

## Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement

Müller, Doreen; Tesch-Römer, Clemens

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Müller, D., & Tesch-Römer, C. (2017). Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement. In J. Simonson, C. Vogel, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Freiwilliges Engagement in Deutschland: der Deutsche Freiwilligensurvey 2014* (S. 465-484). Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-12644-5\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-658-12644-5_18)

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

# 17. Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement

*Doreen Müller & Clemens Tesch-Römer*

## Kernaussagen

**Gesundheit und Lebenszufriedenheit hängen mit freiwilligem Engagement zusammen.** Bei Personen ohne Erkrankungen beziehungsweise ohne krankheitsbedingte Einschränkungen ist der Anteil Engagierter höher als bei Personen mit krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen. Ähnliche Unterschiede findet man zwischen Gruppen unterschiedlich guter subjektiver Gesundheit sowie zwischen Gruppen unterschiedlich hoher Lebenszufriedenheit.

**Für das Engagement von Frauen und Männern haben Gesundheit und Lebenszufriedenheit eine ähnliche Bedeutung.** Bei Frauen und Männern mit Alltagseinschränkungen, schlechter subjektiver Gesundheit und geringer Lebenszufriedenheit ist die Engagementquote niedriger als bei Frauen und Männern, die ihre Gesundheit positiv bewerten und mit ihrem Leben zufrieden sind. Für Frauen ist eine gute subjektive Gesundheit mit Blick auf Engagement etwas wichtiger als für Männer.

**Es zeigen sich deutliche Altersunterschiede hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheit für Engagement.** In höheren Altersgruppen ist der Anteil an Engagierten bei Personen mit Alltagseinschränkungen und schlechter subjektiver Gesundheit besonders niedrig.

**Für das Engagement von Menschen unterschiedlicher Bildung sind Gesundheit und Lebenszufriedenheit ähnlich bedeutsam.** In allen Bildungsgruppen ist die Engagementquote bei Personen mit Alltagseinschränkungen, schlechter subjektiver Gesundheit und geringer Lebenszufriedenheit niedriger als bei Personen mit positiven Ausprägungen von Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Für Menschen mit hoher Bildung wirken sich Alltagseinschränkungen weniger stark auf die Wahrscheinlichkeit aus, engagiert zu sein.

**Sind Gesundheit und Lebenszufriedenheit Voraussetzung oder Folge von Engagement?** Geringe Alltagseinschränkungen, gute Gesundheit und hohe Lebenszufriedenheit sind Voraussetzungen für freiwilliges Engagement. Engagement kann sich aber auch positiv auf Alltagskompetenz, Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirken.

## 17.1 Einleitung

Gesundheit und Lebenszufriedenheit sind die Voraussetzung für viele Tätigkeiten und Aktivitäten, denen Menschen nachgehen – und zugleich sind Gesundheit und Lebenszufriedenheit

das Ergebnis von Lebenssituation, Lebensstil und Verhalten. Auch mit Blick auf freiwilliges Engagement kann man davon ausgehen, dass gute Gesundheit und hohe Lebenszufriedenheit

© Der/die Autor(en) 2017

J. Simonson et al. (Hrsg.), *Freiwilliges Engagement in Deutschland*, Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement, DOI 10.1007/978-3-658-12644-5\_18

Voraussetzungen dafür sind, dass sich Menschen freiwillig engagieren, und dass umgekehrt Tätigkeiten im freiwilligen Engagement positive Auswirkungen auf Gesundheit und subjektives Wohlbefinden haben (Wilson 2012).

*Alltagsbeschränkungen und freiwilliges Engagement:* Gesundheit wird in Forschung und Praxis, in Anlehnung an eine Definition der World Health Organization (WHO) (2006), nicht allein als Abwesenheit von Erkrankungen definiert, sondern als Zustand des körperlichen und seelischen Wohlergehens, das die Grundlage für individuelle Aktivität und gesellschaftliche Teilhabe bildet. Ein Aspekt, der insbesondere seit der Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF (WHO 2004), zunehmende Beachtung erhält, ist der Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Einschränkungen einer Person sowie ihren Aktivitäten und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe. Dabei werden auch die individuellen Lebensumstände („Kontexte“) einer Person betrachtet.

Ausgangspunkt hierbei sind Einschränkungen im Alltag, die eine Person aufgrund von Gesundheitseinbußen erfährt. Aber Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe sind nicht allein vom Ausmaß gesundheitsbedingter Alltagsbeschränkungen abhängig, sondern auch von personalen Faktoren wie dem Lebensalter und sozioökonomischen Faktoren, wie etwa der Bildung oder dem Einkommen einer Person, sowie von Umweltfaktoren, wie barrierefreien Zugängen zu Gebäuden. Da gesundheitsbedingte Alltagsbeschränkungen durch eine einzige Frage gut erfassbar sind („In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Arbeiten dauerhaft eingeschränkt?“), wird dieser Gesundheitsaspekt nun auch im Freiwilligensurvey 2014 erhoben.

*Subjektive Gesundheit und freiwilliges Engagement:* Infolge der WHO-Gesundheitsdefinition haben sich weitere Implikationen für die Untersuchung von Gesundheit ergeben. So wird ergänzend zur oben genannten Definition die Bedeutung des selbsteingeschätzten Gesund-

heitszustandes betont („self-rated health“). Dieses ‚subjektive‘ Gesundheitsempfinden trägt erheblich zur Vorhersage des Gesundheitsverlaufs und der ferneren Lebenserwartung eines Menschen bei und verbessert damit die rein medizinische Feststellung der Gesundheit (Idler & Benyamini 1997; Jylhä 2009). Da die Erhebung der selbsteingeschätzten Gesundheit ebenfalls sehr einfach durch eine einzige Frage erfolgen kann („Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“), wird diese Frage im Freiwilligensurvey 2014 gestellt und als ein Indikator für den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand einer Person verwendet.

Gute Gesundheit ist für gesellschaftliche Teilhabe, und damit auch für freiwilliges Engagement, förderlich. Eine schlechte Gesundheit und Einschränkungen im Alltag können dazu führen, dass eine Person weniger gut in der Lage ist, sich freiwillig zu betätigen. Allerdings ist auch vorstellbar, dass sich eine freiwillige Tätigkeit positiv auf die Gesundheit einer Person auswirkt. Freiwilliges Engagement kann damit einhergehen, dass Personen sozial integriert sind, je nach Tätigkeitsinhalt körperlich und geistig unterschiedlich anregende Tätigkeiten ausführen und positive, selbstwertstärkende Rückmeldungen anderer Personen erhalten (zum theoretischen Hintergrund siehe Siegrist, von dem Knesebeck & Pollack 2004). Diese Facetten freiwilligen Engagements können sich positiv auf die Gesundheit einer Person auswirken.

Längsschnittstudien haben diese Annahme bestätigt: In einer Studie, die einen Zeitraum von 20 Jahren umfasste, konnte gezeigt werden, dass freiwilliges Engagement im mittleren Erwachsenenalter mit höherer körperlicher Aktivität sowie verbesserter körperlicher und seelischer Gesundheit im höheren Erwachsenenalter verknüpft ist (Pillemer, Fuller-Rowell, Reid & Wells 2010). In querschnittlich angelegten Studien, wie dem Freiwilligensurvey, lässt sich nicht entscheiden, ob Gesundheit Voraussetzung oder Folge von freiwilligem Engagement ist. Es findet sich aber eine Reihe von Studien, in denen der Zusammenhang zwischen freiwilligem Engagement

und Gesundheit belegt wird (Borgonovi 2008; McDougle, Handy, Konrath & Walk 2014). In einer kulturvergleichenden Analyse zeigt sich, dass in den meisten der 139 untersuchten Länder freiwilliges Engagement ähnlich stark mit selbst eingeschätzter Gesundheit verknüpft ist wie das Vorhandensein eines sozialen Unterstützungsnetzes (Kumar, Calvo, Avendano, Sivaramakrishnan & Berkman 2012).

Für die Auswertung des Freiwilligensurveys 2014 bedeuten diese Überlegungen, dass Menschen mit unterschiedlichem Gesundheitszustand miteinander verglichen werden: Zu fragen ist, ob (und wie) sich Menschen ohne und mit Gesundheitseinschränkungen hinsichtlich ihres freiwilligen Engagements unterscheiden. Zusätzlich soll der Frage nachgegangen werden, ob auch personale Faktoren dabei eine Rolle spielen. Exemplarisch deutlich wird dies angesichts der Bedeutung des Lebensalters. So könnte man annehmen, dass die mit dem Merkmal Alter verknüpften personalen und sozialen Ressourcen die Wirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen verändern. Eine wichtige Ressource ist die soziale Unterstützung. Mit dem Lebensalter wird das soziale Netzwerk kleiner, das gesundheitsbedingte Einschränkungen durch soziale Unterstützung ausgleichen kann. Unterschiede zwischen Menschen ohne und mit Gesundheitseinschränkungen sollten bei älteren Menschen daher größer sein als bei jüngeren Menschen. Neben dem Alter werden auch die Kriterien Geschlecht und Bildungsstatus für differenzierende Analysen herangezogen.

*Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement:* Lebenszufriedenheit, also die allgemeine Bewertung der eigenen Lebenssituation, ist eine wichtige Facette des subjektiven Wohlbefindens einer Person (Diener 2009), zu der auch emotionale Facetten wie Glück oder Angst gehören. Lebenszufriedenheit wird häufig als Ergebnis eines kognitiven Vergleichsprozesses zwischen Zielvorstellungen und der Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation beschrieben. Auch die Lebenszufriedenheit kann sehr gut in einem Survey mit einer Frage erhoben werden („Wie sehr

trifft folgende Aussage auf Sie persönlich zu: „Ich bin zufrieden mit meinem Leben?“).

In der öffentlichen Diskussion wird häufig angenommen, dass sich freiwilliges Engagement positiv auf die Lebenszufriedenheit einer Person auswirkt: Wer sich engagiert, ist zufriedener (und glücklicher) als Personen, die das nicht tun. Diese Annahme konnte in empirischen Studien belegt werden. So zeigte sich in längsschnittlichen Analysen, dass längerfristiges freiwilliges Engagement mit höherer Lebenszufriedenheit zusammenhängt, wobei anzumerken ist, dass dieser Zusammenhang für ältere Freiwillige stärker ist als für jüngere (Van Willigen 2000).

Allerdings kann man mit guten Gründen auch von einem umgekehrten Zusammenhang ausgehen: Zufriedene Menschen sind möglicherweise eher bereit, sich freiwillig zu engagieren. Grundlage für diese Annahme ist eine Theorie, die die positiven Folgen des subjektiven Wohlbefindens hervorhebt („Broaden-and-Build“-Theorie; Fredrickson 1998). Laut dieser Theorie erweitert ein hohes subjektives Wohlbefinden das Handlungsrepertoire und den Horizont einer Person (zum Beispiel bei neuen Aktivitäten und dem Erkunden bislang unbekannter Lebensbereiche). Subjektives Wohlbefinden hat also nicht allein einen Wert in sich selbst (weil es sich gut anfühlt, zufrieden und glücklich zu sein), sondern Wohlbefinden ist auch eine Grundlage für Aktivität und Engagement. Zufriedene Menschen sind eher in der Lage als unzufriedene Menschen, Freundschaften zu knüpfen, gesundheitlich förderndes Verhalten auszuüben und Neues zu lernen (Fredrickson 1998; Veenhoven 1988).

Für die Auswertung des Freiwilligensurveys 2014 bedeutet dies, dass zufriedene und weniger zufriedene Personen hinsichtlich ihres Engagements verglichen werden. Ähnlich wie mit Blick auf die Gesundheit soll der Frage nachgegangen werden, ob personale Faktoren eine Rolle bei etwaigen Unterschieden zwischen mehr und weniger zufriedenen Menschen spielen. Daher sollen die Gruppierungsvariablen Alter, Geschlecht und Bildungsstatus für differenzierende Analysen herangezogen werden.

Im Folgenden wird also der Frage nachgegangen, welche Zusammenhänge es zwischen gesundheitsbedingten Alltagseinschränkungen, subjektiver Gesundheitseinschätzung, Lebenszufriedenheit und Engagement gibt. Da erst im Jahr 2014 den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Freiwilligen surveys Fragen zu Gesundheit und Lebenszufriedenheit gestellt wurden, ist ein Zeitvergleich nicht möglich. Konkret wird in diesem Kapitel drei Forschungsfragen nachgegangen:

1. Unterscheiden sich die Anteile Engagierter bei Menschen mit unterschiedlich starken Alltagseinschränkungen, unterschiedlicher selbsteingeschätzter Gesundheit und unterschiedlicher Lebenszufriedenheit?

2. Weisen Alltagseinschränkungen, selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebenszufriedenheit in verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen (nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus) unterschiedliche Zusammenhänge mit Engagement auf?
3. Ist die Bedeutung von Alltagseinschränkungen, selbsteingeschätzter Gesundheit und Lebenszufriedenheit für freiwilliges Engagement auch dann nachweisbar, wenn andere Aspekte der Lebenssituation von Menschen berücksichtigt werden?

## 17.2 Datengrundlage

Die in diesem Kapitel berichteten deskriptiven Befunde basieren auf gewichteten Analysen. Für die Gewichtung wurden in allen Erhebungsjahren dieselben Gewichtungsmerkmale berücksichtigt. Dabei handelt es sich um die Designgewichtung, die sich auf die Auswahlwahrscheinlichkeit einer Person bezieht (Haushaltsgröße, Zahl der Festnetznummern und, nur für das Jahr 2014, auch die Zahl der Mobilfunknummern) und Gewichtungsmerkmale, die Abweichungen der Stichprobenverteilung von der Grundgesamtheit in bestimmten Dimensionen ausgleichen (Bundesland, Gemeindegrößenklassen, Geschlecht, Altersgruppen). Von einer Hinzunahme weiterer Gewichtungsmerkmale wie etwa des Bildungsstandes haben wir abgesehen, um die Vergleichbarkeit mit den bisher veröffentlichten Berichten zu erhalten.

Im Jahr 2014 wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Freiwilligen surveys erstmals Fragen zu gesundheitsbedingten Alltagseinschränkungen, subjektiver Gesundheitseinschätzung

und Lebenszufriedenheit gestellt. In diesem Abschnitt werden diese Fragen beschrieben und die Verteilung der Bevölkerung über verschiedene Grade von Gesundheit und Lebenszufriedenheit dargestellt.

*Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen:* Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Freiwilligen surveys wurde die folgende Frage gestellt:

*In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Arbeiten dauerhaft eingeschränkt?*

Auf diese Frage gab es vier Antwortmöglichkeiten: ‚stark eingeschränkt‘, ‚etwas eingeschränkt‘, ‚nicht eingeschränkt‘ sowie ‚habe keine Erkrankung‘. Tabelle 17-1 zeigt die Verteilung der Abstufungen dauerhafter Einschränkung durch Krankheit in der Bevölkerung anhand der Daten des Freiwilligen surveys 2014.

**Tabelle 17-1: Abstufungen der dauerhaften Einschränkung durch Krankheit 2014**

	Habe keine Erkrankung	Bin nicht eingeschränkt	Bin etwas eingeschränkt	Bin stark eingeschränkt
Gesamt	41,3	21,7	29,3	7,8
Frauen	39,2	20,9	31,8	8,1
Männer	43,5	22,5	26,6	7,4
14 bis 29 Jahre	66,7	16,8	14,8	1,8
30 bis 49 Jahre	51,2	22,5	22,1	4,2
50 bis 64 Jahre	31,2	24,2	34,3	10,4
65 Jahre und älter	16,5	22,2	46,3	14,9
Noch Schüler/in	67,4	17,3	14,4	0,9*
Niedrige Bildung	26,6	18,4	41,0	14,0
Mittlere Bildung	37,3	22,6	31,4	8,7
Hohe Bildung	49,2	23,3	23,1	4,5

Quelle: FWS 2014, gewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Basis: Alle Befragten (n = 28.549).

Dargestellt sind Zeilenprozent (die Prozentzahlen innerhalb einer Zeile summieren sich zu 100 Prozent).

\*Zellenbesetzung n < 50.

Ein großer Teil der Bevölkerung gibt an, nicht an einer Erkrankung zu leiden (41,3 Prozent) beziehungsweise trotz Erkrankung keine Alltagseinschränkungen zu haben (21,7 Prozent), dies sind insgesamt 63,0 Prozent. Knapp ein Drittel der Bevölkerung erlebt krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen (29,3 Prozent sind etwas eingeschränkt, 7,8 Prozent sind stark eingeschränkt; insgesamt 37,1 Prozent). Frauen geben häufiger als Männer an, etwas eingeschränkt oder stark eingeschränkt zu sein (Frauen: 39,9 Prozent, Männer: 34,0 Prozent). Mit dem Alter nimmt der Anteil der Person zu, die krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen haben. So liegt der Anteil von Personen, die im Alltag etwas eingeschränkt oder stark eingeschränkt sind, bei den 14- bis 29-Jährigen bei 16,6 Prozent, bei den ab 65-Jährigen bei 61,2 Prozent. Es zeigen sich auch deutliche Bildungseffekte in den krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen. Der Anteil von Personen mit hoher Bildung, die im Alltag etwas eingeschränkt oder stark eingeschränkt sind, liegt bei 27,6 Prozent, bei Perso-

nen mit niedriger Bildung bei 55,0 Prozent. Die Zahl der Schülerinnen und Schülern mit starken Alltagseinschränkungen ist sehr klein (n = 12). Daher werden in den Analysen, in denen es um den Zusammenhang zwischen Alltagseinschränkungen und Engagement nach Bildung geht, nur Personen mit Bildungsabschlüssen berücksichtigt (niedrige, mittlere, hohe Bildung). Diese Ergebnisse entsprechen in großem Maß der für Deutschland thematisch zentralen Studie ‚Gesundheit in Deutschland‘ (GEDA). Diese zeigt eine ähnliche Verteilung gesundheitlicher Einschränkungen (Robert Koch-Institut (RKI) 2014a).

*Subjektive Gesundheitseinschätzung:* Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Freiwilligen surveys wurde die folgende Frage vorgelegt:

*Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?*

*Antwortkategorien: sehr gut; eher gut; mittel; eher schlecht; sehr schlecht*

Im Folgenden werden drei Gruppen unterschieden: Personen mit sehr guter oder eher guter Gesundheit, Personen mit mittlerer Gesundheit sowie Personen mit eher schlechter oder sehr schlechter Gesundheit. Tabelle 17-2 zeigt die Verteilung der Abstufungen subjektiver Gesundheit in der Bevölkerung in diesen drei Gruppen mit unterschiedlicher subjektiver Gesundheit.

Über zwei Drittel der Wohnbevölkerung im Alter ab 14 Jahren bewerten ihre Gesundheit als sehr gut oder eher gut (68,8 Prozent). Knapp ein Viertel der Bevölkerung gibt eine mittlere Gesundheitseinschätzung an (22,9 Prozent). Nur eine kleine Minderheit der Bevölkerung bewertet die eigene Gesundheit als eher schlecht oder sehr schlecht (8,3 Prozent). Frauen geben mit 65,4 Prozent seltener als Männer (72,5 Prozent) an, eine sehr gute oder gute subjektive Gesundheit zu haben. Es zeigen sich auch deutliche Altersunterschiede: Während bei den 14- bis 29-Jäh-

rigen 85,6 Prozent angeben, eine sehr gute oder gute subjektive Gesundheit zu haben, sind dies bei den Personen ab 65 Jahren nur 50,6 Prozent. Zudem zeigen sich erhebliche Bildungseffekte: Während bei den Personen mit hoher Bildung 77,4 Prozent angeben, eine sehr gute oder gute Gesundheit zu haben, sind dies bei den Personen mit niedriger Bildung nur 52,3 Prozent. Die Zahl der Schülerinnen und Schülern mit eher oder sehr schlechter subjektive Gesundheit ist sehr klein (n = 28). Daher werden in den Analysen, in denen es um den Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Engagement nach Bildung geht, nur Personen mit Bildungsabschlüssen berücksichtigt (niedrige, mittlere, hohe Bildung). Hier zeigt sich ebenfalls eine ähnliche Verteilung subjektiver Gesundheit wie in der Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ (GEDA) (Robert Koch-Institut (RKI) 2014b).

**Tabelle 17-2: Abstufungen subjektiver Gesundheitseinschätzung 2014**

	Sehr gute oder eher gute Gesundheit	Mittlere Gesundheit	Eher schlechte oder sehr schlechte Gesundheit
Gesamt	68,8	22,9	8,3
Frauen	65,4	25,7	9,0
Männer	72,5	19,9	7,7
14 bis 29 Jahre	85,6	11,2	3,2
30 bis 49 Jahre	76,5	17,7	5,9
50 bis 64 Jahre	62,5	26,7	10,8
65 Jahre und älter	50,6	36,0	13,5
Noch Schüler/in	87,8	10,2	2,0*
Niedrige Bildung	52,3	33,7	14,1
Mittlere Bildung	66,2	24,8	9,0
Hohe Bildung	77,4	17,1	5,5

Quelle: FWS 2014, gewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Basis: Alle Befragten (n = 28.593). Dargestellt sind Zeilenprozentage (die Prozentzahlen innerhalb einer Zeile summieren sich zu 100 Prozent). \*Zellenbesetzung n < 50.

**Lebenszufriedenheit:** Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Freiwilligen surveys wurden Folgendes gefragt:

*Wie sehr trifft die folgende Aussage auf Sie persönlich zu: Ich bin zufrieden mit meinem Leben?*

Auf diese Frage gab es fünf Antwortmöglichkeiten: ‚trifft voll und ganz zu‘, ‚trifft eher zu‘, ‚teils/teils‘, ‚trifft eher nicht zu‘ und ‚trifft ganz und gar nicht zu‘. Diese fünf Antwortkategorien wurden zu drei Gruppen zusammengefasst: voll und ganz beziehungsweise eher zufrieden, teils/teils sowie eher nicht oder ganz und gar nicht zufrieden. Tabelle 17-3 zeigt die Verteilung der Abstufungen der Lebenszufriedenheit in der Bevölkerung.

Über vier Fünftel der Bevölkerung stimmen der Aussage voll und ganz oder eher zu, mit dem eigenen Leben zufrieden zu sein (81,2 Prozent). Eine mittlere Lebenszufriedenheit (‚teils/teils‘) geben 15,6 Prozent der Bevölkerung an. Nur eine kleine Minderheit der Bevölkerung ist mit dem eigenen Leben eher nicht zufrieden oder ganz und gar nicht zufrieden (3,3 Prozent). Frauen und Männer unterscheiden sich kaum in der Lebenszufriedenheit: 80,9 Prozent der Frauen und 81,4 Prozent der Männer sind mit ihrem Leben (sehr) zufrieden. Mit dem Lebensalter steigt die

Lebenszufriedenheit an: Während bei den 14- bis 29-Jährigen 81,2 Prozent angeben, voll und ganz oder eher zufrieden zu sein, sind dies bei den ab 65-Jährigen 85,3 Prozent. Zudem zeigen sich erhebliche Bildungseffekte: Während bei den Personen mit hoher Bildung 85,0 Prozent angeben, mit dem Leben sehr oder eher zufrieden zu sein, sind dies bei den Personen mit niedriger Bildung nur 76,1 Prozent. Die Zahl der Schülerinnen und Schülern mit einer niedrigen Zufriedenheit ist sehr klein (n = 37). Daher werden in den Analysen, in denen es um den Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Engagement nach Bildung geht, nur Personen mit Bildungsabschlüssen berücksichtigt (niedrige, mittlere, hohe Bildung). Ähnliche Verteilungen in der Lebenszufriedenheit finden sich auch in anderen Studien (z. B. im Sozio-oekonomischen Panel, vgl. Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2011: 377ff.; Heidl, Landenberger & Jahn 2012).

**Tabelle 17-3: Abstufungen der Lebenszufriedenheit 2014**

	Voll und ganz bzw. eher zufrieden	Teils/teils zufrieden	Eher nicht bzw. ganz und gar nicht zufrieden
Gesamt	81,2	15,6	3,3
Frauen	80,9	15,9	3,2
Männer	81,4	15,1	3,5
14 bis 29 Jahre	81,2	15,7	3,1
30 bis 49 Jahre	79,4	16,7	3,7
50 bis 64 Jahre	79,3	17,1	3,6
65 Jahre und älter	85,3	12,1	2,7
Noch Schüler/in	84,6	12,3	3,2*
Niedrige Bildung	76,1	18,8	5,1
Mittlere Bildung	79,1	17,4	3,5
Hohe Bildung	85,0	12,8	2,2

Quelle: FWS 2014, gewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Basis: Alle Befragten (n = 28.612).

Dargestellt sind Zeilenprozentage (die Prozentzahlen innerhalb einer Zeile summieren sich zu 100 Prozent).

\*Zellenbesetzung n < 50.

## 17.3 Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen und freiwilliges Engagement

Um den Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen und freiwilligem Engagement zu überprüfen, werden die Anteile Engagierter in den vier Gruppen ‚habe keine Erkrankung‘, ‚durch Erkrankung nicht eingeschränkt‘, ‚durch Erkrankung etwas eingeschränkt‘, ‚durch Erkrankung stark eingeschränkt‘ miteinander verglichen (Abbildung 17-1a).

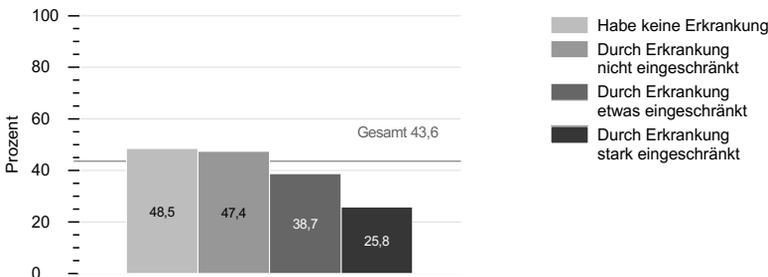
Die Engagementquote in der Gruppe der Personen ohne Erkrankung beträgt 48,5 Prozent. In dieser Gruppe sind also knapp die Hälfte aller Menschen freiwillig engagiert – und damit deutlich mehr als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (43,6 Prozent). Ähnlich hoch ist der Anteil der Engagierten auch in der Gruppe der Personen, die durch eine Erkrankung nicht eingeschränkt sind: Hier beträgt die Engage-

mentquote 47,4 Prozent. Deutlich geringer ist der Anteil der Engagierten dagegen in der Gruppe der Personen, die krankheitsbedingt etwas eingeschränkt sind (38,7 Prozent), sowie in der Gruppe der Personen, die krankheitsbedingt stark eingeschränkt sind (25,8 Prozent).

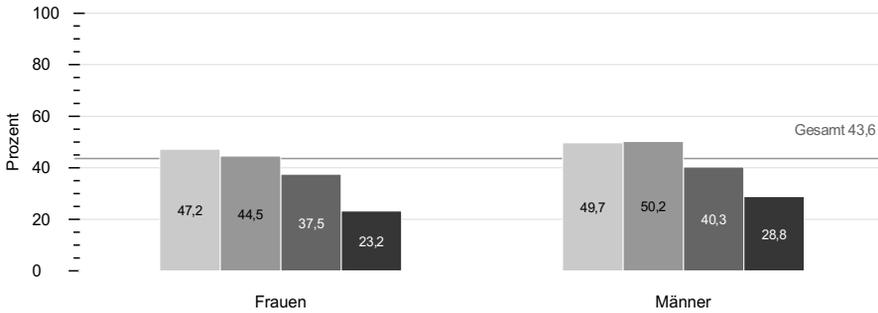
Bei Frauen wie bei Männern finden sich ähnliche Muster: Je stärker die krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen sind, desto geringer ist die Engagementquote (Abbildung 17-1b). Allerdings sind mehr Männer über alle Stufen krankheitsbedingter Alltagseinschränkungen engagiert als Frauen. Sowohl innerhalb der Gruppe der Frauen als auch der Männer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlich starken Alltagseinschränkungen signifikant. Jedoch gibt es keine Interaktion zwischen Alltagseinschränkungen und Geschlecht.

**Abbildung 17-1: Anteile Engagierter in Gruppen mit unterschiedlich starken krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen 2014, a) gesamt, b) nach Geschlecht, c) nach Alter sowie d) nach Bildung**

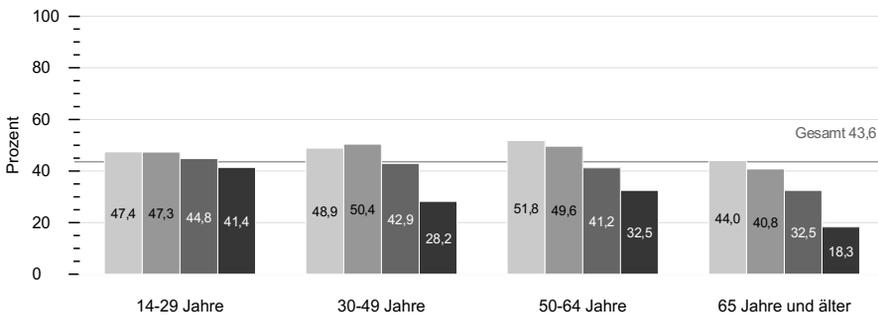
### a) nach Alltagseinschränkungen gesamt



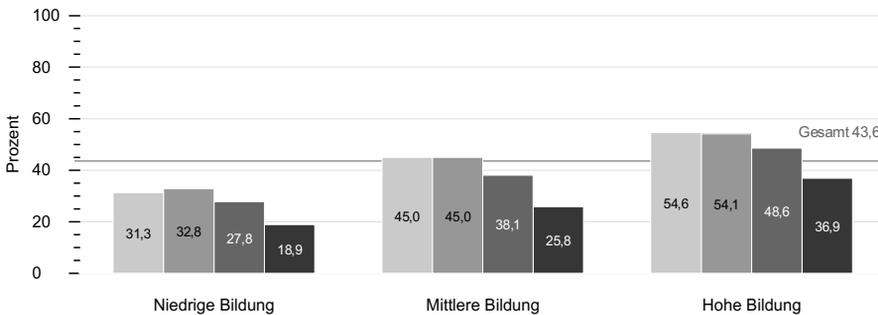
**b) nach Alltagseinschränkungen und Geschlecht**



**c) nach Alltagseinschränkungen und Alter**



**d) nach Alltagseinschränkungen und Bildung**



Quelle: FWS 2014, gewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Basis: Alle Befragten (n = 28.549).

Betrachten wir Alter und krankheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, so zeigt sich, dass in allen Altersgruppen die Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Engagements zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Alltagseinschränkungen signifikant sind (Abbildung 17-1c). Zugleich gibt es eine Interaktion zwischen

Alter und Alltagseinschränkungen. Personen im höheren Alter sind anteilig deutlich seltener engagiert, wenn sie etwas oder stark durch eine Krankheit eingeschränkt sind. Dies wird an zwei Altersgruppen sehr deutlich: In der jüngsten Altersgruppe (14 bis 29 Jahre) ist die Engamentquote auch bei den Personen mit starken

Alltagseinschränkungen hoch (41,4 Prozent). Möglicherweise finden sich hier insbesondere im Leben früh erkrankte Personen, die sich in Selbsthilfegruppen und anderen gesellschaftlichen Bereichen engagieren. Im Gegensatz dazu ist in der höchsten Altersgruppe die Engagementquote bei den Personen, die etwas oder stark eingeschränkt sind, besonders niedrig (32,5 Prozent und 18,3 Prozent). Recht hoch ist die Engagementquote allerdings in der höchsten Altersgruppe bei den Personen ohne Erkrankungen (44,0 Prozent) sowie bei den Personen mit Erkrankung, aber ohne Einschränkungen (40,8 Prozent). Hier ist zu sehen, dass der häufig beschriebene Alterseffekt in der Engagementbeteiligung sehr wahrscheinlich ein Gesundheitseffekt ist: Da die Gruppe der ab 65-Jährigen ohne Erkrankungen oder Einschränkungen recht klein ist, wird das Engagement im Alter stark durch die (größeren) Gruppen der Personen bestimmt, die durch Erkrankungen etwas oder stark eingeschränkt sind.

Der Blick auf drei Bildungsgruppen zeigt deutlich, dass das Engagement sowohl mit Bildung als auch mit dem Grad der krankheitsbedingten Einschränkungen zusammenhängt

(Abbildung 17-1d). In allen drei Bildungsgruppen gibt es signifikante Unterschiede bei der Engagementquote je nach Alltagseinschränkungen: Stärkere Alltagseinschränkungen sind im Schnitt mit einer geringeren Engagementquote verknüpft. Die Muster in den Unterschieden zwischen den Alltagseinschränkungen sind sehr ähnlich für alle drei Bildungsgruppen; es zeigt sich keine signifikante Interaktion zwischen Bildung und Alltagseinschränkungen. Sehr wenige der Personen, die krankheitsbedingt etwas oder stark eingeschränkt sind, engagieren sich. Aber auch hier finden sich deutliche Bildungsunterschiede. Um den Einfluss von Bildung zu verdeutlichen, soll ein Vergleich gezogen werden: In der Gruppe der stark eingeschränkten Personen mit hoher Bildung ist die Engagementquote mit 36,9 Prozent deutlich höher als in der Gruppe der Personen ohne Erkrankung mit niedriger Bildung (31,3 Prozent). Die Engagementquoten von Personen mit niedriger Bildung liegen in allen Graden subjektiver Gesundheit unter dem Durchschnitt der Bevölkerung. Dies gilt in der Gruppe der Personen mit hoher Bildung nur für die Personen mit eher oder sehr schlechter subjektiver Gesundheit.

## 17.4 Subjektive Gesundheit und freiwilliges Engagement

Um den Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und freiwilligem Engagement zu überprüfen, wurde die Engagementquote von Personen mit sehr guter oder eher guter subjektiver Gesundheit, mit mittlerer Gesundheit und mit eher schlechter oder sehr schlechter Gesundheit miteinander verglichen (Abbildung 17-2a). Die Engagementquote in der Gruppe der Personen mit sehr guter oder guter Gesundheit ist deutlich höher als in den anderen beiden Gruppen. Sie beträgt 48,5 Prozent, während sie in der Gruppe der Personen, die ihre Gesundheit als ‚mittel‘ einschätzen, nur bei 34,5 Prozent liegt. In der Gruppe der Personen mit eher schlechter beziehungsweise sehr schlechter Gesundheits-einschätzung liegt die Engagementquote sogar nur bei 28,9 Prozent.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit sehr oder eher guter subjektiver Gesundheit sind die Engagementquoten deutlich höher als bei Frauen und Männern mit mittlerer beziehungsweise eher oder sehr schlechter subjektiver Gesundheit (Abbildung 17-2b). Die Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlicher subjektiver Gesundheit beider Geschlechter sind signifikant. Allerdings sind diese Gruppenunterschiede bei Frauen und Männern nicht gleich, es gibt eine Interaktion zwischen subjektiver Gesundheit und Geschlecht. Eine gute subjektive Gesundheit zu haben, beeinflusst das Engagement von Frauen stärker als von Männern.

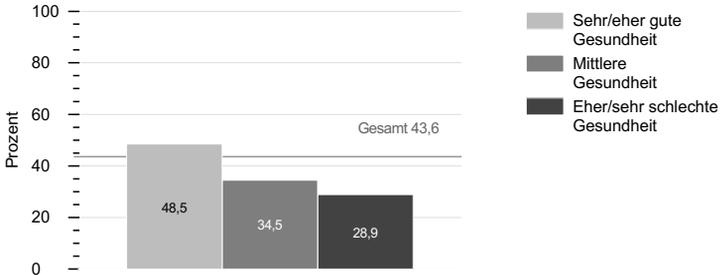
Differenziert man die drei Gruppen subjektiver Gesundheit nach Altersgruppen (Abbildung 17-2c), zeigt sich das bereits bekannte Muster: In allen Altersgruppen sind die Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher subjektiver Gesundheit signifikant. Jedoch sind die Muster zwischen den Altersgruppen unterschiedlich, das heißt, es gibt eine Interaktion zwischen Alter und subjektiver Gesundheit. Bei allen Personen über 30 Jahren mit sehr und eher guter subjektiver Gesundheit liegt die Engage-

mentquote deutlich über der Quote von Personen mit mittlerer beziehungsweise eher und sehr schlechter subjektiver Gesundheit in diesem Alter. Für die Altersgruppe der 14- bis 29-Jährigen trifft das nicht zu: Hier liegt die Engagementquote in der Gruppe mit eher und sehr schlechter Gesundheit nur wenig unter der Gruppe mit sehr und eher guter Gesundheit. Auch bei den 30- bis 49-Jährigen zeigt sich ein interessanter Befund: Hier findet sich nur ein kleiner Unterschied in der Quote der Personen mit mittlerer subjektiver Gesundheit und der Gruppe mit (eher) schlechter subjektiver Gesundheit. Anzumerken ist auch, dass bei den ab 65-Jährigen eher und sehr schlechte Gesundheit mit einer besonders geringen Engagementquote verknüpft ist.

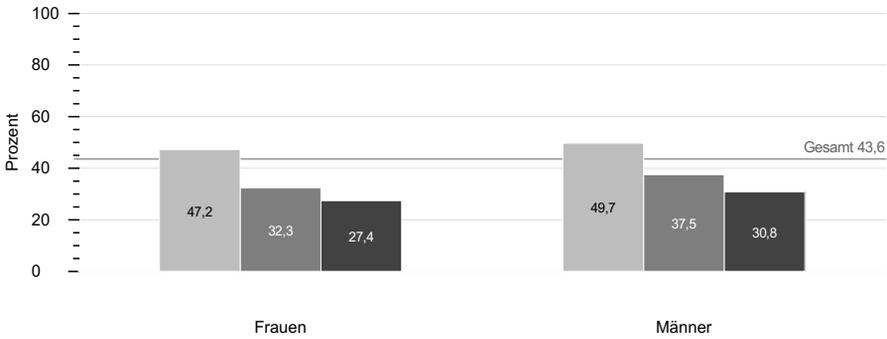
Der Blick auf drei Bildungsgruppen zeigt abermals, dass das Engagement sowohl mit dem Bildungsstand als auch mit der subjektiven Gesundheit zusammenhängt (Abbildung 17-2d). Diese beiden Faktoren beeinflussen das Engagement einer Person aber unabhängig voneinander: Die Muster in den Unterschieden zwischen Gruppen mit unterschiedlicher subjektiver Gesundheit sind sehr ähnlich für alle Bildungsgruppen (es zeigt sich keine signifikante Interaktion zwischen Bildung und Gesundheit). Bessere subjektive Gesundheit ist in allen drei Bildungsgruppen im Schnitt mit einer höheren Engagementquote verknüpft. Verbunden mit dem bereits bekannten Bildungseffekt zeigt sich eine Kumulation von beeinträchtigenden Faktoren: Bei Personen mit niedriger Bildung, die eine sehr oder eher schlechte Gesundheit angeben, ist die Engagementquote sehr niedrig. So ist in der Gruppe der hochgebildeten Personen mit sehr beziehungsweise eher schlechter subjektiver Gesundheit die Engagementquote mit 40,1 Prozent deutlich höher als in der Gruppe der niedriggebildeten Personen mit sehr beziehungsweise eher guter subjektiver Gesundheit (33,6 Prozent).

**Abbildung 17-2: Anteile Engagierter in Gruppen mit unterschiedlicher subjektiver Gesundheit 2014, a) gesamt, b) nach Geschlecht, c) nach Alter sowie (d) nach Bildung**

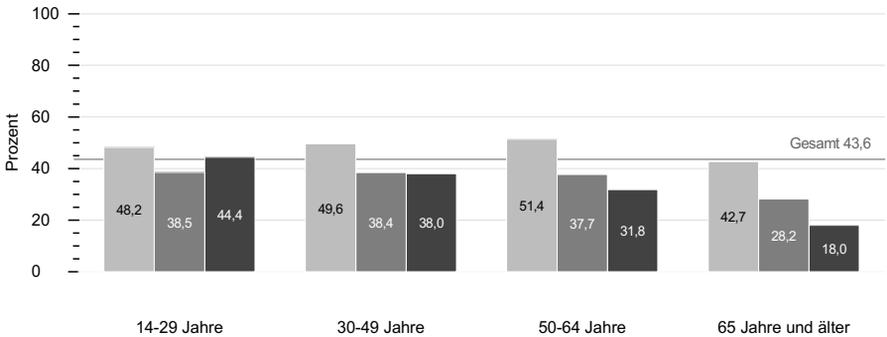
**a) nach subjektiver Gesundheit gesamt**

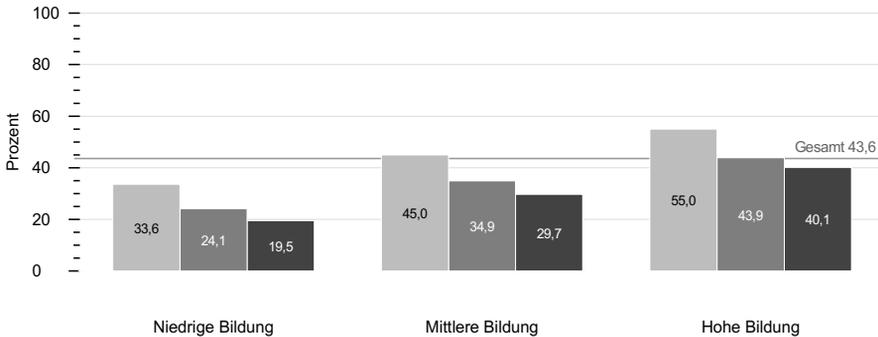


**b) nach subjektiver Gesundheit und Geschlecht**



**c) nach subjektiver Gesundheit und Alter**



**d) nach subjektiver Gesundheit und Bildung**

Quelle: FWS 2014, gewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Basis: Alle Befragten (n = 28.593).

## 17.5 Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement

Um den Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und freiwilligem Engagement zu überprüfen, wurde die Engagementquote dreier Gruppen miteinander verglichen: Personen, die mit ihrem Leben voll und ganz beziehungsweise eher zufrieden sind, Personen, die ‚teils/teils‘ als Zufriedenheit angeben, sowie Personen, die eher nicht oder ganz und gar nicht zufrieden mit ihrem Leben sind (Abbildung 17-3a). Die Engagementquote in der Gruppe der Personen mit (eher) hoher Lebenszufriedenheit ist mit 46,3 Prozent deutlich höher als in der Gruppe, die eine mittlere Lebenszufriedenheit angibt (33,5 Prozent) und ebenfalls höher als bei den Personen, die eine (eher) geringe Lebenszufriedenheit angeben (26,5 Prozent).

Bei den (sehr) zufriedenen Frauen und Männern ist die Engagementquote deutlich höher als in den Gruppen mit mittlerer sowie mit (eher) geringer Lebenszufriedenheit (Abbildung 17-3b). Zwischen Frauen und Männern sind diese Gruppenunterschiede sehr ähnlich. Die Muster der Unterschiede zwischen den Zufriedenheitsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant zwischen Frauen und Männern; es gibt keine Interaktion zwischen Geschlecht und Lebenszufriedenheit.

Differenziert man die Lebenszufriedenheitsgruppen nach Alter (Abbildung 17-3c), so zeigt sich, dass in allen Altersgruppen die Unterschiede zwischen den Zufriedenheitsgruppen signifikant sind. Zugleich unterscheiden sich die Muster zwischen den Altersgruppen signifikant, es gibt also eine Interaktion zwischen Alter und Lebenszufriedenheit. In den Altersgruppen ab 30 Jahren gibt es ein deutliches ‚Treppennmuster‘ (d. h. erhebliche Unterschiede zwischen allen drei Zufriedenheitsgruppen). Bei den 14- bis 29-Jährigen unterscheiden sich die (sehr) zufriedenen Personen erheblich von den beiden weniger zufriedenen Gruppen. Zwischen den beiden letzteren Gruppen besteht in dieser Altersgruppe aber nur ein geringer Unterschied.

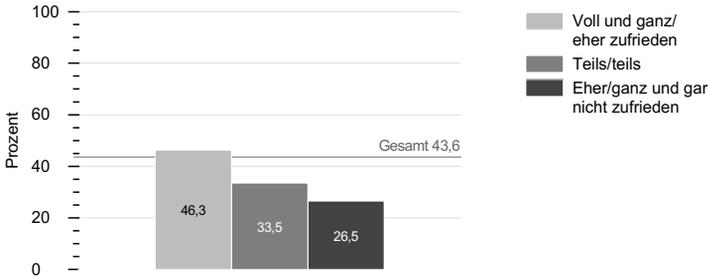
Der Blick auf die drei Bildungsgruppen zeigt, dass Engagement sowohl mit dem Bildungsstand als auch mit der Lebenszufriedenheit zusammenhängt (Abbildung 17-3d). In allen drei Bildungsgruppen gibt es signifikante Unterschiede bei der Engagementquote je nach Lebenszufriedenheit: Höhere Lebenszufriedenheit ist im Schnitt mit einer höheren Engagementquote verknüpft. Jedoch sind die Muster in den Unterschieden zwischen den Lebenszufriedenheitsgruppen für alle drei

Bildungsgruppen sehr ähnlich. Es gibt also keine signifikante Interaktion zwischen Bildungsstand und Zufriedenheitsstatus. Allerdings bestätigt sich hier, wie bedeutsam der Bildungsstand allein für Engagement ist: Bei den hochgebil-

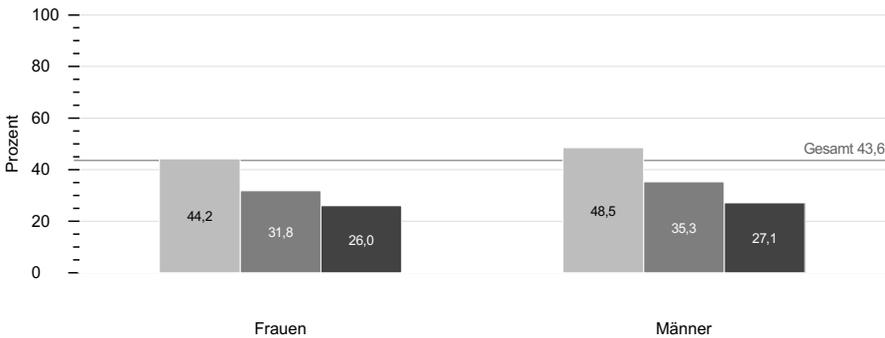
deten Personen liegt die Engagementquote in allen Zufriedenheitsgruppen über 35 Prozent – und damit höher als alle Engagementquoten bei den niedriggebildeten Personen.

**Abbildung 17-3: Anteile Engagierter in Gruppen mit unterschiedlicher Lebenszufriedenheit 2014, a) gesamt, b) nach Geschlecht, c) nach Alter und (d) nach Bildung**

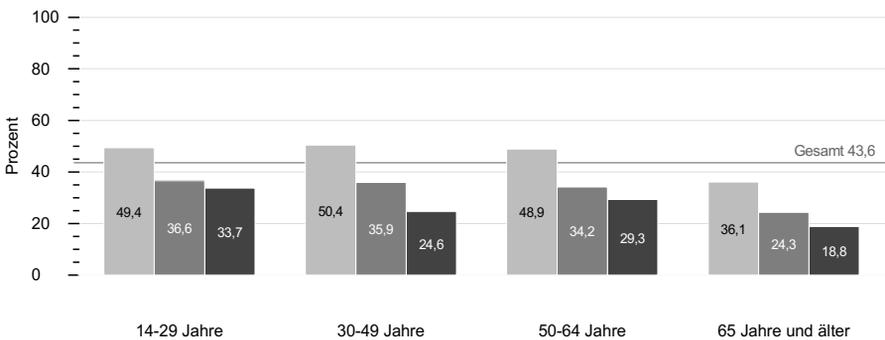
**a) nach Lebenszufriedenheit gesamt**

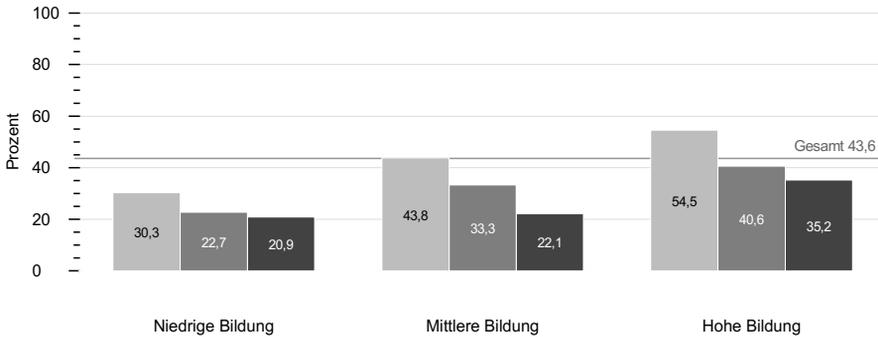


**b) nach Lebenszufriedenheit und Geschlecht**



**c) nach Lebenszufriedenheit und Altersgruppe**



**d) nach Lebenszufriedenheit und Bildung**

Quelle: FWS 2014, gewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Basis: Alle Befragten (n = 28.612).

## 17.6 Multivariate Analysen im Bereich Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Die bisherigen Analysen zeigen eindrucksvoll, dass es Zusammenhänge zwischen Gesundheit beziehungsweise Lebenszufriedenheit und freiwilligem Engagement gibt. Allerdings wird in diesen Analysen nur die Beziehung zwischen Engagement und maximal zwei Einflussgrößen untersucht (Gesundheit und Lebenszufriedenheit sowie Geschlecht, Alter und Bildung). Unter den Personen ohne krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen ist der Anteil der engagierten Menschen größer als bei Personen mit erheblichen Alltagseinschränkungen, Personen mit guter subjektiver Gesundheit sind anteilig häufiger engagiert als Personen mit schlechter subjektiver Gesundheit, und unter den Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, gibt es mehr Engagierte als unter Personen mit geringer Lebenszufriedenheit. Dieser Zusammenhang scheint auch vorzuliegen, wenn man sich verschiedene Bevölkerungsgruppen ansieht: Frauen und Männer sowie Menschen unterschiedlicher Alters- und Bildungsgruppen. Allerdings fehlt noch ein geeigneter statistischer Test, der prüft, ob der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Engagement in allen Gruppen

in gleicher Weise gilt. Zudem ist zu fragen, ob sich diese Effekte auch finden lassen, wenn weitere Aspekte der Lebenssituation von Personen berücksichtigt werden, wie etwa die finanzielle Situation, soziale Einbettung und Werthaltungen. Hierzu sind multivariate Analysen notwendig, in denen der Zusammenhang zwischen Engagement und mehreren Einflussfaktoren gleichzeitig untersucht wird.

Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse multivariater logistischer Regressionen dargestellt. In multivariaten logistischen Regressionsmodellen wird die Frage untersucht, ob eine abhängige Variable mit zwei Ausprägungen von mehreren unabhängigen Variablen gleichzeitig beeinflusst wird. Die abhängige Variable mit zwei Ausprägungen ist in unseren Modellen ‚Engagement‘ (ja/nein). Für jede der drei Fokusvariablen – krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit und Lebenszufriedenheit – wird jeweils ein Modell gerechnet. In dieses Modell gehen als unabhängige Variablen jeweils eine der drei Fokusvariablen ein sowie Geschlecht, Alter und Bildung der Per-

sonen und schließlich die Interaktionen zwischen Geschlecht, Alter und Bildung mit den Fokusvariablen. Als Referenzgruppe für die Testung der Effekte wurde die Gruppe der Männer im Alter von 50 bis 64 Jahren mit mittlerem Bildungsniveau gewählt. Es wurde dabei diejenige Gruppe als Bezugspunkt gewählt, die im Alter und in der Bildung in einer mittleren Position liegt (daher wurde die Gruppe der Personen im mittleren Alter mit mittlerer Bildung gewählt). Zudem wurde die Gruppe der Männer als Referenzgröße gewählt, um die Ergebnisse für die Gruppe der Frauen explizit darstellen zu können (wird die Referenzgruppe Frauen gewählt, kann kein Koeffizient für Frauen ausgewiesen werden). Als Kontrollvariablen gehen in die Analysen die folgenden Informationen ein: subjektives Einkommen, Netzwerkqualität, Werthaltung Solidarität sowie Bundesland und Kontakt über Festnetz/Mobilfunk. In Tabelle 17-4 sind die Ergebnisse der logistischen Regressionen dargestellt.

Die unstandardisierten Koeffizienten der drei Modelle werden betrachtet: Positive Koeffizienten, zum Beispiel im Fall der Fokusvariable ‚subjektive Gesundheit‘: 0,15, zeigen an, dass eine positive Beziehung vorliegt: Je besser die subjektive Gesundheit, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, freiwillig engagiert zu sein. Negative Koeffizienten, zum Beispiel im Fall der Fokusvariable ‚Alltagsbeschränkungen‘: -0,15 zeigen an, dass eine negative Beziehung besteht: Je stärker ausgeprägt die Alltagsbeschränkungen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, freiwillig engagiert zu sein. Je größer der Betrag eines Koeffizienten ist, desto stärker ist der Zusammenhang. Dargestellt sind nur jene Koeffizienten, bei denen ein Signifikanztest angezeigt hat, dass der betreffende Koeffizient statistisch bedeutsam ist (nicht signifikante Koeffizienten werden durch drei Striche angezeigt).

Es ist klar erkenntlich, dass krankheitsbedingte Alltagsbeschränkungen, subjektive Ge-

sundheit und Lebenszufriedenheit auch im Kontext weiterer Variablen das Engagement einer Person vorhersagen.<sup>1</sup> Die entsprechenden Koeffizienten lauten für krankheitsbedingte Alltagsbeschränkungen -0,15 (je stärker eine Person unter Alltagsbeschränkungen leidet, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein freiwilliges Engagement ausübt), für subjektive Gesundheit 0,15 (je besser die subjektive Gesundheit einer Person ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein freiwilliges Engagement ausübt) und für Lebenszufriedenheit 0,12 (je stärker die Lebenszufriedenheit einer Person ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein freiwilliges Engagement ausübt).

Die Koeffizienten für Alter, Geschlecht und Bildung entsprechen dem aus Kapitel 3 bekannten Muster: Frauen sind weniger häufig engagiert als Männer (die Koeffizienten in den drei Modellen liegen zwischen -0,26 und -0,27). Die Wahrscheinlichkeit, im höheren Erwachsenenalter (65 Jahre und älter) freiwillig engagiert zu sein, ist geringer als im mittleren Erwachsenenalter (die Koeffizienten in den drei Modellen liegen zwischen -0,19 und -0,29). Menschen mit niedriger Bildung sind mit geringerer Wahrscheinlichkeit engagiert als Menschen mit mittlerer Bildung (die Koeffizienten in den drei Modellen liegen zwischen -0,38 und -0,41) und Menschen mit höherer Bildung sind mit höherer Wahrscheinlichkeit engagiert als Menschen mit mittlerer Bildung (die Koeffizienten in den drei Modellen liegen zwischen 0,41 und 0,42).

1 Auch in einem Modell, in dem zugleich die drei Fokusvariablen und alle Kontrollvariablen enthalten sind (allerdings ohne Interaktionsterme), sind die Koeffizienten aller drei Fokusvariablen - krankheitsbedingte Alltagsbeschränkungen, subjektive Gesundheit und Lebenszufriedenheit - signifikant. Dies bedeutet, dass die hier verwendeten Indikatoren für Gesundheit und Lebenszufriedenheit unabhängig voneinander bedeutsame Vorhersagekraft für die Wahrscheinlichkeit freiwilligen Engagements haben.

**Tabelle 17-4: Ergebnisse logistischer Regressionen, Vorhersage freiwilligen Engagements durch drei Fokusvariablen (Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit), Geschlecht, Alter, Bildung sowie Interaktionen, 2014**

	Alltagseinschränkungen	Subjektive Gesundheit	Lebenszufriedenheit
<b>Fokusvariable</b>	-0,15***	0,15***	0,12**
<b>Geschlecht (Referenz: Männer)</b>			
Frauen	-0,26***	-0,26***	-0,27***
<b>Alter (Referenz: 50 bis 64 Jahre)</b>			
14 bis 29 Jahre	---	---	---
30 bis 49 Jahre	0,08*	0,08*	0,11**
65 Jahre und älter	-0,19***	-0,22***	-0,29***
<b>Bildung (Referenz: mittlere Bildung)</b>			
Niedrige Bildung	-0,40***	-0,38***	-0,41***
Hohe Bildung	0,41***	0,41***	0,42***
<b>Interaktion mit Geschlecht</b>			
Fokusvariable*Frauen	---	0,06*	---
<b>Interaktion mit Alter</b>			
Fokusvariable*14-29 Jahre	0,13**	-0,12*	---
Fokusvariable*30-49 Jahre	---	-0,12**	---
Fokusvariable*65 Jahre und älter	-0,11**	0,08*	---
<b>Interaktion mit Bildung</b>			
Fokusvariable* Niedrige Bildung	---	---	---
Fokusvariable* Hohe Bildung	0,06*	---	---
Pseudo R <sup>2</sup>	0,06***	0,06***	0,06***
Anzahl gültiger Fälle	26.534	26.573	26.578

Quelle: FWS 2014, ungewichtet, eigene Berechnungen (DZA). Kontrolliert für subjektives Einkommen, Netzwerkqualität, Werthaltung Solidarität sowie Design-Variablen (Bundesland, Kontakt über Festnetz/Mobilfunk). \*p < 0,05, \*\*p < 0,01, \*\*\*p < 0,001, --- nicht signifikant.

Ebenfalls von hohem Interesse ist die Frage der Interaktionen zwischen den Fokusvariablen mit Geschlecht, Alter und Bildung. Signifikante Interaktionen zeigen sich nur für die Fokusvariablen Alltagseinschränkungen und subjektive Gesundheit. Alltagseinschränkungen wirken sich

bei Menschen im Alter von 14 bis 29 Jahren weniger stark auf die Wahrscheinlichkeit, engagiert zu sein, aus als für die Referenzgruppe der 50- bis 64-Jährigen (0,13), bei älteren Menschen ab 65 Jahren wirken sich Alltagseinschränkungen dagegen stärker aus als in der Referenzgruppe (-0,11).

Im Vergleich zu Jüngeren sind Ältere also bei gleich hohen Alltagseinschränkungen weniger wahrscheinlich engagiert. Für Menschen mit hoher Bildung (0,06) wirken sich Alltagseinschränkungen nicht so gravierend auf die Wahrscheinlichkeit, engagiert zu sein, aus wie für Menschen mit mittlerer Bildung.

Eine gute subjektive Gesundheit erhöht bei Frauen die Wahrscheinlichkeit, eine freiwillige Tätigkeit auszuüben, stärker als bei Männern (0,06). Eine gute subjektive Gesundheit zu haben ist für das Engagement von Menschen im Alter von 14 bis 49 Jahren weniger wichtig als für Menschen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren (jeweils  $-0,12$ ), für Menschen ab 65 Jahren dagegen wichtiger (0,08). Bei gleich guter subjektiver Gesundheit sind ältere Personen also weniger wahrscheinlich engagiert als Personen jüngerer Lebensalters. Eine gute subjektive Gesundheit ist demnach ein wichtigerer Faktor für das Engagement vor allem in der zweiten Lebenshälfte.

Die multivariaten Analysen zeigen, dass krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, sub-

jektive Gesundheit und Lebenszufriedenheit mit der Wahrscheinlichkeit zusammenhängen, freiwillig engagiert zu sein. Dies gilt auch dann, wenn verschiedene Aspekte der Lebenssituation in den Analysen berücksichtigt werden. Während die Bedeutung der Lebenszufriedenheit für Engagement in allen Gruppen – Frauen und Männer, Alters- und Bildungsgruppen – in der logistischen Regression etwa gleich ist, zeigt sich, dass Alltagseinschränkungen und subjektive Gesundheit eine stärkere Bedeutung für das Engagement von Menschen im höheren Lebensalter haben. Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Erklärungskraft der multivariaten Modelle nicht sehr groß ist. Dies kann an der aufgeklärten Varianz abgelesen werden (Pseudo  $R^2$ ): Sie beträgt in allen Modellen nur sechs Prozent. Dies ist auch mit der großen Vielfalt freiwilligen Engagements zu erklären: Es handelt sich bei freiwilligem Engagement um sehr unterschiedliche Aktivitäten und Aufgaben, die von den Einflussgrößen in unterschiedlicher Weise beeinflusst werden können.

## 17.7 Fazit

Im vorliegenden Kapitel wurde gezeigt, dass freiwilliges Engagement mit Alltagseinschränkungen, Gesundheit und Lebenszufriedenheit zusammenhängt. Dabei stellt sich die Frage: Sind die weitgehende Abwesenheit von Alltagseinschränkungen, eine gute Gesundheit und eine hohe Lebenszufriedenheit die Voraussetzungen oder die Folgen freiwilligen Engagements? Zu beiden Wirkrichtungen gibt es bereits empirische Untersuchungen. Zum einen konnte gezeigt werden, dass möglichst geringe Alltagseinschränkungen, gute Gesundheit und hohe Lebenszufriedenheit wichtige Voraussetzungen für die Aufnahme von freiwilligem Engagement sein können (Erlinghagen & Hank 2006). Zum anderen wurde aber auch bereits beobachtet, dass sich freiwilliges Engagement positiv auf Alltagskompetenz, Gesundheit und Lebenszufriedenheit

auswirken kann (Piliavin & Siegl 2007). Aufgrund der vorliegenden querschnittlichen Daten im Freiwilligensurvey 2014 ist es nicht möglich zu entscheiden, welche der beiden Interpretationen hier angemessen wäre.

Zu vermuten ist jedoch, dass im Rahmen gegenseitiger Wechselwirkungen beides zutrifft. Ein Mindestmaß an gesundheitlichem und persönlichem Wohlbefinden ist eine wichtige Grundlage, um sich freiwillig engagieren zu können. Zugleich kann, sich zu engagieren, positive Auswirkungen auf gesundheitliche Aspekte und auf die Lebenszufriedenheit der Engagierten haben. Nach dem Eintritt in den Ruhestand kann eine freiwillige Tätigkeit zum Beispiel den Verlust von als wichtig empfundenen Aufgaben auffangen und neue Regelmäßigkeit und Tagesstruktur in den Alltag bringen. Es können auch neue so-

ziale Kontakte geknüpft und gepflegt werden. Oft erhalten die Engagierten Anerkennung durch andere, und auch die körperliche Aktivität wird unter Umständen gesteigert – und sei es nur, dass jemand zweimal wöchentlich zum Bus läuft, um zum Ort des Engagements zu gelangen. Diese positiven Effekte auf die Lebensqualität können umgekehrt wiederum dazu beitragen, dass das Engagement beibehalten wird und sogar zusätzliche Aktivitäten aufgenommen werden.

Lebenszufriedenheit und Gesundheit sollten als wichtige Faktoren daher im gesellschaftlichen und politischen Diskurs über freiwilliges Engagement berücksichtigt werden. Gute Gesundheit ist eine bedeutsame Voraussetzung für freiwilliges Engagement. Eine schlechtere Gesundheit und die daraus möglicherweise entstehenden Einschränkungen im Alltag erschweren freiwilliges Engagement. Wenn jemand beispielsweise weniger gut laufen kann und daher schneller erschöpft ist, ist es für diese Person möglicherweise eine zusätzliche Anstrengung, einer freiwilligen Tätigkeit nachzugehen. Daher sollte bei der Förderung von Engagement auch die besondere Lebenssituation von Menschen mit eingeschränkter Gesundheit berücksichtigt werden. Vor allem Ältere sind seltener engagiert, wenn sie gesundheitlich eingeschränkt sind. Geeignete Maßnahmen, die diesen Menschen das Engagement erleichtern, könnten sich unter anderem speziell an diese Zielgruppe richten. So wäre es denkbar, infrastrukturelle Maßnahmen für Menschen mit eingeschränkter Beweglichkeit zu fördern (z. B. barrierefreie Räumlichkeiten, Fahrdienste etc.). Auch könnten die Engagementangebote selbst auf besondere Bedürfnisse zugeschnitten werden und zum Beispiel die Dauer und Häufigkeit der freiwilligen Tätigkeit an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden.

Umgekehrt kann Engagementpolitik auch auf die positiven Effekte von freiwilligem Engagement hinsichtlich der Lebenszufriedenheit und der (subjektiven) Gesundheit verweisen und darüber zum Engagement motivieren, als Mittel, das zur persönlichen und körperlichen Lebensqualität von Menschen beigetragen kann.

Einige Studien haben gezeigt, dass freiwilliges Engagement vor allem für Personen mit geringeren persönlichen Ressourcen, wie zum Beispiel niedriger Bildung, positive Effekte nach sich zieht (Morrow-Howell, Hong & Tang 2009). Es ist auch vorstellbar, dass freiwilliges Engagement durch die damit einhergehende körperliche Aktivität zum körperlichen Wohlbefinden beitragen kann. Wenn Engagementangebote für Personen mit geringeren persönlichen Ressourcen zugeschnitten werden, könnten sie möglicherweise besser in die Gesellschaft integriert werden.

Aus der Literatur gibt es jedoch Hinweise, dass vor allem regelmäßiges und bereits seit längerer Zeit ausgeübtes freiwilliges Engagement zu diesen positiven Effekten beiträgt, während sporadische Aktivitäten einen weniger deutlichen Einfluss auf das persönliche und körperliche Wohlbefinden für die Engagierten zeigen (Van Willigen 2000). Auf der anderen Seite scheint zudem ein Zuviel an Engagement zu Unzufriedenheit und Überlastung zu führen und die positiven Effekte wieder aufzuheben (vgl. Musick & Wilson 2008). Dies ist stark von den individuellen Lebensumständen, wie zum Beispiel den zeitlichen Ressourcen, abhängig. Ob sich Engagement positiv auswirkt, hängt außerdem von der inhaltlichen Passung zwischen der freiwilligen Tätigkeit und der engagierten Person ab. Nicht jede freiwillige Tätigkeit trägt bei den Engagierten zu einer besseren Lebensqualität bei. Wesentliche Faktoren sind zum Beispiel die Freude an der Tätigkeit und das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun (Musick & Wilson 2008; Windsor, Anstey & Rodgers 2008). Für die Förderung von Engagement bedeuten diese Ergebnisse abermals, dass der Zugang zu Engagement, das richtige Maß an Engagement und die richtige Aufgabe für eine Person von vielen individuellen Faktoren abhängen. Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen brauchen passende Angebote und Fördermaßnahmen sowie entsprechende Informationen darüber, damit sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten engagieren – und eventuell sogar ihre Gesundheit und ihre Lebenszufriedenheit dadurch verbessern können.

## Literatur

- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science and Medicine*, 66(11), 2321–2334.
- Diener, E. (2009). *Well-being for public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Erlinghagen, M., & Hank, K. (2006). The Participation of Older Europeans in Volunteer Work. *Ageing & Society*, 26(4), 567–584.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300–319.
- Heidl, C. M., Landenberger, M., & Jahn, P. (2012). *Lebenszufriedenheit in Westdeutschland. Eine Querschnittsanalyse mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health & Social Behavior*, 38(1), 21–37.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine*, 74(5), 696–706.
- McDougle, L., Handy, F., Konrath, S., & Walk, M. (2014). Health outcomes and volunteering: the moderating role of religiosity. *Social Indicators Research*, 117(2), 337–351.
- Morrow-Howell, N., Hong, S.-I., & Tang, F. (2009). Who benefits from volunteering? Variations in perceived benefit. *The Gerontologist*, 49(1), 91–102.
- Musick, M., & Wilson, J. (2008). *Volunteers. A Social Profile*. Bloomington: Indiana University Press.
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of Health & Social Behavior*, 48(4), 450–464.
- Pillemer, K., Fuller-Rowell, T. E., Reid, M. C., & Wells, N. M. (2010). Environmental volunteering and health outcomes over a 20-year period. *The Gerontologist*, 50(5), 594–602.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2014a). *Gesundheitliche Einschränkungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“*. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2014b). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“*. Berlin: RKI.
- Siegrist, J., von dem Knesebeck, O., & Pollack, C. E. (2004). Social Productivity and Well-being of Older People: A Sociological Exploration. *Social Theory & Health*, 2, 1–17.
- Statistisches Bundesamt, & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) (2011). *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333–354.
- Willigen, M. van (2000). Differential Benefits of Volunteering Across the Life Course. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B(5), S308–S318.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Constitution of WHO*. New York: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)/WHO-Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen.
- Wilson, J. (2012). Volunteerism Research: A Review Essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176–211.
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., & Rodgers, B. (2008). Volunteering and Psychological Well-Being among Young-Old Adults: How Much Is Too Much? *The Gerontologist*, 48(1), 59–70.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.