produktivität und Reziprozität:* Wie messen drei Typen sozialer Produktivität. Dies sind 1. ehrenamtliche Tätigkeit (Ehrenamt), 2. Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen (Pflege) und 3. Hilfe für Familienmitglieder, Freunde oder für Nachbarn (informelle Hilfe). Die Teilnehmer gaben jeweils für jede dieser Aktivitäten an, ob eine Beteiligung innerhalb der letzten vier Wochen erfolgte. Während die meisten Studien die Teilhabe an sozialen Aktivitäten über Stunden innerhalb des vergangenen Jahres oder über die Mitgliedschaft in Vereinen erheben, scheint diese Art der Messung zuverlässiger, da die aktive Teilnahme – und nicht die bloße Mitgliedschaft – innerhalb eines klar eingegrenzten, überschaubaren Zeitraumes abgefragt wird. Neben der Teilnahme wurde zudem das Ausmaß an erfahrener Reziprozität innerhalb der Aktivität erhoben. Bei Beteiligung an einer der Aktivitäten gaben die Befragten hierzu auf einer 4-stufigen Skala an, inwiefern folgender Aussage zugestimmt werden konnte: „Wenn ich überlege, wie viel Zeit und Mühe ich in [Aktivität] investiert habe, war die Anerkennung meiner Leistung durch andere immer angemessen.“ (Antwortkategorien: „Stimme voll zu“, „stimme zu“, „stimme nicht zu“, stimme

men. Die Messung von Bildung erfolgt anhand des höchsten Bildungsabschlusses, der auf Basis der ISCED-97 Klassifikation in drei Kategorien eingeteilt wird. „Niedrige Bildung“ entspricht hierbei den ISCED-Codes 0-2 (pre-primary, primary and lower secondary education), „mittlere Bildung“ den Codes 3 und 4 (upper and post secondary education) und „hohe Bildung“ den Codes 5 und 6 (tertiary education). Einkommen basiert auf dem jährlichen Haushaltseinkommen. Dieses setzt sich innerhalb SHARE aus verschiedenen Einkommenskomponenten zusammen, die innerhalb des CAPI Interviews abgefragt wurden. Um für die Haushaltsgröße zu adjustieren, wird das Haushaltseinkommen gemäß der OECD Skala gewichtet (Hoffmeyer-Zlotnik/Wolf 2004). Im nächsten Schritt wird durch die Berechnung länderspezifischer Terzile ein länderübergreifend vergleichbares Maß ermittelt und jeweils drei Kategorien gebildet („niedriges Einkommen“, „mittleres Einkommen“, hohes Einkommen“). Weitere soziodemographische Variablen, die vorwiegend als Kontrollvariablen innerhalb multivariater Regressionsmodelle zum Einsatz kommen sind: Geschlecht, Alter, Erwerbstatus, Gesundheit und Familienstand. Alter wird anhand dreier Alterskategorien ermittelt („50-64 Jahre“, „65-74 Jahre“ und „75 Jahre und mehr“). Als Indikator für die allgemeine gesundheitliche Lage messen wir, ob der Befragte unter zwei oder mehr diagnostizierten chronischen Erkrankungen leidet. Hierzu gaben die Befragten anhand einer Liste von 14 verbreiteten Krankheiten an (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Asthma etc.), ob diese bei ihnen bereits ärztlich diagnostiziert wurden.

#### 4 Ergebnisse

Zunächst betrachten wir die Verteilung sozial produktiver Aktivitäten innerhalb der untersuchten Stichprobe entlang der in Tabelle 1 aufgeführten Merkmale. Die Gesamtverteilung der Aktivitäten reicht von 5 % für Pflege bis zu 17 % für ehrenamtliches Engagement. Geschlechtsunterschiede lassen sich für Ehrenamt und Pflege erkennen. So gaben mehr Männer an, im vergangenen Monat ehrenamtlich tätig gewesen zu sein, wohingegen – wie zu erwarten – vermehrt Frauen mit „Pflege“ beschäftigt sind. Im Vergleich zu Rentnern, leisten mehr Erwerbstätige informelle Hilfe. Dagegen unterscheiden sich beide Erwerbsgruppen nicht bei Ehrenamt und Pflege. Ähnliches zeigt sich bei den Altersgruppen. Die 65-74 jährigen sind nicht weniger aktiv als die jüngere Altersgruppe (50-64 Jahre). Erst mit 75 Jahren nimmt das Niveau für alle drei Aktivitäten deutlich ab. Mit Bezug auf die Indikatoren der sozioökonomischen Lage stellen wir einen sozialen Gradienten fest. So gehen sowohl höheres Einkommen als auch höheres Bildungsni-

Mit Bezug auf Länderzugehörigkeit erkennen wir ein Nord-Süd Gefälle mit relativ hohen Werten an sozialer Produktivität in den untersuchten skandinavischen Ländern und den Niederlanden und relativ niedrigen Werten in den südlichen Ländern. Auffallend ist dieses Muster insbesondere für ehrenamtliches Engagement (vgl hierzu auch Erlinghagen/Hank 2006, sowie Hank/Stuck in diesem Band).

Activity	Wohlbefinden	
	CASP	CES-D
<i>Gesamt</i>	36.5 (6.3)	36.1 (5.3)
<i>Ehrenamt</i>		
Nein	36.2 (6.4)	35.9 (5.4)
Ja	39.1 (4.9)	37.7 (4.2)
<i>Pflege</i>		
Nein	36.5 (6.3)	36.1 (5.4)
Ja	37.2 (5.7)	36.5 (4.8)
<i>Informelle Hilfe</i>		
Nein	36.2 (6.5)	35.9 (5.5)
Ja	37.8 (5.4)	37.0 (4.7)

Tabelle 2: Soziale Produktivität und Wohlbefinden (CASP, CES-D):  
Mittelwerte und Standardabweichung (N=22777)

Quelle: SHARE 2004 (Release 1), eigene Berechnungen.

Wie sieht nun der Zusammenhang zwischen sozialer Produktivität und den beiden Indikatoren für Wohlbefinden aus? Ist das Wohlbefinden sozial produktiver Älterer im Allgemeinen besser als dasjenige der Älteren, die sich nicht an den untersuchten Aktivitäten beteiligen – so wie wir es in der ersten Hypothese angenommen haben? Bezüglich Ehrenamt und informeller Hilfe bejahen die Ergebnisse aus Tabelle 2 diese Frage eindeutig. So zeigen die Gruppen derjenigen, die ehrenamtlich tätig sind bzw. informelle Hilfe leisten, eine erhöhte Lebensqualität und eine verminderte Anzahl depressiver Symptome. Dieser Trend ist weniger eindeutig bei der Pflege. Hier sind die Unterschiede zwischen den aktiven und nicht-aktiven Gruppen nur minimal, so insbesondere für depressive Symptome.

Wie zu Beginn betont, gehen wir davon aus, dass die Teilhabe an sozial produktiven Aktivitäten insbesondere in der nachberuflichen Phase wichtig ist.

ren? Kann die Erfahrung von Reziprozität innerhalb der Aktivität zu einer Erklärung des positiven Zusammenhangs beitragen, so wie wir es in der zweiten Hypothese formuliert haben? Die Ergebnisse in Tabelle 3 geben eine erste Antwort auf diese Frage.

Aktivität	Wohlbefinden	
	CASP	CES-D
<i>Gesamt</i>	36.5 (6.3)	36.1 (5.3)
<i>Ehrenamt</i>		
Nein (20099)	36.2 (6.4)	35.9 (5.4)
Reziprok (2364)	39.3 (4.8)	37.8 (4.1)
Nicht-reziprok (314)	37.9 (5.6)	36.7 (5.1)
<i>Pflege</i>		
Nein (21448)	36.5 (6.3)	36.1 (5.4)
Reziprok (1151)	37.3 (5.6)	36.7 (4.7)
Nicht-reziprok (178)	36.5 (5.9)	35.1 (5.3)
<i>Informelle Hilfe</i>		
Nein (17743)	36.2 (6.5)	35.9 (5.5)
Reziprok (4580)	38.0 (5.4)	37.2 (4.6)
Nicht-reziprok (454)	36.3 (5.6)	35.2 (5.5)

Tabelle 3: Soziale Produktivität (inkl. Reziprozität) und Wohlbefinden (CASP, CES-D): Mittelwerte und Standardabweichung (N=22777)

Quelle: SHARE 2004 (Release 1), eigene Berechnungen; siehe auch Wahrendorf et al. 2006.

Im Gegensatz zu vorherigen Tabellen unterteilen wir über alle Länder hinweg die Aktiven zusätzlich in diejenigen, die empfundene Reziprozität berichten (reziprok) und diejenigen, welche ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (nicht-reziprok) erfahren. Beim Vergleich dieser beiden Gruppen haben diejenigen, welche ein empfundenes Gleichgewicht zwischen erbrachter Leistung und erhaltener Belohnung innerhalb der Aktivität angeben, stets ein verbessertes Wohlbefinden gegenüber denen, bei welchen die Erfahrung von Reziprozität ausbleibt. So sind für alle drei Aktivitäten und für beide Indikatoren die Mittelwerte für Wohlbefinden niedriger für die Aktiven, die keine Reziprozität berichten. Betrachten wir nun nochmals zusätzlich den Mittelwert für die nicht-aktiven, so erkennen wir etwas Interessantes, insbesondere bei informeller Hilfe und bei Pflege. Nicht-Aktive unterscheiden sich nicht von denjenigen, die

Die bisherigen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen sozialer Produktivität und Wohlbefinden stützen die zuvor formulierten Hypothesen. So weisen Männer und Frauen im höheren Lebensalter dann ein verbessertes Wohlbefinden auf, wenn sie sozial produktiv sind. Gleichzeitig konnte aber auch beobachtet werden, dass der Anteil sozial produktiver Männer und Frauen im dritten Lebensalter mit höherer sozioökonomischer Lage steigt (Tabelle 1). In weiteren, hier nicht gezeigten Analysen wiesen zudem Ältere mit einem höheren sozialen Status verbessertes Wohlbefinden auf (von dem Knesebeck et al. 2007). Somit liegt es nahe zu fragen, ob der beobachtete Zusammenhang und das erhöhte Wohlbefinden nicht letztlich auf die sozioökonomische Lage zurückzuführen sind. Ähnliches gilt für die allgemeine gesundheitliche Lage der Befragten.

Aktivität	CES-D			CASP		
	coef.	95% KI	p	coef.	95% KI	p
<i>Ehrenamt</i>						
Nein	-			-		
Reziprok	0.71	(0.50 – 0.92)	< 0.001	1.23	(0.98 – 1.49)	<0.001
Nicht-reziprok	-	(-0.82 – 0.55)	0.70	0.42	(-0.35 – 1.18)	0.29
<i>Pflege</i>						
Nein	-			-		
Reziprok	0.40	(-0.72 – 0.07)	0.02	0.37	(-0.75 – 0.01)	0.06
Nicht-reziprok	-	(-2.05 – 0.19)	0.02	-	(-2.35 – 0.25)	0.01
<i>Informelle Hilfe</i>						
Nein	-			-		
Reziprok	0.56	(0.39 – 0.74)	< 0.001	0.63	(0.41 – 0.84)	< 0.001
Nicht-reziprok	-	(-1.22 – 0.10)	0.02	-	(-1.39 – 0.16)	0.01

Tabelle 4: Soziale Produktivität und Wohlbefinden (unstandardisierte Regressionskoeffizienten, 95% Konfidenzintervalle und p-Werte)<sup>1</sup>

Quelle: SHARE 2004 (Release 1), eigene Berechnungen; siehe auch Wahrendorf et al. 2006.

<sup>1</sup> Kontrolliert für Alter, Geschlecht, Familienstatus, Erwerbsstatus, chronische Beschwerden, Länder, Bildung und Einkommen.

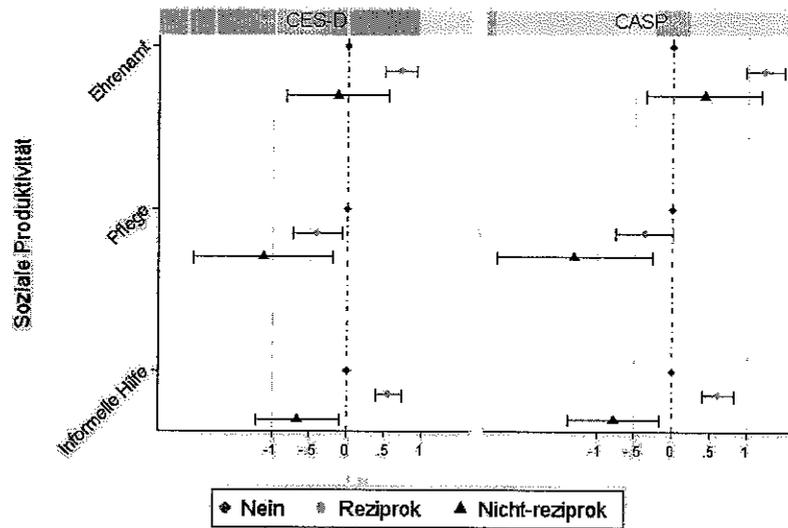


Abbildung 3: Soziale Produktivität und Wohlbefinden (unstandardisierte Regressionskoeffizienten, 95% Konfidenzintervalle)<sup>2</sup>

Quelle: SHARE 2004 (Release 1), eigene Berechnungen; siehe auch Wahrendorf et al. 2006.

Insgesamt können wir festhalten, dass auch bei statistischer Kontrolle des Einflusses der Gesundheit sozial aktiver Älterer sowie deren sozioökonomischer Lage die vermuteten Zusammenhänge erhalten bleiben. Wer innerhalb des letzten Monats einer sozialen Aktivität nachgegangen ist, weist eine höhere Lebensqualität sowie verminderte depressive Symptome auf. Zusätzlich weisen die Ergebnisse darauf hin, dass dies insbesondere für nicht-erwerbstätige Ältere zutrifft. Dies gilt in erster Linie für ehrenamtliches Engagement und informelle Hilfe, nicht aber für die pflegerische Tätigkeit. Zudem zeigt sich für alle Aktivitäten, dass die erfahrene Reziprozität in dem jeweiligen Tauschprozess, vorwiegend die bei der Tätigkeit erfahrene Wertschätzung und Anerkennung, das Wohlbefinden positiv beeinflusst.

<sup>2</sup> Auf Grundlage von Tabelle 4 (kontrolliert für Alter, Geschlecht, Familienstatus, Erwerbsstatus, chronische Beschwerden, Länder, Bildung und Einkommen).

zwischen den Ländern engagierten sich in den südlichen Ländern weniger Menschen, so insbesondere bei Ehrenamt und informeller Hilfe. Gerade in diesen Ländern scheint das Potenzial der Älteren im dritten Lebensalter nicht ausreichend genutzt.<sup>3</sup>

Wie sind die Ergebnisse bezüglich der zwei zentralen Hypothesen zu interpretieren? Wer im dritten Lebensalter aktiv ist, hat eine verbesserte Lebensqualität und weniger depressive Symptome, so insbesondere für Ehrenamt und informelle Hilfe. Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Untersuchungen überein (Bath & Deeg 2005). Gemäß unserer ersten Hypothese erkennen wir, dass sozial produktive Aktivitäten das Wohlbefinden steigern, sowohl für noch erwerbstätige Ältere, aber insbesondere für Rentner. Wir vermuten also, dass nach dem Wegfall der Erwerbstätigkeit die Teilhabe an Aktivitäten gemäß der Aktivitätstheorie einen Werteverlust kompensieren kann. Mit anderen Worten: Gesellschaftliche Teilhabe in Form sozialer Produktivität verbessert das Wohlbefinden insbesondere in der nachberuflichen Phase. Unsere Untersuchung weist allerdings auch darauf hin, dass die mit der Aktivität verbundene Qualität bzw. Belastung bedeutsam ist. So finden wir bei der Pflege einen negativen Zusammenhang zwischen Aktivität und Wohlbefinden.

Ein Ansatz, diesen Unterschied zu erklären, besteht darin, die Qualität der Tauschbeziehung der jeweiligen Aktivität genauer zu untersuchen. In diesem Zusammenhang postuliert unsere zweite Hypothese, dass ein erhöhtes Wohlbefinden dann verstärkt auftritt, wenn Reziprozität im Austausch gegeben ist. Unsere Ergebnisse stützen diese Hypothese. Das heißt, nur wenn eine angemessene Anerkennung des Geleisteten erfolgt, beobachten wir ein verbessertes Wohlbefinden. Sobald ein Ungleichgewicht empfunden wird, ist kein positiver Zusammenhang sichtbar. Im Falle von informeller Hilfe wird er sogar negativ. Mit

---

<sup>3</sup> Zur Erklärung dieser Unterschiede stellt sich die Frage, ob es sich um kulturelle Unterschiede handelt oder diese Unterschiede in Zusammenhang mit politischen Merkmalen stehen, etwa dem Ausmaß an sozialstaatlichen Leistungen (Salomon/Sokolowski 2003). Denn gemäß der „crowding out“ These schwächt ein großzügiger Sozialstaat die Solidarität innerhalb der Länder. Genau dies beobachten wir allerdings nicht: Es sind eher die Länder, die viel in sozialstaatliche Leistungen investieren, die auch ein hohes Ausmaß an sozialer Produktivität aufweisen. Dies entspricht vorherigen Befunden (vgl. Künemund/Vogel 2006; Daatland/Lowenstein 2005; van Oorschot/Arts 2005) und ist eher mit der entgegengesetzten „crowding in“ These zu vereinbaren. Nach ihr engagieren sich Menschen eher dann, wenn ein bestimmtes Maß an staatlichen Leistungen vorliegt. Anders ausgedrückt: Sie geben erst dann etwas, wenn sie ihrerseits etwas bekommen haben. Allerdings scheint die Interpretation entlang dieser beiden Thesen schwierig. So bleibt unklar, welche Aspekte es genau sind, die gemäß der „crowding out“ These verdrängt werden. Ist es die allgemeine Solidarität, etwa das Sozialkapital auf Länderebene oder die Familie selbst und deren Stellenwert? So zeigen beispielsweise Ergebnisse durchaus, dass der Familienzusammenhalt in südlichen Ländern enger ist (vgl. Hank 2007). Riskant wäre es demnach, auf Grundlage unserer Ergebnisse im Umkehrschluss zu behaupten, dass die Familie eine untergeordnete Rolle in den untersuchten südlichen Ländern spielt.

mit Pflichtcharakter die Selbstbestimmung und somit das Wohlbefinden einschränken. Dieser Frage sind wir in ersten Analysen nachgegangen, deren Ergebnisse zeigen, dass dieser Aspekt ebenfalls bedeutsam ist.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Produktivität und Wohlbefinden hängt sicherlich nicht nur von Merkmalen der Aktivität ab, sondern auch von bestimmten Umständen, etwa der verfügbaren Zeit, der Verpflichtung durch andere Rollen, dem zeitlichen Umfang des Engagements, sowie der verfügbaren Unterstützungsleistungen (Moen et al. 1992).

Abschließend zeigt sich: Nur wenn innerhalb sozialer Produktivität Leistung durch Anerkennung beantwortet wird, geht dies mit erhöhtem Wohlbefinden einher und trägt die Teilhabe an sozial produktiven Aktivitäten zu einem gesunden „Altern“ bei. So gilt es nicht nur Angebote quantitativ zu steigern, sondern auch qualitativ zu verbessern, indem soziale Anerkennung und gesellschaftliche Wertschätzung durch einen Wandel überkommener Altersbilder gefördert werden.

## 6 Danksagung

Die hier verwendeten Daten stammen aus dem vorläufigen Release 1 des ‚Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe‘ 2004. Die SHARE-Datenerhebung wurde hauptsächlich durch das 5. Rahmenprogramm der Europäischen Union finanziert (Projekt QLK6-CT-2001-00360). Weitere Finanzmittel wurden vom US National Institute on Aging zur Verfügung gestellt (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Die Datensammlung in Österreich (durch den Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung) und der Schweiz (durch BBW/OFES/UFES) wurde national finanziert. Darüber hinaus danken wir der Europäischen Union für Unterstützung durch das 6. Rahmenprogramm (Projekt RII-CT-2006-026193; SHARE-I3).

## 7 Literatur

- Backes, G.M./Clemens, W. (1998): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa.
- Bath, P.A./Deeg, D. (2005): Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section. In: *European Journal of Ageing* 2, 24-30.
- Blair, S.N./Kampert, J.B./Kohl, H.W., III, Barlow, C.E./Macera, C.A./Paffenbarger, R.S. Jr./Gibbons, L.W. (1996): Influences of cardiorespiratory fitness and other precu-

- Krause, N./Herzog, A.R./Baker, E. (1992): Providing support to others and well-being in later life. In: *Journals of Gerontology – Psychological Sciences* 47, P300-P311.
- Künemund, H./Vogel, C. (2006): Öffentliche und private Transfers und Unterstützungsleistungen im Alter - "crowding in" oder "crowding out"? In: *Zeitschrift für Familienforschung* 18, 269-289.
- Lachman, M.E./Weaver, S.L. (1998): Sociodemographic variations in the sense of control by domain: Findings from the MacArthur studies of midlife. In: *Psychology and Aging* 13, 553-562.
- Laslett, P. (1996): *A Fresh Map of Life*. London: Macmillan.
- Lee, S./Colditz, G.A./Berkman, L.F./Kawachi, I. (2003): Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: A prospective study. In: *American Journal of Preventive Medicine* 24, 113-119.
- Lemon, B.W./Bengtson, V.L./Peterson, J.A. (1972): An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. In: *Journals of Gerontology* 27, 511-523.
- Maier, H./Klumb, P.L. (2005): Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? In: *European Journal of Ageing* 2, 31-39.
- Marmot, M. (2004): *Status Syndrome*. London: Bloomsbury.
- Menec, V.H. (2003): The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. In: *Journals of Gerontology – Social Sciences* 58, S74-S82.
- Moen, P./Dempster-McClain, D./Williams, R.M. Jr. (1992): Successful aging: A life-course perspective on women's multiples roles and resilience. In: *American Journal of Sociology* 97, 1612-1638.
- Prahl, H.-W./Schroeter, K.R. (1996): *Soziologie des Alterns*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Radloff, L.S. (1977): The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. In: *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Riley, M./Kahn, R./Foner, A. (1994): *Age and Structural Lag*. New York: Wiley.
- Salomon, L.M./Sokolowski, S.W. (2003): Institutional Roots of Volunteering. Towards a Macro-Structural theory of Individual Voluntary Action. In: P. Dekker/L. Halman (Hrsg.), *The Values of Volunteering*, New York: Kluwer Academic, 71-90.
- Schulz, R./Beach, S.R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. In: *JAMA – Journal of the American Medical Association* 282, 2215-2219.
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27-41.
- Siegrist, J. (2005): Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. In: *Psychoneuroendocrinology* 30, 1033-1038.
- Siegrist, J./von dem Knesebeck, O./Pollack, C.E. (2004): Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration. In: *Social Theory & Health* 2, 1-17.
- Statistisches Bundesamt (2006): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Pressestelle.
- van Oorschot, W./Arts, W. (2005): The social capital of European welfare states: The crowding out hypothesis revisited. In: *Journal of European Social Policy* 15, 5-26.