

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)  
im Fach Erziehungswissenschaft  
an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

## **Die protektive Funktion von Bildungsaktivitäten für ein „erfolgreiches“ Altern**

Eine Analyse basierend auf den Daten der  
Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)  
der Kohorte 1930-1932

vorgelegt von  
Jana Wienberg

Jahr der Einreichung  
2013

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler  
Beraterin: Prof. Dr. Carola Iller







## **Danksagung**

Auf dem Weg zur Fertigstellung der vorliegenden Arbeit wurde ich von vielen Menschen begleitet und unterstützt, denen an dieser Stelle mein herzlicher Dank gilt.

Zunächst möchte ich Prof. Dr. Carola Iller für die inhaltliche Unterstützung sowie für die umfassende Betreuung bei der Anfertigung dieser Dissertation danken. Bedanken möchte ich mich ebenso bei Prof. Dr. Christiane Schiersmann für die Unterstützung während der Entstehung der vorliegenden Arbeit.

Sehr herzlich möchte ich dem Marsilius-Kolleg der Universität Heidelberg danken, welches stets den Raum für einen interdisziplinären Austausch geschaffen und gefördert hat. Ebenfalls bedanke ich mich für die bereichernde Zusammenarbeit bei meinen Kolleginnen und Kollegen des Marsilius-Projektes „Perspectives of Ageing in the Process of Social and Cultural Change“, die mir Einblicke in andere Wissenschaftsdisziplinen und somit forschungsrelevante Perspektivwechsel ermöglicht haben. Des Weiteren bedanke ich mich für die Bereitstellung der Daten der „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE), die aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird (AZ: 301-1720-295/2). Ich danke allen Projektbeteiligten für ihren Beitrag. Mein besonderer Dank gilt hierbei Prof. Dr. Andreas Kruse, Dr. Mike Martin, Dr. Marina Schmitt, Prof. Dr. Johannes Schröder und Prof. Dr. Hans-Werner Wahl.

Meinen Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Bildungswissenschaft danke ich für die anregenden und motivierenden Diskussionen. Besonders erwähnen möchte ich an dieser Stelle Diplom-Sozialwissenschaftlerin Elisabeth Kamrad und Diplom-Pädagogin Martina Pohl, die stets ein offenes Ohr für mich hatten und konstruktive Hilfestellung leisteten.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei meinem Vater sowie bei meiner ganzen Familie für die Unterstützung meiner beruflichen und persönlichen Entwicklung, für ihre Geduld und ihren Glauben an mich. Für die „Care-Pakete“ und die motivierenden Gespräche während meiner Promotionszeit möchte ich meinem Bruder Steffen danken. Meinen Freunden möchte ich ganz herzlich dafür danken, dass sie mir trotz selten gemeinsam verbrachter Zeit treu geblieben sind und mich auf unterschiedliche Weise unterstützt haben. Für die tatkräftige Hilfe auf den „letzten Metern“ zur Fertigstellung dieser Arbeit möchte ich insbesondere Robert Gärtner danken.

Zu guter Letzt danke ich meinem treuen Wegbegleiter, meinem Dackel Nicky, für die erholsamen Spaziergänge während meiner Promotionszeit.



Gewidmet  
meinem geliebten Großvater  
Georg Wienberg  
(1915-2013)





## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis .....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	VI
1. Einleitung .....	1
1.1 (Teil-)Projekt des Marsilius-Kollegs.....	1
1.2 Aufbau der Untersuchung .....	2
2. Demographische Entwicklung in Deutschland .....	4
3. Alter und Altern .....	12
3.1 Prozess des Alterns .....	19
3.1.1 Biologisch-körperliches Altern .....	21
3.1.2 Psychologisches/kognitives Altern .....	25
3.1.2.1 Emotion und Erfahrung .....	25
3.1.2.2 Kognition und Bildung .....	26
3.1.2.3 Trainingseffekte .....	37
3.1.3 Soziales Altern .....	46
3.2 Zwischenfazit zu der Begriffsbestimmung Alter und Altern .....	55
4. Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns .....	59
4.1 Definition von Gesundheit .....	59
4.2 Einflussfaktoren auf das Altern.....	65
4.3 „Erfolgreiches“ Altern.....	78
5. Fazit zur Bestimmung der Einflussfaktoren für ein „erfolgreiches“ Altern.....	85
6. Einordnung des Bildungsbegriffs .....	87
6.1 Bildungsverständnis der Untersuchung.....	87
6.2 Begriffliche Abgrenzung zwischen Bildung und Kompetenz.....	96
7. Konzeptionelle Verankerung von Bildung in entwicklungspsychologischen und gerontologischen Modellen .....	108
7.1 Konzept der Kognitiven Reserve .....	109
7.2 Entwicklungsmodell der selektiven Optimierung einzelner Funktionsbereiche .....	114
7.3 Stufen- bzw. Phasenmodelle des Lebenslaufes.....	120
7.4 Zusammenfassung und Fazit zu den Modellen .....	128
8. Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter .....	134
8.1 Lernen in Bildungseinrichtungen .....	134
8.2 Einfluss von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten.....	140
8.3 Zusammenfassung und Fazit.....	149
9. Zentrale Forschungsfragen der vorliegenden qualitativen Analyse .....	152
10. Forschungsdesign und Datengrundlage .....	154
10.1 Datensatz und Erhebungsverfahren.....	154
10.1.1 Charakterisierung der gesamten ILSE-Daten der Kohorte 1930 bis 1932....	157
10.1.2 Exkurs: Historische Zusammenhänge (Kohorte 1930-1932).....	159

10.2 Auswahl und Beschreibung der gewählten Substichprobe .....	165
10.3 Methodisches Vorgehen .....	169
10.3.1 Gütekriterien der qualitativen Forschung .....	173
10.3.2 Auswertungsschritte .....	173
10.3.3 Aufbereitungsverfahren .....	173
10.3.3.1 Festlegung des Categoriesystems .....	174
10.3.3.2 Kodierungen .....	176
10.3.4 Auswertungsverfahren .....	177
11. Ergebnisdarstellung der qualitativen Analyse .....	177
11.1 Ergebnisse der qualitativen Analyse der ILSE-Interviews (1930-1932) .....	179
11.1.1 Biografische Wendepunkte als Lernanlass und -impuls .....	183
11.1.2 Lernmodi: Formelle und informelle Bildungsaktivitäten unter der Berücksichtigung des Lernens in sozialen Beziehungen .....	203
11.1.2.1 Formelle Bildungsaktivitäten .....	203
11.1.2.2 Informelle Bildungsaktivitäten .....	216
11.1.2.2.1 Lernen in sozialen Beziehungen .....	232
11.1.3 Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten .....	253
11.1.3.1 Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand .....	254
11.1.3.2 Der Einfluss von Bildungsaktivitäten auf das Gesundheits- verhalten .....	269
11.1.4 Zusammenfassung der Befundlage .....	290
12. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen .....	296
13. Ausblick .....	305
14. Kritische Reflexion der gewählten Methode und Anmerkungen zum Datensatz .....	311
15. Bibliografie .....	313
Appendix .....	376

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Funktionen von Bildung im Alter .....	95
Tab. 2: Themenblöcke in den leitfadengestützten ILSE-Interviews .....	157
Tab. 3: Bestand der anonymisierten Stichprobe (Kohorte 1930-1932).....	168
Tab. 4: Untersuchungsdesign .....	172
Tab. 5: Übersicht der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe der Kohorte 1930-1932.....	181

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Klassifizierung des Lebensalters .....	16
Abb. 2: Dimensionen des Alterns .....	20
Abb. 3: Das Zweikomponentenmodell der Kognition .....	30
Abb. 4: Studien zu den Determinanten der Lernfähigkeit .....	56
Abb. 5: Begriffliche Abgrenzung zwischen Bildung und Kompetenz.....	98
Abb. 6: Schematische Darstellung des Reservekonzepts .....	109
Abb. 7: Das Konzept der Entwicklungsaufgabe nach Havighurst .....	115
Abb. 8: Dynamik der Selektiven Optimierung mit Kompensation .....	116
Abb. 9: Drei interdependente Wirkungen der Dynamik von Biologie und Kultur im Lebenslauf (nach Paul B. Baltes 1997) .....	121
Abb. 10: Entwicklungsmodell der Identität nach Erikson .....	122
Abb. 11: Zusammensetzung der Substichprobe .....	166
Abb. 12: Auswahl der Variablen.....	167
Abb. 13: Formelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Geschlechts (gesamte Substichprobe).....	208
Abb. 14: Formelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Männer) .....	212
Abb. 15: Formelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Frauen).....	213
Abb. 16: Informelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Männer) .....	221
Abb. 17: Informelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Frauen).....	223
Abb. 18: Verortung der Probanden/-innen: formaler Bildungsabschluss & Bildungsaktivitäten .....	231
Abb. 19: Objektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Frauen) .....	256
Abb. 20: Objektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Männer).....	258
Abb. 21: Subjektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Frauen) .....	262
Abb. 22: Subjektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Männer) .....	264
Abb. 23: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Frauen).....	272
Abb. 24: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Männer) .....	274

Abb. 25: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung der formellen Bildungsaktivitäten (Frauen) .....	277
Abb. 26: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung der formellen Bildungsaktivitäten (Männer) .....	278
Abb. 27: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung der informellen Bildungsaktivitäten (Frauen).....	280
Abb. 28: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung der informellen Bildungsaktivitäten (Männer) .....	281
Abb. 29: Verortung der Probanden/-innen: formaler Bildungsabschluss & Umgang mit Beeinträchtigungen (Resilienz) .....	286
Abb. 30: Verortung der Probanden/-innen: formelle Bildungsaktivitäten & Umgang mit Beeinträchtigungen (Resilienz) .....	288
Abb. 31: Verortung der Probanden/-innen: informelle Bildungsaktivitäten & Umgang mit Beeinträchtigungen (Resilienz) .....	289
Abb. 32: Berufs- und freizeitthemenbezogene (Lern-)Aktivitäten .....	291
Abb. 33: Gesundheitsbezogene (Lern-)Aktivitäten .....	295

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AD	Alzheimer-Demenz
ADAMS	Aging, Demographics and Memory Study
AES	Adult Education Survey
AHEAD	Asset and Health Dynamics
ALHSC	Adult learning, health and social capital
ALSA	Australian Longitudinal Study of Ageing
ALWA	Arbeiten und Lernen im Wandel
AMA	Autonomie trotz Multimorbidität im Alter
BAS	Bronx Aging Study
BASE	Berliner Altersstudie
B&B	Baccalaureate & Beyond Longitudinal Study
BCS70	1970 Birth Cohort Study
Bd.	Band
BIS	Bielefelder Invulnerabilitätsstudie
BLSA	Baltimore Longitudinal Study of Aging
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BOLSA	Bonner Längsschnittstudie des Alterns
BP	Betula Project: Memory, Health and Dementia
BPS	Beginning Postsecondary Students Longitudinal Study
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzw.	beziehungsweise
CLS	Canberra Longitudinal Study
CSHA	Canadian Study of Health and Aging
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEAS	Deutscher Alterssurvey
d.h.	das heißt
EdAGE	Education and Ageing
EEG	Elektroenzephalografie
ELS:2002	Education Longitudinal Study of 2002
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing
Erw.	Erwachsener/-en
ESAW	European Study of Adult Well-Being
ESTHER	Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung
et al.	et alii, et aliae
etc.	et cetera
ETF	Evaluation Through Follow-up
f.	folgende
FB	Fortbildung

ff.	fortfolgende
FINGER	Finnish Geriatric Intervention study to prevent cognitive impairment and disability
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie
GCS	Georgia Centenarian Study
H.	Heft
HD	Heidelberg
HRS	Health and Retirement Study
Hrsg.	Herausgeber/-in
HS&B	High School and Beyond
i.A.	im Auftrag
ID	Identifizierung
IDA	Basler Interdisziplinäre Altersstudie
i.d.R.	in der Regel
ILSA	Italian Longitudinal Study on Aging
ILSE	Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
IQ	Intelligenzquotient
i.S.	im Sinne
Jg.	Jahrgang
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam
LCS	Longitudinal Cohort Study
LE	Leipzig
LEILA	Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung
LES	Lebenserwartungssurvey
LifE	Lebensverläufe von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter
LUCAS	Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie
LYSPE	Longitudinal Study of Young People in England
m	männlich
MAAS	Maastricht Aging Study
MCI	mild cognitive impairment
MHAS	The Mexican Health and Aging Study
MHW	Mental Health and Wellbeing
MONICA	Monitoring Cardiovascular disease
MWK	Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg
MRT	Magnetresonanztomographie
MZP	Messzeitpunkt
N	Stichprobengröße
NCDS	National Child Development Study
NECS	New England Centenarian Study
NELS:88	National Education Longitudinal Study of 1988
NEPS	National Educational Panel Study
NLS-72	National Longitudinal Study of the High School Class of `72
NLSCY	National Longitudinal Survey of Children and Youth

NSHD	National Survey of Health and Development
o.ä.	oder ähnliche(s)
OASIS	Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
o.g.	oben genannte/r
o.J.	ohne Jahresangabe
o.V.	ohne Verfasser/-in
PREFER	Personale Ressourcen von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen
PREHCO	Puerto Rican Elderly Health Conditions
s.	siehe
S.	Seite
SABE	The Health, Well-Being, and Aging survey (Salud, Bienestar y Envejecimiento)
SATSA	Swedish Twin Study on Aging
SES	sozioökonomischer Status
s.h.	siehe hierzu
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SHIP	Study of Health in Pomerania
SIMA	Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter
SLS	Seattle Longitudinal Study
SMHA	Studieren im mittleren und höheren Alter
SNAC	Swedish National study on Aging and Care
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SOK	Selektion-Optimierung-Kompensation
s. u.	siehe unten
Tab.	Tabelle
T1	erster Messzeitpunkt
T2	zweiter Messzeitpunkt
T3	dritter Messzeitpunkt
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnlich(e)
UK	United Kingdom
UNO	United Nations Organization
US	United States
u.U.	unter Umständen
verbl. ID	Verblindete Identifikationsnummer
vgl.	vergleiche
VHS	Volkshochschule
VLS	The Victoria Longitudinal Study
vs.	versus
w	weiblich
WB	Weiterbildung



WHO	Weltgesundheitsorganisation
YCS	Youth Cohort Study
YITS	Youth in Transition Survey
ZÄM	Zeitverwendung älterer Menschen
z.B.	zum Beispiel



## 1. Einleitung

### 1.1 (Teil-)Projekt des Marsilius-Kollegs

Die vorliegende Untersuchung entstand im Rahmen des Projekts des Marsilius-Kollegs „Perspectives of Ageing in the Process of Social and Cultural Change“<sup>1</sup>, welches 2007 durch die Förderung der Exzellenz-Initiative des Bundes und der Länder entstand. Das Marsilius-Kolleg wurde als „Center for Advanced Study“ eingerichtet mit dem Ziel der Förderung eines interdisziplinären Austausches zwischen verschiedenen Wissenschaftskulturen.

Im Projekt konnte durch die Zusammenarbeit humanmedizinischer, geistes- und sozialwissenschaftlicher Forschungsansätze eine interdisziplinäre Perspektive entwickelt werden, die es wiederum ermöglicht, Alter(n) und seine sozialen Kontextbedingungen sowie seine Individualfaktoren in Bezug zu gesundheitlichen und kognitiven Beeinträchtigungen zu beleuchten. Die durchgeführten Analysen in den jeweiligen Teilprojekten beziehen sich primär auf die Daten der „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE)<sup>2</sup> sowie auf die „Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung“ (ESTHER)<sup>3</sup> und liegen dem Leitgedanken der Reservehypothese<sup>4</sup> im Hinblick auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter zugrunde. Anhand des Konzepts der Kognitiven Reserve<sup>5</sup> wurde transdisziplinär diskutiert, welche gesellschaftlichen und sozialen Faktoren als auch lebensgeschichtlich erworbene Merkmale, Umweltfaktoren oder aber der allgemeine Gesundheits- und Leistungszustand grundsätzlich im Rahmen präventiver Programme einen Einfluss im Hinblick auf ein „gesundes“ Altern nehmen können (vgl. Schröder/Pohlmann 2012).

In der vorliegenden Arbeit wird der Forschungsfrage nachgegangen, inwieweit (insbesondere informelle) Bildungsaktivitäten<sup>6</sup> eine protektive Funktion für ein gesundes bzw. „erfolgreiches“

---

<sup>1</sup> Nähere Informationen zu den Projektaktivitäten und zum Marsilius-Projekt „Perspectives of Ageing in the Process of Social and Cultural Change“ sind im Anhang unter Appendix 1 sowie auf der Homepage des Marsilius-Kollegs zu finden: URL: <http://www.marsilius-kolleg.uni-heidelberg.de/projekte/perspectivesageing.html>

<sup>2</sup> Siehe hierzu Ausführungen zur „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE) im Kapitel 10.1 *Datensatz und Erhebungsverfahren (ILSE)* und 10.2 *Auswahl und Beschreibung der gewählten Stichprobe*.

<sup>3</sup> Siehe hierzu: „Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung“ (ESTHER) des Deutschen Krebsforschungszentrums. URL: <http://esther.dkfz.org/esther/>

<sup>4</sup> Siehe hierzu Ausführungen in Kapitel 7.1 *Konzept der Kognitiven Reserve*.

<sup>5</sup> Unter der Kognitiven Reserve - i.S. einer Reservekapazität - werden vielfältige geistige über den Lebenslauf angesammelte Potenziale verstanden, auf die z.B. im Falle vermeintlich altersbedingter Leistungsverluste oder pathologischer Hirnprozesse zur Kompensation der Funktionseinbußen, zurückgegriffen werden kann (vgl. Stern 2009). Siehe hierzu ausführlicher im Kapitel 7.1. *Konzept der Kognitiven Reserve*.

<sup>6</sup> Der Begriff „Bildung“ wird in der Literatur häufig synonym mit dem formalen Bildungsstand gebraucht. Der in dieser Arbeit verwendete Bildungsbegriff umfasst jedoch sowohl formelle als auch informelle Bildungsaktivitäten, die dem Individuum ein produktives Handeln ermöglichen (vgl. Kolland/Ahmadi 2010; Bubolz-Lutz et al. 2010: 24f.). Demzufolge lässt sich eine Abgrenzung zum Begriff des formalen Bildungsstands ziehen, der sich i.d.R. durch institutionalisierte Lernformen herausbildet und auf Grundlage von Zertifizierungssystemen zustande kommt. Siehe ausführlich zum Bildungsverständnis im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs*.

Altern haben, um somit einen Beitrag zur Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage nach den Bedingungen der Gesundheit im Alter des Marsilius-Projektes zu leisten. Hierbei knüpfen lerntheoretische Überlegungen im Sinne Lebenslangen Lernens<sup>7</sup> an funktionelle Theorien der Kognitiven Reserve an.

Um das Potenzial von Bildung für die Prävention vorzeitigen Alterns, Pflegebedürftigkeit und/oder gesundheitlicher Einschränkungen im Alter nutzen zu können, wurde auf dieser Grundlage die Bedeutung von Bildung im Alternsprozess in ihren verschiedenen Wirkungsweisen analysiert. In einer dieser Arbeit vorangegangenen Vorstudie wurde eine Meta-Analyse<sup>8</sup> nationaler und internationaler Längsschnittstudien (N=72) zu den Wechselwirkungen von Bildung und Gesundheit im Alter durchgeführt. Durch die Feldsondierung wurden Überschneidungspunkte zwischen den Wissenschaftsdisziplinen deutlich. Insbesondere weisen die Ergebnisse der Metaanalyse auf eine starke Interdependenz von Bildung und Gesundheit hin. Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurden in der vorliegenden Untersuchung auf der Basis eines theoretischen Samplings ausgewählte Interviews mit ILSE-Proband/-innen qualitativ analysiert, um so Hinweise auf informelle Lernprozesse, z.B. in der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen zu erhalten bzw. das Zusammenwirken verschiedener Lernprozesse im Lebenslauf empirisch aufzuarbeiten. Angaben zum Lernverhalten wurden unter Einbeziehung bildungsbiographischer Verläufe qualitativ ausgewertet.

## **1.2 Aufbau der Untersuchung**

Bildung kann eine protektive Funktion im Alternsprozess zugeschrieben werden. Allerdings lässt sich bislang der Wirkungsmechanismus im Detail nur unpräzise beschreiben. Um das Potenzial von Bildung für die Prävention vorzeitigen Alterns, Pflegebedürftigkeit und/oder gesundheitlicher Einschränkungen im Alter nutzen zu können, ist es deshalb unerlässlich, die Bedeutung von Bildung im Alternsprozess in ihren verschiedenen Wirkungsweisen zu analysieren. In der vorliegenden Untersuchung sollen individuelle Bildungsprozesse und die Bedeutung von Kompetenz zur selbstbestimmten Lebensführung im höheren Lebensalter im Mittelpunkt stehen. Die zentrale Frage in meiner Untersuchung ist daher, inwieweit Bildung eine protektive Funktion für ein gesundes bzw. „erfolgreiches“ Altern zugesprochen werden kann. Konkret soll

---

<sup>7</sup> Definition des Lebenslangen Lernens der Europäischen Union: „[...] alles Lernen [sowohl formelles als auch informelles Lernen] während des gesamten Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikation und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgergesellschaftlichen, sozialen bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt“ (Europäische Kommission 2001: 9). Lernaktivitäten als von „cradle to grave“ reichendes Kontinuum, das alle Lebensphasen einschließt (Europäische Kommission 2000: 9)

<sup>8</sup> Siehe zur Meta-Analyse ausführlicher in Wienberg 2010; Iller/Wienberg 2010.

danach gefragt werden, ob und wie sich Bildungsprozesse insbesondere in informellen Lernkontexten langfristig entwickeln und welche Auswirkungen diese auf die Gesundheit im Alter haben. Im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien – i.S. des Resilienz-Konzeptes<sup>9</sup> – mit (altersspezifischen) Herausforderungen oder auch alltäglichen (belastenden) Anforderungen und mit Wendepunkten im Lebenslauf<sup>10</sup> umzugehen, sollen insbesondere informelle Bildungsprozesse darüber Aufschluss geben, wodurch „schützende“ Ressourcen i.S. einer Kompetenz für ein selbstbestimmtes, autonomes Alter aufgebaut bzw. über die Lebensspanne entwickelt werden.

Theoriegeleitet soll sowohl auf das Konzept der Kognitiven Reserve – die im Rahmen des Marsilius-Kolleg weiterentwickelte Theorieannahme – als auch auf entwicklungspsychologische Konzepte, wie die Lebensaufgaben einzelner Phasen von Erikson (1988), Havighurst (1972) und Thomae (1983) oder das Entwicklungsmodell der selektiven Optimierung einzelner Funktionsbereiche von Baltes & Baltes (1989a) Bezug genommen werden. Eine Beleuchtung des Forschungsgegenstandes bzw. die Aufbereitung des Forschungsdesiderates soll mittels einer qualitativen Analyse von Längsschnittdaten – in Form von halbstandardisierten Interviews – aus der „ILSE“ erreicht werden.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt in drei Teilabschnitte: Zur Klärung des Hintergrundes der Arbeit wird einleitend die Relevanz und Aktualität des Themas anhand demografischer Entwicklungen in Deutschland skizziert. Zudem werden eine begriffliche Unterscheidung zwischen „Alter“ und „Altern“ getroffen sowie Dimensionen des Alterns erläutert. Im Anschluss werden – mit Bezugnahme auf entwicklungspsychologische Modelle – Auswirkungen von Altersdiskriminierung aufgrund tradierter Alterskategorien auf Lern- und Bildungsprozesse erläutert. Vor dem Hintergrund einer lebenslaufanalytischen Perspektive im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern werden sowohl behaviorale als auch genetisch-bedingte Einflussfaktoren auf das Altern diskutiert. Hieran anschließend wird theoriegeleitet auf die Kompetenzentwicklung im Alter und deren Beitrag zu einem „erfolgreichen“ Altern eingegangen sowie die Ziele und Funktionen von Bildung im Alter benannt. Aufbauend auf die theoretischen Überlegungen werden im nachfolgenden Abschnitt Besonderheiten des Lernens im Alter – im Hinblick auf Präferenzen wie Lern-Settings u.ä. – erörtert. Weiterführend werden auf der Modellebene ein Vergleich unterschiedlicher entwicklungspsychologischer Konzepte

---

<sup>9</sup> Siehe hierzu Ausführungen zur Resilienz im Kapitel 3.1.2.1 *Biologisch-körperliches Altern*.

<sup>10</sup> Diese Wendepunkte im Lebenslauf werden auch als sogenannte kritische Lebensereignisse bezeichnet. Diese kennzeichnen jene Ereignisse im Lebenslauf, die zentrale Veränderungen auslösen und somit psychosoziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erforderlich machen (vgl. Fookon 1991).

bzw. Modelle angestellt und deren Bildungsverständnisse beleuchtet. Abschließend werden in diesem Teil mögliche Einflussfaktoren sowie Effekte von Bildung – insbesondere der Einfluss von sozialen Netzwerken auf Lern- und Bildungsaktivitäten – auf ein „erfolgreiches“ Altern erläutert.

Im letzten Abschnitt dieser Arbeit werden im Rahmen des Forschungsdesigns einführend die „ILSE“-Daten vorgestellt und sich anschließend auf die Stichprobencharakteristika der ausgewählten Kohorte 1930 bis 1932 bezogen.<sup>11</sup>

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einer qualitativen Analyse des Interviewmaterials anhand eines Kodiersystems zur Identifizierung informeller Lernprozesse im Alter, im Hinblick auf Lernanlässe und -barrieren sowie auf die Entwicklung von Kompensationsstrategien, die sich auf ein „erfolgreiches“ Altern auswirken.

Es wird ausführlich in die angewandte Untersuchungsmethode sowie die Operationalisierung der einzelnen Analyseschritte anhand eines systematischen Kodiersystems eingeführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviewanalyse synoptisch dargestellt.

Anschließend folgt ein Resümee zu den Forschungsergebnissen zum Einfluss von Bildungsprozessen als protektive Funktion für ein „erfolgreiches“ Altern sowie ein Ausblick im Hinblick auf die sich (bereits) stellenden Anforderungen und Herausforderungen, einhergehend mit den demografischen Entwicklungen auf individueller, gesellschaftlicher, bildungstheoretischer sowie bildungspolitischer Ebene.

Abschließend werden eine Schlussbetrachtung sowie eine Einordnung des empirischen Ertrags und der Güte der angewandten Instrumente vorgenommen.

## **2. Demographische Entwicklung in Deutschland**

Die Veränderungen der Alterszusammensetzung der Bevölkerung sowie die Veränderungen von Bevölkerungsstrukturen, -bewegungen und -entwicklungen<sup>12</sup> in Deutschland bringen gesellschaftliche sowie individuelle Herausforderungen in der Gegenwart und in der Zukunft mit sich. Die Aktualität und Brisanz des Themas und die langfristigen Folgen sowie Chancen demografischer Entwicklungen sollen daher im folgenden Abschnitt einführend benannt werden. Zu Beginn werden die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland und der Anstieg

---

<sup>11</sup> Die gezogene Stichprobe umfasst insgesamt 37 Probandinnen und Probanden aus den Untersuchungszentren Heidelberg und Leipzig, zu denen größtenteils zu allen drei Messzeitpunkten oder zu mindestens zwei Messzeitpunkten Interviewmaterial vorliegt.

<sup>12</sup> Auf Wander- und Migrationsbewegungen auf bevölkerungsstruktureller Ebene wird in dieser Arbeit nicht weitergehend eingegangen. Im Fokus der Betrachtung stehen Veränderungen der Altersstrukturen bzw. Alterszusammensetzung innerhalb von Deutschland.

der Lebenserwartung grob skizziert. Anschließend werden regionale Unterschiede des Gesundheitszustandes sowie geschlechterdifferenzielle Besonderheiten im Gesundheits- bzw. Risikoverhalten dargestellt. Darauf aufbauend werden die Auswirkungen des demografischen Wandels auf individueller, gesellschaftlicher und bildungspolitischer Ebene kurz erörtert sowie die daraus resultierende Relevanz des Themas verdeutlicht. Die Erläuterungen dienen der thematischen Hinführung zum Untersuchungsgegenstand.

Der zwölften Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts zufolge wird die Bevölkerungszahl in Deutschland bis 2060 bis zu einem Fünftel sinken. Faktisch bedeutet dies, dass in Deutschland 2060 nur noch 65 bis 70 Millionen Menschen leben werden (2010: sind es 82 Millionen), jede/r dritte Einwohner/-in wird 2060 über 65 Jahre alt sein (2010: ist es jede/r fünfte Bundesbürger/-in) (Statistisches Bundesamt 2010a). Nach den aktuellen Berechnungen des Bildungsberichts 2010 der Kultusministerkonferenz und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung soll der Anteil der über 65-Jährigen bis zum Jahre 2025 voraussichtlich um 21 Prozent anwachsen und sich zugleich ein Rückgang der Altersgruppe der unter 30-Jährigen in diesem Zeitraum von 25,5 auf 21,3 Millionen um 16 Prozent vollziehen (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2010: 2). Zudem soll laut den Berechnungen die Zahl der über 80-Jährigen von etwa vier Millionen auf geschätzte neun Millionen zunehmen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010a). Im bundesweiten regionalen Vergleich zeigt sich, dass in den neuen Bundesländern – im Vergleich zu den alten Bundesländern, in denen der Rückgang und die Alterung der Bevölkerung i.S. des Altersquotienten geringer ausfällt – vermutlich die Bevölkerungszahlen in den kommenden 50 Jahren enorm sinken werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2010a). Diese Veränderungen haben einen Einfluss auf die bevölkerungsstrukturellen Entwicklungen, so dass häufig von einer Alterung der Bevölkerung gesprochen wird, einhergehend mit einer Verdopplung der durchschnittlichen Lebenserwartung innerhalb des letzten Jahrhunderts in Deutschland (vgl. Bundesministerium des Innern 2011; Frevel 2004).<sup>13</sup>

Als ursächlich für eine generelle (geschlechtsunabhängige) Erhöhung der Lebenserwartung können u.a. eine niedrige Fertilität – begründet durch den Geburtenrückgang, eine gestiegene Lebenserwartung durch verbesserte ärztliche Diagnostik sowie Versorgung und die verbesserten Lebensumstände (wie z.B. verbesserte Lebensqualität, Ernährung, Hygiene und medizinische Versorgung) – angesehen werden. Die Zunahme der Hochaltrigkeit (über 75-Jährige) lässt

---

<sup>13</sup> Wie bereits die ehemalige Ministerin für „Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit“ Rita Süßmuth (1985 bis 1988: Ministerin des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit; seit 1986: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit) formulierte, bringt der demografische Wandel gesellschaftlich Herausforderungen mit sich, welche jedoch zugleich als Möglichkeiten begriffen werden und in konstruktiver Form aufgegriffen und gestaltet werden können anstelle der Herausbildung von demografischen „Katastrophenszenarios“ (Süßmuth 2006: 20).

die Prognose zu, dass die Anzahl der Hochaltrigen sich zwischen 1990 und 2030 von 7,1 Prozent auf 11,8 Prozent erhöhen wird (vgl. Schölkopf 2000; Deutsches Zentrum für Altersfragen 2002; Rott 2000). Das derzeitige Durchschnittsalter eines/r deutschen Bürgers/-in beträgt – laut dem aktuellen Demografiebericht der EU-Kommission und des Europäischen Statistikamtes Eurostat – 44,2 Jahre und stellt somit den höchsten Altersdurchschnitt in der Europäischen Union dar. Zudem liegt der Anteil der über 65-Jährigen in der deutschen Gesamtbevölkerung mit 20,7 Prozent im europäischen Vergleich an der Spitze (vgl. Eurostat 2010; o.V. 2011a). Mit der Folge, dass bedingt durch die strukturellen Entwicklungen im Altersaufbau bis zum Jahre 2030 der Anteil der „jungen Alten“ (60 bis 75 Jahre) um etwa zehn Prozent zunehmen wird. Das bedeutet statistisch, dass auf zwei Drittel der erwerbstätigen Personen in der Gesamtbevölkerung ein Drittel „jungen Alte“ kommen (vgl. Buttler et al. 1988). Folglich wird in den nächsten Jahrzehnten von einer „Unterjüngung“ (vgl. Reggentin 1988; Klages/Gensicke 1999) der Gesellschaft ausgegangen. Dies impliziert, dass eine Verkehrung des Generationsverhältnisses – im Verhältnis, dass auf zwei Ältere ein junger Mensch kommt – in den folgenden Jahrzehnten einhergeht und somit die deutsche Bevölkerung in den oberen Altersstufen (die „jungen“ und die „alten“ Alten) absolut und relativ stark zunehmen wird (vgl. Differenzierung in Baltes/Mittelstraß/Staudinger 1994: 83). Daher wird durch das Nachrücken stark besetzter Geburtsjahrgänge in das Dritte<sup>14</sup> und Vierte<sup>15</sup> Lebensalter<sup>16</sup> sowie aufgrund einer gesunkenen Alterssterblichkeit der Anteil der „Älteren“<sup>17</sup> innerhalb der nächsten drei bis vier Jahrzehnte auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung anwachsen.

Auch wenn von einem generellen Anstieg der Lebenserwartung auszugehen ist, bestehen sowohl regionale Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern als auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung. So ist beispielweise die Lebenserwartung in Westdeutschland durchschnittlich höher als in Ostdeutschland. Insbesondere bei den neugeborenen Jungen sind diese regionalen Unterschiede aus der Statistik erkennbar: Die durchschnittliche Lebenserwartung beläuft sich in Westdeutschland auf 77,2 Jahre, hingegen liegt der Durchschnittswert im Osten bei 75,8 Jahren. Bei neugeborenen Mädchen kann die

---

<sup>14</sup> Der englische Soziologe Peter Laslett hat eine Unterteilung des menschlichen Lebens in vier Lebensalter vorgenommen (Laslett 1995: 35ff.): Hierbei wird das Dritte Lebensalter als ein Lebensabschnitt der Selbsterfüllung angesehen, in dem die „jungen Alten“ nach der aktiven Familien- und Berufsphase in der Regel über ausreichende monetäre Mittel verfügt, ein gesteigertes Maß an Freizeit und einen verhältnismäßig guten Gesundheitszustand aufweisen, um somit die nachberufliche Phase nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können.

<sup>15</sup> Das Vierte Lebensalter stellt nach Laslett (Laslett 1995: 278f.) die Lebensphase der Abhängigkeit und Altersschwäche dar.

<sup>16</sup> Es ist anzumerken, dass sich eine exakte Grenzziehung zwischen dem Dritten und Vierten Alter nicht vornehmen lassen kann. Die von Laslett entwickelten Lebensalter sind nicht ausschließlich als lineare Verläufe anzusehen, da es durchaus zu einer Gleichzeitigkeit der Bedingungen, Zustände und der gelebten Phasen kommen kann (Laslett 1995: 35).

<sup>17</sup> Die Gruppe der „Älteren“ stellen in dieser Untersuchung die Gruppe der über 65-Jährigen dar. Die sogenannten „jungen Alten“ sind Personen im Dritten Lebensalter (etwa ab 65 Jahren bzw. Personen, die sich kurz vor bzw. bereits im gesetzlichen Renteneintrittsalter befinden). Siehe zur Alterskategorisierung Abbildung 1: *Klassifizierung des Lebensalters*.



Differenz in der Lebenserwartung zugunsten der im Westen geborenen Kinder allerdings mit nur 0,3 Jahre angegeben werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2007; o.V. 2009).

In der geschlechterdifferenziellen Perspektive wird im bundesweiten Vergleich hinsichtlich der Mortalitätsrate eine männliche „Übersterblichkeit“ ersichtlich. Durchschnittlich versterben Männer etwa fünf bis sieben Jahre früher als Frauen (Dinkel 1994: 74; Statistisches Bundesamt 2009a). Aufgrund der überproportional vertretenen Frauen in den höheren Alterskohorten wird oftmals von einer „Feminisierung des Alters“<sup>18</sup> gesprochen – aufgrund demographischer Entwicklungen, insbesondere aufgrund kriegsbedingter Ausfälle in den männlichen Kohorten und durch die höhere Lebenserwartung der Frauen (Backes/Clemens 1998: 83). Es lässt sich jedoch vermuten, dass die Besetzungszahl der Männer in den allerhöchsten Altersstufen – trotz der bislang bestehenden männlichen „Übersterblichkeit“ – absolut und relativ zunehmen wird, da zukünftig keine kriegsbedingten Unterbesetzungen der Männerjahrgänge dieses Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern verstärken wird (Dinkel 1994: 83). Das derzeit bestehende Ungleichgewicht in Form einer deutlich höheren Frauenquote in der Alterskohorte der über 65-Jährigen wird vermutlich zukünftig kontinuierlich sinken, so dass in Zukunft von einer Annäherung des quantitativen Geschlechterverhältnisses im Alter ausgegangen werden kann – wobei durch die bisher höhere Lebenserwartung der Frauen im hohen Alter diese vermutlich in der Überzahl bleiben werden (Hoffmann/Menning/Schelhase 2009a: 21). So stellen die hochaltrigen Frauen in der deutschen Bevölkerungsstatistik etwa zwei Drittel der über 60-Jährigen und sogar drei Viertel der über 75-Jährigen dar (Tews 1999: 148). Zugleich lassen sich als mögliche Indikatoren der männlichen „Übersterblichkeit“ zum einen biologische bzw. genetisch bedingte Unterschiede in der Mortalität der Geschlechter benennen (Baltes/Mittelstraß/Staudinger 1994: 75) und zum anderen werden für die männliche „Übersterblichkeit“ Verhaltensfaktoren als mögliche Indikatoren genannt, die epidemiologisch valide die Bedeutung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Inaktivität etc.) nachweisen (Baltes/Mittelstraß/Staudinger 1994: 75). Insbesondere in den älteren Alterskohorten rauchen Männer signifikant häufiger als Frauen. Dinkel (1994) führt zudem die Begründung an, dass Frauen eher präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, sich gesünder ernähren und somit ein besseres Gesundheitsverhalten zeigen (Dinkel 1994: 75). Dies verweist bereits auf einen wesentlichen Befund der Altersforschung: Alternsprozesse vollziehen sich demnach im Zusammenspiel von genetischer Disposition und Lebensstil (vgl. Iller/Wienberg 2012).

---

<sup>18</sup> Es ist häufig von einer „Feminisierung der Altersarmut“ die Rede, welche in den letzten Jahren zwar tendenziell abgenommen hat, jedoch sind insbesondere hochbetagte Frauen öfter „kumulativ benachteiligt“ (vgl. Backes 1983). Kennzeichnend für eine Feminisierung der Arbeit und die Armut im Alter sind diskontinuierliche Erwerbsverläufe und prekäre Arbeitsverhältnisse der Frauen der früheren Alterskohorten (Maier 2008b: 37).

Eine weitere, allerdings bisher nicht validierte Annahme ist, dass der vermeintlich sterblichkeitshöhere Stress männlicher Lebensrollen Geschlechtsunterschiede in der Lebenserwartung erklären. Dies dürfte in der aktuellen Debatte hingegen kaum zu halten sein. So verursacht etwa Kindererziehung nicht zwangsläufig weniger Stress als Berufstätigkeit. Dieses wird durch die Lebenssituation von Frauen in der ehemaligen DDR deutlich: Vornehmlich waren Frauen zu gleichen Teilen berufstätig wie Männer und eher einer Mehrfachbelastung ausgesetzt, gleichwohl besteht eine kaum geringere „Übersterblichkeit“ der Männer als in den „alten“ Bundesländern (Baltes/Mittelstraß/Staudinger 1994: 76). Es ist jedoch generell davon auszugehen, dass sich im höheren Lebensalter der normative Charakter der Geschlechterrollen verringert und vielmehr eine partielle Annäherung (vgl. Sørensen 1990) der Entwicklungsverläufe sowie eine Angleichung der Biografien von Frauen und Männern im Alter erfolgt (vgl. Mayer 1991; Iller/Wienberg 2012).

Auch wenn die Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern einen Zugewinn aufweist und somit der Anteil älterer Menschen an der Gesellschaft wächst (vgl. Wendler 2011), ist es entscheidend, inwieweit die „gewonnenen Jahre“ in einem krankheitsbefreiten Zustand, in geistiger und körperlicher Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit verbracht werden können (Dinkel 1994: 85). Ob und inwieweit ältere Personen heutzutage tatsächlich gesünder leben als frühere Alterskohorten, wird in der wissenschaftlichen Debatte noch immer kontrovers diskutiert (vgl. Rieck 2011). Ein Grund hierfür ist zum einen, dass bislang keine validen Daten zu den Hochaltrigen vorhanden sind. Nach der Auffassung von James W. Vaupel – Direktor des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung – deuten bisherige Studienergebnisse darauf hin, dass Ältere heute gesünder als frühere Kohorten sind. Das heißt, der Gesundheitszustand eines heute 80-Jährigen ist mit dem Zustand eines 70-Jährigen vor etwa 50 Jahren vergleichbar (vgl. o.V. 2011e).

Im Gegensatz zur Mortalität ist es jedoch nur schwer messbar, ob die Menschen tatsächlich länger „gesünder“ leben. Auch wenn konträre Forschungsergebnisse dazu vorliegen, so lässt sich generell jedoch aus den Studien ableiten, dass schwere Erkrankungen im Alter, die zum Tode führen, aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung – vermutlich resultierend aus einem medizinisch-diagnostischen und behandlungsrelevanten Fortschritt – abgenommen haben bzw. der Todeszeitpunkt aufgrund zuvor genannter Punkte verzögert wird.

Als gesundheitsgefährdende Folgen der Langlebigkeit sind vornehmlich Demenz- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu nennen, die durch eine verbesserte medizinische Versorgung und günstigere Lebensbedingungen immer weiter in das hohe Alter verzögert werden. Bei der Betrachtung der Risikofaktoren scheinen genetische Faktoren im Vergleich zu Verhaltensfaktoren

vermutlich eher nur eine geringe Rolle zu spielen. So liegen Forschungserkenntnisse vor, die die These einer maßgeblichen Einflussnahme verhaltensbezogener Faktoren auf die Gesundheit im Alter stützen (vgl. u.a. Pantel 2009; Schröder/Pantel 2011). Die Auswirkungen angeeigneter bzw. ausgeübter Verhaltensweisen (gesundheitsbewusste Verhaltensweisen oder auch Risikoverhalten) über den gesamten Lebenslauf zeigen sich im höheren Lebensalter. Ferner konnten empirische Untersuchungen der Altersforschung belegen, dass die Lebensqualität im Alter nicht ausschließlich von aktuellen Gegebenheiten bestimmt wird, sondern im erheblichen Ausmaß von biografisch erworbenen Ressourcen und nachwirkenden Belastungen nachhaltig determiniert werden (vgl. Iller/Wienberg 2012; Iller 2005; Kuhlmeier et al. 2007; Kickbusch 2006).

Es lässt sich konstatieren, dass eine steigende Lebenserwartung und die verbrachten gewonnenen Jahre in Gesundheit bzw. ohne tiefgreifende gesundheitliche Beeinträchtigungen zukünftig vermutlich zunehmen werden, wenn „[...] die vorherrschenden Todesursachen [...] [effektiver] behandelt, relevante Alterserkrankungen [...] zuverlässiger therapiert und biologische Faktoren des Alterns weitergehend erforscht werden“ (vgl. Rieck 2011).

Die Forschung steht vor der Herausforderung, dass bedingt durch die Hochaltrigkeit die Multimorbidität signifikant zunimmt. Beispielsweise leiden derzeit weltweit 35 Millionen Menschen an Demenz oder Alzheimer und Prognosen zufolge wird sich die Zahl in den nächsten 20 Jahren sogar nahezu verdoppeln (vgl. Hoerner 2011).<sup>19</sup> Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, müssten breite Bevölkerungsteile ihren Lebensstil umstellen und präventive Interventionen bereits frühzeitig in der Biografie angelegt werden, da Faktoren wie Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung, Übergewicht oder Diabetes Demenzen begünstigen (vgl. Rapp/Klein/Brenner 2012; o.V. 2010a).

So lässt sich festhalten, dass die Annahme einer auch zukünftig steigenden Lebenserwartung durch Forschungserfolge auf den Gebieten der Medizin, Gentechnik und Pharmakologie, Psychologie, Bildungs-, Sport- und Bewegungswissenschaft begründet zu sein scheint, welche einerseits Krankheitsursachen identifizieren und Risikofaktoren reduzieren können, die die häufigsten Todesursachen im Alter bilden. Andererseits können sie Ansatzpunkte für effektive präventive Interventionsmaßnahmen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene schaffen, die zur Vermeidung einzelner Erkrankungen beitragen (Kruse/Wahl 2010: 31). Beispielhaft kann die Technisierung bestimmter Tätigkeiten, welche mitunter zu verbesserten Arbeitsbedingungen geführt hat, als entscheidend für den Anstieg der Lebenserwartung angesehen werden (vgl. Dumont 2011). Dieser einhergehende Gewinn einer verlängerten Lebenserwartung ist zum einen

---

<sup>19</sup> Die Prognosen des Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels sagen eine Zunahme der Demenzerkrankungen in Deutschland von derzeit etwa eine Million auf 2,2 bis zu 2,7 Millionen im Jahr 2050 voraus.

mit einem Gewinn an „aktiven Jahren“ angesichts eines durchschnittlich besseren Gesundheitszustandes, eines durchschnittlich höheren Bildungsniveaus, einer im Durchschnitt höheren Vertrautheit mit Bildungsangeboten und Lernaktivitäten und einer durchschnittlich besseren ökonomischen Stellung verbunden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 29). Die in der Nacherwerbsphase gewonnenen Jahre in guter Gesundheit können demzufolge als eine „demografische Rendite“ angesehen werden. Für eine gesellschaftliche Nutzung der individuellen Stärken auch Älterer ist ein lebensbegleitendes Lernen sowie Weiterbildung unerlässlich. Bildung hat nachweislich positive Auswirkungen auf die gesellschaftliche Partizipation, auf die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit (siehe hierzu Metaanalyse von Wienberg 2010).

Zum anderen bergen diese demografischen Entwicklungsverläufe zugleich die Problematik der bereits erwähnten steigenden Multimorbidität und ein damit einhergehender erhöhter Pflegebedarf im Alter (vgl. Kondratowitz 2000). Aufgrund dessen sind an das Altern sowohl personelle als auch gesellschaftspolitische Anforderungen und Erwartungen gekoppelt, welche mitunter tiefgreifenden Veränderungen unterliegen. Insbesondere die Alterskohorte der „jungen Alten“ sieht das Altern weniger als schicksalhaften Prozess als vielmehr einen weiteren aktiven, produktiven und gestaltungsfähigen Lebensabschnitt.

Im Zusammenhang mit dem Zugewinn an „aktiven“ Lebensjahren und der damit einhergehenden Verschiebung von Altersgrenzen kommt der Gestaltung des Erwerbslebens und der nachberuflichen Phase eine entscheidende Rolle zu. Im Hinblick auf eine alternde Berufswelt infolge der Erhöhung des prozentualen Anteils älterer Arbeitnehmer/-innen wirken sich die demografischen Entwicklungen auch auf das Rentensystem aus. Wenn die Alterskohorte der sogenannten „Post-War-Baby-Boomer“ das Renteneintrittsalter erreicht, wird es erhebliche demografische Veränderungen mit sich bringen (vgl. Lehr 1997: 70). Auf der marktwirtschaftlichen Ebene führt dieses zu einer Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung, einhergehend mit einem abermaligen Geburtenrückgang und somit einem geringeren Anteil der jüngeren (und damit erwerbstätigen) Alterskohorten, also einer Verringerung produktiver Altersgruppen.<sup>20</sup> Die Zahl der Erwerbstätigen (der 20- bis 64-Jährigen)<sup>21</sup> wird dem gegenüber von heute 50 Millionen auf 33 bis 36 Millionen sinken, d.h. die Anzahl der Erwerbstätigen wird sich ganz entscheidend verringern (vgl. Statistisches Bundesamt 2010b). Die stark vertretenen Jahrgänge

---

<sup>20</sup> Der Direktor des Max Planck Institut für Demografieforschung James Vaupel bezeichnet das 20. Jahrhundert als eine Epoche der Verteilung des Reichtums. Nach seiner Einschätzung wird das 21. Jahrhundert hingegen primär von der Verteilung der Arbeit bestimmt werden (vgl. Vaupel in Rötzer 2010).

<sup>21</sup> Bei der Einteilung in die Gruppe der Erwerbstätigen wird von der gesetzlichen Altersgrenze zum Renteneintritt ausgegangen, gesetzt den Fall, das bisherige gesetzliche Renteneintrittsalter von 65 Jahren erfährt keine Anhebung (wie derzeit geplant auf 67 Jahre).

sind heute Mitte 50 und somit im erwerbsfähigen Alter, jedoch werden bereits 2015 (branchenabhängig auch schon früher) Personen dieser Geburtskohorten zu den „älteren Arbeitnehmern/-innen“ zu rechnen sein. 2030 wird der überwiegende Teil dieser Kohorte bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sein, welches einerseits eine Belastung für das Sozialsystem darstellt, aber andererseits eine große Chance für ein intergeneratives Leben, Arbeiten und Lernen sein kann.<sup>22</sup>

Hierbei kommen Herausforderungen hinsichtlich des Umgangs und der Bewältigung von demografischen Entwicklungen und deren Folgen auf unterschiedliche Bildungsbereiche zu (Terhardt/Tippelt 2009: 1). Insbesondere im Hinblick auf das Postulat Lebenslangen Lernens wachsen für die Erwachsenenbildung Verpflichtungen. Beispielweise hinsichtlich der Integration älterer Arbeitnehmer/-innen und der Nutzung von Potenzialen in Form von u.a. Erfahrungswissen. Das Institut der deutschen Wirtschaft betont u.a., dass die Jobperspektiven der Generation 50plus verbessert werden müssen (vgl. o.V. 2010b). Diese Zielgruppe gewinnt in der außerberuflichen Erwachsenenbildung zunehmend an Bedeutung – insbesondere im Hinblick darauf, dass die Bildungspartizipation nicht nur die Funktion zur gesellschaftlichen Teilhabe sowie Persönlichkeitsentwicklung hat, sondern auch einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt kognitiver und psychomotorischer Leistungsfähigkeiten (vgl. Baltes 1993) und gesundheitlichen Wohlbefinden (vgl. OECD 2007) leisten.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der demografische Wandel Entwicklungen und Reformprozesse im Bildungswesen beschleunigen wird und eine Sensibilisierung für dieses Thema herbeiführt (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2010: 14). So hat beispielsweise der aktuelle Bildungsbericht 2010 insbesondere seinen Fokus auf die Differenzierung von Weiterbildungsverhalten und -angeboten bei den über 50-Jährigen und in internationaler Vergleichsperspektive gerichtet (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2010: 150).<sup>23</sup> Auch aufgrund von Erkenntnissen aus Längsschnitterhebungen zur Weiterbildungsbeteiligung können weitreichende Folgen der aktuellen und prognostizierten demografischen Entwicklungsverläufe benannt werden. So konnten bereits in der Disziplin Erwachsenenbildung/Weiterbildung diese Entwicklungstendenzen beobachtet und Versuche angestellt werden, diese konzeptionell aufzugreifen (vgl. Gnahs/Kuwan/Seidel 2008; Pehl 2006; Iller 2005).

---

<sup>22</sup> Norbert Blüm hatte Ende der neunziger Jahre – im Hinblick auf das tatsächliche Renteneintrittsalter, welches zum genannten Zeitpunkt bereits sieben Jahre unter der gesetzlichen Regelaltersgrenze lag – postuliert „Deutschland [kann] sich auf Dauer nicht die ältesten Studenten und die jüngsten Rentner leisten“ (Blüm 1997: 213).

<sup>23</sup> Die Bedeutung der bereichsübergreifenden Thematik der demografischen Entwicklungsströme wird u.a. in einem Fachdiskurs vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu den Chancen und Risiken der „Gesellschaft 2020“ diskutiert, um gesellschaftliche Schrumpfs- und Alterungsprozesse zu kompensieren (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011).

Die zuvor dargestellten Ausführungen verdeutlichen sowohl die (aktuelle) Brisanz bzw. Relevanz des Themas und die nachhaltigen Folgen des demografischen Wandels als auch die Rolle Lebenslangen Lernens.

### **3. Alter und Altern**

In den nachfolgenden Kapiteln werden sowohl die Begriffe des chronologischen Alters als auch die Prozesse des Alterns genauer differenziert sowie weiterführende Erläuterungen zu Alterskategorien, -grenzen und -diskriminierung zur genaueren Bestimmung bzw. Einordnung des Untersuchungsgegenstandes gegeben.

Das chronologische Alter dient nicht nur in der Forschung, sondern auch im Alltag als Merkmal sozialer Differenzierung und reguliert demnach den Zugang zu sozialen Rollen (Kruse/Wahl 2010: 8). Das Lebensalter stellt somit neben weiteren soziodemografischen Merkmalen einer Person – wie beispielsweise Geschlecht, Ethnizität, Religion, Bildung, Berufsstatus – eine der Formen gesellschaftlicher Differenzierungen dar (Kohli 1994: 245).

Um einen Eindruck über die Vielschichtigkeit der Alterskategorisierungen aufzuzeigen, wird im Folgenden auf verschiedene Ebenen solcher eingegangen.

Beispielhaft für eine Chronologisierung des Alters kann das Konzept des englischen Soziologen Peter Laslett angeführt werden. Er unterscheidet hinsichtlich des Lebensalters zwischen dem strukturellen, persönlichen, subjektiven und sozialen Alter. Ersteres bezieht sich auf die Bevölkerungsstruktur im Hinblick auf die demografischen Entwicklungen eines wachsenden Anteils älterer Bevölkerungsgruppen sowie auf die erhöhte Lebenserwartung. Hierbei werden die Unterschiede im Lebenslauf verstärkt, so dass die ältere Alterskohorte als sehr heterogen anzusehen ist (Laslett 1995: 62). Darüber hinaus fasst Laslett das sogenannte persönliche Alter als den Zeitpunkt im Lebenslauf auf, den ein Individuum selbst als erreicht ansieht. Dieser muss nicht zwangsläufig dem chronologischen Alter entsprechen (Laslett 1995: 63).

Ebenso wie beim persönlichen Alter kann das subjektive Alter unabhängig vom chronologischen Alter als ein „unzeitliches“ Alter angesehen werden i.S. einer Ereignisabfolge ohne starren Zeitverlauf. Das Lebensalter bleibt stabil, jedoch kann das persönliche oder öffentliche Alter als sich ändernd wahrgenommen werden (Laslett 1995: 64). Letztere Differenzierung des Alters nach Laslett stellt das soziale Alter dar: Hierbei handelt sich um ein gesellschaftlich auferlegtes Konstrukt, welches durch Rollenzuschreibungen durch das Umfeld erfolgt. Das soziale Alter stimmt häufig im formalen Sinne mit dem kalendarischen Alter überein. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Personen gleichzeitig mehrere soziale Alter haben können (Laslett

1995: 64) in Abhängigkeit der jeweiligen sozialen Konstellation. Das heißt jeder Mensch gehört parallel unterschiedlichen sozialen Gruppen an, welche an gewisse Rollenzuschreibungen gebunden sind. In diesem Zusammenhang ist eine weitere Alterskategorisierung anzuführen: Das Alter als soziale Kategorie wird nach der These von Degnen (2007) in inter- und intragenerationellen Beziehungen geschaffen. Die Kategorie Alter wird demnach sowohl über die geistige Leistungsfähigkeit als auch über das alltägliche soziale Verhalten bestimmt bzw. sie erfährt die gesellschaftlich tradierte Zuschreibung der Merkmale und Normen, die mit dem Begriff „alt“ verbunden sind (vgl. Degnen 2007). Der Versuch einer exakten begrifflichen Bestimmung macht deutlich, dass das Alter vielschichtig und unbestimmt ist, denn es impliziert eine Fülle an gesellschaftlichen und kulturellen Deutungen (Clemens 2001: 489).

Die Kategorisierung und Zuschreibung der Merkmale, die eine Person als „alt“ charakterisieren, erfolgen milieu- als auch branchendivergent. So definiert die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) „ältere“ Arbeitnehmer/-innen, wenn sich diese in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens befinden und das Renteneintrittsalter noch nicht erreicht haben (vgl. OECD 2010). Eine weitere Alterskategorisierung liefert das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit: Diese fasst die Kategorie „ältere“ Arbeitnehmer/-innen ab der fließenden Grenze zwischen 45 bis 55 Jahren. Eine allgemeingültige Definition des Begriffs „ältere Arbeitnehmer/-innen“ – auch aufgrund der variierenden Tätigkeiten und deren Leistungsanforderungen – scheint nicht zu existieren (vgl. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit 2011; Picker/Schöpf 2007). Die vornehmliche Zuschreibung von „alt“ ist in der bestehenden „Leistungsgesellschaft“ primär mit „[...] der Einschätzung von vorhandener oder nachlassender körperlicher und psychischer Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt verbunden“ (Backes/Clemens 2003: 56).<sup>24</sup>

Es lässt sich konstatieren, dass das kalendarische bzw. chronologische Alter eine Kategorie in einer bestimmten (sozialen) Ordnung darstellt, welche der Unterscheidung von Lebensphasen dient. Demzufolge bildet das chronologische Alter eine gesellschaftliche Grundlage für die Attribuierung und Zuweisung von Rollen und dadurch verbundene Rechte, Pflichten sowie Privilegien (Kruse 1994: 343) und fördert die Entstehung von Stereotypisierungen. Die Kategorisierung bzw. Festlegung von Altersstufen können jedoch als unbestimmt und sich stetig wandelnd bezeichnet werden, da eine Vielzahl von Definitionen von Altersgrenzen existiert - bedingt durch u.a. gesellschafts-, gesundheits-, arbeits-, renten(finanz)- und arbeitsmarktpolitische und die demografische Einflüsse. Des Weiteren ist zu beachten, dass sich die Altersgrenzen im Zuge

---

<sup>24</sup> Aufgrund der thematischen Eingrenzung der Forschungsfrage kann in der vorliegenden Untersuchung nur in Auszügen auf die Herausforderung unterschiedlicher Ausgangspunkte des Altersbegriffes eingegangen werden.

der gesellschaftlichen Entwicklung bzw. des Fortschritts verändern und zwangsläufig keine starren zeitüberdauernden Markierungen darstellen müssen.

Eine mögliche Kategorisierung von Lebensphasen bietet der Ansatz von Kohli zur Institutionalisierung des Lebenslaufs, welcher zu den klassischen sozialwissenschaftlichen Konzepten der Lebenslaufforschung<sup>25</sup> zählt. Nach Kohli kann eine Kategorisierung des Lebensalters bzw. die Institutionalisierung des Lebenslaufs – welche auf sozial definierte, lebensphasenspezifische „Ablaufprogramme“ basiert – um das Berufsleben<sup>26</sup> herum organisiert und gegliedert werden (vgl. Kohli 1985). Einzelne biografische Zeitmarken dienen als chronologische Orientierungspunkte im Lebenslauf und sind mit Anspruchsgrenzen verbunden. Die sogenannte gesellschaftliche „Normalbiografie“, welche in ihrer Form institutionalisiert, geregelt und standardisiert ist und als Bezugsgröße dient, lässt sie demnach von einzelnen Altersmarken und lebensphasenspezifischen (sozial sanktionierten) Veränderungen ableiten (Kruse 1994: 344). In der Weiterentwicklung der Dreiteilung des Lebenslaufs von Kohli (vgl. hierzu Kohli 1978, 1985) stellt das Alter eine eigene Lebensphase dar, die als eine eigenständige, potenzialreiche Lebensphase anzuerkennen ist (Köster/Schramek/Dorn 2005: 227).

Hinsichtlich voneinander unterscheidbarer Alterskategorien differenziert der Soziologe und Altersforscher Leopold Rosenmayr innerhalb der Phase Alter „[...] zwischen einem chancenreichen dritten und einem eingeschränkten vierten Lebensalter und einem häufig schon abhängigen fünften Lebensabschnitt“ (Rosenmayr 1996: 35). Eine ähnlich Klassifikation des Alters nimmt auch Buttler vor: Er unterscheidet die Lebensphase Alter in „Junge Alte“, die noch über

---

<sup>25</sup> In der Lebenslaufforschung lassen sich grob zwei methodologische Stränge erkennen: Zum einen gibt es die quantitativ orientierte Lebens(ver)laufsforschung, welche den Lebenslauf als eine Art Ereignisabfolge versteht. Demzufolge bringen Ereignisse eine Veränderung vom sozialen Status, wie z.B. den Übergang zwischen der beruflichen Statuspositionen „erwerbstätig“ zu „sich im Ruhestand befinden“, mit sich (vgl. hierzu u.a. Blossfeld 1990). Zum anderen setzt die qualitative Biografieforschung vielmehr an individuellen Lebensverläufen an. Dieses geschieht häufig durch die Rekonstruktion der Lebensgeschichte, i.S. einer retrospektiven Beurteilung und Einschätzung aus Sicht der Befragten – wie auch in dem in dieser Arbeit analysierten Explorationsteil der ILSE. Im Gegensatz zu den meisten quantitativen Rohdaten können qualitative Daten zur Klärung beitragen, aus welchen Gründen die Befragten jene Entscheidungen getroffen haben (vgl. Kluge/Kelle 2001: 12f.). Sowohl die quantitativ orientierten als auch qualitativen Forschungsansätze wollen die „soziokulturelle Kontinuität der Strukturen des Lebenslaufs“ methodologisch in den Griff bekommen (vgl. Kluge/Kelle 2001: 14).

<sup>26</sup> Eine allgemeingültige Definition des Begriffs „ältere Arbeitnehmer/-innen“ ist in der Literatur nicht zu finden, jedoch lässt sich oftmals eine allgemein verwendete Einteilung der Alterskategorien in der deutschen Fachliteratur wie folgt finden: 55- bis 77-Jährige= Ältere, 70- bis 75-Jährige= Alte, über 75-Jährige= Betagte, über 80-Jährige= Hochbetagte (Malwitz-Schütte 2000: 11ff.; Schulze 1998). Nach der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ werden Personen der Kategorie „alt“ ab dem 60. Lebensjahr – unabhängig von ihrem Erwerbsstatus – zugeordnet (Deutscher Bundestag 1994: 62). Laut der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beginnt die Phase „Alter“ mit dem Austritt aus der Erwerbstätigkeit und dem Übergang in den Ruhestand (eine schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 Jahren auf 67 Jahre) (Picker/Schöpf 2007: 100). Aus arbeitsmarktpolitischer Perspektive bezeichnet die OECD Arbeitnehmer/-innen als „alt“, „[...] die in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens stehen, das Pensionsalter jedoch noch nicht erreicht haben“ (vgl. OECD 2010). Beispielhaft kann eine weitere Kategorisierung von Altersgruppen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit genannt werden: Demzufolge wird die Grenze zur Altersphase als eine fließende zwischen 45 bis 55 Jahren gesehen (vgl. IAB 2010). Laut der UNO handelt es sich bei der Gruppe der „Älteren“ um die über 60-Jährigen (UNO 2001: 3). Hingegen fasst die Arbeitslosenstatistik Personen ab dem 55. Lebensjahr zu der Gruppe der Älteren, die WHO zählt die über die 50-Jährigen zu den Älteren und in der betrieblichen Weiterbildungsforschung werden Arbeitnehmer/-innen ab 45 Jahren schon als „Ältere“ geführt (Picker/Schöpf 2007: 100). In manchen Branchen wird man sogar bereits schon ab dem 40. Lebensjahr der Gruppe der „älteren Mitarbeiter/-innen“ zugeordnet. Solchermaßen „inoffizielle Altersgrenzen“ fördern häufig die Exklusion beruflicher/betriebsinterner Weiterbildungsmaßnahmen, die Distinktion aus Personalentwicklungsmaßnahmen und eine Inklusion in die Problemgruppe (Lehr 1997: 70).



die Fähigkeiten verfügen, Leistungen für andere zu erbringen. Erst wenn diese Fähigkeit abhandenkommt, jedoch die Selbstkompetenz bestehen bleibt, spricht Buttler von den „Alten“. Im Falle, dass auch die Selbstkompetenz nicht mehr im vollen Maße besteht und Personen auf externe Hilfeleistungen angewiesen sind spricht Buttler von der Phase der „alten Alten“. In der vierten Phase kommt es seiner Ansicht nach schließlich zum Verlust der Selbstkompetenz, die eine absolute Abhängigkeit – i.S. einer erhöhten Inanspruchnahme externer Hilfeleistungen – herbeiführt (Buttler et al. 1988: 16ff.).

Der Betrachtung der Alterskategorien schließt sich die Darstellung der Diskussion um die Altersgrenzen an, welche für die vorliegende Arbeit einen weiteren Baustein zur Einordnung des Untersuchungsgegenstandes beiträgt. Die Wahrnehmung der Potenziale im Alter geht mit dem Strukturwandel des Alters einher, wobei Ältere eine steigende Vitalität aufweisen.<sup>27</sup> Dieses wird häufig auch als „Kompression der Morbidität“ beschrieben (vgl. Fries 1980), welche wiederum durch die Forschungsergebnisse der „Seattle Longitudinal Study“, die für die Alterskohorte der 1889 und 1973 Geborenen eine Zunahme der kognitiven Leistungen aufzeigen konnte (vgl. Schaie/Willis/Caskie 2004), bestätigt werden. Die Attribuierung, ab wann die Phase „Alter“ beginnt, scheint sich seit einiger Zeit zu verschieben: „Heute werden 70-jährige Pensionäre, die sich bester Gesundheit erfreuen, noch als „junge Alte“ bezeichnet. Die sprachliche Grenze für die Zuschreibung „alt“ liegt inzwischen jenseits der 75“ (Gaschke 2011: 2). Auch die Bezeichnungen für Ältere haben sich gewandelt. Neben der weitgeläufigen Bezeichnung "junge Alte" lassen sich weitere Umschreibungen für Ältere finden wie beispielsweise „Zwischenzeitleer“ oder „Außerinstituiertere“ (vgl. o.V. 2011b). Generell ist es problematisch, von den Älteren<sup>28</sup> zu sprechen und ihnen Attribute wie Hilfebedürftigkeit u.ä. zuzuordnen oder auf der anderen Seite ausschließlich von dynamischen, selbstständigen und gut situierten Älteren auszugehen, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt (vgl. Dieck/Naegle 1993). Daraus folgernd liegt dieser Arbeit ein differenziertes Alter(n)sbild zugrunde.

---

<sup>27</sup> Aus einer österreichischen Survey-Untersuchung ist bekannt, dass sowohl die Älteren selbst als auch die jüngeren Befragten auf die Frage, wann für sie das Alter beginnt, vorwiegend das 70. bis 75. Lebensjahr nannten. Dies entspricht nicht der Annahme, dass der Austritt aus dem Erwerbsleben diesen Übergang zur Phase „Alter“ markiert. Zudem konnte die Untersuchung zeigen, dass sich die älteren Befragten durchschnittlich zehn Jahre jünger als ihr tatsächliches chronologisches/kalendarisches Lebensalter fühlen (vgl. Ehmer 2009; Ehmer/Höffe 2009).

<sup>28</sup> Es ist zu berücksichtigen, dass ein geschlechterdifferenzielles Altern – i.S. von „Double Standard of Aging“ (vgl. Sontag 1975) – stattfindet und dieses auch in der subjektiven Wahrnehmung durch seine Andersartigkeit gekennzeichnet ist (Kolland/Ahmadi 2010: 25).

Altersabschnitt	Alter	Synonyme Verwendung
Alter	65 Jahre und älter	alte bzw. ältere Menschen
Drittes Lebensalter	65-85 Jahre	junge Alte
Viertes Lebensalter	85 Jahre und älter	sehr alte Menschen, alte Alte, Hochaltrige, Hochbetagte

**Abb. 1: Klassifizierung des Lebensalters (Tesch-Römer/Wurm 2009: 11)**

In der Gerontologie und Psychologie werden die Altersgruppen<sup>29</sup> z.B. wie folgt klassifiziert: Auch die Unterteilung in das dritte und vierte Lebensalter wird unterschiedlich vorgenommen. Beispielsweise definieren Rowe & Kahn (1998) das dritte Lebensalter als Zeitspanne zwischen 60 und 80 Jahren (Rowe/Kahn 1998). Kruse (vgl. Kruse 2005a; Kruse 2005b) hingegen setzt – wie in der Abbildung 1 von Tesch-Römer & Wurm – die Grenze zum „dritten Lebensalter“ bei 65. Jahren, in dem die Möglichkeiten einer selbstständigen und aktiven Lebensführung im Allgemeinen erhalten sind bevor sich das vierte Lebensalter – mitunter durch Mobilitätseinschränkungen und Multimorbidität gekennzeichnet – anschließt. Nach Baltes liegt das dritte Lebensalter zwischen 65 bis 80 Jahren (Baltes 1997; Martin/Kliegel 2008: 48). Seiner Auffassung nach (vgl. Baltes 1997, 1999) bestehen in einer lebenslaufanalytischen Betrachtung drei generelle, interagierende Prinzipien für das Verständnis des Alters und seiner Gestaltbarkeit im Kontext der Entwicklung<sup>30</sup> – i.S. der Humanontogenese.<sup>31</sup>

Demzufolge besteht eine Vielzahl von möglichen Bezugspunkten. In der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gerontologie hat sich die Differenzierung zwischen dem „dritten“ und „vierten“ Lebensalter durchgesetzt (vgl. Laslett 1989; Baltes/Smith 1999). Als Wendepunkt bzw. als chronologischer Orientierungsmarker des Phasenüberganges werden der Austritt aus der Erwerbstätigkeit und der Eintritt in das „dritte“ Lebensalter, welches in der Regel durch einen guten Gesundheitszustand und hoher Aktivität gekennzeichnet ist, angesehen. Bevor die sogenannten „jungen Alten“ in das „vierte – durch hohes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko

<sup>29</sup> Es ist darauf hinzuweisen, dass die Altersstufen nicht ausschließlich als Zeitstrecken betrachtet werden können, da nicht zwangsläufig auszuschließen ist, dass sich die Ereignisse der jeweiligen Lebensphasen überschneiden können - daher ist es sinnvoll, nicht von Stufen, sondern von Phasen (die sich teilweise überlappen können) zu sprechen. Zudem haben unterschiedliche Lebensverläufe einen enormen Einfluss auf die Phasenzuordnung: „[...] ein Sportler muss seinen Gipfel gewöhnlich während des ersten Alters erreichen und folglich dann einen Teil seines dritten Alters leben“ (Laslett 1995: 35f.).

<sup>30</sup> Im Verlauf der Entwicklung von Biologie und Kultur werden die Vorteile der evolutionären Selektion im Lebensverlauf schwächer, zugleich steigt im Lebensverlauf der Bedarf an Kultur, erfährt jedoch im Alter eine Abnahme der Effektivität der Kultur (vgl. Baltes 1987). Insgesamt wird bei der Festlegung und dem Übergang vom dritten ins vierte Lebensalter nach Baltes davon ausgegangen, dass die sensorischen und kognitiven Kompetenzen im hohen Alter stetig abnehmen. Dieser Verlust kann nach Baltes Konzeption der Humanontogenese vorübergehend von kulturellen Ressourcen und Kontexten kompensiert werden, bis im sehr hohen Alter die Wirksamkeit dieser kompensatorischen Ressourcen erheblich herabsinkt (Martin/Kliegel 2008: 49).

<sup>31</sup> Die Humanontogenese ist die Entwicklung des Menschen über den gesamten Lebenslauf.

bestimmte“ Lebensalter der sogenannten „Hochaltrigen“<sup>32</sup> eintreten (vgl. Wahl/Rott 2002). Die Altersbestimmung rein über Lebensereignisse festzumachen erscheint daher – wie bereits erwähnt – fraglich, da diese Ereignisse nicht bei allen Personen einer Alterskohorte stattfinden. Martin & Kliegel schlagen daher vor, das Alter anhand von Entwicklungsaufgaben zu klassifizieren (Martin/Kliegel 2008: 27).

Psychologische und medizinische Untersuchungen haben gezeigt, dass es keine allgemein verbindlichen Altersnormen gibt, sondern allenfalls Altersformen (Lehr 1997: 68). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass es keinen biologischen Marker für das Alter gibt.

Auf der gesetzlichen Ebene existieren in der Lebensspanne zwischen dem 32. und dem 55. Lebensjahr keine gesetzlichen Regelungszwänge. Rechtfertigungsgründe für Höchstaltersgrenzen werden u.a.

- durch die Typisierung der individuellen Leistungsfähigkeit,
- aus ökonomischer Perspektive durch die Relation bzw. das angemessene Verhältnis zur Ausbildung, Lebensarbeitszeit, Rentenbezug
- sowie durch die soziale bzw. staatliche Verteilung z.B. einer ausgewogenen Altersstruktur in Unternehmen

legitimiert.

Die Nominierung von Altersgrenzen kann zugleich Diskriminierungen beinhalten. Auch in Hinblick auf die Geschlechterzugehörigkeit können sowohl die Lebensphase Alter als auch die soziale Ungleichheit im Alter in jeweils spezifischer Weise geprägt werden (Backes/Clemens 1998: 83). In der Lebensphase Alter setzen sich Merkmale sozialer Ungleichheit – wie unterschiedliche Umweltbedingungen, Wohn- und Wohnumweltbedingungen, Gelegenheitsstrukturen<sup>33</sup>, soziale und kulturelle Partizipation, Kontakt- und Unterstützungschancen – eher fort und verfestigen oder verstärken sich sogar eher, als dass diese nivelliert werden (vgl. Hradil 1987; Wienberg/Czepek 2011). So ist insbesondere die Lebensphase Alter im Vergleich zu früheren Lebensabschnitten stärker mit materieller und immaterieller sozialer Gefährdung – im Speziellen für Frauen und Angehörige unterprivilegierter Gruppen – verbunden (vgl. Dieck/Naegle

---

<sup>32</sup> Mit der Unterscheidung von „jungen Alten“ und „Hochbetagten“ ist nicht nur die Vorstellung einer zunehmend aktiveren Lebensphase kurz vor und nach dem Übergang in den Ruhestand verbunden, sondern in Folge einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Lebenslagen Älterer auch ungleiche Chancen, diesem Aktivierungsparadigma zu folgen. Während gesellschaftliche Teilhabe früher über die Einkommenssicherung des Sozialstaates gewährleistet wurde, wird heute zunehmend die Eigenverantwortung angemahnt (Lessenich 2008: 89). Das Aktivierungsparadigma der Gesellschaft als neues Leitbild für sozialpolitisches Handeln erkennt neben den Frauen und Kindern als Humankapitalinvestition das Aktivitätspotenzial der Älteren (Lessenich 2008: 108ff.). Das Aktivitätspotenzial und die Altersproduktivität, d.h. der Nutzen von individuellen Ressourcen zur Förderung der gesellschaftlichen Produktivität werden klar benannt und eine Aktivierung derselben angestrebt. Diesem Postulat „aktiven Alterns“ stehen allerdings keine substanzielle Umsetzung dieser Strategie und fortwährende Altersdiskriminierungen entgegen (Barkholdt 2004: 137f.).

<sup>33</sup> Unter Gelegenheitsstruktur können sowohl materielle als auch soziale Rahmenbedingungen begriffen werden, die eine (bildungs-)Aktivität ermöglichen, fördern oder auch behindern (Fischer 2002: 410). Nach dem Soziologen Herbert Kitschelt handelt es sich bei Gelegenheitsstrukturen jedoch nicht um klar umrissene Bedingungen, sondern vielmehr um ein Paradigma, welches die erforderliche Aufmerksamkeit für die Ausübung einer gewissen Aktivität bündelt (vgl. Kitschelt 1999).

1993; Amann 1993; Backes 1993). Tews (1993) bezeichnet diese Ungleichheit in der Geschlechterverteilung innerhalb der Kohorte der Älteren und ihre Folgen als „Feminisierung des Alters“ (Tews 1993: 28ff.; Tews 1999: 148f.). Diese geschlechterdifferenziellen Unterschiede sind verbunden mit verschiedenen Lebenslagen und daraus resultierenden Opportunitätsstrukturen und Habitualisierungen (Engstler et al. 2004: 218).<sup>34</sup>

Zusammenfassend zeigt sich, dass aufgrund der zuvor auf- und ausgeführten Aspekte eine starre Festlegung von Lebensaltersgrenzen nicht sinnvoll ist, da das „subjektive“ Alter nicht ausschließlich auf Grundlage der bestehenden Lebensjahre bestimmt werden kann, sondern vielmehr aufgrund von u.a. biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, die den Gesundheitszustand bzw. das Wohlbefinden beeinflussen (Schade 2002: 231ff.).

Als einen entscheidenden Einflussfaktor auf die Auswirkungen und Folgen des demografischen Wandels kann eine Flexibilisierung der Altersgrenzen gesehen werden. Bei der Konzeption und Implementierung andersartiger bzw. flexibler Altersgrenzen ist es somit wichtig, dass diese das Bewusstsein bzw. die Sensibilität für intraindividuelle Unterschiede berücksichtigen.

Es lässt sich festhalten, dass nicht von einer Lebensphase Alter auszugehen ist, sondern von mehreren unterschiedlichen Lebensphasen im Alter (Backes/Clemens 1998: 335).<sup>35</sup> Maßgeblich wird die jeweilige Lebensphase durch physische, psychische, soziale und gesellschaftliche Alternsprozesse beeinflusst und im geringeren Ausmaß vom kalendarischen Alter: Folgerichtig ist somit von einem konstitutionellen Altern auszugehen (Backes/Clemens 1998: 335).<sup>36</sup> Des Weiteren kann zusammenfassend festgehalten werden, dass aktuell keine Altersdefinition existiert, die ausschließlich auf psychologische Aspekte zurückgeht, sondern vielmehr werden die bestehenden Kategorisierungen vor allem durch pragmatische, demografische oder populationsstatistische Überlegungen geprägt. Die Frage, wann eine Person als „alt“ bezeichnet wird,

---

<sup>34</sup>In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass obwohl rechtliche Grundlagen zum Verbot der Diskriminierung aufgrund des Alters in Beschäftigung und Beruf – zur Integration aller Altersgruppen in den Arbeitsmarkt – existieren, zahlreiche „verdeckte“ Diskriminierungen im Bereich der Arbeit bzw. Arbeitssuche, eben bezogen auf diesen Parameter, erfolgen. Branchen- und positions-/berufstatusabhängig passiert dies zuweilen schon ab dem 40. Lebensjahr (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 242). Motel-Klingebiel et al. (2010) weisen darauf hin, dass sich insbesondere Frauen sich im Bereich Arbeit häufiger aufgrund ihrer Alters benachteiligt fühlen (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 243). Zudem schildern vermehrt Personen mit einem geringeren Bildungstand Fälle von Altersdiskriminierung in der medizinischen Versorgung als höher Gebildete. Ursächlich hierfür wird von den Autoren in diesem Zusammenhang ein Kommunikationsdefizit vermutet (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 243).

<sup>35</sup>Die sogenannten Älteren lassen sich nach Auffassung von Kruse & Lehr (1999) genauer durch Teilgruppen funktionalen Alters beschreiben als durch eine chronologische Klassifizierung in bestimmte Altersgruppen (vgl. Kruse/Lehr 1999). Demzufolge erscheint eine Altersbestimmung rein über die Lebensereignisse oder den beruflichen Ruhestand prekär, da sich auch diese Ereignisse – aufgrund der Zunahme von Patchwork-Biografien – verschoben haben (Martin/Kliegel 2008: 27).

<sup>36</sup>Das kalendarische bzw. chronologische Alter wird häufig vermeintlich mit dem biologischen Alter gleichgesetzt. Allerdings zeichnet sich der Intragruppenvergleich einer Alterskohorte durch eine große Variabilität und Varianz zwischen den einzelnen Mitgliedern aus (Laslett 1995: 62). Das Lebensalter kann demzufolge nicht generell mit Funktionseinbußen gleichgesetzt werden, da altersspezifische Veränderungen im Verhalten kontextabhängig in ihrer strukturellen Qualität und Richtung sehr divergent verlaufen können (Baltes/Schaie 1979: 91).

kann demzufolge nicht normativ beantwortet werden (Martin/Kliegel 2008: 29).<sup>37</sup> Aus der Forschung zum subjektiven Altersempfinden ist bekannt, dass sich die älteren Probanden/-innen selbst tendenziell weniger stark als „alt“ kategorisieren, als aufgrund ihres chronologischen Alters erwartet werden könnte (vgl. Kogan 1979). Darüber hinaus ist anzumerken, dass sich nicht generell von den Älteren als homogene Gruppe in der Gesellschaft sprechen lässt; vielmehr ist die alternde Bevölkerung durch eine große Heterogenität und durch ihre inter- und intraindividuelle Variabilität gekennzeichnet (Oswald 2000: 108). Im Fünften Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2005) wird auf sich weiter ausdifferenzierende Bildungsbiografien in Deutschland verwiesen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 160).

Zusammenfassend lassen sich aus den dargestellten Aspekten somit zwei grobe Differenzierungen ableiten: Zum einen besteht das Verständnis, dass das Alter eine Sequenz von Ereignissen umfasst (Generationsbegriff), und zum anderen markiert es die Dauer als eine feste Kategorisierung. Eine genauere Differenzierung zur begrifflichen Bestimmung des Lebensalters lässt sich z.B. in der gerontologischen Fachliteratur finden. Hier wird häufig die Unterscheidung zwischen biologischen Lebensalter, dem positionsbezogenen sozialen Alter und dem subjektiv gefühlten Lebensalter getroffen (vgl. Birren/Cunningham 1985), worauf im folgenden Kapitel weiterführend eingegangen wird und welches im weiteren Verlauf der Arbeit als grundlegend für die Untersuchung angesehen wird.

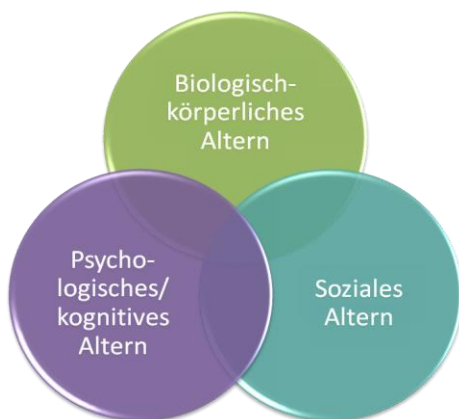
### **3.1 Prozess des Alterns**

In der Forschung hat sich die Unterscheidung zwischen stochastischen und deterministischen Alternsprozessen weitestgehend etabliert (Danner/Schröder 1992: 109ff.; Dandekar 1999: 243ff.). Stochastische Prozesse können dabei als eher „zufällige“ Prozesse verstanden werden, wie beispielsweise der Aussetzung von Schadstoffen am Arbeitsplatz, welche gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge haben können (Vömel 1991: 48). Deterministische Ablaufprozesse meinen hingegen die Alterungsprozesse, die durch genetisch festgelegte Programme bestimmt werden (Lang 1994: 282; Dandekar 1999: 252ff.). Der Prozess des Alterns in der Lebenslaufperspektive kann als ein Wechselspiel angesehen werden, welches im Zusammenwirken von biologischen, umweltbezogenen bzw. sozialen sowie kulturellen Faktoren abläuft und die individuelle Ressourcenkapazität einer Person determiniert (Kade 2007: 39). Der Prozess

---

<sup>37</sup> Nach Untersuchungen wird das eigene Alter meistens erst bewusst, wenn einer Person aus der Umwelt dieses suggeriert und dem- oder derjenigen die Rolle des Älteren zugeschrieben wird (Kade 2007: 13).

des Alterns scheint nicht nur durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst zu werden, sondern sich auch in seinem Verlauf höchst divergent zu verhalten. Betrachtet man hierbei unterschiedliche Dimensionen des Alterns und die damit einhergehenden Veränderungen in den verschiedenen Funktionsbereichen, so wird deutlich, dass diese altersbedingten Veränderungen individuell in höchst unterschiedlicher Weise – bezogen auf deren Ausmaß und Intensität sowie ihren zeitlichen Verlauf – auftreten können (vgl. u.a. Kruse/Lehr 1999). In der (gerontologischen) Wissenschaft ist man sich einig, dass die Entwicklung über die Lebensspanne keinen eindimensionalen Verlauf nimmt, sondern vielmehr alterskorrelierte Entwicklungsprozesse nichtlinear auf verschiedenen Dimensionen erfolgen und höchst (intra-)individuell sind. Aufgrund des Geflechts psychologischer, sozialer und biologischer Faktoren stellen entscheidende Merkmale von Alternsveränderungen deren „Multidimensionalität“ und „Multidirektionalität“ dar (Schmitt et al. 2008: 12f.). Es lässt sich letztlich keine generalisierende Aussage darüber treffen, welche einzelnen Ressourcen repräsentativ für das Altern i.S. von Gewinn, Stabilität oder Verlust anzusehen sind. Demgemäß müssen alterskorrelierte Entwicklungsprozesse der verschiedenen Ressourcen im (Wirkungs-)Zusammenhang erklärt werden (Martin/Kliegel 2008: 33). Dieses erfordert eine differenzierte Analyse von Alternsprozessen in einzelnen Funktionsbereichen (Backes/Clemens 1998: 92).



**Abb. 2: Dimensionen des Alterns**  
(eigene Darstellung)

Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage ist zu berücksichtigen, dass – wie bereits erwähnt – verschiedene Dimensionen vom Alternsprozess betroffen sein können. Hierbei wird häufig zwischen kognitiven, körperlichen und sozialen Ressourcen im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ (gesundes) Altern unterschieden.<sup>38</sup>

Wichtig ist zudem – wie es der Ansatz des differenziellen Alterns beispielweise auch in der „ILSE“<sup>39</sup> verfolgt – dass sowohl intra- als auch extrapersonale Ressourcen berücksichtigt werden. Demzufolge stellen nicht nur die Existenz von Ressourcen – wie beispielsweise soziale

<sup>38</sup> Laut Befunde der „Berliner Altersstudie“ treten Veränderungen in den verschiedenen Funktionsbereichen im unterschiedlichen Ausmaß auf (vgl. Lindenberger et al. 2010: 659).

<sup>39</sup> Ausführliche Beschreibung des Datensatzes der „Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE) im Kapitel 10.1 *Datensatz und Erhebungsverfahren (ILSE)* und 10.2 *Auswahl und Beschreibung der gewählten Stichprobe*.

Netzwerke – sondern auch die subjektive Repräsentanz von Ressourcen – i.S. der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung – einen Einfluss dar (Schmitt et al. 2008: 12).

Im folgenden Abschnitt der vorliegenden Arbeit werden daher unterschiedliche Dimensionen des Alterns genauer skizziert. Diese umfassen – wie in Abbildung 2 dargestellt – neben den biologisch-körperlichen bzw. genetischbedingten Faktoren auch jene Dimensionen, die sich u.a. aufgrund verhaltensbedingter Faktoren ausbilden – wie das psychologische bzw. kognitive Altern sowie das soziale Altern.

### **3.1.1 Biologisch-körperliches Altern**

Im Kontext der Anlage-Umwelt-Debatte<sup>40</sup> wird in der Biologie diskutiert, ob Alternsprozesse maßgeblich durch ein „genetisches Programm“ gesteuert werden (Danner/Schröder 1992: 96). Es ist davon auszugehen, dass die Erbanlagen für die Entwicklung im höheren Alter eine geringere Rolle spielen als im frühen Lebensabschnitt, in denen die Gene in einem größerem Ausmaß u.a. das Denk- und Lernvermögen bestimmen.<sup>41</sup> Die genetischen Voraussetzungen bestimmen nicht allein über die Entwicklung eines Menschen, so dass eine hohe interindividuelle Variabilität der Alternsprozesse besteht.<sup>42</sup> Die biologischen Voraussetzungen bilden jedoch einen Rahmen innerhalb dessen sich das eigene Altern ausgestaltet (Wahl 2010: 23).<sup>43</sup>

Biologisch-genetische Alternstheorien beschäftigen sich mit der Frage, wie sich biologisches Altern erklären lässt. Es wird angenommen, dass die Ursache für biologische Alternsprozesse im Erbmaterial zu suchen sei (Schachtschnabel/Maksiuk 2006: 20f.).<sup>44</sup> Insofern ist das Interesse von medizinischen Alternstheorien auf die Erforschung von Krankheitsursachen mit Ziel der Symptombehandlung und einer nachhaltigen Prävention gerichtet (Sieber 2006: 29).<sup>45</sup> Betrachtet man aus der Defizitperspektive (biologische) Alternsveränderungen, so wird aus empiri-

---

<sup>40</sup> Siehe zur Anlage-Umwelt-Debatte ausführlicher im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.

<sup>41</sup> Es besteht die Annahme, dass es sogenannte „kritische Zeitfenster“ zum Erlernen bestimmter Fähigkeiten bzw. zur Ausprägung von bestimmten Gehirnstrukturen beim Menschen gibt (vgl. Spitzer 2005).

<sup>42</sup> Eine US-amerikanische Studie bekräftigt die Komplexität und Heterogenität von Altersprozessen. Die Studie der Universität von Houston hat anhand von Gesundheitsdaten von Menschen zwischen dem 20. und 96. Lebensjahr physische Alterungserscheinungen untersucht. Der Befund ist, dass zwar ein Verlust der physischen Fitness mit dem Alter einhergeht, jedoch dieser Vorgang nicht linear verläuft, sondern physische Beeinträchtigungen durchschnittlich ab dem 45. Lebensjahr in Erscheinung treten. Zudem konnte in der Untersuchung gezeigt werden, dass der Alterungsprozess (ab dem 45. Lebensjahr) bei Männern einen deutlicheren Effekt hat als bei Frauen. Jedoch lässt sich dieser Prozess durch Schlüsselfaktoren, wie körperliche Aktivität, Nichtrauchen und ein normaler Body-Mass-Index, positiv beeinflussen (vgl. Jackson et al. 2009).

<sup>43</sup> Aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl die Mortalität als auch die altersbedingten Abbauprozesse zeitlich verzögert einsetzen – die Rate der Alterung dennoch relativ konstant geblieben ist (vgl. Rieck 2011).

<sup>44</sup> Es lassen sich z.B. sogenannte „Langlebigkeits-Gene“ identifizieren, die den Alternsprozess verzögern oder auch „Alterns-Gene“, die wiederum altersbedingte Veränderungen beschleunigen (Danner/Schröder 1992: 93).

<sup>45</sup> Im Allgemeinen können Alternsprozesse aus biologischer Sicht als ein fortschreitender Wandel über den gesamten Lebenslauf i.S. einer „Biomorphose“ verstanden werden (Kruse/Wahl 2010: 91ff.).

schen Untersuchungen deutlich, dass im hohen Alter häufig zunehmende körperliche Beschwerden oder Seh- oder Hörprobleme genannt werden (vgl. u.a. Platt 1997; Maddox 1995; Marsiske et al. 2010; Schröder et al. 2008).<sup>46</sup> Des Weiteren liegen valide Befunde vor, dass im höheren Alter u.a. der systolische Blutdruck zunimmt, während sich hingegen die Muskelmasse bzw. Muskelkraft reduziert; mit dem Alter einhergehend verschlechtern sich im Allgemeinen zudem die Nervenfunktionen (Kruse/Wahl 2010: 99f.).<sup>47</sup>

Somit kann festgehalten werden, dass aus biologischer Sicht der Alternsprozess als eine „[...] vielschichtige naturhafte Einschränkung des Lebendigen, die Einfluss auf die psychischen Reaktionen und Haltungen der Persönlichkeit einnimmt“, erscheint (Rosenmayr 1988: 100). Dem entgegen tritt die verhaltensdeterminierte Perspektive, welche das Altern als einen sich „ausweitenden und differenzierenden Prozess psycho-sozialer Entwicklung und Gestaltung“ versteht (Rosenmayr 1988: 100).

Die Ausführungen machen deutlich, dass neben den genetischen Voraussetzungen die Biografie, Erfahrungen und die jeweilige Lebensweise von entscheidender Bedeutung sind, wie und in welchem Ausmaß eine Person altert (Könneker 2010: 3). Einige Menschen weisen eine hohe Widerstandsfähigkeit gegen typische Alterskrankheiten im hohen Alter auf. Unter dieser Widerstandsfähigkeit – auch Resilienz<sup>48</sup> genannt – wird die Fähigkeit von Personen verstanden, die einen „erfolgreichen“ bzw. individuell adäquaten Umgang mit belastenden Situationen ermöglicht.<sup>49</sup> Resilientes Verhalten kann in manchen Bereichen gezeigt werden und wiederum in anderen nicht zum Tragen kommen. Daher ist Resilienz immer in seiner Kontextualität<sup>50</sup> zu betrachten. Resilienz findet im Zusammenspiel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, die auf ein Individuum einwirken, statt. Hierbei handelt es sich sowohl um äußere als auch innere Faktoren

---

<sup>46</sup> In der älteren Forschungsliteratur lässt sich vielfach noch eine starke Defizitorientierung feststellen: „Das Defizitmodell des Alters [...] geht vom Abbau verschiedener somatischer, psychischer, kognitiver und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alter aus, z.B. Gedächtnisleistung [...]“ (Kade 2007: 41).

<sup>47</sup> Als biologische Altersveränderungen können u.a. Gewebeveränderungen, extrazelluläre Veränderungen, Veränderungen in den Zell-Interaktionen und intrazelluläre Veränderungen genannt werden (Danner/Schröder 1994: 98ff.). Insbesondere das zentrale Nervensystem, das Immunsystem, das endokrine und cardio-vaskuläre und das zentral-nervöse System sind von Alterserscheinungen betroffen, die folglich zur Dysfunktion des gesamten Organismus führen (Vömel 1991: 50).

<sup>48</sup> Der Begriff wurde durch die Entwicklungspsychologin Emmy Werner sowie von der in den 1950er Jahren durchgeführten Pionier-Längsschnittuntersuchung („Kauai-Studie“ von Emmy Werner und Ruth Smith geprägt (vgl. Werner 1993; Werner/Smith 1982)). Als Resilienz wird die Aufrechterhaltung oder die Wiederherstellung des psychischen Anpassungs- und des Funktionsniveaus nach Beeinträchtigungen oder Verlusten verstanden (Oerter/Montada 2002: 991). Das Resilienzkonzept kann als ein ressourcenorientierter und auf Prävention gerichteter Ansatz begriffen werden und bezieht sich auf das von Antonovsky entwickelte „Gesundheitsmodell der Salutogenese“ (vgl. Antonovsky 1997).

<sup>49</sup> In Abgrenzung zur Resilienz wird unter Coping das „[...] Bewältigen von Konflikten oder Fertigwerden mit Schwierigkeiten [verstanden, die] in der Hauptsache zwei Zielen [dient]. Einmal geht es darum, Person-Umwelt-Bezüge, die Stress erzeugen, zu beherrschen oder zu ändern. Das ist ein problemorientiertes Bewältigen. Zum anderen sind stress geladene Emotionen unter Kontrolle zu bringen. Dies ist ein emotionsorientiertes Bewältigen“ (Heckhausen 1989: 119). So umfasst Coping den kognitiven Verarbeitungsprozess beim Eintritt einer internen oder von außen auf das Individuum einwirkenden belastenden Situation bis hin zu deren Bewältigung und der Entwicklung zukünftiger Handlungs- bzw. Vermeidungsstrategien.

<sup>50</sup> Das heißt biologische, psychologische sowie soziokulturelle Faktoren sind einzuschließen.



der Einflussnahme und stellt daher ein multidimensionales, kontextabhängiges und prozessorientiertes Phänomen dar. Die Ergebnisse der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie konnten zeigen, dass nicht Faktoren, die als objektiv belastend eingestuft wurden Risikofaktoren darstellen, sondern eher jene Faktoren die subjektiv als Belastung wahrgenommen wurden (vgl. Lösel/Bender 1999).<sup>51</sup>

Auch wenn beobachtbare Abweichungen vom biologischen Gesetz wie beispielsweise in Studien zur Langlebigkeit (vgl. z.B. „The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging“ (Busse/Maddox 1985); „Georgia Centenarian Study“ (Quinn et al. 1997; Hagberg et al. 2001); „New England Centenarian Study“ (Perls et al. 2001); „Fredericton 80+ Study“ (Randall, William et al. o.J.; Jensen et al. 1996)) daraufhin weisen, dass jene Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, die über besondere genetische Voraussetzungen verfügen und deren Immunsystem stabil ist (Kruse/Wahl 2010: 89f.), sind Auswirkungen von Verhaltensdeterminanten<sup>52</sup> auf die Gesundheit und die Langlebigkeit nicht zu unterschätzen.

Hinsichtlich der altersbedingten Leistungsminderung von Körperfunktionen lassen sich vergleichsweise früh im Lebenslauf erste Einbußen nachweisen – mitunter in einigen Funktionsbereichen bereits ab dem 40. Lebensjahr und in den Nervenzellen sogar einige Jahre früher. Jedoch können Funktionseinbußen – wenn sie kein pathologisches Ausmaß annehmen – durch physisches und/oder kognitives Training in ihren Teilfunktionen substituiert werden bzw. teilweise ganz kompensiert werden (Kruse/Wahl 2010: 3f.). In Bezug auf die Kompensationsfähigkeit von Leistungsminderungen kann auch im Alter von einer enormen Plastizität ausgegangen werden (Kade 2007: 42). Hierbei nehmen physisches und kognitives Training i.S. einer frühzeitig im Lebenslauf angelegten Prävention eine entscheidende Rolle ein.

Anzumerken sei, dass die Kompensation von Funktionsverlusten im hohen Alter nach und nach schwerer fällt, bis dies gar am Ende des Lebens nur bedingt oder gar nicht mehr möglich ist (Kruse/Wahl 2010: 3f.). Aus biologischer Perspektive stellen Alternsprozesse generell Abbauprozesse dar, die in „[...] gewissen Grenzen durch lernförderliche Umwelteinflüsse wie durch eine Gegensteuerung von außen (i.S. einer Verzögerung) beeinflussbar“, jedoch in ihrer Richtung nicht umkehrbar sind (Kade 2007: 40). Aufgrund genetisch verursachter Steuerungsprogramme im Hinblick auf altersbedingte, biologische Funktionseinbußen und einer damit einhergehenden Immunschwäche des Organismus im (sehr) hohen Lebensalter kann das Individuum für Krankheiten anfälliger sein (Kade 2007: 40). Dies kann zu einer verminderten Resilienz bzw. Kompensationsfähigkeit führen.

---

<sup>51</sup> Zur Stärkung der Resilienz können ein positives Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit, Anpassungsfähigkeit im Umgang mit Belastungen sowie die Fähigkeit, sich vor Risikofaktoren zu schützen, beitragen.

<sup>52</sup> Siehe hierzu Ausführungen zum Einfluss von Verhaltensdeterminanten in nachfolgenden Abschnitten (Kapitel 3.1.2.2 bis 3.1.2.4).

Über den Zusammenhang von Alterungs- und Krankheitsprozessen liegen bis heute kaum fundierte Forschungserkenntnisse vor. Aus biologischer Sicht – i.S. organischer Funktionsfähigkeit sowie dem Absterben und der Erneuerung von Nervenzellen – können eine geminderte Kompensationsfähigkeit, eine abnehmende Reservekapazität sowie Strukturveränderungen die Entstehung von pathologischen Altersveränderungen fördern (Steinhagen-Thiessen/Wrobel/Borchelt 1999: 280).

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass eine höhere Morbidität im Alter von unterschiedlichen Faktoren bedingt wird. Zum einen verändern sich im hohen Alter die altersspezifischen Entwicklungsprozesse des Organismus und seine Regulationsprozesse, die das Risiko akuter Erkrankungen erhöhen können. Zum anderen kommt es mit zunehmendem Alter zu vermehrt „primären“ Alterskrankheiten (Prostatavergrößerung, Altersdiabetes) oder auch zu Symptomen „mitalternder“<sup>53</sup> Krankheiten oder sogar zu einer Chronifizierung von Erkrankungen (Backes/Clemens 2003: 97). Als Essenz für die vorliegende Arbeit ist festzuhalten, dass sensorische Funktionseinbußen, eine eingeschränkte Motorik oder auch chronische Beeinträchtigungen eine hohe Anforderung an psychische Ressourcen darstellen. In derartigen Fällen „[...] ist die Aufrechterhaltung eines persönlich zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen Lebens als eine „psychologische Leistung“ zu bewerten“ (Kruse/Lehr 1999: 195).

Trotz biologisch bedingter Funktionseinbußen mit zunehmendem Alter kann eine lebenslange Lernfähigkeit erhalten bleiben. Meines Erachtens sind konträre Annahmen zur Entwicklung der Lernfähigkeit – wie z.B. in der Leitidee der Adoleszenz-Maximum-Kurve<sup>54</sup> – als fragwürdig einzuschätzen und können durch konsistente Forschungsbefunde entkräftet werden. So konnte in zahlreichen Studien<sup>55</sup> sowohl mit „jungen Alten“, als auch mit den sogenannten „Hochaltrigen“ trainingsbedingte Leistungssteigerungen nachgewiesen werden. Ein weiteres Gegenargument stellt der Aspekt der sozialen Bedingtheit des Lernens<sup>56</sup> dar.

---

<sup>53</sup> Erkrankungen, die bereits in jüngeren Lebensjahren bestanden jedoch kaum Symptome aufwiesen, können über die Lebensspanne hinweg „mitaltern“ und sich manifestieren. Sogenannte „mitalternde“ Krankheiten können zudem aufgrund ihres langen Bestehens Folgekrankheiten auslösen (Wurm/Engstler/Tesch-Römer 2009: 14).

<sup>54</sup> Der Leitidee der Adoleszenz-Maximum-Kurve liegt die Annahme einer fortschreitenden Abnahme der Lernfähigkeit mit zunehmendem Lebensalter zugrunde und wurde von dem US-amerikanischen Psychologen und Begründer der instrumentellen Konditionierung Edward Thorndike in den 1920er Jahren entwickelt. Die Adoleszenz-Maximum-Kurve orientiert sich an einer Defizitsicht des Alterns und geht davon aus, dass der Zenit der kognitiven Leistungs- bzw. Lernfähigkeit im 20. bis 30. Lebensjahr erreicht ist und danach einem stetigen Verfall der Lernfähigkeit ausgesetzt ist (vgl. Thorndike et al. 1928).

<sup>55</sup> Siehe Kapitel 3.1.2.3.1 zu den *Trainingseffekten*.

<sup>56</sup> Siehe zur Wirkung von sozialen Netzwerken auf das Lernen im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.

### **3.1.2 Psychologisches/kognitives Altern**

#### **3.1.2.1 Emotion und Erfahrung**

Veränderungen im Alter – wie bereits auf biologischer Ebene beschrieben – können auf unterschiedlichen Ebenen in verschiedene Richtungen ihren Verlauf nehmen. Demnach beinhaltet Altern nicht nur auf der biologischen Ebene die Abnahme der (physiologischen) Leistungskapazität, sondern impliziert zugleich auf psychologischer Ebene einen Zuwachs an Erfahrung und Wissen (Kruse/Lehr 1999: 190f.). Schade umschreibt psychologische Alternsprozesse als Faktoren, die charakterisieren „[...] wie alt sich ein Mensch fühlt, wie er denkt und welche Qualität sein emotionales und geistiges Leben besitzt“ (Schade 2002: 232ff.).

Auf psychischer Ebene stehen Auseinandersetzungen mit Anforderungen – i.S. von möglichen Wachstumsprozessen bzw. Reifung und Verluste in diesem Bereich (wie eine mögliche Resignation i.S. einer nachlassenden psychischen Spannkraft) (vgl. Oswald 2000) – des Lebens im Mittelpunkt (Kruse/Lehr 1999: 189). Diese Reifungsprozesse sowie Funktionsabnahmen werden nicht zwangsläufig durch das chronologische Alter herbeigeführt, sondern bilden sich vielmehr aufgrund der lebenslangen (bewussten und verantwortlichen) Auseinandersetzung mit den Anforderungen heraus (Kruse/Lehr 1999: 189f.).

Die Veränderungsbereitschaft im höheren Lebensalter ist erheblich durch die individuelle Lerngeschichte bestimmt. Demzufolge spielt die emotionale Verankerung von Kognitionen eine entscheidende Rolle bei der Kompetenzentwicklung – insbesondere beim Umlernen von gewohnten Verhaltensmustern (Kade 2007: 48). Jedoch ist nicht davon auszugehen, dass mit dem Alter zwangsläufig die Veränderungsbereitschaft rapide abnimmt, sondern diese kann durch gezieltes Training, welches eine emotionale Anteilnahme an Lernprozess beinhaltet – gefördert werden und nachhaltig zur Erhaltung dieser Fähigkeit beitragen (Kade 2007: 48).

Ein zentrales Merkmal dieser Ebene stellt die Biografisierung des Lebens (vgl. Alheit 1992) im höheren Alter dar, durch die in einer retropektivischen Betrachtung das Leben zu einer Verdichtung der Lebensgestalt geführt werden soll. Insbesondere nach mit dem Alter einhergehenden Rollenverlusten, wie beispielsweise der Berufsaufgabe und den Eintritt in die nachberufliche Phase, „[...] müssen u.a. Selbstbilder relativiert, umgeschichtet oder neu konstruiert werden“ (Kade 2007: 47).

### 3.1.2.2 Kognition und Bildung

Kognitive Alternsprozesse laufen, ähnlich wie Alternsveränderungen im biologischen Bereich, nicht linear ab und betreffen nicht alle kognitiven Funktionsbereiche gleichermaßen.<sup>57</sup> Daher werden die verschiedenen kognitiven Bereiche wie Intelligenz, kognitive Leistungsfähigkeit, Persönlichkeit und soziale Beziehungen häufig weitestgehend unabhängig voneinander betrachtet (Lindenberger et al. 2010: 636).<sup>58</sup>

In diesem Kapitel werden kognitive Alternsprozesse im Hinblick auf Veränderungen bei der Informationsverarbeitung (Gedächtnisleistungen), der Persönlichkeit sowie auf die kognitive Leistungsfähigkeit im höheren Alter in Abhängigkeit des jeweiligen Bildungsstands bzw. der -aktivitäten dargestellt. Zuvor werden einführend einige grundlegende Aspekte des kognitiven Alterns beschrieben.

Mögliche Einflussfaktoren auf den Alternsprozess, woraus wiederum individuelle Abweichungen von alterskorrelierten Veränderungen resultieren, können nach Martin & Zimprich das Resultat nachfolgender Punkte sein (Martin/Zimprich 2008: 58):

- Kalibrierungsprozesse (angepasstes Verhalten an neue Umweltgegebenheiten)
- Exekution von Funktionen zur Erreichung eines stabilen Wohlbefindens, indem einzelne Fertigkeiten stärker eingesetzt werden als bisher
- reaktive Prozesse, indem kritische Grenzen einer Fähigkeit unterschritten werden
- Optimierungsprozesse (Verbesserung, i.S. einer Stärkung oder Vernachlässigung einzelner Fähigkeiten, kognitiver Kompetenzen im Hinblick auf die Zielsetzung)
- antizipatorische Prozesse (stärkere Aktivierung bestimmter Fähigkeiten zur Vorbereitung auf ein erwartetes Ereignis)

Wie bereits die Befunde der „Baltimore Longitudinal Study of Aging“ verdeutlicht haben, verringern sich die Vielzahl kognitiver Fähigkeiten keineswegs. So erfährt z.B. das Urteilsvermögen und die Problemlösefähigkeit keine altersbedingten Einbußen, der Wortschatz nimmt sogar durchschnittlich mit dem Alter leicht zu (vgl. Shock et al. 1984; McCrae/Costa 1993). Des Weiteren zeigen die Untersuchungen, dass die interindividuellen Unterschiede im Gesundheitszustand in der/den Lebensphase(n) Alter sehr viel größer sind als bei den jüngeren Alterskohorten (o. V. 2008: 52). Dieses Ergebnis stützen auch die Befunde der „Berliner Altersstudie“, welche veranschaulichen, dass interindividuelle Unterschiede in der kognitiven Leistungsfähigkeit bis ins höchste Alter bestehen bleiben (Lindenberger et al. 2010: 375).

---

<sup>57</sup> Für die kognitiven Bereiche gelten im Wesentlichen die Prinzipien der Multidimensionalität, Multidirektionalität und der interindividuellen Unterschiede innerhalb einer Alterskohorte (Martin/Kliegel 2008: 146).

<sup>58</sup> Die kognitive Entwicklung im Alter kann zudem als ein hochkomplexes Geschehen beschrieben werden, welches stets durch biologische und gesellschaftliche Vorgänge und Bedingungen beeinflusst wird (Weinert 1994: 181f.).

Im Folgenden soll nun auf altersspezifische Veränderungen der Gedächtnisleistungen näher eingegangen werden: Bei der genaueren Betrachtung kognitiver Verarbeitungsprozesse stellt sich die Frage, inwieweit das Gedächtnis oder die Intelligenz im höheren Lebensalter einem Wandel unterzogen sind. Hierbei ist es wichtig, zwischen den Grundformen im sogenannten Zwei-Faktoren-Modell der fluiden und kristallinen Intelligenz – eine Differenzierung, welche sich in der Fachliteratur etabliert hat – zu unterscheiden (vgl. Catell 1957; Catell 1963; Weinert 1994: 192; Oswald 2000: 112): Zum einen umfasst die fluide Intelligenz die Denkfähigkeit, die Gedächtnisfunktionen als auch die Wahrnehmungsgeschwindigkeit. Dieser Bereich ist also verantwortlich für die Flexibilität der Umstellung, für Neuorientierung und Kombinationsfähigkeit (Oswald 2000: 112). Diese Fähigkeit ist stark biologisch determiniert. Zum anderen werden das Wissen sowie die Wortflüssigkeit der kristallinen Intelligenz zugeordnet, welche häufig auch als pragmatische Intelligenz bezeichnet wird (vgl. Mayer/Baltes 1999).<sup>59</sup>

Durch zahlreiche Untersuchungen konnte bewiesen werden, dass sich durchaus Veränderungen in der Art und Weise der Informationsverarbeitung, in der Schnelligkeit als auch in deren Form vollziehen (Weinert 1994: 180). Im Grunde beginnt der Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit – insbesondere der fluiden Intelligenz – nach Ergebnissen von Salthouse bereits ab dem 20. Lebensjahr (vgl. Salthouse 2010). Die Notwendigkeit der differenzierten Betrachtung der fluiden und kristallinen Intelligenz zeigen auch die Ergebnisse der „Berliner Altersstudie“ auf: So nehmen im Bereich der fluiden Intelligenz die Leistungen mit dem steigenden Alter ab - dieses lässt sich bereits im jungen Erwachsenenalter feststellen.<sup>60</sup> Bezüglich der Abnahme der Geschwindigkeit von Lernprozessen bzw. ihres neuronalem Korrelat, also der Neuroplastizität mit zunehmendem Alter, verweist der Hirnforscher Manfred Spitzer auf die Funktionalität dieses vermeintlichen Defizits im Alter: Es handelt sich vielmehr um eine Art „Optimierungsprozesses“ des Gedächtnisses. Die Abnahme der Geschwindigkeit führt gleichzeitig zu einer Zunahme der Genauigkeit bei der Informationsverarbeitung (vgl. Spitzer 2000; Spitzer 2002). Aufgrund dessen, dass Lernprozesse im Alter langsamer werden, kann Gelerntes – bei der Voraussetzung einer stabilen (Lern-)Umwelt – genauer abgebildet werden. Zudem verfügen „erfahrene“ ältere Lernende über ein größeres bestehendes Wissen, wodurch neue Inhalte leichter strukturiert und in bestehende Wissenssysteme integriert werden können (vgl. Spitzer 2003).

---

<sup>59</sup> Sie ist erforderlich, um wissensabhängige Aufgaben zu bewältigen (Weinert 1994: 192), und umfasst mit zunehmendem Alter eine größere Vielfalt an Erfahrung und Wissen – in Form von übungsabhängigem Sprachwissen sowie kulturellem Wissen – und soziale Erfahrungen (Oswald 2000: 112; Kruse/Wahl 2010: 4). Somit können Fähigkeiten, die eine starke Wissensanbindung haben, bis ins hohe Alter stabil bleiben (vgl. Lindenberger 2010).

<sup>60</sup> Es besteht die Annahme, dass eine Reduktion der Geschwindigkeit bei der Informationsverarbeitung auf neuronaler Ebene durch Veränderungen der Eigenschaft eines biologischen Substrats bedingt wird, welches die synaptische Übertragungsgeschwindigkeit oder neuronale Effizienz beeinflusst (vgl. Jensen 1982).

Dieser größere Erfahrungsschatz „Älterer“ kann sich zudem u.a. förderlich auf die Konstruktivität und Problemlösekapazität auswirken (vgl. Spitzer 2006).<sup>61</sup>

Nach Auffassung der Forscher/-innen des schwedischen Betula-Projektes „Memory, Health and Dementia“ (vgl. Betula – Aging, Memory and Dementia 2005) verschlechtert sich das episodische Gedächtnis<sup>62</sup> mit zunehmendem Alter. Im semantischen Gedächtnis konnte jedoch ein bedeutender Anstieg der Leistungsfähigkeit bis zum 65. Lebensjahr diagnostiziert werden. Zudem konnte festgestellt werden, dass sich ein hohes Niveau bis etwa zum 85. Lebensjahr konstant verhält und dann erst ein Abnahmetrend im semantischen Gedächtnis zu verzeichnen ist. Nach Befunden der schwedischen Studie konnte auch keine Funktionsabnahme des Prozess- und Wahrnehmungsgedächtnisses im Alter nachgewiesen werden. Interessant ist, dass nach Ergebnissen der Studie Frauen häufiger über ein besseres episodisches Gedächtnis verfügen als Männer (vgl. Betula – Aging, Memory and Dementia 2005).<sup>63</sup>

Altersspezifische Funktionsverluste im Bereich des episodischen Gedächtnisses (vgl. Markowitsch 2009), in dem konkrete (individuelle) Erinnerungen gespeichert werden, können nach Auffassung von Forscher/-innen unterschiedlich interpretiert werden:

Der Theorie von Salthouse folgend ist die Informationsverarbeitung im Alter durch eine altersbedingte kognitive Verlangsamung geprägt. Statistisch durch empirische Untersuchung belegt, fallen jedoch die Unterschiede in der Leistungsfähigkeit von Alterskohorten – durch die Eliminierung des Zeitdrucks bei dem Lösen von Aufgaben – geringer aus (Bayen/Hacker 2008: 73), welches die Theorie von Salthouse stützt. Ein anderer Ansatz sieht im Kapazitätsverlust des Arbeitsgedächtnisses<sup>64</sup> bei Älteren, wobei durch die geringe Kapazität der Transfer von Informationen in das Langzeitgedächtnis schlechter funktioniert, einen Grund für das schlechtere Abschneiden Älterer in Trainingsaufgaben (Bayen/Hacker 2008: 73).<sup>65</sup>

Die amerikanische Psychologin und Alternsforscherin Lynn Hasher vertritt hingegen die Inhibitionsdefizittheorie, welche von einer Überlastung des Arbeitsgedächtnisses im Alter ausgeht (vgl. Hasher 2007; Healey et al. 2010; Lustig/Hasher/Zacks 2007; Radvansky/Zacks/Hasher

---

<sup>61</sup> Ausführungen zu den Besonderheiten von älteren Lernenden erfolgen im 8. Kapitel zur *Kompetenzentwicklung im Alter*.

<sup>62</sup> Das episodische Gedächtnissystem (auch als autobiografisches Gedächtnis bezeichnet) kann als Schnittstelle zwischen der subjektiven Zeit, dem autooetischen Bewusstsein und dem sich erfahrenden Selbst begriffen werden. Im Gegensatz zu dieser Gedächtnisform umfasst das prozedurale Gedächtnis mechanische, also auf das motorische System bezogene Fertigkeiten (vgl. Markowitsch 2009).

<sup>63</sup> Genauere Ursachen für die geschlechtsspezifische Gedächtnisentwicklung wurden in der Studie nicht angegeben.

<sup>64</sup> Das Arbeitsgedächtnis verbindet und integriert die Funktionen des Kurzzeitgedächtnisses. Hierbei wird zudem der Zugriff auf Inhalte des Langzeitgedächtnisses reguliert. Die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses kann i.S. einer Abgleichfunktion begriffen werden (Fröhlich 2000: 71).

<sup>65</sup> Siehe hierzu weiterführend in Kapitel 3.1.2.3 *Trainingseffekte*.

2005). Auch wenn dieser Theorie folgend kein Unterschied hinsichtlich der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses zwischen älteren und jüngeren Kohorten zu bestehen scheint, funktioniert die Fernhaltung irrelevanter Informationen aus dem Arbeitsgedächtnis bei Älteren nachweislich schlechter. Dies hat zur Folge, dass durch die Menge der nicht selektierten irrelevanten Informationen, welche teilweise schwerer als bei jungen und mittleren Erwachsenen aus dem Arbeitsgedächtnis entfernt werden können, die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses für relevante Informationen beschränkt wird (Bayen/Hacker 2008: 73), zumal sich im Arbeitsgedächtnis eine klare Leistungsabnahme im hohem Alter vollzieht und es sich zudem ebenso wie das episodische Gedächtnis als alterssensitiv darstellt.<sup>66</sup> Eine weitere Position (im Hinblick auf Probleme im Kontext<sup>67</sup>- und Quellengedächtnis<sup>68</sup>) ist, dass Ältere weniger in der Lage sind, den Kontext und die Informationsquelle effizienter zu verarbeiten als vergleichbar jüngere Erwachsene. So wird davon ausgegangen, dass Ältere insbesondere bei bewussten Gedächtnisprozessen Verluste aufweisen (Bayen/Hacker 2008: 73).<sup>69</sup>

Ein weiterer Aspekt hinsichtlich der Betrachtung von Lernvorgängen im Alter stellt die Regulation der Handlungskontrolle dar.<sup>70</sup> Demzufolge verfügen Menschen im höheren Alter über eine entsprechend höhere Ausprägung sekundärer Kontrollstrategien, welche zur flexiblen Zielanpassung sowie zur kompensatorischen Anpassung erforderlich ist (vgl. Heckhausen 1999).

Die schon Mitte der 1960er Jahre formulierte „General Slowing“-Hypothese von Birren (vgl. Birren 1965) versucht die Verluste in Bezug auf die Informationsverarbeitung mit einer Verlangsamung aller zentralnervösen Prozesse im höheren Erwachsenenalter zu erklären (vgl. Carella 1991; Welford 1984). Eine generelle Verlangsamung bei der Informationsverarbeitung mit

---

<sup>66</sup> Von Funktionseinbußen dieses Ausmaßes ist – auch bei Demenzkranken – jedoch nicht das prozedurale Gedächtnis betroffen, welches routinierte bzw. automatisierte Handlungsabläufe beinhaltet (Kruse/Wahl 2010: 132).

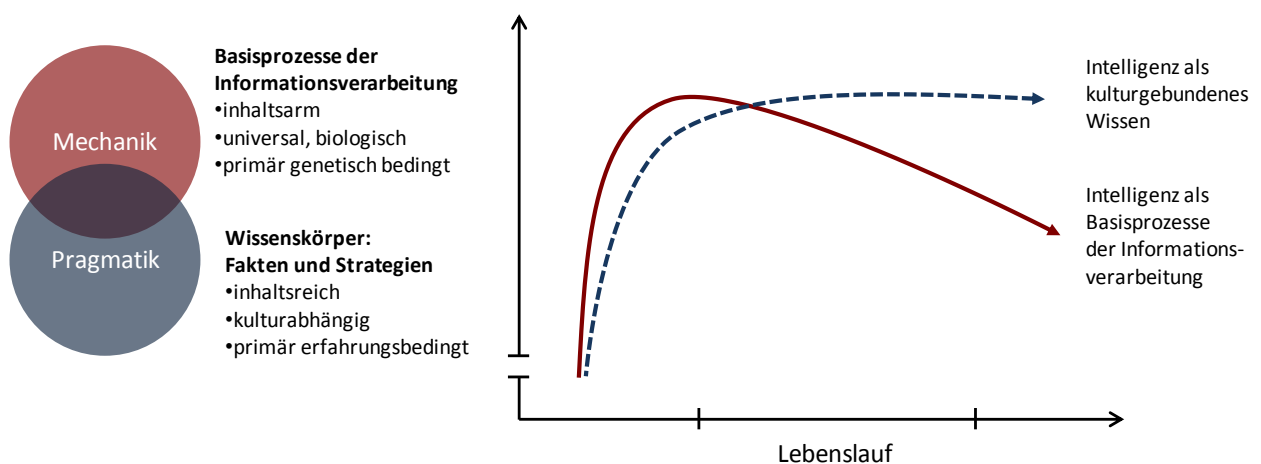
<sup>67</sup> Das sogenannte Kontextgedächtnis ist im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses angesiedelt. Dort werden Informationen des (verbalen und nonverbalen) Kontextes abgelegt (Weinrich 2006: 138).

<sup>68</sup> Das sogenannte Quellengedächtnis kann als Pforte zum Wissensgedächtnis (dieses umfasst sowohl deklaratives als auch explizites Wissen) angesehen werden. Das Quellengedächtnis hat die Funktion, Kontextattribute einer Enkodiersituation, die die Herkunft einer Botschaft anzeigt, aufzunehmen, zu speichern und abzurufen (Jurica/Shimamura 1999: 648).

<sup>69</sup> Wie bereits Kruse & Wahl im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung feststellen konnten, scheinen Ältere geringere Schwierigkeiten bei vertrauten Aufgaben zu haben als beim bewussten Erinnern (Bayen/Hacker 2008: 74). Dieses steht im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Studienbefunden, dass ältere Lernende über ein geringeres Ausmaß an Aufmerksamkeitsressourcen bei der Informationselektion verfügen (Bayen/Hacker 2008: 74). Empirische Daten weisen darauf hin, dass mit zunehmendem Alter generell mit Abnahme der Kontrolle des Lernvorgangs zu rechnen ist, da häufig eine verminderte Aufmerksamkeit besteht (Kruse/Lehr 1999: 219).

<sup>70</sup> Die Handlungskontrolle entwickelt sich nach Schulz & Heckhausen (1996) im Lebenslauf wie folgt: In der Lebensphase des jungen Erwachsenenalters nimmt das primäre Kontrollpotenzial rasch zu und im Verlauf des Leben erfährt es nach einer relativ stabilen Phase im mittleren, einen abnehmendem Trend im hohen Erwachsenenalter. Im Gegensatz zur primären Handlungskontrolle (Durch die primäre oder auch assimilative Handlungskontrolle versucht ein Individuum Restriktionen aus seiner physischen oder sozialen Umwelt zu verändern. Diese geschieht durch die Überwindung von Barrieren – in Form einer durch das Individuum veranlassten Veränderung der äußeren Umwelt (vgl. Brandtstädter/Rothermund 2002)) steigt die sekundäre Handlungskontrolle (Durch die sekundäre oder auch akkommodative Handlungskontrolle versucht das Individuum eine innere Umstrukturierung des Barriere-Erlebnisses anzustellen – in Form einer Veränderung bzw. Umdeutung der eigenen Ziele und internalisierten Normen (vgl. Brandtstädter/Rothermund 2002)) im Lebenslauf, aufgrund von der Auseinandersetzung mit bzw. der Bewältigung von Misserfolgs- und Verlusterlebnissen, stetig an.

zunehmendem Alter wird auch durch die Forschungsarbeiten von Salthouse (1985) der verschiedene Aufgaben mit zeitlicher Begrenzung (Tempoaufgaben) unterschiedlichen Alterskohorten gestellt hat und dabei eine lineare Abnahmetendenz der Geschwindigkeit bei informationsverarbeitenden Prozessen feststellen konnte (vgl. Salthouse 1985)<sup>71</sup>, als auch von Cerella<sup>72</sup> bekräftigt (vgl. Cerella 1990). Die Neuropsychologen Ferraro & Kellas (1992) konnten beispielsweise in ihrer Studie feststellen, dass einfache wissensfundierte Informationsverarbeitung bei älteren Probanden/-innen nur geringfügig langsamer als bei jüngeren Erwachsenen abläuft. Jedoch sind in der Kohorte der Älteren altersbezogene Funktionsverluste bei einer höheren Aufgabenkomplexität sichtbar geworden (vgl. Ferraro/Kellas 1992; Zimprich 1998: 89).



**Abb. 3: Das Zweikomponentenmodell der Kognition (nach Baltes 1987; Catell 1987; Horn 1982 aus Brandtstädter/Lindenberger 2007: 195)**

Wie in der Abbildung 3 zum Komponentenmodell der Kognition nach Baltes et al. ersichtlich wird, ist die kristalline Intelligenz nur gering von Funktionseinbußen im Alter betroffen, mitunter konnten in der „Berliner Altersstudie“ sogar Zuwächse in diesem Bereich festgestellt werden (vgl. Mayer/Baltes 1999).<sup>73</sup>

<sup>71</sup> So geht die „Speed“-Hypothese der Intelligenzentwicklung davon aus, dass kognitiven Leistungsfähigkeiten in verschiedenen Lebensaltern überwiegend durch die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit bedingt werden (vgl. Salthouse 1991a; Salthouse 1992; Salthouse 1994).

<sup>72</sup> Hierbei handelt es sich um eine von Cerella (1990) durchgeführte Meta-Analyse.

<sup>73</sup> Es besteht ein Konsens in der gerontologischen Forschung darüber, dass die fluiden Fähigkeiten vornehmlich vom kognitiven Altersabbau betroffen sind als die relativ stabilen kristallinen Fähigkeiten (vgl. Horn/Hofer 1992). Es besteht jedoch die Annahme, dass etwa ab dem 70. Lebensjahr und dann im sehr hohen Alter auch die Altersgradienten kristalliner Intelligenz einem – zwar im geringeren Ausmaß als bei fluiden Fähigkeiten – Funktionsabbau unterliegen (Kruse/Wahl 2010: 120; Lindenberger/Baltes 1997). Generell kann von einer Leistungsabnahme aller kognitiven Leistungen der Intelligenz (Gedächtnis, Resilienz, Plastizität) nach dem 80. Lebensjahr ausgegangen werden (Kade 2007: 46). Interventionsstudien konnten jedoch zeigen, dass die Abnahme fluiden Fähigkeiten durch kognitive Trainingsmaßnahmen mitunter kompensiert werden können (Kruse 1994: 342).



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine differentielle Verlangsamung der Informationsverarbeitung aufgaben- bzw. kontextgebunden zu sein scheint und hinsichtlich der Informationsmenge mit dem „classical aging pattern“ übereinstimmt (vgl. Botwinick 1977). So konnte gezeigt werden, dass spezifische Bereiche der kognitiven Funktionen, wie u.a. das räumliche Orientierungsvermögen erst etwa ab dem 60. Lebensjahr durchschnittlich sinkt (siehe hierzu Untersuchungsbefunde der „Seattle Longitudinal Study“ von Schaie 2005b; Bosworth/Schaie 1997) oder schlussfolgerndes Denken, im höheren Lebensalter einen Rückgang aufweist, hingegen andere kognitive Bereiche, wie Erfahrungs- und Allgemeinwissen (kristalline Intelligenz) größtenteils Bestand haben (vgl. Salthouse 1991b; Schaie 1996) oder sogar einen Zuwachs mit zunehmendem Alter (im Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter), wie z.B. die Ausdruckfähigkeit (vgl. Schaie 2005b; Bosworth/Schaie 1997), erfahren. Diese Befunde stützen somit das Zwei-Faktoren-Modell der fluiden und kristallinen Intelligenz (vgl. Cattell 1987; Horn/Cattell 1966).

Fluide Teilfunktionen scheinen „evolutionär begünstigt“ zu sein und erheblich in Abhängigkeit mit dem Lebensalter zu stehen. Auf der andern Seite scheinen kristalline Fähigkeiten zwar evolutionär weniger begünstigt, jedoch in einem geringeren Ausmaß vom Lebensalter abhängig. Um es mit den Worten von Kruse (2010) auszudrücken: „In der ersten Lebenshälfte sind wir schneller, in der zweiten weiser“ (Kruse/Wahl 2010: 119).

Auch wenn bislang kein eindeutiges Muster der Veränderungen im Alter nachgewiesen werden konnte, hat die „Berliner Altersstudie“ jedoch verdeutlicht, dass hinsichtlich der möglichen Leistungsfähigkeit und der Leistungseinbußen eine erhebliche individuelle Heterogenität besteht. Allerdings wurde eine große interindividuelle Variabilität in den verschiedenen Alterskohorten und in allen Fähigkeiten sichtbar (Lindenberger et al. 2010: 250). Es lässt sich vermuten, dass sich diese interindividuellen Unterschiede in der Verarbeitungsgeschwindigkeit neuer Informationen im Hinblick auf den Verlauf, die Intensität und die funktionalen Auswirkungen im Alter noch verstärken (vgl. Fries 1989).

Der nun folgende Abschnitt befasst sich mit den (vermeintlichen) Veränderungen der Persönlichkeit, die mit zunehmendem Alter einhergehen: Über den Lebenslauf hinweg stattfindende Entwicklungsprozesse – i.S. einer Kontinuität von Erleben und Verhalten – wirken sich nach Kruse & Wahl (2010) auf die Dynamik der Persönlichkeit im Alter aus und können nicht eindimensional als alterstypische Erlebens- und Verhaltensstile interpretiert werden (Kruse/Wahl 2010: 149f.).

In Hinblick auf eine mögliche Veränderung der Persönlichkeitsmerkmale mit zunehmendem Alter zeigen Studien, dass bis zu 70 Prozent der 80-Jährigen über weitgehend erhaltene kognitive Ressourcen verfügen. Hingegen scheinen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale flexibler zu sein – i.S. einer größeren Kontextabhängigkeit. Auch wenn sich die Persönlichkeit nicht dauerhaft in kurzen Zeitintervallen ändert (Kruse/Wahl 2010: 150).<sup>74</sup>

So konnten bereits Längsschnittstudien belegen, dass die grundlegenden Persönlichkeitsmerkmale<sup>75</sup> nach dem 30. Lebensjahr relativ stabil bleiben (Kruse/Wahl 2010: 151), jedoch durchaus alterskorrelierende Veränderungen der Persönlichkeitseigenschaften festzustellen sind. Beispielsweise nimmt der Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus mit dem Alter ab, dies bringt mit sich, dass der Umgang mit negativen Emotionen wie Ärger, Wut und Enttäuschung tendenziell leichter fällt (Wahl 2010: 22), jedoch die Älteren auch etwas stressanfälliger werden (Kruse/Wahl 2010: 153). Zudem ist eine Zunahme der Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit – einhergehend mit der Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben – schon im jüngeren Erwachsenenalter zu beobachten (Kruse/Wahl 2010: 153). Der Persönlichkeitsfaktor Offenheit als auch Extraversion scheint allerdings bei älter werdenden Menschen etwas zurückzugehen (Kruse/Wahl 2010: 153).

Es kann davon ausgegangen werden, dass im höheren Lebensalter die Persönlichkeit keiner starken Veränderung unterworfen ist, sondern vielmehr eine Stabilisierung erfährt. Wie Untersuchungen belegen, nimmt die Fähigkeit des Umgangs mit Krisensituationen im Alter indessen bedeutsam zu (Kruse/Wahl 2010: 195). Kruse & Lehr (1999) erklären, dass sich Ältere erheblich in der Fähigkeit mit belastenden Situationen umzugehen, unterscheiden und auf sehr unterschiedlichen Wegen ein psychisches Gleichgewicht<sup>76</sup> erlangen (Kruse/Lehr 1999: 207f.).<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> Wie bereits Conley (vgl. Conley 1984) als auch Costa & McCrae (vgl. Costa/McCrae 1988) zeigen, scheint die interindividuelle Stabilität der Persönlichkeitsfaktoren im Erwachsenenalter relativ hoch zu sein. Das bedeutet, dass die Unterschiede innerhalb einer Kohorte relativ konstant bleiben, unabhängig von der individuellen Entwicklung der jeweiligen Merkmale (Weinert 1994: 198).

<sup>75</sup> Die fünf Persönlichkeitseigenschaften (Big Five) (nach Costa/ McCrae 1988): Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit.

<sup>76</sup> Hierbei sind folgende Dimension für den Alternsprozess und den damit verbunden Umgang mit Funktionseinbußen bedeutsam: Persönlichkeit (Grad der Stabilität, Widerstandsfähigkeit, Offenheit); im Lebenslauf gewonnene Erfahrungen in Auseinandersetzung mit Belastungen; Grad der sozialen Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit aktuellen Belastungen; Ausmaß fördernder und einschränkender Lebensbedingungen (soziale Integration, Gesundheit, materielle Ressourcen und Wohnbedingungen).

<sup>77</sup> Eine weitere Begründung liefert der deutsche Entwicklungspsychologe Hans Thomaе. Er formuliert folgende Grundannahme bezüglich Alternsprozessen (Thomaе 1983: 98): Zum einen nimmt er an, dass Verhaltensänderungen mit den subjektiv erlebten Änderungen des Umfeldes in engerem Zusammenhang stehen als mit den objektiven Veränderungen an sich. Zum anderen stellt er fest, dass die Voraussetzungen für ein „erfolgreiches“, zufriedenes Altern die Übereinstimmung von kognitiver Struktur und Bedürfnissen des Individuums bzw. die Ausgewogenheit zwischen Bedürfnissen und der erlebten Realität darstellt. Darüber hinaus betont Thomaе in seinem Ansatz des „differenziellen Alterns“ die Unterscheidung zwischen objektivem medizin-diagnostischem Gesundheitszustand und der kognitiven, motivationalen Verarbeitung (vgl. Thomaе 1983).

Auch Kruse & Lehr (1999) heben die Bedeutung von Person- und Umweltfaktoren auf die Herausbildung und Aufrechterhaltung der Fähigkeiten und Fertigkeiten älterer Menschen hervor (Kruse/Lehr 1999: 197). Dabei wird häufig eine Differenzierung der personenbezogenen Merkmale – wie der Kompetenzentwicklung, Art des Lebensstils, verinnerlichtes Selbstbild, Resilienzfähigkeit und der subjektive sowie objektive Gesundheitszustand – sowie umweltbezogene Merkmale wie Einflüsse aus der sozialen, räumlichen, institutionellen und materiellen Umwelt getroffen. Die vorangestellten Ausführungen machen deutlich, dass bei der Betrachtung der stabilen Persönlichkeitsmerkmale berücksichtigt werden sollte, dass Verarbeitungsmodi bei der Auseinandersetzung mit belastenden und/oder das Selbstbild irritierenden Anforderungen sowie dem mitunter daraus resultierenden Veränderungsdruck oftmals eine Neuorientierung erforderlich machen (vgl. Thomae 1988) und demnach einer Handlungsorientierung und Flexibilität unterliegen.

Einen weiteren Aspekt stellt der Zusammenhang zwischen der kognitiven Leistungsfähigkeit im höheren Alter und dem jeweiligen Bildungsstand bzw. -aktivitäten dar: Die Befunde der „Berliner Altersstudie“ bringen den Einfluss sozialstruktureller und biographischer Faktoren, wie Bildung (in Jahren), soziale Schicht, Sozialprestige und Äquivalenzeinkommen ans Licht. Diese stehen in einem positiven Zusammenhang zur kognitiven Leistungsfähigkeit, insbesondere korrelieren – unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit – der Bildungsstand und die Leistungsfähigkeit sowie das Sozialprestige und die Leistungsfähigkeit (Lindenberger et al. 2010: 389). Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass höher qualifizierte Personen – verbunden mit überdurchschnittlicher Bildung, Sozialprestige, höherer Schichtzugehörigkeit und Einkommen – zu Beginn der Lebensphase des hohen Alters über ein höheres Niveau geistiger Leistungsfähigkeit verfügen (Lindenberger et al. 2010: 628). Auch die Befunde aus der „ILSE“ weisen darauf hin, dass höher gebildete Probandinnen und Probanden der Untersuchungskohorte der 60- bis 62-Jährigen insbesondere im Bereich der kristallinen Intelligenz (z.B. bezüglich Wissen, Aufmerksamkeitskonzentration, Gedächtnisspanne) bessere kognitive Leistungen in Tests<sup>78</sup> erreichten als weniger Gebildete (vgl. Martin et al. 2000; Oswald/Rupprecht 1997; Oswald 1996, Iller 2005; Universitätsklinikum Heidelberg). Demzufolge kann eine starke Bildungsabhängigkeit im Bereich der kristallinen Leistungen aus den Befunden der „ILSE“ abgeleitet werden. Konträre Befunde lieferte indes die australische „Canberra Longitudinal Study“, in der bezüglich der Abnahmegeschwindigkeit als auch im Abnahmeverlauf von kognitiven

---

<sup>78</sup> Tests wie „Gemeinsamkeiten finden“, „Allgemeinwissen“ und „Mosaiktest“. Zum tieferen Verständnis der gerontologischen Diagnostik siehe Gunzelmann/Oswald 2005:68ff.

Prozessen keine Unterschiede zwischen höher und geringer gebildeten Personen festgestellt werden konnten (vgl. Christensen 2001; Logie/Hogan/Peut 2004).

Es lässt sich jedoch mehrheitlich aus durchgeführten Untersuchungen ableiten, dass (hoch) signifikante Zusammenhänge zwischen Bildung und kognitiven Entwicklungsverläufen im hohen Lebensalter bestehen. Beispielsweise konnten Schaie & Willis mit ihrer Forschung Hinweise geben, dass ein hohes Maß an kognitiver sowie körperlicher Aktivität, ein hoher Bildungsstand, eine gewisse Flexibilität in den Handlungsmustern bzw. die Veränderungsbereitschaft und ein aktivierendes soziales Umfeld entscheidende Einflussfaktoren für den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit zu sein scheinen (vgl. Schaie/Willis 2002). Auch neuere Forschungserkenntnisse stützen die These, dass sowohl Bildung als auch die Ausübung interessanter Tätigkeiten einen präventiven Faktor vor einer kognitiven Beeinträchtigung im Alter, wie bei der Alzheimer-Krankheit, darstellen (Kotulak 1998: 187).<sup>79</sup>

Die Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass lebenslange kognitive Aktivität das Demenzrisiko senkt; zu hinterfragen bleibt jedoch inwieweit der protektive Wert von kognitiver Aktivität kausal interpretiert werden kann (vgl. Coyle 2003).<sup>80</sup>

Diese Annahme wird auch durch aktuelle Studien bestätigt, die eine signifikante Korrelation zwischen der Häufigkeit einer dementiellen Erkrankung und dem prämorbidem Bildungsniveau sowie dem Ausmaß insbesondere intellektueller Aktivitäten in früheren Lebensphasen feststellen konnten. Es wird vermutet, dass dieser Zusammenhang besteht, da bereits in frühen Lebensphasen kognitiv aktive bzw. bildungsaktive Menschen über eine größere Kognitive Reserve verfügen (Ackermann/Oswald 2008: 129).<sup>81</sup> Zudem scheinen die höher Gebildeten bei auftretenden kognitiven Funktionseinbußen in gleicher Größenordnung (bei 70- bis über 100-Jährigen) Funktionseinbußen über einen langen Zeitraum bzw. länger kompensieren zu können als geringer Gebildete (Lindenberger et al. 2010: 628).<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Je höher der formale Bildungsstand einer Person ist, desto geringer ist statistisch die Wahrscheinlichkeit an Alzheimer zu erkranken (vgl. Kuhlmeier/Mollenkopf/Wahl 2007: 270f.; Anttila et al. 2002; Prince et al. 2012; o.V. 2010c: 24). Nach dem Neuropsychologen Yaakov Stern stellt sich folgendes Bild dar: „Menschen mit einem Bildungsgrad unterhalb des Mittleren-Reife-Niveaus [haben] ein doppelt so hohes Alzheimer-Risiko wie Leute mit höherer Bildung. Kam zu dem niedrigen Bildungsniveau auch noch eine reizlose und langweilige Arbeit hinzu, dann steigt das Demenzrisiko gar auf das Dreifache“ (Kotulak 1998: 187).

<sup>80</sup> Hinsichtlich der Morbiditätsrate bei Demenz konnte die schwedische Forschergruppe der „Betula-Study“ bei den Demenzpatienten/-innen bereits schon bis zu 15 Jahre vor einer Demenzerkrankung ein schlechtes Gedächtnis nachweisen (vgl. Betula – Aging, Memory and Dementia 2005).

<sup>81</sup> So konnten in der schottischen „Longitudinal Cohort Study“ (vgl. Whalley 2001) durch Intelligenzquotient-Messungen zu Entwicklungen in der Lebenslaufperspektive nachgewiesen werden, dass der Intelligenzquotient (IQ) in der Kindheit einen ausschlaggebenden Indikator für die Effizienz der Informationsverarbeitung im Nervensystem im hohen Alter darstellt. Es konnte bei den Probanden/-innen mit hohen IQ-Werten eine größere zerebrale Reservekapazität diagnostiziert werden als bei Personen mit einem niedrigeren IQ. Infolgedessen steht die sprachliche Fähigkeit in frühen Lebensabschnitten als auch im jungen Erwachsenenalter im engen Zusammenhang mit der kognitiven Beeinträchtigung und der Alzheimer-Krankheit im Alter (vgl. Whalley 2001).

<sup>82</sup> Im Falle einer nicht ausreichenden Kompensationsfähigkeit können kognitive Alternsentwicklungen andererseits in einer dementiellen Erkrankung münden. Ob, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Ausmaß eine dementielle Erkrankung auftritt, kann wie bereits erwähnt nicht durch isolierte Einzelfaktoren oder -mechanismen prognostiziert werden, sondern wird vor allem durch die Summe früh gegebener und lebenslang erworbener Faktoren (entspricht hier: Kognitive Reserve) beeinflusst.

Basierend auf der Annahme einer lebenslangen Lernfähigkeit, ist davon auszugehen, dass die Lernfähigkeit im höheren Lebensalter Resultat lebensbegleitender individueller Anstrengungen und Aktivitäten ist und nicht primär durch das Fortschreiten des chronologischen Alters determiniert wird. Ein größeres Ausmaß an Kompensationsfähigkeit scheint aufgrund eines höheren Ausgangsniveaus bei den höher qualifizierten Personen zu einer besseren geistigen Leistungsfähigkeit im Alter zu führen (Lindenberger et al. 2010: 628).

Interindividuelle Unterschiede innerhalb einer Alterskohorte lassen u.a. somit auf differenzielle adaptive Kapazitäten und möglicherweise auch auf differenzielle Interventionsstrategien schließen (Martin/Zimprich 2008: 57). Es lässt sich vermuten, dass das unterschiedliche Ausmaß an Kognitiver Reserve – i.S. eines hohen prämorbidem intellektuellen Ausgangsniveaus – als ursächlich für die Verzögerung einer Manifestation mnestischer Defizite angesehen werden kann (Schröder et al. 2007: 181).

Darüber hinaus lassen sich nach Lindenberger et al. (2010) kognitionsrelevante Unterschiede in sensorischen und sensomotorischen Leistungen im hohen Alter in etwa zu einem Drittel auf Faktoren zurückführen, die bereits im frühen Erwachsenenalter an individuelle Unterschiede in der Intelligenz gebunden sind (Lindenberger et al. 2010: 390). Daraus folgernd kann die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter als Resultat lebenslang praktizierter Abläufe bzw. Routinen, welche in soziale Kontexte eingebettet sind, verstanden werden. Die Kompensationsfähigkeit wird zudem lebenslang trainiert, da sich laufend Änderungen in Verhaltensweisen in Form der Anpassung der zur Verfügung stehenden Ressourcen an die aktuellen Bedingungen – wie beispielsweise die Verlangsamung der Handlungsausführung oder das Heranziehen von Hilfsmitteln – vollziehen (Kruse/Wahl 2010: 124).

Ein weiterer Effekt ist auf Kohortenunterschiede zurückzuführen: Diese sind in der kognitiven Entwicklung zu berücksichtigen, wie z.B. bestimmte historische, kulturelle Gegebenheiten oder auch ungleiche Lern- und Bildungsbedingungen (Weinert 1994: 193).<sup>83</sup> So erweist sich die Kognitive Reserve, als Ausmaß an kognitiver Plastizität, innerhalb einer Alterskohorte als äußerst divergent.

Neben Kohorteneffekten haben weitere soziodemografische Einflussfaktoren – wie beispielsweise die Geschlechtszugehörigkeit – Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter: Die Ergebnisse der amerikanischen „Seattle Longitudinal Study“ konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass keine altersspezifischen Muster von Veränderungen intellektueller Fä-

---

<sup>83</sup> Ferner konnte in unterschiedlichen Studien bestätigt werden, dass beträchtliche interindividuelle Unterschiede innerhalb einer Alterskohorte bestehen (vgl. u.a. Ergebnisse der „Seattle Longitudinal Study“: Schaie 1989).

higkeiten bestehen (vgl. Schaie 2005a). Der Geschlechtervergleich in der durchgeführten Untersuchung ergab, dass Frauen tendenziell früher zur Abnahme der fluiden Fähigkeit neigen, während sich hingegen bei den Männern die kristallinen Fähigkeiten mit zunehmendem Alter verringern. (Vermeintliche) geschlechtsspezifische Unterschiede im kognitiven Entwicklungsverlauf treten mit zunehmendem Alter auf (vgl. Schaie 1995; Schaie 2005b): Hierbei haben Frauen bessere Leistungen im Bereich der verbalen Fähigkeiten und Männer hingegen bessere Ergebnisse in der räumlichen Vorstellung gezeigt (Lehr 2007: 83). Konträr zu diesen Forschungsergebnissen konnten in der großangelegten amerikanischen Studie von Hulick (vgl. Hulick 1998) diesbezüglich keine Geschlechtsdifferenzen nachgewiesen werden. Ebenso wiesen in der Stichprobe der „Berliner Altersstudie“ die Probanden/-innen keine erheblichen geschlechtsdifferenten Unterschiede in der kognitiven Leistungsfähigkeit auf (vgl. Reisches/Lindenberger 1996). Zu innerdeutschen regionalen Unterschieden hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit von Frauen und Männern (Untersuchungszentren Heidelberg und Leipzig) konnte auch die „ILSE“ keine gravierenden geschlechtsdifferenten Leistungsunterschiede nachweisen. Jedoch konnten in einigen Untertests im Intragruppenvergleich der Stichprobe der weiblichen Testpersonen auf Seiten der Leipziger Frauen bessere Leistungen festgestellt werden (vgl. Oswald/Rupprecht/Hagen 1997).

Als ursächlich für diese Leistungsdifferenz kann die damalige durchschnittlich höhere Quote an erwerbstätigen Frauen in Ostdeutschland angesehen werden. Anzumerken hierzu ist, dass die Alterskohorte der älteren Frauen vermutlich zukünftige klare „Bildungsgewinne“ durch die anwachsende Zahl der Erwerbstätigen unter Frauen erzielt werden und der Trainingsfaktor Beruf Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter zeigen wird (Kruse/Wahl 2010: 125).<sup>84</sup>

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Bildung(saktivitäten, -sstand) und die aktuelle Erwerbs- bzw. Ausbildungssituation sowie daraus oftmals resultierende Lebensumstände auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Lebenslauf einen erheblichen Einfluss haben. So halten beispielweise Beier & Ackermann (2005) den Einfluss des Bildungsstands für einen entscheidenden Prädiktor hinsichtlich kognitiver Leistungsunterschiede (vgl. Beier/Ackermann 2005; Kruse/Schmitt 2001; Schaie 1995; Zivian/Darjes 1983). Die Untersuchungsergebnisse von Schaie (1996) untermauern die Annahme, dass eine höhere Schulbildung eine kognitive Leistungsabnahme im Alter verzögern kann (vgl. Schaie 1996). Auch in anderen Längsschnittstudien wie beispielsweise in der „Bronx Aging Study“ (vgl. Sliwinsky et al. 1996) konnte ein

---

<sup>84</sup> Welche (negativen) Faktoren sich aufgrund der zusätzlichen und/oder andersartigen Belastung ergeben, ist eine weiterführende Diskussion, auf der im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann.

offensichtlicher Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der kognitiven Intelligenzentwicklung im Alter aufgezeigt werden (vgl. Albert et al. 1995).

Es lässt sich erneut die Annahme bekräftigen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter nicht als universell angesehen oder ausschließlich vom Lebensalter abhängig gemacht werden kann, sondern erheblich aufgaben- und bildungsabhängig zu sein scheint (vgl. u.a. Guttman 1984).

Auch wenn reliable Befunde aus Längsschnittstudien darauf hindeuten, dass im Alter eine Funktionsabnahme im kognitiven Bereich stattfindet, so ist andererseits zu berücksichtigen, dass diese in sehr unterschiedlichem Ausmaß zum Tragen kommen kann und vermutlich von der Verfügbarkeit Kognitiver Reserven und der Kompensationsfähigkeit bei Funktionsabnahme – wie oben ausgeführt – bedingt wird. Zudem herrscht bislang kein Konsens in der Fragestellung, ob eine Funktionsabnahme im Alter aufgrund organismischer Kapazitätsverluste (vgl. z. B. Salthouse 1985) oder eher durch prozess- bzw. aufgabenspezifische Defizite begünstigt wird. Des Weiteren konnte bereits in Interventionsstudien belegt werden, dass Einbußen in der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter durch gezielte Trainings u.U. wiederhergestellt werden können und somit die Reversibilität von kognitivem Altersabbau stützt (vgl. z. B. Baltes/Lindenberger 1988).

Neben dem Prädiktor des Bildungsstands scheinen weitere soziodemografische Faktoren Einfluss auf die kognitive Leistungsentwicklung im Alter zu haben.<sup>85</sup>

### 3.1.2.3 Trainingseffekte

Es existiert eine Vielzahl von Untersuchungen zu den Wirkungen und den „nachhaltigen“ Effekten von Trainings- bzw. Interventionsstudien<sup>86</sup>. Eine Vergleichbarkeit dieser Studien wird jedoch dadurch erschwert, dass u.a. sehr unterschiedliche Untersuchungsabstände, Untersuchungszeitpunkte bzw. Zeitintervalle und unterschiedliche methodische Wege zur Überprüfung der Effektstärke in den jeweiligen Untersuchungen gewählt wurden.

Die Messbarkeit von Trainingseffekten und die Transferierbarkeit der trainierten Fähigkeiten sowie Fertigkeiten in die Bewältigung des Alltags können für die didaktische Konzeption von Bildungsangeboten für Ältere von großer Bedeutung sein. Weinert & Knopf (1990) merken jedoch kritisch an, dass mitunter die Gefahr einer vorschnellen Hoffnung auf Erfolg hinsichtlich

---

<sup>85</sup> Gruber & Schaie (1986) verdeutlichen in ihrer Untersuchung den Einfluss des Bildungsstands des Lebenspartners/-in, wonach neben der eigenen Schulbildung auch der Bildungsstand des Partners/-in einen Einfluss auf den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit hat (vgl. Gruber/Schaie 1986).

<sup>86</sup> Training soll den Aufbau, den Erhalt oder die Wiedergewinnung von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch systematische Übungen erzielen (i.A. Kaiser 2008b: 113).

der Transferierbarkeit des Erlernten in den Alltagshandlungen besteht (vgl. Weinert/Knopf 1990).

Auch Lindenberger & Schaefer (2008) beurteilen den Transfer von trainierten Leistungen auf andere Aufgaben, die ähnliche Fähigkeiten erfordern, tendenziell als gering (Lindenberger/Schaefer 2008: 388). Zudem ist zu berücksichtigen, dass Trainingseffekte nicht vornehmlich in Interventionsstudien erzielt werden, sondern häufig Resultat „unerkannter“ alltäglicher (informeller) Lernprozesse ist. In diesem Zusammenhang kommen daher informellen Lernprozessen – insbesondere im höheren Lebensalter – eine wachsende Bedeutung zu. Diese lassen sich im Alltagsgeschehen jedoch nur schwer messen, so dass in diesem Kapitel auf Ergebnisse aus Trainingsstudien Bezug genommen wird und diese vor dem Hintergrund informeller Lernprozesse im Alter zu diskutieren sind.

Ergebnisse aus Trainingsstudien weisen darauf hin, dass gezielte Interventionen zu kognitiven Leistungsverbesserungen bei Älteren führen kann (vgl. u.a. Kliegl/Smith/Baltes 1989)<sup>87</sup> und somit davon auszugehen ist, dass „Gedächtnisreserven“ bezogen auf die Lernfähigkeit im Alter bestehen.<sup>88</sup> Die Plastizität, also sich auf neuronaler Ebene kontinuierlich an Veränderungen anzupassen und gegebenenfalls Funktionseinbußen zu kompensieren, ist auch im Alter möglich (Blakemore/Frith 2006: 176).<sup>89</sup> Demzufolge ist die Plastizität gleichbedeutend mit dem Potenzial zur intraindividuellen Variabilität (vgl. Dixon/Hertzog 1996).<sup>90</sup>

So können zwar deutliche Leistungsgewinne durch gezieltes Training im mittleren als auch im höheren Erwachsenenalter beobachtet werden, allerdings sind diese sehr kontextgebunden und

---

<sup>87</sup> Generell spricht die Befundlage aus unterschiedlichen Trainingsstudien unumstritten dafür, dass altersbedingte funktionelle Einbußen durch gezielte Interventionsmaßnahmen verringert werden können, was wiederum auf eine Plastizität der Fähigkeiten und Funktionen im Alter schließen lässt (vgl. Fleischmann 1993; Kliegl/Smith/Baltes 1989). Demnach bleibt die kognitive Plastizität bei geistig unbeeinträchtigten Personen bis ins hohe Alter erhalten. In Untersuchungen zeigten kognitiv gesunde ältere Probanden/-innen ein starkes Ausmaß an kognitiver Plastizität sowohl bei Testleistungen in der fluiden Intelligenz (vgl. Schaie/Willis 1986) als auch beim Erwerb und der Nutzung von Gedächtnistechniken, also kristalliner Intelligenz (vgl. Verhaeghen/Marcoen/Goossens 1992).

<sup>88</sup> Die Untersuchungsergebnisse der Münchener Längsschnittstudie „LOGIK“ (vgl. Schneider 2008) zur Entwicklung von Gedächtnisleistungen geben Hinweise, dass durch den gezielten Einsatz von Trainingsaufgaben erhebliche Leistungsverbesserungen des Gedächtnisses vom Kindergarten- bis ins Erwachsenenalter erreicht werden können. Eine Verbesserung der unterschiedlichen Gedächtnisbereiche entwickelt sich jedoch nicht synchron, vielmehr kann eine Verbesserung des Kurzzeitgedächtnisses als stark altersbezogen angesehen werden. Aus der Studie wird ersichtlich, dass die Entwicklung von Gedächtnisleistungen vornehmlich in früheren Lebensphasen wie zur Kindergarten- und Grundschulzeit stattfindet. Zudem wird in der „LOGIK-Studie“ deutlich, dass sich für mehrere Gedächtnis Aspekte früh nachweisbare individuelle Gedächtnisunterschiede als vergleichsweise verlässlich für die Vorhersage der späteren Gedächtnisabweichungen erweisen (vgl. Schneider 2008). Diese Ergebnisse sind jedoch vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse zur Plastizität im Alter und einer lebenslangen Lernfähigkeit kritisch zu hinterfragen.

<sup>89</sup> Wie bereits in Studien gezeigt werden konnte, ist auch die fluide Intelligenz noch im hohem Lebensalter trainierbar (vgl. Dixon/Baltes 1986), was wiederum den Nachweis ungenutzter Reservekapazität erbringt und wiederholt die Annahme der Plastizität der Entwicklung in jedem Lebensalter bekräftigt. Auch, wenn die Trainingserfolge größtenteils kontextgebunden sind und daher nur eine geringe Transferierbarkeit auf andere Bereiche besteht. Auch die Untersuchungen von Baltes et al. belegen, dass sowohl die Wiederherstellung verlorengangener kognitiver als auch körperlicher bzw. motorischer Fähigkeiten in späteren Lebensjahren möglich ist, wie auch die Aktivierung vorhandener Reservekapazitäten (vgl. Baltes 1993; Baltes/Lindenberger 1989; Baltes/Sowarka/Kliegl 1989).

<sup>90</sup> Konträr zu früheren Auffassungen finden die Neurogenese und Neuroplastizität – also die Neubildung von Nervenzellen und Verbindungen zwischen den Nervenzellen – auch noch im mittleren und höheren Erwachsenenalter statt. Trainings bilden unterdessen die Voraussetzung für die Neurogenese und Neuroplastizität (Kaiser 2008b: 114).



nur schwer auf andere Bereiche zu übertragen (Lindenberger/Schaefer 2008: 390f.). Eine Überprüfung von langfristigen Trainingseffekten ist in Hinblick auf den Erhalt der Selbstständigkeit und die Förderung von Autonomie im höheren Lebensalter erforderlich. Häufig lassen sich die „kognitivistischen Einseitigkeiten der meisten Programme eines systemischen Gedächtnistrainings“ kritisieren, da hierbei mitunter motivationale Aspekte sowie Einstellungen, Haltungen und Erwartungen nicht berücksichtigt werden (Lehr 2007: 105). Dabei stellt ein entscheidendes Kriterium des Trainingserfolges – i.S. eines nachhaltigen Kompetenzzuwachses – die Alltagsrelevanz des Trainings<sup>91</sup> bzw. die individuell aufgestellte „Kosten-Nutzen-Analyse“ der zu erlernenden Kompetenzen, dar.

Stereotype können einen erheblichen Einfluss sowohl auf die Selbst- als auch Fremdattribuierung und somit auch auf die erlebte Selbstwirksamkeit nehmen. In einer Studie der North Carolina State University (2009) wurden explizit diese Effekte in Trainingsstudien mit älteren Probanden/-innen untersucht. Die Forscher/-innen kamen zu dem Ergebnis, dass die älteren Probanden/-innen mit einer defizitorientierten Selbsteinschätzung über ihre kognitive Leistungsfähigkeit – i.S. einer selbsterfüllenden Prophezeiung – auch tatsächlich bei den Testaufgaben schlechter abschnitten. Als Grund hierfür werden die negativen Stereotype und Stigmatisierungen sowohl von Selbst- als auch von Fremdattribuierung angesehen, durch die die Erinnerungsfähigkeit eingeschränkt ist. Auf der anderen Seite führt ein positives Altersbild bzw. eine positive Einstellung zum Älterwerden zu wesentlich besseren Gedächtnisleistungen. Ferner konnten die Forscher/-innen feststellen, dass die negativen Auswirkungen eines defizitäres Altersbilds bei den älteren Probanden/-innen mit dem höchsten Bildungsniveaus auch am stärksten ausgeprägt waren. Diesbezüglich wird deutlich, dass diejenigen Personen, welche ihre eigenen Gedächtnisleistungen am höchsten beurteilten, im Vergleich zu den anderen Probanden/-innen am empfindlichsten für negative Schlussfolgerungen aus Stereotypen sind. Zudem zeigte diese Gruppe vornehmlich jene Schwierigkeiten, die mit dem Stereotyp<sup>92</sup> verbunden sind (vgl. Hess/Hinson/Hodges 2009). Um diese Problematik des Einflusses von Stereotypen besser zu

---

<sup>91</sup> Individuelle Handlungsvollzüge – häufig in Form informeller, unbewusster bzw. routinierter Aneignungsprozesse – sind aus dem alltäglichen Tätigkeitsspektrum auch nur bedingt im „künstlichen“ Trainingssetting abzubilden.

<sup>92</sup> Die negativen Stereotype, die mit der/n Lebensphase(n) Alter assoziiert werden, sind vornehmlich jene, die auf eine Defizitsicht des Alters gegründet sind und somit ein defizitorientiertes Altersbild produzieren. Hierbei liegt häufig eine einseitige Betonung der Verlustperspektive des biologischen Alternsprozesses vor.

kontrollieren, werden verschiedene Ansätze bei Trainingsstudien verfolgt.<sup>93</sup> Kritisch anzumerken ist, dass auch bei dieser Trainingsmethode ein nachhaltiger Effekt i.S. einer Langzeitwirkung (nach sechs Jahren) nicht direkt als Folge des Trainings anzusehen ist, „[...] sondern als Folge einer durch das Training bewirkten Einstellungsänderung gegenüber dem Lernen (Lehr 2007: 105f.).<sup>94</sup>

Durch die vielfältige Nutzung von kognitiven Ressourcen kann eine Steigerung der Leistungsfähigkeit erzielt werden sowie die Aktivierung ungenutzter Kapazitäten. Kognitive Trainingsmaßnahmen, die für ältere Teilnehmende konzipiert sind, beruhen dabei primär auf der Reaktivierung vorhandener und weniger auf dem Lernen neuer Strategien und Heuristiken (vgl. Baltes/Sowarka/Kliegl 1989).

Es ist nachgewiesen, dass auch im hohen Lebensalter Hochleistungen erbracht werden können (vgl. Levi Montalcini 1999), wenngleich das erreichbare Niveau nicht vergleichbar ist mit den Höchstleistungen von jüngeren Personen (Riley/Riley 1994: 442).<sup>95,96</sup> So zeigte sich in Untersuchungen, dass die erzielten Trainingsgewinne auf dem Gebiet episodische Gedächtnisleistungen deutlich geringer und wenig optimierbar sind als in anderen Abschnitten des Erwachsenenalters (vgl. Singer/Lindenberger/Baltes 2002; Willis/Nesselrode 1990). Die Altersunter-

---

<sup>93</sup> Zu nennen wäre der Ansatz des Zweistufenmodells zur Förderung der Gedächtnisleistungen (vgl. Weinert/Knopf 1990). Dieses sieht beispielsweise vor, dass in einem ersten Schritt eine Änderung der Attribuierung von Erfolg und Misserfolg beim Lernen erfolgt (vgl. Weinert 1985). In dieser ersten Stufe wird der Versuch angestellt, bestehende (mitunter negativ besetzte) Erklärungsmuster durch ein Attributionsschema zu ersetzen, welches zum Ziel hat, die Vielfalt möglicher Ursachen von Misserfolgen mit einer realistischen Beurteilung eigener Leistungen in Zusammenhang zu setzen (Weinert/Knopf 1990: 96). Dadurch soll einer Stigmatisierung – basierend auf dem chronologischen Lebensalter und der damit verbundenen Stereotype und einer entstehenden negativen Selbstprophetie – hinsichtlich der eigenen Leistungsfähigkeit im Alter – vermieden werden. In einem zweiten Schritt folgen Phasen, in denen die Unterschiedlichkeit der eigenen Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von kontextuellen Bedingungen sichtbar gemacht wird, um dann weiterführend die eigenen Leistungsansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit realitätsgemäß zu synchronisieren (Lehr 2007: 105). Anschließend können basierend auf dem veränderten Selbstbild bzw. den Selbstwirksamkeitserwartungen dann gezielte Interventionen eingeleitet werden. Zu dieser Möglichkeit der Einleitung und Durchführung von Interventionen liegen Befunde vor, die zeigen, dass die Trainingsgruppe durchweg bessere Ergebnisse zeigt als die Kontrollgruppe, wobei die Voraussagen der eigenen Leistung von dem Trainingsprogramm unbeeinflusst blieben.

<sup>94</sup> Zudem weisen die Tests von Olesen et al. (2004), welche durch bildgebende Verfahren begleitet wurden, darauf hin, dass sich zu Trainingsbeginn eine signifikante Steigerung der Aktivierungswerte (fMRT) zeigt. Zeitverzögerte bzw. „nachhaltige“ Effekte – zum Messzeitpunkt zwei Wochen nach dem durchlaufenen Training – bildeten ab, dass sich das Leistungsniveau konsolidiert hatte, während sich die Aktivierungswerte (fMRT) wieder auf ihrem Ausgangsniveau befanden. Begründet wird dies durch eine „Ökonomisierung“ der Hirnaktivierung unter Training, wobei sich eine Reduktion des zerebralen Energiebedarfs entwickelt. Training kann demnach Reservekapazitäten schaffen bzw. mobilisieren. Zu ähnlichen Befunden wie Olesen et al. (vgl. Olesen/Westerberg/Klinberg 2004) kamen auch Koch (vgl. Koch et al. 2005) und Büchel (vgl. Büchel/Coull/Friston 2003).

<sup>95</sup> Auch in der „Berliner Altersstudie“ wird der Frage nachgegangen, ob bzw. inwieweit Ältere durch Trainingsmaßnahmen ihre Leistungen verbessern können. Laut den Ergebnissen erreicht – im Gegensatz zu Probanden/-innen im jungen Erwachsenenalter – nur ein geringer Teil der älteren Probanden/-innen durch ein weiteres Training eine Leistungsverbesserung über das anfängliche Leistungsniveau hinaus. Hinsichtlich der Entwicklung bzw. Veränderung intellektueller Fähigkeit im zunehmenden Alter wurde (auch in dieser Studie) eine Abnahme, insbesondere bezüglich der Wahrnehmungsgeschwindigkeit, diagnostiziert. Zudem konnte ein steigender Rückgang der Weiterbildungsbeteiligung mit zunehmendem Lebensalter ausgewiesen werden (vgl. Lindenberger et al. 2010).

<sup>96</sup> Obgleich Personen im höherem Erwachsenenalter, im Gegensatz zu jüngeren Erwachsenen, nachweislich stärker von langjähriger Gewohnheit geprägt sind und mitunter durch sie „behindert“ werden, kann dieser vermeintliche Nachteil durch einen ausreichend langen Zeitraum der Ausbildung bezwungen werden, um eine Verhaltensänderung zu erzeugen, indem Gewohnheiten aufgebrochen werden (Busse/Maddox 1985: 117).

schiede zwischen dem jungen und älteren Erwachsenenalter nehmen an den Leistungsobergrenzen demnach auch zu. Insbesondere die Verarbeitungsgeschwindigkeit zeigte sich bei älteren Personen deutlich niedriger als bei den untersuchten jüngeren Probanden/-innen (vgl. Kliegl/Smith/Baltes 1989) und stellt sich folglich als stärkster Prädiktor von Altersunterschieden im Hinblick auf die kognitive Mechanik dar – wie bereits oben nach Salthouse dargestellt wurde (vgl. Lindenberger/Mayr/Kliegl 1993; Verhaeghen/Salthouse 1997).

In Testsituationen mit erschwerten Bedingungen vergrößern sich sogar die Altersunterschiede i.S. eines Schereneffekts (Kruse 2001: 565).<sup>97</sup> Es ist kein einheitliches biologisches Korrelat altersbedingter Unterschiede in der Verarbeitungsgeschwindigkeit zu benennen (Lindenberger/Schaefer 2008: 393). Demnach erscheint es sinnvoll, übergreifende und spezifische Ursachen zu betrachten und analytisch in Verbindung zu setzen (vgl. Lindenberger/Kray 2005; Kliegl/Mayr/Krampe 1994).

Befunde aus zahlreichen Trainingsstudien weisen außerdem darauf hin, dass Ältere gegenüber jungen Erwachsenen insbesondere bei Multitasking-Aufgaben benachteiligt sind. Diese Leistungsunterschiede zwischen den untersuchten Alterskohorten bleiben auch nach intensiven Übungsphasen bestehen (vgl. Frensch/Lindenberger/Kray 1999; Kray/Lindenberger 2000). Bei geringem Zeitdruck ist es aber auch Älteren durchaus möglich, bei einer Aufgabe die Informationseinheiten gleichzeitig aktiv zu halten und aufeinander zu beziehen (Lindenberger/Schaefer 2008: 389; Bayen/Hacker 2008). Insbesondere die Koordination parallel ablaufender Wahrnehmungs- und Handlungsstränge ist für ältere Lernende sehr wichtig (Lindenberger/Schaefer 2008: 389). Altersspezifische Leistungsunterschiede im (höheren) Erwachsenenalter sind besonders groß, wenn hohe Anforderungen an die kognitive Kontrolle gestellt werden, wie u.a. die Handlungskoordination (vgl. Frensch/Lindenberger/Kray 1999; Mayr/Kliegl 1993), die Unterdrückung von Handlungstendenzen (vgl. Salthouse/Meinz 1995), bei Multitasking-Aufgaben (vgl. Korteling 1994), beim Wechsel zwischen Aufgaben mit geringer externer Unterstützung sowie einer hohen Mehrdeutigkeit der Aufgabensituation (vgl. Kray/Lindenberger 2000).<sup>98</sup> Des Weiteren gibt es aus Interventionsstudien Hinweise darauf, dass aufgrund einer

---

<sup>97</sup> Ursächlich hierfür können möglicherweise neurobiologische Funktionsverluste mit zunehmendem Alter sein. Es lässt sich vermuten, dass Altersveränderungen in der Mechanik aus einem Zusammenspiel übergreifender (i.S. von Ressourcen) und spezifischer Ursachen (i.S. von Prozessen) begründet sind und dies keine einfache und einheitliche Ursache oder basale Determinante von Altersveränderungen der kognitiven Mechanik zu sein scheint.

<sup>98</sup> Nach Kruse (2001) haben Ältere, denen nicht die Möglichkeit u.a. in der beruflichen Aus- und Weiterbildung gegeben war, effektive Lernstrategien zu entwickeln, vermehrt Probleme bei der Organisation und Strukturierung neuer Informationen aufzuweisen und zudem in geringerem Umfang, Mnemotechniken und Mediatoren anwenden. Folglich erschwert dieses auch die Vernetzung einzelner Lerninhalte, so dass eine strukturelle – i.S. einer semantischen – Kodierung der Inhalte teilweise ausbleibt und daher vereinzelt keine ganzen Cluster erinnert werden, sondern nur einzelne Wörter. Demzufolge sind auf der didaktischen, lerntheoretischen Ebene vermehrt Redundanzen einzuplanen. Auch wenn die Lernleistungen mitunter nicht denen von jüngeren Alterskohorten entsprechen, können Lernleistungen im Alter durch zielgerichtete Instruktionen sowie durch ein Training zur Entwicklung bzw. Festigung von (Endkodierungs-)Strategien entscheidend verbessert werden (Kruse 2001: 564).

mit dem Alter einhergehenden Geschwindigkeitsabnahme bei der Informationsverarbeitung sowie einer erhöhten Störanfälligkeit durch Umwelteinflüsse<sup>99</sup> im Lernprozess die Inhibition nicht handlungsrelevanter Information bzw. Aufgaben im Altersvergleich eine geringere Effizienz aufweist (vgl. u.a. Mayr/Liebscher 2001; Zacks/Radavansky/Hasher 1996).<sup>100</sup>

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass eine eindeutige Abgrenzung von den Altersunterschieden in der Hemmung und den Altersunterschieden in der Aktivierung schwierig zu treffen ist. Insbesondere werden vom kognitiven Alternsprozess die Regulation und Koordination von Verhalten erfasst – also die kognitive Kontrolle (vgl. Ducan et al. 1996; Smith/Jonides 1999). Im höheren Lebensalter – bei nachlassender Zuverlässigkeit, beispielsweise der Motorik (vgl. Untersuchung zur Messung von Reaktionszeiten im Altersgruppenvergleich (Busse/Maddox 1985: 81), – nimmt der Bedarf an kognitiver Kontrolle zu (vgl. Fozard 1990; Winter 1991). Zudem besteht eine hohe Korrelation zwischen intellektuellen, sensorischen und sensomotorischen Leistungen im hohen Alter (vgl. Lindenberger/Baltes 1997). Der beschriebene Rückgang der Effektivität kognitiver Kontrolle im fortgeschrittenen Alter wird auch durch neuroanatomische und neurochemische Forschungsergebnisse bekräftigt (Lindenberger/Schaefer 2008: 395).

Wie aktuelle neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse belegen, können durch gezielte Trainingsmaßnahmen Strategien entwickelt werden, die zur Kompensation biologisch beeinflusster Abbauerscheinungen beitragen (vgl. Nyberg et al. 2003).

Wie bereits mehrheitlich in Forschungsstudien, u.a. in der „New England Centenarian Study“ (vgl. Terry et al. 2008), nachgewiesen werden konnte, besteht auch im fortgeschrittenen Lebensalter ein hohes Maß an Plastizität, so dass das alternde Gehirn anpassungsfähig bleibt und dadurch spezifische kognitive Funktionseinbußen kompensieren kann. Auch die Befundlage der „New England Centenarian Study“ gibt Hinweise darauf, dass Menschen eine „funktionelle Reserve“ in ihrem Gehirn – wenngleich im unterschiedlichem Ausmaß – aufweisen. Bei Probanden/-innen dieser Studie, die über eine hohe funktionelle Reserve verfügen, konnte ein Zuwachs an Fähigkeiten und eine Anpassungsfähigkeit bei altersbedingten Veränderungen festgestellt werden (vgl. Terry et al. 2008). Des Weiteren werden externen Einflüssen – i.S. von Lebensstilen und der Vermeidung von Risikoverhalten – in Bezug auf den Aufbau sowie die Förderung der Kognitiven Reserve ein hohes Gewicht zugeschrieben. Ferner wird die große

---

<sup>99</sup> Die „Environmental-Docility-Hypothese“ weist auf eine steigende Bedeutung von Umweltfaktoren im höheren Alter hin (vgl. Lawton/Simon 1968). Das impliziert zugleich, dass ältere Menschen, die bereits gesundheitlich belastet sind, günstigere Umweltbedingungen benötigen, damit sie an Bildungsprozessen teilnehmen können (Kolland 2011: 5).

<sup>100</sup> Siehe hierzu auch Kapitel 3.1.2.2.2 *Kognition und Lernen*.

Effektstärke, welche mit dem Lebenslangen Lernen, dem sozialen Engagement sowie der Komplexität von Arbeitsaufgaben einhergehen, betont. In der „New England Centenarian Study“ wurden Trainingseffekte nachgewiesen, i.S. einer Leistungsverbesserung bzw. einer Konstanthaltung des Leistungsniveaus, die durch ein gezieltes Training erlangt werden konnten. Es wurde somit festgestellt, dass der kognitive Verfall keine unvermeidliche Begleiterscheinung des Alterns sein muss (vgl. Terry et al. 2008; Perls et al. 2001).

Des Weiteren sind die gemessenen Trainingseffekte aus der „Baltimore Longitudinal Study of Aging“ (vgl. Shock et al. 1984) zu nennen. In dieser Studie wurden unterschiedliche Altersgruppen mit Übungsaufgaben konfrontiert, in denen die Fehlerquote gemessen wurde. Ergebnis war, dass die jüngere Untersuchungskohorte (30- bis 38-Jährige) nach dem Training eine geringe bis mittlere Abnahme der Fehler aufwies.<sup>101</sup>

Weiterführend sind die Ergebnisse der „Berliner Altersstudie“ hinzuzuziehen, die verdeutlichen, dass sozial Begünstigte – unabhängig von deren Zugehörigkeit zu einer bestimmten Alterskohorte – signifikant höhere intellektuelle Leistungsniveaus in der untersuchten Stichprobe nachweisen. Jedoch verläuft die Leistungsabnahme sowohl für sozial Begünstigte als auch für Benachteiligte gleich. Desgleichen scheinen selbstregulierende Prozesse bis ins hohe Lebensalter intakt zu bleiben, wenn keine Erkrankung an Demenz vorliegt (vgl. Mayer/Baltes 1999; Max Planck Institute for Human Development 2009; Smith/Delius 2003: 225-249).

Als ein möglicher Erklärungsansatz für die Korrelation des Bildungsstands und der fluiden Intelligenz kann nach Weinert ein mit dem formalen Bildungsstand längerem Verbleib in Schulen und fortführenden Bildungsinstitutionen zu intensiveren und längerem Training sowohl in der Entwicklung von kognitiven Strategien als auch in deren Einsatz bei veränderten Gegebenheiten (vgl. Weinert 1994) gelten. Es lässt sich vermuten, dass demzufolge eine Auswahl an entwickelten (handlungsorientierten) Lösungsstrategien dem Individuum zur Verfügung steht und somit bei sich stellenden Herausforderungen die Problemlösekompetenz entwickelt und gefestigt werden kann. Darüber hinaus scheint sich ein bereits u.a. in schulischen Institutionen bzw. lebenslang entwickeltes Lernverhalten im erheblichen Maße auf den Aufbau der Kognitiven Reserve auszuwirken. Auch die Untersuchungen von Kolland & Klingberg (2011) stützen die

---

<sup>101</sup> Bei beiden älteren Kohorten (unter 54-Jährige und die älteste Gruppe der 69- bis 76-Jährigen) von Männern konnte zunächst ein Anstieg gemessen werden. In der ältesten Untersuchungsgruppe konnte hingegen eine größere Anzahl von Fehlern gemessen werden. Weitere Auswertungen ergaben, dass die größten Leistungszuwächse in der ältesten Gruppe vorliegen (vgl. McCrae/Costa 1993), was erneut auf eine Trainierbarkeit der Fähigkeiten im höheren Lebensalter hinweist. Die größten Leistungsabnahmen sind zudem in der ältesten Alterskohorte zu finden, jedoch sind in dieser Gruppe auch die größte Variabilität bzw. interindividuelle Unterschiede zu verzeichnen (vgl. McCrae/Costa 1993).

Annahme, dass die Dauer bzw. der Verbleib in der Schule in einem signifikanten Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen im (höheren) Erwachsenenalter steht (Kolland/Klingenberg 2011: 28). Im Umkehrschluss können demzufolge (lebensbegleitende) Bildungsaktivitäten das Sterblichkeitsrisiko zu senken. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass der sogenannte „Matthäus-Effekt“ – also die Fortführung des jeweiligen Bildungsverhaltens aus vorigen Lebensphasen – zum Tragen kommt. Zudem partizipieren „bildungsgewohnte“ Personen auch vermehrt an informellen Lerngelegenheiten als „bildungsferne“ Personengruppen.

Ferner impliziert eine hochqualifizierte berufliche Tätigkeit häufig Anforderungen, die an die Entwicklung spezifischer kognitiver Strategien gekoppelt sind (Kruse 2001: 564), wohingegen monotone berufliche Tätigkeitfelder eher bewirken, dass die intellektuelle Flexibilität – i.S. von Problemlösefähigkeit u.ä. – nachlässt (Ergebnisse der MacArthur-Studie in Kruse 2001: 565f.). Dennoch ist es gemäß der Prämisse des Lebenslangen Lernens<sup>102</sup> und den Erkenntnissen aus der gerontologischen, neurowissenschaftlichen sowie bildungswissenschaftlichen Forschung den sogenannten „bildungsungewohnten“ Personen nicht vorbehalten, Strategien zur Bewältigung von Anforderungen im höheren Alter zu entwickeln und diese situationsadäquat einzusetzen. Dies erfordert Interventionen, die anwendungs- bzw. alltagsrelevante Trainingssequenzen beinhalten.

Die Hypothese, dass ausschließlich ein kognitives (Gedächtnis-)Training kombiniert mit psychomotorischen Übungseinheiten langfristig gleichermaßen zu einer verbesserten kognitiven Leistung, Gesundheit und Verbesserung der dementiellen Symptomatik bzw. zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und Befindlichkeit führt, wird durch die Befunde der „Längsschnittstudie zu den Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter“ bestätigt (vgl. Oswald et al. 2001; Oswald/Gunzelmann 1993; Oswald/Hagen/Rupprecht 1998).<sup>103</sup>

Körperliche Aktivitäten scheinen für das Lernen durchaus förderlich zu sein. Eine umstrittene bzw. nicht valide gestützte Vermutung besteht, dass es durch körperliche Aktivität zu einer

---

<sup>102</sup> Nach Kolland & Klingberg (2011) lässt sich lebenslanges Lernen wie folgt definieren: Es ist ein „auf Erfahrungen beruhendes Lernen aus persönlichen und sozialen Gründen und umfasst jede zielgerichtete Lerntätigkeit, die einer kontinuierlichen Verbesserung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen dient. Stattfinden kann es sowohl innerhalb als auch außerhalb organisierter Lernsettings. Erworben werden sowohl Basisqualifikationen einschließlich digitaler Kompetenzen als auch erweitertes Handlungswissen zur Gestaltung des Alltags. Das Ziel ist Selbstbestimmung“ (Kolland/Klingenberg 2011: 25).

<sup>103</sup> Auf hirnanatomischer Ebene führt beispielsweise ein physisches Training (Walking) bereits nach einer Trainingsphase von vier bis sechs Monaten nach Kirk Erickson (vgl. Erickson 2012) in Langzeitwirkung (neun Jahre) zu einer Vergrößerung des frontalen, okzipitalen entorhinalen Regionen und der Hippocampusregionen. Ein größeres Volumen der grauen Substanz reduziert das Risiko für kognitive Beeinträchtigung um das Zweifache (Erickson et al. 2010: 1415). Diesbezüglich zeichnet sich ein Paradoxon ab: Zum einen ist ein Wachstumsphänomen von Gehirnarealen bedingt durch kognitives Training (vgl. hierzu Studie von Londoner Taxifahrern in Meguro et al. 2001) zu verzeichnen. Hierbei ist der Frage nachzugehen, ob sich die Größe des Gehirns tatsächlich durch körperliches Training verändert (vgl. Befund von Erickson, der eine Vergrößerung von Gehirnarealen durch körperliches Training feststellen konnte).

hormonellen Ausschüttung kommt, welche wiederum die Stimmung hebt und eine stärkere Vernetzung von neuen Informationen fördert. Die Abnahme von Rezeptoren des Neurotransmitters Dopamin ist beispielsweise aus neurowissenschaftlicher Sicht eng mit negativen Altersunterschieden in der intellektuellen Leistungsfähigkeit verknüpft (vgl. Bäckman et al. 2000). Generell kann durch zahlreiche Studien (vgl. u.a. Fabriougle et al. 1995; Verghese et al. 2003) bekräftigt werden, dass die protektive Funktion eines aktiven Lebensstils im hohen Lebensalter funktionserhaltend wirkt. Frühzeitig zielgerichtete kognitive Aktivitätsförderung kann u.U. eine Verzögerung der klinischen Manifestation einer Demenz bewirken. Es lässt sich vermuten, dass dieses durch eine trainingsbasierte effektivere Ausnutzung der Reservekapazität des Gehirns bedingt wird und die jeweilige Person somit eine höhere Kompensationsfähigkeit bei Funktionseinbußen aufweist (Oswald 2007: 276).

Im Folgenden soll daher schließlich noch die Nachhaltigkeit von Trainingseffekten näher beleuchtet werden. Zum anderem ist eine Effektivitätseffekt durch Training festzustellen, bei dem eine Optimierung der Abläufe zu verringertem Energieverbrauch i.S. einer „Ökonomisierung“ führt. Wie Schröder et al. (2007) zeigen konnten, führt ein Training bei gesunden Probanden/-innen zu erwarteten Ökonomisierungseffekten verbunden mit einem dramatischen Rückgang der Aktivierung auf einzelne kleinere Areale (Schröder et al. 2007: 179). Es ist des Weiteren u.U. anzunehmen, dass ein Ökonomisierungseffekt bei Patienten mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung erst nach einer längeren Trainingsphase erkennbar ist (Schröder et al. 2007: 180).<sup>104</sup>

Abschließend lässt sich aus den unterschiedlichen Studienbefunden ableiten, dass sowohl der Bildungsstand als auch Bildungsaktivitäten eine maßgebliche Rolle im Hinblick auf die Aufrechterhaltung bzw. den Ausbau der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Kognitiven Reserve einnimmt. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Bildungsstand in Interdependenz mit anderen soziodemografischen Faktoren steht und somit nicht voreilig auf einen Kausalzusammenhang zu schließen ist. In einer kritischen Betrachtung der Ergebnisse zu den Trainingseffekten wird deutlich, dass potenziell messbare Trainingserfolge vor dem Hintergrund der tatsächlichen Nachhaltigkeit sowie der Transferierbarkeit auf Alltagssituationen gedeutet werden müssen. Es wäre zudem leichtfertig, auf Grundlage der

---

<sup>104</sup> Bei neurowissenschaftlichen Untersuchungen – wie etwa in den „Duke Longitudinal Studies of Normal Aging“ – konnte mittels EEG sichtbar gemacht werden, dass normative Muster von EEG-Aktivitäten und Veränderungen in diesen Aktivitäten mit zunehmendem Alter einhergehen (Busse/Maddox 1985: 45ff.). Pathologische Veränderungen in den EEG-Mustern werden mehrfach assoziiert mit Veränderungen der kardiovaskulären Funktionen sowie einer abnehmenden Gesundheit. Ferner werden pathologische Veränderungen der kognitiven Funktion mit altersbedingten Einbußen gleichgesetzt, wenngleich altersbedingte Veränderungen in den EEG-Aktivitäten nicht mit Funktionseinbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit verknüpft sind (Busse/Maddox 1985: 50).

Performanz in einer bestimmten Testsituation auf das generelle Leistungsvermögen undifferenziert zu schließen.

### 3.1.3 Soziales Altern

In diesem Kapitel werden zum einen die mit dem Alter einhergehenden Veränderungen hinsichtlich der sozialen Beziehungen sowie der Rollenerwartungen bzw. der gesellschaftlichen Integration behandelt und zum anderen Auswirkungen von Stereotypisierungen der Lebensphase Alter noch einmal expliziter thematisiert. Darüber hinaus soll in diesem Zusammenhang diskutiert werden, inwieweit der Bildung eine Effektstärke zugesprochen werden kann.

Das soziale Alter wird durch gesellschaftliche Normen, Rollenzuschreibungen sowie durch soziale Beziehungen bestimmt. Zudem ist es eng mit dem kalendarischen Alter verbunden, welches durch Altersgrenzen gekennzeichnet sowie an Reglementierungen gebunden ist, die mitunter Altersdiskriminierungen implizieren können. Aus gesellschaftlicher Perspektive stellt die Aufgabe der Berufsrolle mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben, häufig verbunden mit einer Intensivierung bestehender sowie der Suche nach neuen Rollenkonzepten als auch eine ausdehnende Beschäftigung mit außerberuflichen Interessen, eine entscheidende Entwicklung hinsichtlich des sozialen Alterns dar (Kruse/Lehr 1999: 194).<sup>105</sup> Aufgrund einer oftmals starken Fokussierung auf die Familie in der nachberuflichen Phase, kann geschlussfolgert werden: Die Integration im Alter hängt im hohen Maße von der Qualität der innerfamiliären Beziehungen ab (vgl. Stosberg 1998).

Die soziale Anschlussfähigkeit kann als eine der bedeutenden biographischen Kompetenz im Alter begriffen werden (Kade 2007: 49). Bei fehlender bzw. fehlgeschlagener sozialer Integration in die Gesellschaft im Alter kann es dazu führen, dass ein Desintegrationsprozess einsetzt, weil die erworbenen Kompetenzen nicht mehr gebraucht werden (vgl. Poppinga et al. 1994), so dass die Relevanz sozialer Einbindung im hohen Alter besonders deutlich wird.

Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Reziprozität der Leistungen im (sehr) hohen Alter zurückgeht.<sup>106,107</sup> In diesem Zusammenhang ist jedoch zu berücksichtigen, dass die

---

<sup>105</sup> Es ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass in der/den Lebensphase(n) Alter die sozialen Netzwerke, insbesondere familiäre Beziehungen, einen Wandel erfahren, der Rollenwechsel zur Folge haben kann. Zudem kommt es i.d.R. zu einer Veränderung der Sozialkontakte aufgrund des Austritts aus dem Erwerbsleben und der damit einhergehende Auflösung bzw. Wandlung beruflicher Netzwerke (Naumann 1998: 245ff.) als auch zu einem daraus resultierenden Verlust der sozialen Anerkennung und des (beruflichen) Prestiges (Kade 2007: 49).

<sup>106</sup> Beispielsweise verändern sich in familiären Beziehungen „Unterstützungsverhältnisse“ zwischen den Generationen, aber auch intragenerational (siehe hierzu Iller/Wienberg 2011).

<sup>107</sup> Siehe hierzu weiterführend im Kapitel 8.1 zum *Einfluss von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten*.



Verhaltens- und Leistungsveränderungen im höherem Alter nicht ausschließlich durch Faktoren der individuellen Funktionstüchtigkeit und der sozialen Lebensverhältnisse bestimmt werden, sondern auch durch gesellschaftliche Rollenerwartungen – wie Selbst- und Fremdattribuierungen – bezüglich der Lebensphase(n) also multikausal determiniert werden (Weinert 1994: 183). Aufgrund dieser Attribuierungen und Erwartungen entstehen häufig Stereotype, die mit der Lebensphase Alter assoziiert werden und wiederum einen nachweislich hohen Einfluss auf die Lernleistung („output“) haben können. Zwar haben sich die Altersbilder in den vergangenen Jahrzehnten von einer primär defizitorientierten Sichtweise zu einer eher ressourcenorientierten<sup>108</sup> Sichtweise älterer Menschen gewandelt, jedoch existieren bisweilen über die Zeit stabile Stereotypisierungen für die Phase(n) des „Alters“. Insbesondere altersbezogene motivationale Veränderungen können sich im Motivsystem und im Selbstkonzept einer Person manifestieren (Bubolz-Lutz et al. 2010: 105).<sup>109</sup>

In diesen subjektiven Altersbildern schlagen sich auch kulturelle Deutungen nieder (Kruse/Schmitt 2008: 105).<sup>110</sup> Diesbezüglich beeinflusst das gesellschaftliche Bezugssystem – i.S. des gesellschaftlich bestehenden „Image“ der Älteren<sup>111</sup> – das eigene Selbst- als auch das Fremdbild (Lehr 2007: 203).<sup>112</sup> So erklärt Thomae (vgl. Thomae 1989), dass nicht ausschließ-

---

<sup>108</sup> In einer ressourcenorientierten Sichtweise – wie z.B. im Konzept zum „erfolgreichen“ Altern (vgl. Havighurst 1963) liegt die Betonung auf den Potenzialen des Alters. Dem Ansatz folgend ist nicht von der Unabdingbarkeit des Zustandes auszugehen, denn die vorhandenen bzw. zur Verfügung stehenden Ressourcen machen den Menschen handlungsfähig.

<sup>109</sup> Untersuchungen belegen, dass diese sowohl nachweislich Effekte auf die Kompetenzentwicklung, die individuelle Lebensplanung als auch auf die Erlebens- und Verhaltensspielräume anderer Menschen in Hinblick auf die Möglichkeit und Ausübung sozialer Teilhabe (vgl. Kruse/Schmitt 2006; Havighurst 1953; Havighurst 1964; Kuhlen 1963) als auch unter Umständen Auswirkungen auf die Selbststereotypisierungen haben können.

<sup>110</sup> In der Studie „Altersbilder in anderen Kulturen“ – eine Studie zur Untersuchung kultureller Unterschiede in Deutung und Fragen des Alters – initiiert von der Robert Bosch Stiftung – konnte gezeigt werden, dass das Thema Altern in unterschiedlichen Ländern auf politischer Ebene ähnlich stark Beachtung findet und ähnliche Bewertungen über ältere Menschen bestehen (vgl. Kruse 2009a). Deutlich wurde, dass eine Unterteilung in junge Alte in der dritten Lebensphase zu bestehen scheint, die verbunden ist mit Freiheiten und Bildungsmöglichkeiten. Zudem bietet diese Lebensphase Gelegenheiten sich (ehrenamtlich) zu engagieren. Abgelöst wird diese Lebensphase, die oftmals durch Aktivität und Vitalität geprägt ist von der vierten Lebensphase, welche vermehrt durch ihre Grenzen, also Krankheiten und Abhängigkeit, gekennzeichnet ist (vgl. Kruse 2009a; Kruse 2009b). Die Wahrnehmung des Alters und Alterns scheint weltweit zudem stärker abhängig von der jeweiligen sozialen Schicht und dem Geschlecht zu sein als von der Kultur. Demzufolge wird in unteren Sozialschichten Altern eher als Schicksal wahrgenommen (vgl. Kruse 2009b).

<sup>111</sup> Auch, wenn davon auszugehen ist, dass negative Altersbilder in vielen Gesellschaftsschichten als realitätsfern beurteilt wurden, lässt sich in aktuellen Entwicklungen eine Überbewertung der Jugendlichkeit und ein Widerstreben der Annahme des eigenen Alters und des Alternsprozesses beobachten. In diesem Zusammenhang wird die „Anti-Aging“-Bewegung oftmals als ein Symptom dieser gesellschaftlichen psychischen Abwehrhaltung kritisiert (vgl. Stöhr 2005). Häufig wird durch Stereotype das Alter nah einem binären Schema polarisiert: Auf der einen Seite werden Ältere als „Hilfsbedürftige“ und auf der anderen Seite als egoistische „Konsumenten“ kategorisiert (Kade 2007: 17).

Auch für Massenmedien sind ältere Konsument/-innen eine bedeutsame Zielgruppe und stellen einen potenten Wirtschaftsfaktor dar. Im Seniorenmarketing werden Angehörige dieser Altersgruppe als z.B. „Woopies“ (Well-Off Older Persons) bezeichnet (vgl. Proisinger 2010), welche eine generelle Verbreitung negativer, mitunter realitätsabbildender Ansichten über das Alter kaum zulässt. In der Werbung herrscht ein aktivitätsbezogenes Altersbild vor (vgl. Meyer-Hentschel/Meyer-Hentschel 2004). Laut kommunikationswissenschaftlicher Untersuchungen werden Ältere im fiktionalen Bereich jedoch eher als abhängig und schutzbedürftig dargestellt. In den Printmedien hingegen wird das Thema des Generationenkonflikts häufig debattiert (vgl. Ehmer 2009; Ehmer/Höffe 2009).

<sup>112</sup> Untersuchungen konnten zudem verdeutlichen, dass die Einstellung der Mitmenschen und ein daraus resultierende Altersnormierungen, Ältere häufig zu „altersgemäßen“ Verhaltensweisen zwingt, dieses jedoch weniger auf den eigenen Vorstellungen oder auf altersbedingten Funktionseinbußen beruht (vgl. Baltes 1996; Coupland et al. 1988; Harwood/Giles/Ryan 1995; Schmitt 2001).

lich von der biologischen Bedingtheit des Alterns, sondern ebenso von der „sozialen Bedingtheit der Alternsprozesse“ auszugehen ist: Das Altern scheint demnach heute primär ein soziales Schicksal und weniger ein Schicksal aufgrund funktioneller oder organischer Veränderungen bzw. Funktionseinbußen zu sein.<sup>113</sup>

Beispielsweise wurde in der „Berliner Altersstudie“ die offene Frage „wer bin ich?“ an die Untersuchungsteilnehmer/-innen gestellt, um Aspekte der Selbstzuschreibung von Merkmalen zu erfassen.<sup>114</sup> Das Ergebnis war, dass in den jüngeren Stichproben Aussagen über soziodemographische Rollen, Eigenschaften und soziale Beziehungen im Mittelpunkt standen (vgl. Gordon 1968). Hingegen wurden von der älteren Kohorte (45- bis 70-Jährige) vornehmlich Aussagen über die Gesundheit, Lebenserfahrung, Werte und Überzeugungen getroffen (vgl. George/Okun 1985).<sup>115, 116</sup> Hinsichtlich der Wahrnehmung des subjektiven Alterns nannten die Probanden/-innen der „Berliner Altersstudie“ durchschnittlich, dass sie sich zwölf Jahre jünger fühlen als ihr chronologisches Alter tatsächlich sei (Lindenberger et al. 2010: 255). Demzufolge stützen die dargestellten Studienbefunde die Annahme, dass es sowohl im hohen als auch im jüngere Lebensalter differentielles Altern im psychologischen Bereich gibt (Lindenberger et al. 2010: 268). In diesem Zusammenhang konnte in der „ILSE“ festgestellt werden, dass Alter und Altern von den Befragten im achten Lebensjahrzehnt pessimistischer gesehen wurde als von den Befragten im sechsten Lebensjahrzehnt. Demzufolge assoziiert insbesondere die ältere Kohorte in der „ILSE“ Altern im höheren Ausmaß mit zunehmenden Verlusten und gesellschaftlichen Belastungen (Kruse/Schmitt 2008: 102). Die Probanden/-innen der Alterskohorte der 1930 bis 1932 Geborenen – die auch im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden – nahmen im

---

<sup>113</sup> Ergebnisse des Palmore-Fragebogens, der Fragen zur Natur und Beschaffenheit des Alters beinhaltet und die Antworten der Befragten mit wissenschaftlichen Erkenntnissen kontrastiert, haben deutlich gemacht, dass eine große Diskrepanz zwischen Alltagswissen oder der öffentlichen Meinung und wissenschaftlichen Erkenntnissen besteht (vgl. Palmore 1977; Palmore 1988). Diese Diskrepanz kann nicht nur einen enormen Einfluss auf das individuelle Verhalten haben, sondern zudem auch auf die Gestaltung altersrelevanter gesellschaftlicher Strukturen wirken (vgl. Philipp/Mayer 1999).

<sup>114</sup> Das Altersbild trägt selbst maßgeblich dazu bei, wie alt ein Mensch werden möchte bzw. tatsächlich wird und von welcher Qualität seine zweite Lebenshälfte ist. Oftmals nehmen Menschen ihr eigenes Alter und das Altern erst im Vergleich und in der Auseinandersetzung mit anderen Menschen deutlich wahr (Lang 2007: 311).

<sup>115</sup> Hinsichtlich der Gestaltung der Lebensphase(n) Alter können aktuelle Kohorten der „Jungen Alten“ im Vergleich zu früheren Generationen „[...] auf schon vorhandene Rollenmuster zurückgreifen, wenn sie wirklich auf Zukunft orientiert wachsen wollen und nicht bei den Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten älterer Erwachsener früherer Alterskohorten stehenbleiben wollen“ (Veelken 1990: 141).

<sup>116</sup> Im Intergruppenvergleich der jüngeren Älteren (70- bis 84-Jährige) und der Hochbetagten (über 85-Jährige) kamen zwar nur geringe Unterschiede zwischen der Selbstdefinition jüngerer Alter (70- bis 84-Jährige) und Hochbetagten zutage, jedoch wurden die Erwähnungen von Familie, Aktivitäten außerhalb der Wohnung und interpersonellem Stil in der Stichprobe der Berliner Altersstudie mit zunehmendem Alter seltener. Die Häufigkeit der Aussage über den Tagesablauf und Alltagsroutinen, Alltagskompetenz und soziodemographischer Charakteristika wurden hingegen von den Hochbetagten häufiger genannt (Lindenberger et al. 2010: 255).

Intergruppenvergleich zu der Geburtskohorte der 1950 bis 1952 Geborenen vermehrt subjektive Leistungseinbußen, geringere Potenziale und mehr Barrieren einer mitverantwortlichen Lebensführung wahr (Kruse/Schmitt 2008: 102).<sup>117</sup>

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass je positiver das Selbstbild Älterer ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, eine höhere Zufriedenheit bis ins hohe Alter aufzuweisen. Demzufolge kann ein positives Selbstbild als eine wichtige psychische Ressource im Alternsprozess angesehen werden (Tenzer 2008: 7). Zu diesem Aspekt wurde in einer Längsschnittstudie aus den 1970er Jahren in Ohio in einem Untersuchungszeitraum von 20 Jahren zu sechs Messzeitpunkten Bewohner/-innen einer Stadt über ihre subjektive Wahrnehmung über das Alter und Altern befragt. Es stellte sich heraus, dass jene Bewohner/-innen, welche die Lebensphase(n) Alter als eine erfüllte Phase ihres Lebens ansahen und über ein positives Altersbild/-stereotypisierungen verfügten, durchschnittlich – unabhängig vom sozialen und ökonomischen Status, Geschlecht, sozialen Beziehungsstrukturen sowie Gesundheitszustand – eine um 7,5 Jahre längere Lebenserwartung aufwiesen als diejenigen, die pessimistische Erwartungen an diesen Lebensabschnitt geknüpft hatten. Demnach scheint ein positives Selbstbild und Altersbild einen Effekt auf die Überlebensrate zu haben, welcher mitunter größer als die Auswirkungen von Blutdruck oder hohem Cholesterinspiegel zu haben scheint, die ein Lebensverkürzung von vier Jahren oder weniger bewirken (Levy et al. 2002). Auch die Forschungsergebnisse der amerikanischen Gesundheitsforscherin Becca Levy der Yale University stützt die These einer positiven Auswirkung des Selbstbildes auf die Lebenserwartung, d.h. beispielsweise auf die Senkung des Blutdrucks oder des Cholesterinspiegels (Tenzer 2008: 8).

Einen weiteren Befund liefert die Forschergruppe um Glenn Ostir von der Universität Galveston in Texas: In der Studienstichprobe wiesen optimistische Probanden/-innen im Hinblick auf Selbst- und Fremdattribuierung und im Umgang mit dem eigenen Altern – unter Berücksichtigung des Bildungs- und Familienstandes – ein deutlich geringeres Morbiditätsrisiko auf. Annahme der Forschergruppe ist, dass ein optimistisches, positives Bild vom Alter und Altern und die hieraus resultierende „gute Laune“ über Hormone gesteuert wird und sich somit auf die Gesundheit förderlich auswirke (vgl. Ostir et al. 2002; Tenzer 2008: 8).

Auch die Studie der Sozialforscherinnen Ellen Rodin und Judith Langer konnte sichtbar machen, dass die negativen Stigmatisierung des Alters durchaus zu negativen Stereotypen und

---

<sup>117</sup> Ein Zusammenhang konnte – basierend auf der „ILSE“-Befragung – zwischen der Bereitschaft einer mitverantwortlichen Lebensführung und der Wahrnehmung des eigenen Alterns, i.S. inwieweit die Probanden/-innen mit dem eigenen Alternsprozess potenzielle Gewinne verbinden, identifiziert werden. Parallel hierzu ließ sich auch eine Zunahme der Bereitschaft zur sozialen Teilhabe erkennen (Kruse/Schmitt 2008: 105).

Handlungen (eher lageorientiertes Verhalten) führt und somit den Verlust des Selbstbewusstseins, Kontrollverlust, Reduzierung der Kreativität und Denkleistung fördern kann (vgl. Langer/Rodin 1976).<sup>118</sup>

Dieser erhebliche Einfluss von Vorurteilen und (Selbst-)Attribuierungen auf das Verhalten wurde auch von der Gesundheitsforscherin Becca Levy von der Yale University in New Haven gestützt. Sie weisen darauf hin, dass Personen durchschnittlich schlechte Leistungen erbringen, wenn ihr Selbstbild pessimistischer – also eher defizitorientiert ist – da hieraus oftmals ein geringeres Selbstvertrauen in die eigene Leistung bzw. Produktivität entsteht (vgl. Levy/Myers 2004; Levy 2009). Dieser Befund bezüglich der Wirkung von Alter(n)sbilder auf die Selbstwirksamkeit und mitunter Handlungsorientierung wird auch von Untersuchungen der psychologischen Forschung untermauert (Tenzer 2008: 8).<sup>119</sup>

Basierend auf den angeführten Beispielen erscheint es sinnvoll sich bewusst von destruktiven Leitbildern zu distanzieren. Hierzu ist ebenso die Vorstellung der ewigen Jugend (Jugendwahn), also das unverdrossene Festhalten an einem jugendlichen Attribut, als auch zum anderen eine resignative und defizitorientierte Haltung gegenüber des Alter(n)s unangebracht (Tenzer 2008: 8). Der Versuch ein ressourcenorientiertes Selbst- und Altersbild zu etablieren, wurde in der deutschen Debatte u.a. durch eine „Umdeklaration“ von eher defizitorientierten Bezeichnungen für den Lebensabschnitt Alter zu einer ressourcenorientierten Sichtweise, die Bezeichnungen wie „*Generation plus*“, „*drittes Lebensalter*“ oder „*Unruhestandler*“ o.ä. einführt (Tenzer 2008: 9).

Inwieweit der Bildung in diesem Zusammenhang eine Effektstärke zugesprochen werden kann, soll im Folgenden nachgegangen werden: Generell – unabhängig von regionalen Unterschieden<sup>120</sup> – zeigen sich im Hinblick auf ein negatives Altersbild deutliche Gruppenunterschiede in

---

<sup>118</sup> Nach Gerd Göckenjan implizieren Altersbilder Kommunikationskonzepte, welche zur Interpretation/Deutung beitragen und maßgeblich das beeinflussen Verhalten sowie die Sichtweise auf das Alter prägen (vgl. Göckenjan 2000a; Göckenjan 2000b).

<sup>119</sup> Die Selbstwertschätzung scheint über den gesamten Lebensverlauf verhältnismäßig stabil zu sein, wobei sich mit zunehmendem Lebensalter sogar eine Steigerung des Selbstwertgefühls beobachten lässt (Lehr 2000: 153ff.). „Das Selbstkonzept bestimmt [maßgeblich] die Art der Verarbeitung von Erfahrungen und stellt damit ein [entscheidendes] Handlungsregulativ dar“ (Kaiser 2008a: 87). Demzufolge können ein negatives Selbstkonzept und damit verbundenen negative Erwartungen sowie eine geringe Selbstwirksamkeit resultierend aus u.a. defizitgeprägten Altersbildern dazu beitragen, „[...] dass sich Menschen eine an persönlichen Ziel- und Wertvorstellungen orientierte Lebensführung nicht zutrauen und vorhandene Potenziale auf Dauer verkümmern“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 34). Ein positives Selbstkonzept kann also auf die Lernmotivation und die Selbstwirksamkeit förderlich wirken, auch unter ungünstigeren Bedingungen kann ein positives Selbstbild aufrechterhalten werden und u.U. als Resultat protektiver Prozesse verstanden werden (Kruse/Wahl 1999: 286; Bubolz-Lutz et al. 2010: 105; Kade 2007: 13).

<sup>120</sup> Hierbei ist zu berücksichtigen, dass obwohl sich der Gesundheitszustand in den alten und neuen deutschen Bundesländern weitgehend angeglichen hat (vgl. Hoffmann/Schelhase/Menning 2009b), assoziieren die ostdeutschen Befragten das Älterwerden stärker mit physischen Defiziten als in den westdeutschen Befragungszentren (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 251).

Abhängigkeit vom Bildungshintergrund. Das bedeutet, höher Gebildete verbinden mit der Lebensphase(n) Alter durchschnittlich eine positivere Sichtweise, die nicht so sehr durch Verluste und Funktionseinbußen bestimmt wird (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 252).<sup>121</sup> Hinsichtlich der Einflussnahme von Stereotypen auf die Gedächtnisleistung und Lernprozesse im höheren Lebensalter konnte durch Trainingsstudien verdeutlicht werden: In breitangelegten Leistungstests mit Älteren konnte gezeigt werden, dass Altersstereotype die Sicht auf das eigene Älterwerden ebenso beeinflussen wie die eigene Sicht auf das Älterwerden Altersstereotype verändern kann (vgl. Rothermund/Brandstädter 2003) und demzufolge sich Selbststereotypisierungen auf Gedächtnisleistungen und auf die Genesung nach Krankheit auswirken können (vgl. Hess et al. 2003; Levy et al. 2006). Negative Rollenerwartung, so fanden die Forscher Thomas Hess, Joey Hinson und Jill Statham von der Staatlichen Universität in Raleigh (North Carolina) heraus (Stichprobe der Untersuchung: 193 junge, 17- bis 35-jährige und alte, 57- bis 82-jährige Menschen), haben offenkundig einen Effekt auf die Gedächtnisleistung (Speck/Horsch 2008: 50). Bei direkten negativen Zuschreibungen konnte in der Untersuchung eine deutliche Abnahme der Gedächtnisleistung festgestellt werden – d.h. ein negatives Altersbild kann u.U. zu einer „Selbsterfüllenden Prophezeiung“ (Martin/Kliegel 2008: 32) beitragen. Bei vorwiegend subtilen Zuschreibungen waren die älteren Proband/-innen eher in der Lage die Auswirkungen zu kontrollieren (Speck/Horsch 2008: 50). Die Verinnerlichung negativer Altersstereotype kann demzufolge zu unselbstständigkeitsförderndem Verhalten (der sogenannten „erlernten Hilflosigkeit“)<sup>122</sup> führen, da eine generelle Hilfsbedürftigkeit – gekennzeichnet durch eine Funktionsabnahme beispielsweise der kognitiven und auch der physischen Fähigkeiten – angenommen wird (Martin/Kliegel 2008: 32).

Zudem haben experimentelle Studien Anhaltspunkte gefunden, dass eine negative Sicht auf das eigene Altern häufig mit erhöhtem physischen Stress verbunden ist (vgl. Levy et al. 2000). So scheinen Personen mit einer positiven Haltung und Erwartungen gegenüber der Lebensphase(n) Alter ein günstigeres Gesundheitsverhalten aufzuweisen (vgl. Levy/Myers 2004; Wurm/Tomasik/Tesch-Römer 2010).<sup>123</sup>

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass „Alter ein generalisierender Terminus für komplexe Attributionen [ist], die sich in Altersbildern oder Alterserwartungskodes verdichten und

---

<sup>121</sup> Die Befunde des „Deutschen Alterssurvey“ (2010) zeigen darüber hinaus, dass gering Gebildete das Altern seltener mit Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung assoziieren als höher Gebildete und das Älterwerden in einem höheren Ausmaß mit physischen Funktionseinbußen verbinden als mittlere oder höher Gebildete (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 246, 251).

<sup>122</sup> Siehe hierzu Seligman 1979.

<sup>123</sup> Die Annahme der Forschung ist, „[...] dass positive Gefühle über chemische und neuronale Reaktionen direkt den Gesundheitszustand beeinflussen können und – auf indirektem Wege – auch die intellektuellen, körperlichen, psychologischen und sozialen Ressourcen vergrößern“ (Speck/Horsch 2008: 50).

kommuniziert werden. Altersbilder sind Deutungen, Konzepte, die vor allem als Positiv- oder Negativ-Vorbilder die sozialen Beziehungen orientieren und beeinflussen wollen.“ (Göckenjan 2000a: 24). Anzumerken sei, dass die aktuellen bestehenden Altersbilder nicht die Vielfalt und Heterogenität von Lebensformen und sozialen Milieus abbilden (Göckenjan 2000a: 24f.). Daher ist ein differenziertes Altersbild, i.S. einer mehrdimensionalen und multidirektionalen Perspektive auf das Älterwerden notwendig, das nicht einseitig defizitorientiert ist. Auf der anderen Seite herrscht jedoch auch eine Verallgemeinerung eines positiven Altersbildes wie es beispielsweise in den Massenmedien<sup>124</sup> vor. Dieses ist auch als problematisch zu bezeichnen, da u.a. Funktionseinbußen im Alter sowie mitunter bestehende Altersarmut in Altersbildern nicht berücksichtigt werden (Kaiser 2008a: 85).<sup>125</sup> Gemäß der These von Robert Butler (Konzept des Ageism: vgl. Butler 1969) können negative Stereotype und Altersdiskriminierung zu einer sozialen Benachteiligung in der Lebensphase(n) Alter beitragen, welche wiederum von den Älteren selbst nicht hinterfragt werden und letztlich zur Bildung negativer Altersbildern beiträgt (vgl. Butler 1969).

So beeinflusst das gesellschaftliche Altersbild durchaus auch die Produktivitätspotenziale (Staudinger/Schindler 2008: 933).<sup>126</sup> Darüber hinaus wird im höheren Lebensalter häufig dem Kompetenzerhalt – i.S. von Training zum Erhalt vorhandener Ressourcen – mehr Bedeutung beigemessen als der Kompetenzerweiterung.

Die Funktion bzw. die Ziele von Bildung verändern sich im Laufe des Lebens durch eine veränderte Motivlage wie beispielsweise durch den Wegfall der Berufstätigkeit im Alter. Als Grund für die Motivverschiebung im höheren Lebensalter und mit Eintritt in den Ruhestand kann u.a. der Wegfall des unmittelbaren Verwertungsdrucks angesehen werden. Zudem kann die neu gewonnene Zeit durch den Wegfall der Berufstätigkeit zu einer Intensivierung von Freizeitinteressen oder auch zur Erschließung neuer Interessensfelder führen. Eine damit verbundene Zunahme informeller Aneignungsformen im höheren Alter kann darin begründet liegen, dass sich der Nutzen der Wissensaneignung neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten verschiebt. So ist es anzunehmen, dass Bildungsaktivität in der nachberuflichen Phase häufig durch ein höheres

---

<sup>124</sup> Die Medien können laut dem Sechsten Altenbericht der Bundesregierung (2010) als eine bestimmende Größe für die Ausprägung von Altersbildern angesehen werden. So lässt sich folgende Aussage im aktuellen Altenbericht finden: „[...] über die Auswahl bestimmter Aspekte des Alters und des Älterwerdens und durch das Ausblenden anderer Aspekte [wird] eine „alternative Realität“ dargestellt [...], die der tatsächlichen Vielfalt des Alters nicht entspricht, die jedoch auf die gesellschaftliche Wirklichkeit und deren Wahrnehmung entscheidend einwirkt“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010).

<sup>125</sup> Auch im aktuellen Altenbericht der Bundesregierung (2010) wird betont, dass die gesellschaftlich „etablierten“ Altersbilder bereichsübergreifend – wie etwa in der Arbeitswelt, der Bildung oder in der medizinischen Versorgung – nur unzureichend die Vielfalt des Alters abbilden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010).

<sup>126</sup> Mehr als 40 Prozent der 60- bis 69-Jährigen engagieren sich ehrenamtlich (vgl. John 2009). Der ökonomische Wert dieser ehrenamtlichen Tätigkeiten der Senioren beträgt jährlich etwa 42 Milliarden Euro. Eine Reduzierung der Produktivität der Älteren ausschließlich auf das Ehrenamt wäre jedoch fatal, denn die Potenziale Älterer sind weitaus vielfältiger zu nutzen (vgl. John 2009).

Maß an Selbstbestimmtheit gekennzeichnet ist und primär intrinsisch motiviert ist. Diese Verschiebung der Motivlage lässt sich mit fortschreitendem Lebensalter aufgrund eines verkürzten Erfolgshorizonts Älterer von einem Vorratslernen, welches auf zukünftige Zwecke gerichtet ist – wie in der Schule bzw. während der Ausbildungszeit – hin zum Bedarfslernen im höheren Erwachsenenalter, welches die auf den aktuellen Bedarf ausgerichtete Aneignung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten darstellt, ableiten (Kade 2007: 132, 134). Die Art und Weise des Lernens Erwachsener wird jedoch primär durch Lebens- und Umweltbedingungen beeinflusst (Tietgens 1992: 48). Nach Tietgens stellen demnach weniger interne Prozesse beim Lernen ein bedeutendes Unterscheidungsmerkmal zwischen jüngeren und älteren Lernenden dar, sondern vielmehr misst er Lernvoraussetzungen im Erwachsenenalter und den jeweiligen Lebens- und Lernerfahrungen sowie den Weiterbildungsmotiven<sup>127</sup> bzw. Lernerwartungen im Hinblick auf Qualifikationsnutzung, Selbstbestätigung und Sinnggebung (Tietgens 1992: 49ff.) einen erheblichen Einfluss hinsichtlich der Lernleistung im Alter zu.

Neue Lernhandlungen ergeben sich im höheren Lebensalter deutlich seltener als im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter. Ein Lernanlass entsteht häufig durch eine Diskrepanzerfahrung bei der Planung oder/und Durchführung einer Handlung bzw. durch das Eintreten biographischer Wendepunkte. Hierbei kann es bei Bewältigung einer Aufgabe bzw. einer Herausforderung zur Irritation der gewohnten Strategien und Handlungsmuster kommen so dass das Lernen u.a. neue Strategien und Handlungsoptionen eröffnet (vgl. Schäffter 2001).

Aus lerntheoretischer Perspektive stellen sowohl Nichtwissen und Ungewissheit der Zukunft als auch soziale Unsicherheit Lernanlässe dar (Kade 2007: 135). Es ist anzunehmen, dass sich mit höherem Lebensalter die Vulnerabilität beim Lernenden verstärkt, wenn bisher verinnerlichtes Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht mehr gelten sollen und Geglauhtes teilweise entwertet wird, so dass Erwartungsenttäuschung durch Neuerworbenes einen größeren Teil einnimmt (Kade 2007: 136f.). Demnach stellen für Bildungs- und Lernprozesse im Alter Erfahrungen den Anknüpfungspunkt und zugleich auch das Veränderungsziel dar (Kolland/Ahmadi 2010: 32). Daher sollten Lernangebote zwar von Vorerfahrungen abweichen, dennoch anschlussfähig sein (Bubolz-Lutz et al. 2010: 16). Kolland & Ahmadi haben dies wie folgt formuliert: „Lernen beginnt dort, wo das Vertraute brüchig wird und das Neue noch nicht zur Hand ist. Im Lernprozess finden gleichzeitig auch Prozesse des Entlernens und Verlernens statt“

---

<sup>127</sup> Diese können auch Ausdruck verpasster Chancen oder eines Interessensverzichts in vorigen Lebensphasen sein, welche im Alter nachgeholt bzw. kompensiert werden (siehe zu „späte Freiheit“ auch im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs*). Das primär sozial- und erfahrungsorientierte Lernen im Alter wird häufig durch das Interesse und die Freiwilligkeit, vom Bedürfnis nach Selbsterfüllung sowie -bestimmung, geleitet, das Gelernte in alltäglichen Handlungsvollzügen nutzen zu können (vgl. Kalbermatten 2004).

(Kolland/Ahmadi 2010: 31). Demzufolge treten bedeutende Lernprozesse vermehrt in Umbruchsituationen – wie beispielsweise bei einflussreichen Ereignissen wie Geburt, Tod, Scheidung, Krankheit, Tätigkeitswechsel u.ä. – auf, welche wiederum zahlreiche informelle Lernanlässe generieren (Livingstone 1999: 72). Hierbei überlagern die neu erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten jedoch nicht additiv die bestehenden Bildungsinhalte bzw. Wissensbestände, vielmehr müssen diese in Form „dialektischen Lernens“ (Mannheim 1968: 41) sowie an eine Veränderungsbereitschaft geknüpft sein. Lernen im höheren Alter ist daher primär ein Verlernen bestehender Strukturen, Wissensbestände und Überzeugungen, welche ein Umlernen bzw. eine Überschreibung bestehender Deutungsmuster implizieren (Kade 2007: 136). Die dominierende Lernform im (sehr) hohen Alter stellt das kompensatorische Lernen, Umlernen bzw. Anpassungslernen dar.

Schließlich bleibt jedoch die grundsätzliche Frage bestehen, inwieweit Altersbilder als Wirkung oder Ursache zu betrachten sind. So tragen neue und positiv besetzte Altersbilder nicht zwangsläufig zu einer Entstigmatisierung<sup>128</sup> des Alters bei, sondern können hingegen durch eine zu starke Konzentration auf Leistung zur Stigmatisierung und Tabuisierung des Alters führen. Zudem können die fehlende Thematisierung von Leistungseinbußen, (Multi)Morbidity und ein daraus möglicherweise resultierender Autonomieverlust eine realitätsferne Perspektive auf das Alter fördern (Karl 2006: 304; Dyk 2007: 98).

Neben dem Einfluss von Stereotypen auf die Leistung stellt zudem die kognitive Umdeutung – i.S. einer Relativierung von Beeinträchtigungen – eine weitere Strategie im Umgang mit Funktionsverlusten im Alter dar (vgl. Nittel 1989). Die Lebensphase Alter ist gekennzeichnet von selten erlebter Selbstwirksamkeit, d.h. aktiv und leistungsfähig zu sein. Zudem vollziehen sich in dieser Phase oftmals Einbußen in der Anerkennung und Bestätigung durch die Umwelt (Bruder 1999: 319). Hieran schließt sich die Frage an, wie sie bereits Weinert (1994) gestellt hat, inwieweit aktuelle Forschungsbefunde über kognitive Altersveränderungen Hinweise auf Funktionsabnahmen geben können oder diese nur als Indikatoren für Beeinträchtigungen des situativen Leistungsverhaltens angesehen werden können (Weinert 1994: 195).

---

<sup>128</sup> Um der Stigmatisierungen des Alters entgegenzuwirken ist ein aktivitätsbezogenes Altersbild erforderlich, welches verdeutlicht, dass die Lebensphase(n) Alter weitaus weniger mit Hinfalligkeit und Hilfsbedürftigkeit zu assoziieren sei(en) (vgl. Ehmer 2009; Ehmer/Höffe 2009).



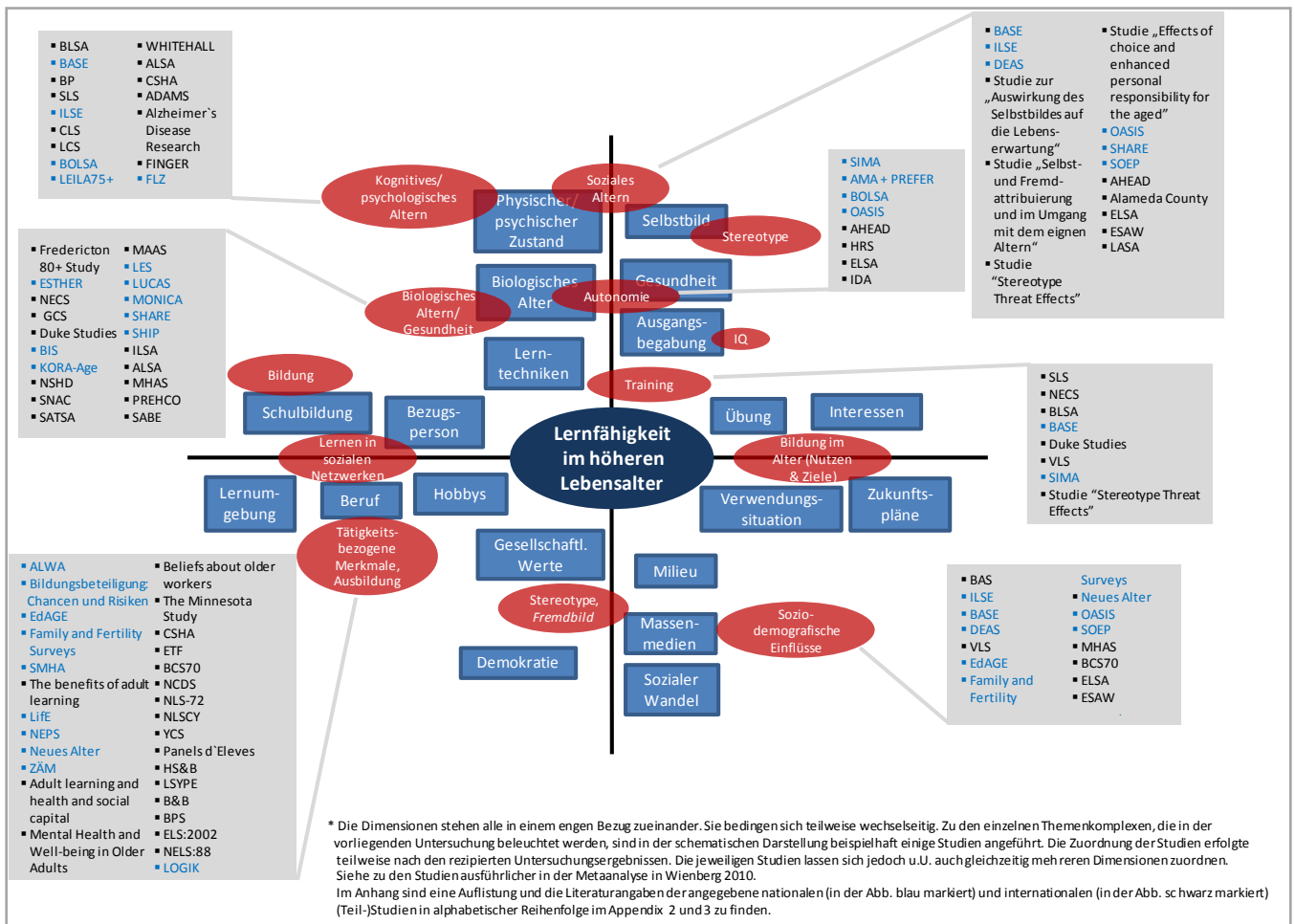
### 3.2 Zwischenfazit zu der Begriffsbestimmung Alter und Altern

In ihrer begrifflichen Abgrenzung zwischen Alter und Altern thematisieren Baltes & Baltes (1992) weniger die Grenzziehung sowie Konstituierungen, vielmehr verweisen sie auf Unterschiede und auf inhaltliche Wertungen: „Wenn der Begriff Alter benutzt wird, stehen die älteren Menschen und das Resultat des Altwerdens im Vordergrund; das Alter als Lebensperiode und die Alten als Bestandteil der Gesellschaft. Wenn dagegen von Altern gesprochen wird, liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Prozessen und Mechanismen, die zum Alter führen und die dem Altwerden zugrunde liegen“ (Baltes/Baltes 1992: 9). Darüber hinaus lässt sich konstatieren, dass das Altern über die ganze Lebensspanne hinweg als Veränderungsprozess begriffen werden kann, welcher sich laut Oswald (2000) durch seine „[...] Dynamik, Lebenslaufperspektive, Kontextualität, geschlechtsspezifische Unterschiede, interindividuelle Variabilität, intraindividuelle Variabilität, Diskrepanzen zwischen objektiven Fakten und subjektiver Bewertung, eigene Entwicklungspotenziale und -grenzen“ (Oswald 2000: 108) auszeichnet (vgl. auch Wahl/Heyl 2004: 19; Kruse/Rudinger 1997).

Aufgrund dieser beschriebenen Multidirektionalität und Multidimensionalität des Alters gehen „[...] Veränderungen in der Wahrnehmung, dem Erkennen, dem Denken, dem Lernen, der Informationsverarbeitung, des Erlebens, von Einstellungen und dem Verhalten [...]“ (Martin/Kliegel 2008: 32) einher. Es kann sowohl aufgrund der geschilderten intraindividuellen Zugewinne und Abnahmen unterschiedlicher Funktionsbereiche im höheren Lebensalter als auch im Intergruppenvergleich älterer Erwachsener von einer großen Heterogenität ausgegangen werden. Diese Heterogenität innerhalb der Gruppe der „Älteren“ impliziert eine große Spannweite an unterschiedlichen Voraussetzungen, Interessenslagen oder auch bezüglich der Verwertbarkeit des Erlernten. Die Problematik der heterogenen Zusammensetzung der Teilnehmerschaft stellt sich grundsätzlich in der Erwachsenenbildung – auch in Bezug auf jüngere Teilnehmerschaft. Ein didaktisches Konzept für den „Prototypen älterer Lernender“ lässt sich daher nur schwer umsetzen.

Zusammenfassend werden in Abbildung 4 die bereits referierten Studien zur Lernfähigkeit im höheren Lebensalter noch einmal differenziert dargestellt und in eine synoptische Übersicht gebracht. Darüber hinaus sind einige Untersuchungen, die nicht explizit in dieser Arbeit ausgeführt werden, ergänzend hinzugekommen.

Im Mittelpunkt der Darstellung steht der Erhalt bzw. die Entwicklung der Lernfähigkeit im höheren Lebensalter, welche durch unterschiedliche Bereiche und Faktoren beeinflusst wird. Die roten Felder kennzeichnen die Bezugspunkte der (in dieser Arbeit zum Teil rezipierten) Studien und lassen eine Verortung in die von Siebert (2009) erstellte Systematik zu.



**Abb. 4: Studien\* zu den Determinanten der Lernfähigkeit (eigene ergänzte Darstellung, in Anlehnung an Siebert 2009: 37)<sup>129</sup>**

Es ist anzunehmen, dass die psychologisch relevanten Ressourcen im Alter – i.S. potenziell verfügbarer kognitiver, sozialer, emotionaler oder regulativer Mittel – durch die Auseinandersetzung mit geeigneten anforderungsreichen Kontexten oder durch gezielte Interventionen zu beeinflussen sind (Martin/Kliegel 2008: 33f.). Zudem ist davon auszugehen, dass das Alter durch eine gewisse Gleichzeitigkeit oder Dichte vieler unterschiedlicher Störfahrungen – i.S. einer Kumulation kritischer Lebensereignisse mit steigendem Alter – gekennzeichnet ist (Staudinger/Dittmann-Kohli 1994: 422). Der Prozess des Alterns kann als eine Art „Biomorphose“<sup>130</sup> (Kruse/Wahl 2010) verstanden werden, bei der zum einen Veränderungen im Organismus und zum anderen Veränderungen in den Persönlichkeitsmerkmalen graduell verlaufen. Für die Kategorisierung in Lebensphasen bedeutet dies, dass eine Abgrenzung eines Lebensabschnitts „Alter“ nur schwer zu ziehen ist (Kruse/Wahl 2010: 9).

<sup>129</sup> Eine tabellarische Auflistung (Studienabkürzung, Studientitel, Autoren/Initiatoren und Quellennachweise) zu den angeführten nationalen und internationalen Studien befindet sich im Anhang unter Appendix 2 und Appendix 3.

<sup>130</sup> Kruse & Wahl umschreiben den Prozess des Alterns als eine „Biomorphose“, „[...] demnach [ist] jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit zu verstehen und nicht zwangsläufig als eine pathologische Alterserscheinung zu deuten [...]“ (Kruse/Wahl 2010: 9).

In aktuellen Debatten zum Thema „erfolgreichen Alterns“ wird die Frage diskutiert, welchen Einfluss Bildung(saktivitäten) tatsächlich zugeschrieben werden kann. In diesem Zusammenhang werden häufig unterschiedliche Bezüge zu den Lebensphasen hergestellt. Hier bedarf es einer stärkeren Berücksichtigung der mitunter – teilweise dem interdisziplinären Diskurs „geschuldet“ – unterschiedlich oder fälschlicherweise synonym verwendete Begrifflichkeiten und des zugrundeliegenden Bildungsverständnisses.

Im Hinblick auf die Zielsetzung und die „Verwertbarkeit“ des Gelernten vollziehen sich in (Teil-)Bereichen erhebliche Veränderungen (und wie bereits erwähnt intraindividuelle Unterschiede) über die Lebensspanne hinweg, welche bei didaktischen Planung und in bildungspolitischer Debatten Berücksichtigung finden müssen. Der zu verzeichnende Wandel der Bedarfe und Bedürfnisse von älteren Lernenden – bedingt sowohl durch historische, gesellschaftliche, politische als auch technische Entwicklungen, die zu einer höheren Lebenserwartung und einem zugleich längerer Verbleib in guter Gesundheit geführt haben – erfordern bildungspolitisch zum einen eine Neugestaltung der nachberuflichen Phase und zum anderen eine (Um-)Gestaltung/-strukturierung der davorliegenden Lebensphasen.

Dem Verständnis folgend, dass Lernen als ein Entwicklungsprozess über alle Lebensphasen hinweg zu begreifen ist und dass, Bildungsaktivitäten (unterschiedlichen Formats) als „fester“ Bestandteil des (alltäglichen) Lebens zu anzusehen sind, versucht die Prämisse des lebenslangen Lernens aufzuzeigen. Insbesondere in der Perspektive auf die Bildung im höheren Erwachsenenalter kann diese nicht auf den Bildungsstand bzw. auf formale Zertifizierungen beschränkt werden.<sup>131</sup> Vielmehr können Bildungsaktivitäten sowohl als Mittel als auch Voraussetzung für ein selbstbestimmtes bzw. autonomes Leben im Erwachsenenalter angesehen werden.

Der Aspekt des Lernens durch Herausforderungen sowie der Umgang mit Veränderungen oder Beeinträchtigungen erfordert eine Öffnung des Bildungsbegriffs – i.S. einer stärkeren Berücksichtigung von Lernformen außerhalb des „klassischen“ Settings, der über die formelle Bildung hinaus geht und die Anerkennung vom informellen Lernen zum Ziel hat.<sup>132</sup>

Berücksichtigt man die vorliegenden Untersuchungsbefunde zur Gesundheit bzw. pathologischen Veränderungen sowie Erkenntnisse bezüglich des Umganges mit Funktionseinbußen im höheren Alter, so zeigen sich auch hier mitunter erhebliche interindividuelle Unterschiede sowie multikausale Zusammenhänge: Einige Menschen scheinen im hohen Alter eine besondere

---

<sup>131</sup> Siehe hierzu Ausführungen im Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter*.

<sup>132</sup> Eine Erfassung unterschiedlicher Lernformate und -settings im Erwachsenenalter wird in der vorliegenden Analyse der ILSE-Daten mit Hilfe des „Adult Education Survey“ (AES) vorgenommen.

Widerstandsfähigkeit gegen typische Alterskrankheiten zu besitzen; es kann daher angenommen werden, dass dieses durch das Zusammenwirken von genetischen Faktoren und Verhaltensdeterminanten bestimmt wird (Backes/Clemens 1998: 95). Dieses erfordert eine Verhaltensprävention, u.a. im Bereich der Ernährung und dem Risikoverhalten, als auch Verhältnisprävention, beispielsweise beim Arbeitsschutz (Backes/Clemens 1998: 96).

Eine erhöhte Vulnerabilität kann sich insbesondere bei den Menschen entwickeln, bei denen verschiedenartige Veränderungen in den (objektiven) Lebensbedingungen parallel oder aber auch in einem engen zeitlichen Rahmen auftreten (Kruse/Lehr 1999: 199).

Es ist nicht per se von einer Verschlechterung der Lernfähigkeit im höheren Lebensalter auszugehen, sondern nur von altersdeterminierten Veränderungen in Bezug auf bestimmte Faktoren und Inhalte (Kolland/Klingenberg 2011: 28). Das Ausmaß sowie deren zeitlicher Verlauf kognitiver oder/und physischer Funktionseinbußen in den unterschiedlichen Bereichen werden durch bereits erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten determiniert. Einzelne Funktionseinbußen können unter Umständen mit Erfahrungen erlangtem Wissen kompensiert werden (Kruse/Lehr 1999: 198). Die sozioökonomischen Merkmale und die damit verbundenen Lebenslagen sind größtenteils gegeben, weniger individuell und eher nicht beeinflussbar, jedoch besteht darüber hinaus ein individueller Handlungsspielraum (Sellach/Enders-Drägässer/Libuda-Köster 2004: 67). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass aufgrund einer nachweislichen Plastizität im Alter kognitive Leistungen trainingsabhängig sind und dass bei Abbauprozessen eine hohe Kompensationsmöglichkeit besteht.<sup>133</sup> Um den Aufbau und Erhalt der Leistungsfähigkeit im Alter sicherzustellen, ist es erforderlich, auf konzeptioneller Ebene Trainings zu entwickeln, die einen hohen Tätigkeitsbezug aufweisen und somit Transferierbarkeit des Gelernten in den Alltag gewährleisten können.

Zudem können gezielte Interventionen – i.S. von Bildungsaktivitäten – zu einer größeren kognitiven Flexibilität beitragen, die sich in Form facettenreicher bzw. subjektiv effektiver Verhaltensweisen äußern kann. Hierfür sind weitere valide Instrumente zu entwickeln, die nachweisliche Trainingseffekte belegen können, was wiederum zu einer gezielteren Konzeption von Trainingssequenzen und präventiven Interventionen beitragen kann.

Weiterführend ist zu konstatieren, dass laut den Befunden der „Berliner Altersstudie“ die Variationsbreite im hohen Alter insgesamt ebenso groß wie in jüngeren Jahren des Alters (Lindenberger et al. 2010: 650) zu sein scheint. Andere Untersuchungen (siehe hierzu z.B.

---

<sup>133</sup> Siehe hierzu z.B. Fleischmann 1993; Kliegl/Smith/Baltes 1989; Dixon/Baltes 1986; Kotulak 1997; Oswald et al. 2003; Oswald 2009.

Busse/Maddox 1985; Gerok/Brandtstädter 1994: 356; Oswald 2000: 108) zeigen, dass sich die Unterschiede im Alter sogar noch verstärken bzw. größer sind als in jüngeren Alterskohorten. Die Ausführungen verdeutlichen, dass eine umfassende Perspektive erforderlich ist, um individuelle Alternsverläufe erklären zu können. Hierbei sind sowohl biologische, körperliche als auch psychische Alternsprozesse mit sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen in Verbindung zu setzen (Backes/Clemens 1998: 92) und diese in lebensbegleitende präventive Interventionsmaßnahmen zu integrieren.

Abschließend ist festzuhalten, dass das Leben im höheren Alter, mit all seinen Gewinnen und Einbußen in unterschiedlichen Kompetenzbereichen, als Resultat einer über die gesamte Lebensspanne hinweg praktizierten Verhaltensweisen sowie Bildungsgewohnheiten angesehen kann. In der/n Lebensphase(n) „Alter“ kumulieren demzufolge die Einflüsse voriger Lebensabschnitte, wobei das Konstrukt „Alter“ gestaltbar – im Rahmen der biologischen Grenzen – bleibt (vgl. Rothermund 2014).

Durch Bildungsaktivitäten, die u.a. ein aktives Handeln fördern, Kontrollüberzeugung stärken und (Lern)barrieren abbauen, kann die Gestaltbarkeit des Alters ermöglicht werden. Hierbei können Bildung und Bildungsaktivitäten eine doppelte Funktion zugesprochen werden: Zum einen korreliert der Bildungsstand mit sozio-ökonomischen Merkmalen und „reglementiert“ somit (Aus-)Bildungszugänge. Diese schlägt sich auch in der Weiterbildungsstatistik nieder: Geringqualifizierte nehmen deutlich weniger an Weiterbildung teil als höher Qualifizierte. Dieses Phänomen spiegelt sich auch im informellen Lernkontext wieder – i.S. des sogenannten „Matthäus“-Effektes: Die „Weiterbildungsaktiven“ bilden sich statistisch häufiger in informellen Kontexten weiter. Zum anderen eröffnen regelmäßige Bildungsaktivitäten die soziale Teilhabe bzw. die gesellschaftliche Partizipation und – als entscheidender Aspekt im Hinblick auf die Diskussion zum erfolgreichen Altern – können Bildungsaktivitäten maßgeblich zum Erhalt und zur Förderung der Leistungsfähigkeit und der alltagsrelevanten Kompetenzen beitragen, welche grundlegend für ein selbstbestimmtes und autonomes Leben sind.

## **4. Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns**

### **4.1 Definition von Gesundheit**

Im Anschluss an die Erläuterungen der zuvor dargestellten Aspekte des Alters und des Alterns werden im Folgenden die Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns beschrieben.

Um sich der Forschungsfrage anzunähern, inwieweit Bildungsaktivitäten eine protektive Funktion für ein „erfolgreiches“ Altern eingeräumt werden können, ist es erforderlich, dass dieser

Untersuchung zugrundeliegende Begriffsverständnis von Gesundheit und den Terminus „erfolgreiches“ Altern expliziter auszubreiten. Daher wird im vorliegenden Kapitel sowohl der Gesundheitsbegriff<sup>134</sup> als auch altersspezifische Krankheiten bzw. die vermeintliche Pathologisierung des Alter(n)s diskutiert. Im Anschluss daran wird einleitend kurz Bezug auf die anhaltende Anlage-Umwelt-Debatte genommen, um weiterführend unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Alter zu beleuchten. Vor diesem Hintergrund ist zu bestimmen, was in unterschiedlichen Ansätzen unter „erfolgreichem“ Altern verstanden wird. Weiterführend wird der Frage nachgegangen, inwiefern der Lebensstil und das Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten zum „erfolgreichen Altern“ beitragen.

Im Folgenden wird mit der Bestimmung des Gesundheitsbegriffs begonnen: Bereits 1946 wurde in der Präambel der Ottawa-Deklaration von der WHO ein Gesundheitsverständnis formuliert, welches Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Ausbleiben von Krankheit und Beeinträchtigung versteht (vgl. WHO 1946; Parran/Boudreau 1946). Hiernach wird Gesundheit als eine selbstverantwortliche sowie selbstständige Lebensgestaltung begriffen und die Betonung auf die Subjektivität von individueller erlebter Gesundheit gelegt. Das bedeutet, dass eine Bewertung des Gesundheitszustandes nicht isoliert vom Individuum getroffen werden kann, sondern eingebettet vor dem Hintergrund des jeweiligen biografischen Kontextes begriffen werden muss. Diesem geht die Annahme voraus, dass sich die Erfahrungs- und Handlungsmuster einer Person im Kontext sozialer und kultureller Gegebenheiten herausbilden (Herzberg/Seltrecht 2011: 73). Demzufolge erscheinen Gesundheitsprozesse bei einer Anknüpfung an individuelle biografische Erfahrungen erfolversprechend (Herzberg/Seltrecht 2011: 73).<sup>135</sup>

Eine nachweisliche Diskrepanz zwischen der objektiven und subjektiven Gesundheit scheint zu bestehen. So lassen sich nach Parametern des objektiven Gesundheitszustandes zwar ein Anstieg der Morbidität<sup>136</sup> und Mortalität im Alter feststellen, die medizinisch objektive Beurteilung kann jedoch erheblich vom subjektiven Gesundheitszustand abweichen (Bubolz-Lutz et

---

<sup>134</sup> Hierbei wird eine Differenzierung zwischen dem objektiven und subjektiven Gesundheitszustand getroffen.

<sup>135</sup> Die Gesundheitslebensstile werden erheblich vom jeweiligen soziokulturellen Kontext sowie von soziodemografischen Merkmalen wie u.a. Geschlecht und Lebensalter geprägt. Diesbezüglich wurde in einer international vergleichenden Studie aus Österreich, „European Study of Adult Well-Being“ (Weber et al. 2005: 55) die Beurteilung des Gesundheitszustandes in sechs verschiedenen Ländern untersucht. Ein Ergebnis war, dass ein ähnlicher Gesundheitszustand im Ländervergleich sehr unterschiedlich bezeichnet und im Ausmaß des erlebten Schweregrades beurteilt worden ist. Zum einen kann hierfür als ursächlich der Einfluss der jeweiligen Rahmenbedingungen wie das existierende Gesundheitssystem und die kulturellen Faktoren angesehen werden, zum anderen kann der subjektiv erlebte Gesundheitszustand Auswirkungen haben. Beispielsweise ist aus vorangegangenen Untersuchungen bekannt, dass im Ländervergleich Menschen aus südlichen Regionen offener und detaillierter gesundheitliche Beschwerden thematisieren bzw. kommunizieren (vgl. Weber et al. 2005; Bales 1996; Zborowski 1952).

<sup>136</sup> Aus objektiver Gesundheitsperspektive – i.S. einer „objektiven“ Beurteilung anhand medizinischer Parameter des Bundesministeriums für Familie und Senioren (1993) kann „Krankheit“ als ein statischer Begriff verstanden werden, der eine Zuordnung zu normalen oder pathologischen Veränderungen trifft.

al. 2010: 178). Nach Befunden aus Längsschnittstudien sind Divergenzen von bis zu 75 Prozent zwischen den subjektiven Angaben Älterer und des objektiven diagnostischen Urteils vorzufinden (vgl. Lehr 1987a). Diese mitunter geringe Interdependenz zwischen der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit und dem objektiven (medizinisch diagnostischen) Gesundheitszustand scheint – aufgrund der nicht zu unterschätzenden psychischen Wirkdimension – zu bestehen (Tesch-Römer/Wurm 2009: 14). Dieses wird auch in der „ILSE“-Studie bestätigt, in der die Übereinstimmung der Bewertungen des subjektiven und objektiven Gesundheitszustandes bei nur etwa 50 Prozent lag (vgl. Wahl/Kruse 1999).

Verschiedene Studien – wie beispielsweise die Schweizer „Interdisziplinäre Altersstudie“ – haben gezeigt, dass das Wohlbefinden nicht primär vom objektiven Gesundheitszustand, sondern vielmehr von psychischen Variablen – personelle Merkmale wie Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsstrategien und auch durch externe Merkmale und durch die Umwelt (Kruse/Wahl 2010: 454) – bestimmt wird (vgl. Perrig-Chiello/Stähelin/Perrig 1999). Demzufolge ist die subjektive Gesundheit in Verbindung mit dem Selbstbild, der aktuellen emotionalen Verfassung und der habituellen Zufriedenheit zu betrachten (vgl. Idler/Kasl 1991).<sup>137</sup>

Des Weiteren konnte in der „ILSE“ festgestellt werden, dass die subjektive Gesundheitsbewertung sich in der längsschnittlichen Betrachtung im mittleren und höheren Lebensalter insgesamt positiv verändert (vgl. Martin et al. 2001). Im genderspezifischen Vergleich konnte die Untersuchung von Clemens & Wurm (2006) eine größere Zufriedenheit auf Seiten der älteren Frauen ans Licht bringen, wobei das Ausmaß der negativen Gefühle in einer höheren Intensität bei den Frauen aufzutreten scheint (Tesch-Römer/Wurm 2006: 405). Es kann vermutet werden, dass dieser Befund auf unterschiedliches Antwortverhalten und den Umgang mit Gesundheit und Emotionen beider Geschlechter zurückgeht. Zu gegenteiligen Ergebnissen kommt die „EdAGE“-Studie. Hinsichtlich der subjektiven Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes ist die Zufriedenheit bei den Männern höher, jedoch scheint die Gesundheitszufriedenheit bei den Männern rasanter als bei den Frauen abzunehmen (Tippelt et al. 2009: 95). Die Befunde der „Berliner Altersstudie“ bringen Ähnliches ans Licht: Hiernach beurteilen Frauen ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter als Männer (Lindenberger et al. 2010: 608). Und auch in der in der Schweiz durchgeführten „Interdisziplinären Altersstudie“ zeigen Frauen generell ein gesundheitsbewussteres Verhalten, wobei sie ihre Gesundheit pessimistischer einschätzen und zugleich öfter über physische Beschwerden berichten als Männer (vgl. Perrig-Chiello et al. 1999).

---

<sup>137</sup> Siehe hierzu weiterführend „Vier-Faktoren-Ansatz“ in Knopf/Leipziger/Merle 2004:27ff.

Die aktuelle Erkenntnislage lässt darauf schließen, dass der Gesundheitszustand – insbesondere im Alter – stark von sozialen Ressourcen bestimmt wird (vgl. Weber et al. 2005)<sup>138</sup> und insbesondere vom Bildungsstand abhängig ist (vgl. zusammenfassend Wienberg 2010; Iller/Wienberg 2010).<sup>139</sup> Vor diesem Hintergrund ist es bedeutsam, dass keine Geschlechterunterschiede im Gesundheitszustand erkennbar sind, wenn Frauen und Männer annähernd die gleichen Bildungsabschlüsse und sozioökonomischen Voraussetzungen haben (vgl. WHO MONICA Projekt 2009). Der Befund der „WHO-MONICA-Studie“ stützt die Annahme, dass Geschlechterunterschiede in den Lebenslagen im Alter vorrangig aus Unterschieden in der Lebensweise resultieren.

Die Befundlage deutet konsistent darauf hin, dass das subjektive Wohlbefinden in der Lebensphase(n) Alter noch hoch ist (vgl. u.a. Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 263). Wie auch eine Schweizer Studie zeigt, steigt das subjektive Wohlbefinden – trotz mitunter einhergehenden (objektiven) Funktionseinbußen – an. So scheint die subjektive Bewertung der Gesundheit im höheren Lebensalter eine biografische Komponente zu implizieren, denn „[...] je zufriedener man mit seiner Lebensgeschichte ist, umso zufriedener ist man mit dem Alter insgesamt“ (Tenzer 2008: 10). Nach mehrheitlichen Einschätzungen von Altersforschern/-innen kann für die Stabilität bzw. für den Anstieg des subjektiven Wohlbefindens trotz funktioneller Beeinträchtigungen die Fähigkeit der Umdeutung der Umstände i.S. der Anpassung an das eigene Leistungsvermögen ursächlich sein (vgl. u.a. Staudinger/Marsiske/Baltes 1995; Greve/Staudinger 2006). Das bedeutet, dass viele Ältere über Regulationsprozesse und Resilienz verfügen, die eine Kompensation bzw. eine Anpassung anderer Funktionsbereiche an die Funktionseinbußen ermöglichen (vgl. Brandstädter/Greve 1994). Nach Erkenntnissen aus der „Berliner Altersstudie“ erfolgt ein Abnahmetrend des subjektiven Wohlbefindens erst im sehr hohen Lebensalter (Lindenberger et al. 2010: 675).

Auch wenn die „jungen“ Alten im Vergleich zu früheren Kohorten statistisch eine deutlich bessere Gesundheit aufweisen, werden häufig die vorhandenen Präventionspotenziale nicht hinreichend genutzt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 42). Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Kohortenunterschiede in der subjektiven Gesundheit

---

<sup>138</sup> Der Einfluss des sozioökonomischen Status – im Zusammenhang mit dem Bildungsstand – scheint auf die Beurteilung der eigenen Gesundheit zudem einen Effekt zu haben. Höher Gebildete haben ihren Gesundheitszustand durchschnittlich positiver bewertet als geringer Gebildete (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 263).

<sup>139</sup> Nach dem Bundesalterssurvey (2002) scheinen Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung Einflussgrößen auf die subjektive Gesundheit im Alter darzustellen (vgl. Robert-Koch-Institut 2002). Demnach wirken die subjektive Einschätzung der Gesundheit, Bildungsaktivitäten und gesellschaftliche Partizipation bildungs- und gesundheitsfördernd. Sowohl Gesundheit als auch Bildungsaktivitäten stellen Voraussetzungen für die Partizipation im Alter dar und gehören zu den zentralen Indikatoren des Konzepts „erfolgreichen“ Alterns (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 300).



nicht ausschließlich als altersabhängig anzusehen sind, da diese auch auf Kohorten- oder Periodeneffekten beruhen können (Wurm/Lampert/Menning 2009: 79). Ferner macht die Befundlage deutlich, dass das Alter gesellschaftlichen Entwicklungen unterliegt und demzufolge nicht ausschließlich als biologisches Schicksal interpretiert werden kann (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 302).

Frei nach den Worten des niederländischen Mediziners Boerhaave „Jeder Mensch hat seine besondere Gesundheit“ (Boerhaave, Hermann [1668-1738] zitiert in Fischer 2002), lässt sich eine Grenzziehung zwischen („gesunden“) spezifischen Alternsprozessen, welche sowohl mit Gewinnen als auch mit „altersspezifischen“ Verlusten in Form von Funktionseinbußen verbunden sind, gegenüber pathologischen Auswüchsen häufig nur schwer vornehmen. So birgt die mit dem demografischen Wandel einhergehende gestiegene Lebenserwartung die Chance zunehmender biologischer, psychologischer, sozialer und geistiger Vitalität, zugleich jedoch auch das Risiko eines Anstiegs der Vulnerabilität und somit der Zunahme degenerativer Erkrankungen sowie einer Multimorbidität (vgl. Schneekloth/Wahl 2006).<sup>140</sup>

Im ersten „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1999) liegt eine höhere Erkrankungsrate altersstufenunabhängig bei Frauen vor.<sup>141</sup>Zusammenfassend lassen sich wie folgt geschlechtsbezogene Differenzierungen hinsichtlich der Morbidität und Mortalität festhalten: Generell scheinen die weiblichen Alterskohorten der unter 25-Jährigen und der über 65-Jährigen öfter unter Erkrankungen zu leiden; die Männer sind eher in den Lebensjahren dazwischen von Krankheit betroffen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009b). Bei Frauen ist sowohl die Prävalenz für psychiatrische Erkrankungen<sup>142</sup> als auch für die Morbidität höher als bei Männern. Ferner weisen statistisch doppelt so viele Frauen wie Männer neurotische und psychosomatische Störungen auf. Auch chronisch-degenerative Erkrankungen wie beispielsweise des Muskel-Ske-

---

<sup>140</sup> Laut dem Statistischen Bundesamt weisen 20 Prozent der über 65-Jährigen chronische Beschwerden auf. Zudem handelt es sich bei 89 Prozent aller Fälle der Erkrankungsinzidenz der 65-Jährigen um ein degeneratives Leiden (vgl. Statistisches Bundesamt 2000). Generell ist davon auszugehen, dass sich Funktionsverluste aufgrund von Multimorbidität in ihren Wirkungen häufig in komplexer, synergetischer Weise negativ verstärken und sich nicht lediglich summieren lassen (Kuhlmeiy/Mollenkopf/Wahl 2007: 269). Im Zusammenhang mit der Morbidität im höheren Lebensalter ist die prinzipielle medizinische Unterscheidung zwischen primären Alterskrankheiten und Krankheiten im Alter zu treffen (Bundesministerium für Familie und Senioren 1993: 104f.). Bei den primären Alterskrankheiten handelt es sich um Krankheiten, die sich bereits in früheren Lebensabschnitten entwickelt haben und sich bis ins hohe Alter als chronische Erkrankungen konstatieren lassen (Backes/Clemens 2003: 109f.). Hingegen verhält es sich mit Krankheiten im Alter, dass diese zwar in allen Lebensabschnitten auftauchen können, aber im Alter u.U. erhebliche Komplikationen mit sich bringen können (Backes/Clemens 2003: 110). Beide Krankheitsarten können sowohl separat als auch zeitgleich in Erscheinung treten (Backes/Clemens 2003: 110).

<sup>141</sup> Im geschlechterspezifischen Vergleich hinsichtlich Morbiditäts- und Mortalitätsraten wird deutlich, dass Frauen generell häufiger von Krankheiten betroffen sind als Männer. Statistisch haben Frauen 2,3 und Männer hingegen 1,5 Krankheiten (Kruse/Wahl 2010: 460) und weisen demnach eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit für nichtchronische sowie auch für chronische Beschwerden auf.

<sup>142</sup> Mit Ausnahme von Schizophrenie.

lett-Systems und Herz-Kreislaufkrankungen sind bei Frauen häufiger zu verzeichnen (Clemens 1997: 97f.). Betrachtet man die statistischen Aufzeichnungen des Bundesamtes, so wird deutlich, dass ärztliche Behandlung und die Diagnosen chronischer Erkrankungen bei Frauen häufiger sind (Statistisches Bundesamt 2005: 71f.).<sup>143</sup>

Aus der epidemiologischen Forschung gibt es Hinweise, dass es jedoch auch rein biologische Unterschiede in der Mortalität der Geschlechter zu geben scheint (Baltes/Mittelstraß/Staudinger 1994: 75). Auf der Verhaltensebene wirken nicht zu unterschätzende Einflussfaktoren – wie Nikotin- und Alkoholkonsum oder die Ernährungsweise – auf die Gesundheit erheblich ein (Baltes/Mittelstraß/Staudinger 1994: 75).

Eine eindimensionale Betrachtung auf entweder organische oder verhaltensbedingte Wirkungsmechanismen erscheint fahrlässig, da im Hinblick auf altersspezifische Krankheiten auch die organische und genetische Dimension von Erkrankungen berücksichtigt werden muss.

Abschließend lassen sich die dargestellten Aspekte insofern einordnen, dass der Gesundheitszustand nicht durch Ausbleiben von Krankheit bedingt wird, sondern vielmehr als ein lebenslang entwickeltes Potenzial gesehen werden kann – allegorisch i.S. eines „Aktienpaketes für Lebensqualität“ – wobei sich im Alter die Folgen des jeweiligen Lebensstils zeigen (Kuhlmei/Mollenkopf/Wahl 2007: 270). Die vorliegende Arbeit folgt dem Verständnis von Viktor von Weizsäcker<sup>144</sup>, nach dem die Gesundheit nicht als ein aufzuzehrendes Kapital betrachtet werden kann, sondern eher als ein stetig neu erzeugter Zustand (vgl. Achilles/Stoffels 2008; Janz 1999). Hierbei bewegt sich ein Individuum auf der Verhaltensebene stets zwischen den beiden Polen der Schutz- als auch der Risikofaktoren. Unter dieser Perspektive stellt Gesundheit ein Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren dar. Nach Ansicht des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftlers Klaus Hurrelmann tritt Gesundheit nach „erfolgreicher“ Bewältigung – orientiert an subjektiven Bewertungen – internaler und externaler Anforderungen ein (Hurrelmann/Laaser/Razum 2006: 146).

Der Aspekt der subjektiven Wahrnehmung und des damit verbundenen Wohlbefindens erscheint somit als ein zentrales Element angeführter Gesundheitsdefinitionen zu sein.<sup>145</sup>

Demnach sind bei der lebenslaufanalytischen Betrachtung des Gesundheitszustandes sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten bzw. die Vermeidung von Risikofaktoren als auch die

---

<sup>143</sup> Des Weiteren überwiegen Herz-Kreislauf-Krankheiten als Todesursachen bei den Frauen deutlich gegenüber den der Männern, bei Neubildungen und Krankheiten der Atemorgane liegen die Frauen hingegen statistisch hinter den Männern (Statistisches Bundesamt 2005: 16f.).

<sup>144</sup> Viktor von Weizsäcker kann als Begründer der psychosomatischen Medizin angesehen werden.

<sup>145</sup> Aufgrund dessen war es auch der Forschergruppe der „Berliner Altersstudie“ ein Anliegen, das individuelle Wohlbefinden i.S. des Gesundheitsverständnisses begrifflich umfassender zu definieren. In der Studie wird Wohlbefinden im Zusammenhang mit materiellen Ressourcen und Lebensbedingungen erzeugt (vgl. Lindenberger et al. 2010).

gegebenen Lebensumstände zu berücksichtigen. Die lebenslang angeeignete „Gesundheitskompetenz“ festigt die Gestaltungs- sowie Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und ermöglicht die Umsetzung der Fähig- und Fertigkeiten im alltäglichen Handeln (vgl. Kickbusch 2006).

Ausgehend von dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Gesundheitsverständnis erscheint ein mehrdimensionales und biopsychosoziales Konzept erforderlich, dass die Funktionsfähigkeit und -verluste nicht primär vom Ausmaß eines Gesundheitsproblems abhängig macht, sondern die Interdependenz zwischen dem Gesundheitsbeschwerden und der räumlichen bzw. sozialen Umwelt sowie personelle Faktoren fokussiert (Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010: 91).

## **4.2 Einflussfaktoren auf das Altern**

Im folgenden Kapitel wird einleitend kurz auf die aktuelle Anlage-Umwelt-Debatte Bezug genommen, um dann im Anschluss potenzielle Einflussfaktoren auf das Altern aufzuzeigen. Hierbei richtet sich der Fokus der Betrachtung insbesondere auf den Aspekt der Bildung(saktivitäten). Es soll der zentralen Frage nachgegangen werden, inwiefern durch Bildung eine Verhaltens- und Einstellungsänderung bewirkt werden kann, die sich positiv auf das Leben im Alter auswirkt.

Die bislang dargestellten Ausführungen zum Thema „Alter“ und „Altern“ verdeutlichen, dass es sich thematisch um ein weites interdisziplinäres Forschungsfeld handelt und nicht um eine bloße Konfundierung zwischen chronologischem Alter und biologischen Alterungsprozessen. Aufgrund dessen kann aus gerontologischer Sicht die Leistungsfähigkeit im Alter als ein Prozess der Interdependenz zwischen genetischer Veranlagung und Umwelteinflüssen, personalen Merkmalen sowie situativem Kontext betrachtet werden (Clemens 2001: 494).<sup>146</sup>

Im Alternsprozess wirken stets genetische Voraussetzungen als auch internale und externale Umwelteinflüsse interdependent zusammen und können nicht additiv betrachtet werden. Die Debatte nach der Gewichtung der Erbanlagen versus Umwelt erscheint folglich nicht entscheidend „[...] genauso wie es unsinnig wäre zu fragen, ob die Länge oder die Breite mehr zur Fläche beitragen“ (Montada 2008: 19). Eine derartige Herangehensweise birgt die Gefahr, dass

---

<sup>146</sup> Bislang gibt es in der Wissenschaft keinen Konsens, inwieweit der Mensch genetisch vorprogrammiert ist oder aber von der Umwelt geprägt wird. Die Auffassung eines Wechselspiels zwischen der genetischen Ausstattung und der Umwelt vertreten auch zunehmend Humangenetiker. Aus aktuellen Forschungsansätzen ist daher eine neue Disziplin, die Epigenetik, entstanden, die das Spannungsfeld zwischen genetischer Anlage und Umwelt überbrückt. Die Epigenetik geht davon aus, dass Gene nicht starr sind, sondern lebenslang durch die Umwelt beeinflussbar sind. Auf der Verhaltensebene kann eine Beeinflussung z.B. durch den Lebensstil, wie die Ernährung, erreicht werden. Somit lassen sich genetisch beeinflusste Krankheiten durch gezielte Verhaltensweisen vorbeugen (vgl. Watters 2007).

genetische Dispositionen u.U. überbewertet und vom Kontext (Umwelteinflüsse) isoliert interpretiert werden. Es scheint eine Vielzahl von unterschiedlichen Optionen der Koaktionen von Anlage und Umwelteinflüssen zu geben, so dass es erstrebenswert sei diese Interdependenz zu analysieren anstelle die Einflussfaktoren gesondert zu betrachten (Montada 2008: 27). Als möglicher methodischer Ansatz zur Erhellung der Anlage-Umwelt-Debatte können u.a. – neben der genetischen Entschlüsselung des Erbguts – auf Verhaltens- bzw. Umweltebene transaktionale Modelle der Entwicklung angesehen werden, die der Leitannahme folgen, dass „[...] sowohl die sich entwickelnden Subjekte als auch die jeweiligen Lebenskontexte zur Entstehung und vielleicht Lösung von Problemen und Bewältigung von Krisen beitragen“ (Montada 2008: 37).<sup>147</sup>

An dieser Stelle soll nun weiterführend auf verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Alter eingegangen werden – insbesondere den Faktor Bildung in seiner Wirkung. In früheren Forschungsbemühungen wurde bereits deutlich, dass neben einer genetisch bedingten Grundausstattung insbesondere soziale (Verhaltens-)komponenten entscheidende Einflussfaktoren zur Herausbildung der Kognitiven Reserve darstellen. Im Folgenden wird daher fortführend der Einfluss verschiedener Aspekte auf die Entwicklung kognitiver Potenziale erörtert.

Als konsistente Einflussfaktoren können nach Pantel (2009) sowohl direkte als auch indirekte Faktoren benannt werden. Unter den direkten (strukturellen) Einflussfaktoren werden zum einen die Blutfettwerte, Glucose-Stoffwechselwerte, Blutdruckwerte, Körpergewicht und freie Radikale gefasst. Zum anderen stellen hirnanatomische Veränderungen – wie u.a. eine Hirnschädigung, Anzahl der Synapsen, Untergang von Neuronen, Gehirndurchblutung, Plastizität und die Reservekapazität direkte Einflussfaktoren dar (vgl. Pantel 2009).

Als weitere Faktoren sind die indirekten Einflussfaktoren zu nennen. Diese sind – insbesondere unter Berücksichtigung des Einflusses von Bildung und Lernen in sozialen Netzwerken – für kognitive Einschränkungen und kognitive Defizite, aber auch für Leistungsfähigkeit und Kognitive Reserve bzw. Reservekapazität maßgeblich verantwortlich (in Anlehnung an Pantel 2009). Bei den indirekten Einflussfaktoren handelt es sich zum einen um verhaltensunabhängige bzw. nicht beeinflussbaren Faktoren (wie Alter, Geschlecht etc.) und zum anderen um Faktoren, die in Abhängigkeit vom individuellen Verhalten (Lebensstile, Risikoverhalten, Aktivitäten etc.) gesehen werden können sowie diejenigen, die nur bedingt individuell beeinflussbar sind (wie Bildungsstand, Arbeitskontexte etc.).

---

<sup>147</sup> In der Diskussion um das Verhältnis genetischer Determiniertheit und der Rolle des Verhaltens bezieht der deutsche Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler Wagner (2010) Stellung und äußert sich in einem Interview diesbezüglich: „Wir sind keine reinen Sklaven unserer Gene und unserer frühkindlichen Prägung“ (vgl. o.V. 2010b).

Als ein indirekter Einflussfaktor ist auf der behavioralen Ebene beispielsweise auch das Bildungsniveau zu verorten (vgl. Schröder/Pantel 2011). Als Indikator für den Status innerhalb der Sozialstruktur spielt der Bildungsstand nachweislich eine herausragende Rolle.<sup>148</sup> Bildung bzw. Bildungsaktivitäten stellen eine entscheidende Voraussetzung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil dar. Aus der medizinischen Forschung liegen zudem konsistente Befunde vor, laut denen eine kontinuierliche mentale Stimulation – in Form von Bildungsaktivitäten – eine positive Wirkung auf den Erhalt der Gesundheit hat (Kolland/Klingenberg 2011: 28).

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und dem sozioökonomischen Status ist hinreichend belegt, d.h., dass sich Unterschiede in den Lebensbedingungen der einzelnen Schichten in der Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter ausdrücken (vgl. Mielck 2000; Mielck 2003). Wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen deutlich wurde, wird durch Untersuchungen mit unterschiedlichen disziplinären Ausrichtungen insbesondere der Einfluss primär von Positions- und Statureffekten auf die Gesundheit im Alter gestützt. Insbesondere der Aspekt von Bildung, aber auch von anderen sozioökonomischen Merkmalen – wie weitere Beispiele zeigen sollen – können eine große Effektstärke auf die Gesundheit haben.

So weisen höher Gebildete – unabhängig von soziodemografischen Merkmalen wie Alterskohorte, Geschlecht und ethnische Gruppenzugehörigkeit – ein geringeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko als geringer Gebildete auf. Dies bedeutet auf der anderen Seite, dass ein niedriger Bildungsstand häufig mit schweren körperlichen Beschwerden und der Chronifizierung von Erkrankungen konzediert (vgl. Christenson/Johnson 1995; Lampert/Ziese 2005).

Im Intergruppenvergleich besteht zwischen Angehörigen aus gehobenen und unteren sozialen Schichten eine erhöhte Mortalität und Morbidität bei niedrigem Berufs-, Einkommens- und Ausbildungsniveau (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 96-101). Das bedeutet, dass sich die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken unterschiedlich nach dem beruflichen Status verteilen und demzufolge Positions- und Statureffekte zum Tragen kommen.<sup>149</sup> Es existieren konsistente empiri-

---

<sup>148</sup> Es ist zu vermuten, dass der Bildungsstand und der sozioökonomische Status korrelieren (vgl. Whalley et al. 2004), da ein höherer Bildungsstand oftmals mit einer besser gestellten beruflichen Position einhergeht und somit weitreichende Auswirkungen auf sozioökonomische Faktoren und deren Konsequenzen in gesellschaftlicher und ökonomischer Lage einer Person haben kann. Nach einem Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (vgl. auch Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996) ist der sozioökonomische Status – in Abhängigkeit vom Ausmaß an Stress sowie sozialer Unterstützung – maßgeblich für die Mortalitäts- und Morbiditätsrate unterschiedlicher sozialer Schichten. Es besteht die Hypothese, dass qualifizierte Menschen häufiger unter Stress stehen und daher gesundheitsadäquater damit umgehen können (vgl. o.V. 2011c).

<sup>149</sup> Auch der Befund aus der bereits in den 1960er Jahren durchgeführte Whitehall-Studie, in der das Mortalitätsrisiko zwischen leitenden Angestellten und un- und angelernten Angestellten verglichen wurde (London 1968, N=17.530), ergab einen erheblichen Statureffekt auf die Mortalität.

sche Befunde, dass die Prävalenz von Multimorbidität im höheren Lebensalter mit abnehmender sozialer Schicht eine steigende Tendenz einnimmt und folglich Menschen in der unteren sozialen Schicht das höchste Risiko aufweisen (vgl. Helmet/Shea 1994).<sup>150, 151</sup>

Im Übrigen scheint die Weiterbildungsteilnahme einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten zu haben. Nach Feinstein & Hammond bestehen eindeutige Hinweise bezüglich der Wirkung von Weiterbildungsaktivitäten auf das Gesundheitsverhalten (vgl. Feinstein/Hammond 2004). Demnach nimmt die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören und sich mehr körperlich zu bewegen, jeweils um etwa sieben Prozent zu, wenn man zwischen dem 33. bis 42. Lebensjahr drei bis zehn Weiterbildungskurse besucht.<sup>152</sup> Ausgehend von Studien lässt sich ableiten, dass das Bildungsverhalten einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten zu haben scheint. Positive Veränderungen, die sowohl das Gesundheitsverhalten betreffen als sich auch aktivitätsfördernd auf andere Lebensbereiche auswirken, werden durch die Teilnahme an Weiterbildung im Erwachsenenalter gefördert (vgl. Feinstein/Hammond 2004). Es scheint, dass weiterbildungsaktive Menschen generell auch aktiver und geselliger in anderen Lebensbereichen sind. Dieses scheint verstärkend einen positiven Einfluss auf die Lebenszu-

---

<sup>150</sup> Beispielsweise lässt sich auf der Verhaltensebene feststellen, dass Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten bzw. ärmeren Verhältnissen eher rauchen, weniger sportlichen Aktivitäten nachgehen und zudem seltener Zugänge zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung haben.

<sup>151</sup> Laut des Fünften Berichtes zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2005) ist ein erhöhtes Risikoverhalten wie u.a. Nikotin- und Alkoholkonsum sowie einseitige bzw. vitaminarme Ernährung insbesondere bei Personen aus unterprivilegierten sozialen Schichten zu finden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 471). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Untersuchung des BIB, in der die Zusammenhänge zwischen sozialen Ungleichheiten und den Gesundheitslebensstilen untersucht wurden (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 82). Es stellte sich heraus, dass „gesunde“/risikovermeidende Verhaltensweisen und Einstellungen in unteren Schichten (insbesondere unteren Bildungsschichten) seltener geübt wurden als in höheren sozialen Schichten bzw. Bildungsschichten. Ergebnisse einer großen europäisch-vergleichenden Studie geben Hinweise darauf, dass gering Gebildete ein höheres Risiko aufweisen an mehreren Erkrankungen parallel zu leiden (vgl. Dalstra et al. 2005). Diese Erkenntnisse bezüglich der Korrelation von niedriger Bildung und nicht „erfolgreichem“ Altern werden auch von weiteren Studien unterstützt.

So gibt eine amerikanische Studie Hinweise darauf, dass Bildung für die langfristige Gesundheit eines Menschen prägender ist als die vorliegende finanzielle Lage oder der soziale Status (vgl. o.V. 2011c). Demnach kann Bildung förderlich auf Menschen wirken, bessere Entscheidungen im Hinblick auf ihre Gesundheit zu treffen. Diese Annahme bestätigt auch die Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (2005): Demzufolge hat Bildung – u.a. durch eine bessere Kommunikation mit Ärzten (z.B. können Beschwerden besser artikuliert werden) oder auch durch die eigene Deutung der Symptome – einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 96-101). Zudem werden Angehörige unterer sozialer Schichten häufig nur ungenügend von präventiven Gesundheitsmaßnahmen angesprochen bzw. in diese (konzeptuell) involviert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 471).

Auch die Untersuchungen von Amaducci, Maggi, Langlois, Minicuci, Baldereschi, Di Carlo, Grigoletto (vgl. Amaducci et al. 1998) bestätigen die Annahme, dass ein niedriges Bildungsniveau als Indikator für die Ausprägung und den Verlauf chronischer Erkrankungen angesehen werden kann (Bubolz-Lutz et al. 2010: 181). Ursächlich für die Bedingtheit von Krankheitsverlauf und Bildungsniveau ist möglicherweise, dass Erkrankungen bei geringer Gebildeten durchschnittlich früher auftreten aufgrund der mitunter erschwerten Lebens- und Arbeitsbedingungen und auch einer durchschnittlich späteren Diagnose der Krankheit von geringer Gebildeten (Bubolz-Lutz et al. 2010: 181).

Die Statistiken weisen demnach höhere Prävalenzrate bei Personen aus unterprivilegierten Schichten auf. Dieses sind folglich erheblich größeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt (vgl. Klein 2004; Kruse et al. 2002).

Wie auch schon die Ergebnisse der englischen Längsschnittstudie von Bynner & Hammond verdeutlicht haben (vgl. Bynner/Hammond 2004), kann Bildung eine große Effektstärke im Hinblick auf die Gesundheit zugeschrieben werden.

<sup>152</sup> Meines Erachtens ist diese Studie jedoch kritisch zu betrachten, da die Deutung i.S. einer multifaktoriellen Wirkungskette erfolgen sollte. Darüber hinaus ist auch anzunehmen, dass der Besuch von Weiterbildungskursen sich insofern auf die Gruppendynamik (Gruppenzwang, soziale Erwünschtheit etc.) auswirken kann, dass demzufolge im Umkehrschluss einzelne Mitglieder insbesondere im sozialen Zusammenschluss zum Rauchen animiert werden können.

friedenheit und damit auf die Gesundheit zu haben. Darüber hinaus wurde in der Studie deutlich, dass eine Weiterentwicklung durch Bildungsaktivitäten in einem stützenden Zusammenhang mit schwierigen Veränderungen (Entwicklung von Kompensationsstrategien) steht (vgl. Feinstein/Hammond 2004). Ergänzend ist hierzu anzumerken, dass Einkommensunterschiede im Vergleich der Bildungsgruppen bei der Erklärung der Unterschiede im Gesundheitsverhalten zu berücksichtigen sind (vgl. hierzu Studie zur multinationalen Beobachtung von Trends und Determinanten der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (MONICA); Kroll/Lampert 2009; Gärtner/Grünheid et al. 2005: 191; WHO MONICA Projekt 2009).

Die scheinbaren positiven Wirkungen von Weiterbildungsverhalten bzw. von Bildungsaktivitäten auf die Lebenssituation können aber in Bezug auf die Wirkungsmechanismen nicht eindimensional vom Weiterbildungsaktivitäten oder formalen Bildungsabschlüssen abgeleitet werden, sondern Bildungsaktivitäten stehen eng in Verbindung zu anderen Aktivitäten. Aktive, zufriedene Menschen, die in funktionierende soziale Netzwerken integriert sind, nehmen im Alter statistisch auch häufiger an Weiterbildung teil. Es ist jedoch nicht abschließend festzustellen, was davon Ursache und was Wirkung ist (Iller/Wienberg 2010: 6f.). Zudem dient Bildung zur Aufrechterhaltung kognitiver und physischer Fähigkeiten und kann als Voraussetzung für ein autonomes Leben und die gesellschaftliche Teilhabe im Alter gesehen werden (vgl. Timpelt et al. 2009: 15).

Eine Kumulation sozialer Ungleichheit im Lebenslauf setzt sich häufig im Alter fort bzw. wirkt sich auf die Lebensphase Alter aus (Tesch-Römer/Wurm 2009: 9). Durch die im Lebensverlauf erworbene Bildung werden gesundheitliche Aufwärts- und Abwärtsspiralen bestimmt und sind mitunter im zunehmenden Lebensalter nur schwer durch Verhältnisprävention zu wenden.

Neben dem Zusammengang zwischen dem Bildungsniveau und „erfolgreichen“ Alterns ist darüber hinaus der mögliche Einfluss von (lebensbegleitend erworbener) Bildung und dem Auftreten einer Alzheimer-Demenz im Folgenden nachzugehen.

In zahlreichen epidemiologischen Studien konnten konsistente Befunde für den positiven Zusammenhang zwischen einem geringeren Bildungsstand und einer Prävalenz für Alzheimer-Demenz gefunden werden (Kuhlmey/Mollenkopf/Wahl 2007: 270f.; Anttila et al. 2002). Beispielsweise wurde in der amerikanischen Studie der Washington University School of Medicine in St. Louis bei gesunden und an Alzheimer erkrankten Probanden/-innen (die Stichprobe umfasste etwa 200 Probanden/-innen) untersucht, wie weit die Krankheit bei welchem Bildungsgrad fortgeschritten ist (vgl. Marszk 2008). Das Forscherteam kam zu dem Ergebnis, dass diejenigen an Alzheimer Erkrankten, die einen hohen Bildungsstand aufwiesen, bei den kognitiven

Tests sehr viel bessere Leistungen erzielten als die an Alzheimer erkrankten Probanden/-innen mit niedriger Bildung. Innerhalb der Stichprobe der kognitiv gesunden Probanden/-innen zeigte sich keine Korrelation zwischen dem Bildungsstand und den Testergebnissen hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungen. Die Befunde weisen darauf hin, dass in einem gesunden Zustand die kognitiven Fähigkeiten – wie Merk- oder Erinnerungsfähigkeiten – bei höher Gebildeten nicht viel ausgeprägter als bei niedriger Gebildeten zu sein scheinen. Hingegen macht sich die Kognitive Reserve bei höher Gebildeten im Falle einer Alzheimer-Erkrankung sehr positiv bemerkbar (vgl. Marszk 2008).

Des Weiteren konnte in mehreren gerontologischen Untersuchungen gezeigt werden, dass der Abbau kognitiver Leistungen bei Alzheimer-Demenz-Patienten/-innen bei höher gebildeten Personen generell schneller verläuft als bei geringer Gebildeten (vgl. Stern et al. 1999; Bruandet et al. 2008). Ursache für die Unterschiede kann in der (strukturellen) hirnanatomischen Ausstattung gesehen werden. Es wird angenommen, dass die Gehirne höher gebildeter Personen bei einer Alzheimer-Demenz strukturell in einem höheren Ausmaß von strukturellen Hirnschädigungen betroffen sind als die Gehirne geringer Gebildeter (vgl. Bruandet et al. 2008).

Als weitere indirekt wirksame, beeinflussbare und somit dem eigenen Verhalten zugängliche Einflussfaktoren auf die kognitive Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter werden in der Fachliteratur neben kognitiven auch körperliche Aktivitäten angesehen (vgl. Schröder/Pantel 2011).

Aktivitäten – sowohl kognitiver<sup>153</sup> als auch körperlicher Art – die in soziale Netzwerke eingebettet sind, scheinen eine positive Auswirkung auf die Kognitive Reserve im Alter zu haben (vgl. Middleton/Yaffe 2009) und lebensbereichsübergreifend Impulse für weitere Lernanlässe/-gelegenheiten zu bieten (vgl. Feinstein/Hammond). Zudem ist aus Trainingsstudien<sup>154</sup> zum Erhalt bzw. zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit bekannt, dass die Kombination kognitiver und motorischer Übungen besonders förderlich wirkt. So konnten aktuelle Forschungsbemühungen eine aktivitätsabhängige und bewegungsbedingte<sup>155</sup> Neuroplastizität nachweisen.

---

<sup>153</sup> In einigen Studien konnten bereits konsistente Hinweise gefunden werden, inwieweit kognitive Aktivitäten in der Freizeit einen Einfluss auf die Reservekapazität und somit auf die kognitive Gesundheit im Alter ausüben (vgl. u.a. Wilson et al. 2002). Studienübergreifend kann lebenslang nachgegangenen anregenden kognitiven Aktivitäten nachweislich eine protektive Wirkung zugesprochen werden (vgl. Hultsch et al. 1999). Dieses scheint demnach einen förderlichen Beitrag zum Ausbau der kognitiven Reserve darzustellen.

<sup>154</sup> Siehe zu Trainingsstudien ausführlicher im Kapitel 3.1.2.3.1 *Trainingseffekte*.

<sup>155</sup> Indes konnten Trainingsstudien zeigen, dass physische Aktivität bei älteren Probanden/-innen eine strukturelle „Verjüngung“ des Gehirn bewirken sowie eine Leistungsverbesserung in den kognitiven Tests erzielen kann und somit nachweislich einen erheblichen Einfluss auf kognitive Prozesse – wie beispielweise Gedächtnis- und Lernleistungen – haben kann (Walk 2011: 28). Dieser Annahme folgend, wurde beispielsweise in der „Untersuchung zu den Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter“ ein kombiniertes Gedächtnis- und Psychomotoriktraining eingesetzt, welches langfristig zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Gesundheit bzw. zur Förderung der Selbstständigkeit führen soll. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sprechen für einen nachweislichen langfristigen Effekt (über fünf Jahre) der Trainingsprogramme auf die trainierten und die nichttrainierten Funktionsbereiche (vgl. Oswald et al. 2003; Oswald 2009). Folglich konnte in unterschiedlichen Längsschnittstudien konsistent nachgewiesen werden, dass ein



Dies spricht für einen Einfluss physischer Aktivitäten auf kognitive Prozesse<sup>156</sup> (Walk 2011: 27f.).<sup>157</sup>

Ein Erklärungsansatz hierfür bietet beispielsweise Katzmann (1993), der argumentiert, dass ein intensives Lernen die Anzahl der synaptischen Verbindungen erhöht und dadurch wiederum die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern werden kann (vgl. Katzmann 1993). Folglich lässt sich hieraus ableiten, dass die Plastizität des Gehirns aktivitätsabhängig ist und demnach eine lebenslange mentale Stimulation die Resilienz des Gehirns gegenüber neurodegenerativen Prozessen im Alter erhöhen kann. Demzufolge stützt die aktuelle Befundlage die Annahme, dass sowohl lebenslang nachgegangene kognitive, soziale als auch körperliche Aktivitäten Belastungen entgegenwirken.<sup>158, 159</sup>

Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass höher gebildete Personen trotz erheblicher hirnanatomischer Schädigungen die Funktionseinbußen besser bzw. über einen längeren Zeitraum kompensieren können. Darüber hinaus ist ein tendenziell geringeres Mortalitätsrisiko mit einem höheren Bildungsniveau assoziiert (vgl. Huisman et al. 2005; Amaducci et al. 1998), beispielsweise verringert sich für Männer mit jedem zusätzlichem Schuljahr das relative Mortalitätsrisiko um 8,4 Prozent und für Frauen um 16 Prozent (vgl. Becker 1998). Demnach scheint neben dem Lebensalter (vgl. Förstl 2001) – wobei die Inzidenzrate für kognitive Beeinträchtigungen mit steigendem Alter zunimmt – das Geschlecht einen Einfluss auf die kognitive Entwicklung

---

signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß körperlicher Aktivität und einem geringem Demenzrisiko besteht (vgl. Abbott et al. 2004; Larson et al. 2006; Laurin et al. 2001; Podewils et al. 2005), das bedeutet, dass ein aktiver Lebensstil das Risiko einer (vorzeitigen) Demenzerkrankung durchaus verringern kann. Abschließend lässt sich festhalten, auch wenn teilweise konträre Ergebnisse bestehen, dass körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf den Ausbau der funktionellen Kognitiven Reserve im höheren Lebensalter hat. Auch hirnanatomisch lassen sich diesbezüglich strukturelle Veränderungen in fMRT-Untersuchungen feststellen. So weisen Probanden/-innen, deren Lebensstil durch aktive kognitive und soziale Aktivitäten gekennzeichnet ist, bei hirnanatomischen Veränderungen, eine längere Kompensationsfähigkeit bei Funktionseinbußen auf als weniger kognitiv und sozial aktive Personen (vgl. Scarmeas/Stern 2003).

<sup>156</sup> Aus neurowissenschaftlicher Sicht führen Lernaktivitäten zu einer Veränderung der Gehirnstruktur. Darüber hinaus werden durch körperliche Aktivitäten der Stoffwechsel und der Kreislauf angeregt, was wiederum protektiv vor Schädigungen des neuronalen Gewebes wirkt (Kolland/Klingenberg 2011: 28).

<sup>157</sup> Demzufolge bewirkt körperliche Aktivität – neben einer Stärkung der physischen Fitness – zugleich die Anpassungsfähigkeit bzw. Plastizität des Gehirns (vgl. Kubesch 2002) und kann somit auf einen Zusammenhang zwischen kognitiven und körperlichen Abbauprozessen im Alter hinweisen (vgl. Tabbarah/Crimmins/Seeman 2002), auch wenn bislang ungeklärt ist, welche Mechanismen die Interdependenz zwischen körperlicher Aktivität, kognitiven und hirnanatomischen Prozessen bedingen.

<sup>158</sup> Zu einem Abbau der bestehenden Fähigkeiten kann es aufgrund eines mangelnden Gebrauches kommen, wie es u.a. in der „Dis-use-Theorie“ oder auch „Inaktivitäts-Athrophie“ verstanden wird (Kruse/Lehr 1999: 199).

<sup>159</sup> Wie auch Untersuchungen zeigen konnten (vgl. Brandtstädter/Renner 1990; Thomae 1988), sind im Hinblick auf die Bewältigung und den Umgang mit chronischen Erkrankungen und körperlichen Funktionseinbußen nicht ausschließlich handlungsorientierte (wie z.B. eine positive Deutung der Situation oder das Akzeptieren der Situation, verbunden mit Veränderungen des eigenen Anspruchsniveaus, siehe Kruse/Lehr 1999: 207), sondern auch kognitiv-emotionale Verarbeitungstechniken (die u.a. zu einer um zu einer veränderten Bewertung der bestehenden Situation führen sollen, siehe Kruse/Lehr 1999: 207) – entscheidend. In Anbetracht einer zunehmenden Multimorbidität sowie einer Immobilität im hohen Alter ist es insbesondere in belastenden Situationen wichtig, die Psyche in einem Gleichgewicht zu balancieren und eine realistischen Lebens- und Zukunftsperspektive einzunehmen.

im Alter zu haben. So sind Frauen statistisch häufiger von dementiellen Erkrankungen betroffen als Männer (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2010).<sup>160</sup>

Bislang liegen jedoch keine systematischen geschlechterdifferenziellen Auswertungen vor, die geschlechtsspezifische Lebenssituationen von Männern und Frauen im Alter umfassend berücksichtigen, welche jedoch erforderlich wären.<sup>161</sup> Die berufliche Tätigkeit ist wie oben schon erwähnt ein weiterer Faktor, der bestimmte Relationen in Bezug auf das Alzheimer-Demenz-Risiko besitzt. So zählen zu den Bedingungen des Lebensstils Einflussfaktoren aus dem Lebensumfeld u.a. auch die erlebten Bedingungen der beruflichen Tätigkeit in der Erwerbsphase. So ist aus prospektiven Studien bekannt, dass zum einen ein gewisses Maß an Selbstbestimmung bzw. Autonomie bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit – i.S. von selbstbestimmten Berufsbedingungen – die kognitive Leistungsfähigkeit stärken kann (vgl. Schooler/Mulatu/Oates 2004) als auch zum anderen die Selbstwirksamkeit<sup>162</sup> die Gedächtnisleistung im Alter bedingt bzw. sich vorhersagen lässt (vgl. Valentijn et al. 2006).

Es gibt Hinweise, dass sowohl ein starkes Involviertsein in belangreiche alltäglichen Entscheidungsprozesse (vgl. Bauer et al. 1995), die Zufriedenheit mit der beruflichen Anstellung (vgl. Kropiunigg et al. 1999) als auch die Besetzung einer herausfordernden beruflichen Tätigkeit mit hohem Kontrollmöglichkeiten der Arbeit (vgl. Seidler et al. 2004) mit einem niedrigen Alzheimer-Demenz-Risiko verbunden sind. Diese Annahme des nachhaltigen Einflusses selbstbestimmter Berufsbedingungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter bestätigen auch Schooler et al. (2004) (vgl. Schooler/Mulatu/Oates 2004).

Einen weiteren interessanten Forschungsbefund bezüglich der Arbeitstätigkeit liefert die „Canadian Study of Health and Aging“: Demnach kann eine hohe berufliche Komplexität (im Austausch mit Menschen) das Risiko einer Alzheimer-Demenz oder vaskulären Erkrankungen reduzieren. Eine mittlere oder hohe berufliche Komplexität korreliert demzufolge mit der Abnahme des Demenzrisikos und verringert sich um 34 Prozent im Zuge der Arbeitskomplexität im Austausch mit Menschen. Es wird angenommen, dass Arbeitstätigkeiten, die eine komplexe mentale Forderung implizieren, förderlich auf die Gehirnfunktionen im höheren Alter wirken ("use it or lose it"). Die Interpretation der Ergebnisse lässt den Schluss zu, dass der Austausch mit Menschen in sozialen Netzwerken aufgrund der komplexen Anforderungen die kognitive Gesundheit schützt und somit als möglicher protektiver Effekt anzusehen ist. Weiterführend

---

<sup>160</sup> Es ist davon auszugehen, dass Alternsprozesse bei Frauen und Männer sehr unterschiedlich verlaufen. Ursächlich hierfür kann nicht ausschließlich die unterschiedliche biologische Disposition gesehen werden, sondern das Zusammenspiel von genetischer Ausstattung und dem geführten Lebensstil (vgl. Iller/Wienberg 2012).

<sup>161</sup> Aufgrund dessen wurde aktuell erstmals eine umfassende Datenbank zu Geschlechterunterschieden in großen klinischen Fächern der Inneren Medizin erstellt (vgl. Charité Berlin 2011).

<sup>162</sup> Siehe zu Selbstwirksamkeit ausführlicher im Kapitel 3.1.2.3.1 *Trainingseffekte* und 3.1.2.2 *Psychologisches Altern*.

konnten in diesem Zusammenhang in der Studie jedoch keine Auswirkungen von Bildung identifiziert werden (vgl. Kröger et al. 2008). Die dargestellte Befundlage zur Komplexität der beruflichen Tätigkeit stützt die Umweltkomplexitäts-Hypothese, die besagt, dass kognitiv fordernde und komplexe Tätigkeiten – aufgrund einer durch den Beruf ständig geforderten intellektuellen/kognitiven Flexibilität – auf die Entwicklung bzw. Stabilisierung von kognitiven Funktionen förderlich wirken (vgl. Schooler/Mulatu/Oates 1999).

Der im Lebenslauf ausgesetzte Einfluss, beispielsweise beruflicher Herausforderungen und Belastungen, zeigt seine nachhaltigen Auswirkungen auch im höheren Alter. Der südamerikanischen multinationalen Studie „The Health, Well-Being, and Aging survey“ zufolge reproduzieren sich Beeinträchtigungen im vorigen Lebensalter im weiteren Lebenslauf und können das Anfälligkeitssyndrom verursachen (vgl. Pelaez 2005; Albala et al. 2005; Inter-University Consortium for Political and Social Research 2000).

Auf der behavioralen Analyseebene scheinen in besonderem Maße Lebensgewohnheiten – wie lebenslange Ernährungsgewohnheiten und die Ausübung eines bestimmten Lebensstils – eine große Effektstärke in Hinblick auf die kognitive Gesundheit im späten Erwachsenenalter zu haben (vgl. Whalley et al. 2004). Epidemiologischen Erklärungsmodellen folgend wird dem (Risiko-)Verhalten und den Aktivitätsmustern im Lebensverlauf eine erhebliche Bedeutung beigemessen (Baltes et al. 1994: 75). Neben biologischen Mechanismen und der genetischen Prädisposition, die eine pathologische Entwicklung fördern bzw. auf den Krankheitsverlauf einwirken – wie bei kardiovaskulären Erkrankungen und auch bei kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Krankheiten – weisen konsistente Befunde darauf hin, dass zusätzlich protektive Faktoren auf der Verhaltensebene einwirken, welche den Ausbruch bzw. den Verlauf einer Krankheit maßgeblich bedingen. Als nachweislich protektive Faktoren auf die Gesundheit können bislang ein hoher Bildungsstand, körperliche und geistige Aktivität, die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen sowie eine ausgewogene Ernährung benannt werden (vgl. Sattler/Schröder 2012). Zudem zeigen höher gebildete Personen statistisch nachweislich ein gesundheitsförderndes Verhalten i.S. einer Ausübung sportlicher Aktivitäten und ausgewogener Ernährung sowie der Vermeidung von Risikoverhalten (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 96-101). So kann ein „bildungsaktiver“ Lebensstil zu einer Verbesserung des individuellen Verhaltensrepertoires beitragen, mit belastenden Lebensereignissen und mit anderen Stressoren umzugehen (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 96-101). Zudem kann sich eine höhere Bildung (steilnahme) sowohl positiv auf die gesellschaftliche Partizipation und soziale Teilhabe als auch auf einen aktiven Lebensstil auswirken, was wiederum förderlich für den Aufbau der Kognitiven Reserve sein kann (vgl. Stern 2009).

Es lässt sich ein Kausalzusammenhang zwischen dem durch die soziale Lage geprägtem Lebensstil und der Morbidität oder Mortalität vermuten, der durch die bereits genannten Faktoren (Ernährung, Genussmittelkonsum, körperliche Bewegung, Prophylaxe etc.) moderiert wird (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 96-101).<sup>163</sup>

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob eine strikte Einhaltung von gesundheitserhaltenden Handlungsempfehlungen, gegebenenfalls verbunden mit dem Verzicht auf Lebensqualität, erstrebenswert ist? Was nützt es – salopp gesagt – das 100. Lebensjahr zu erreichen, wenn in den Jahren die Lebensqualität durch extremen Verzicht gekennzeichnet ist und somit mitunter weniger lebenswert erscheint?<sup>164</sup>

Ein gesunder Lebensstil beinhaltet mehr als die Vermeidung von Risikoverhalten, vielmehr haben individuelle mentale und psychosoziale Ressourcen und „Sense of coherence“ maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit. Antonovski formuliert dies treffend mit folgenden Worten, dass „wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovski 1997: 35). In diesem Zusammenhang kann auch die Bedeutung und die Wirkung von sozialer Unterstützung und Netzwerken betrachtet werden, insbesondere im Hinblick auf biografische Wendepunkte, wie beispielsweise den Übergang ins sogenannte dritte Lebensalter in die Nacherwerbsphase und die postparentale Familienphase, und bei der Bewältigung von (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen im Lebenslauf.

So stellen neben den psychischen Ressourcen auch die Integration und Partizipation in soziale Netzwerke einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitsstatus Älterer dar.<sup>165</sup> Das Involvement in soziale Netzwerke ermöglicht Menschen soziale Rollen auszuüben oder auch neu zu definieren. Zudem kann die Unterstützung durch die Gemeinschaft bzw. durch den Einzelnen zur Gesundheitsförderung beitragen (vgl. George 1996). Zur Vielschichtigkeit von sozialer Unterstützung und deren Effekte wurden bereits einige Studien durchgeführt. Die Befundlage

---

<sup>163</sup> Aus Sicht der epidemiologischen und gerontologischen Forschung impliziert ein gesundheitsbewusster Lebensstil den Verzicht auf Genussmittel wie Tabakkonsum, keinen übermäßigen Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährungsgewohnheiten und ausreichend Schlaf. Zudem stellen die Regulation von Aktivierung und Emotionalität, die Fähigkeit mit Problemen und Konflikten umzugehen bzw. zu lösen und Lebensziele für sich individuell zu formulieren, weitere entscheidende Aspekte für einen gesunden Lebensstil dar (Ritterbach/Wohlfarth 2009: 72f.).

<sup>164</sup> Das Zitat des Schriftstellers Roger Willemsen trifft diesen Sachverhalt: „Das Leben kann man nicht verlängern, aber wir können es verdichten“ (vgl. Willemsen 2012, Buchklappentext).

<sup>165</sup> Des Weiteren kann die soziale Isolation bzw. geringe soziale Integration ursächlich – auch wenn große Stressoren nicht vorhanden sind – für ein hohes Stressaufkommen sein und sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (Seiffge-Krenke 2008: 832).

erweist sich als relativ konsistent, dass ein weit gespanntes soziales Netzwerk einen bedeutenden protektiven Faktor für eine Demenzerkrankung darstellt.<sup>166</sup> Die Ergebnisse der „European Study of Adult Well-Being“<sup>167</sup> (vgl. Weber et al. 2005) geben Hinweise darauf, dass eine direkte Verbindung zwischen sozialen Beziehungen und der Gesundheit<sup>168</sup> bestehen muss. Demzufolge ist ein Wirkungszusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und den sozialen Ressourcen abzuleiten.<sup>169</sup>

Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich bei vorhandener sozialer Unterstützung auch die Krankheitsdauer durchschnittlich verringert (vgl. Tijhuis et al. 1995). Bestätigung findet dieses auch in anderen Untersuchungen, die belegen konnten, dass Lernprozesse in der Gemeinschaft gesundheitsfördernd wirken können und dadurch das Risiko von Depressionen, Herz- und Demenz-Erkrankungen sinken lassen. Es konnte festgestellt werden, dass in Bildungsprozesse inkludierte Menschen häufiger auf ihr eigenes Wohlbefinden achten. Bildung kann demnach ein protektiver Effekt im Hinblick auf die Gesundheit zugesprochen werden (vgl. Sanchez et al. 2007). Auch die Befunde der „Alameda-County-Studie“ stützen diese Annahme (vgl. Breslow, Lester/Engstrom 1980; Kaplan et al. 2007; Housman/Dorman 2005).<sup>170</sup> Aufgrund mangelnder bzw. fehlender Unterstützung durch das soziale Umfeld kann im höheren Lebensalter auch nur schwer eine langfristige erfolgreiche Verhaltensänderung i.S. von Vermeidung von Risikoverhalten o.ä. erlangt werden (Martin/Kliegel 2008: 215). Diesbezüglich kommt die niederländische „Longitudinal Aging Study Amsterdam“ zu einer gegensätzlichen Befundlage, da in der Untersuchung keine konsistenten Hinweise auf Auswirkungen von chronischen Krankheiten und sozialer Unterstützung oder persönlichen Coping-Ressourcen identifiziert werden konnten (vgl. Penninx et al. 1997).

Auch wenn soziale Hilfeleistungen einen wichtigen Schutzfaktor zur Abpufferung negativer Effekte von Belastungen darstellen (Seiffge-Krenke 2008: 832), so bestehen nachweislich neben positiven Effekten von sozialer Unterstützung aber auch negative Auswirkungen inadäquater Unterstützungen. Hierzu zählen u.a. Unterstützungen, die zu einer enttäuschten Unterstützungserwartung führen, aber auch ein Übermaß an Unterstützung (diese kann zur „erlernten

---

<sup>166</sup> Beispielsweise kommt eine schwedische Studie (N=1.200 Ältere, Studie lief über drei Jahre) zu dem Ergebnis, dass ein weit gespanntes soziales Netzwerk einen bedeutenden protektiven Faktor für eine Demenzerkrankung darstellt (vgl. Fratiglioni et al. 2000).

<sup>167</sup> Die Untersuchung wurde in Österreich, Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande und Schweden durchgeführt.

<sup>168</sup> Positive Effekte konnten bei Herz-, Kreislauferkrankungen und psychischen Erkrankungen aufgezeigt werden.

<sup>169</sup> Die in der „European Study of Adult Well-Being“ über 70-jährigen Befragten äußerten, dass Aktivitäten besonders häufig nur in Gesellschaft von Freunden/-innen oder Familienmitgliedern als interessant und erstrebenswert erlebt werden (vgl. Weber et al. 2005).

<sup>170</sup> In der Studie zeigten die zu Beginn der Untersuchung sozial isoliert älteren Probanden/-innen – unabhängig vom anfänglichen Gesundheitsstatus und ihren gesundheitsbezogenen Gewohnheiten – in den folgenden Jahren ein höheres Krankheits- und Mortalitätsrisiko als sozial integrierte Probanden/-innen auf (vgl. Breslow/Engstrom 1980).

Hilflosigkeit“ beitragen (vgl. Seligman 1979). Fehlgeschlagene Unterstützungsleistungen können unbeabsichtigte Effekte – auf z.B. die Selbstwirksamkeit des Hilfeannehmenden, verminderte Reziprozität – haben (Montanda 2008: 103f.).

Jedoch konnten in anderen Untersuchungen keine positiven als auch negativen Effekte von sozialer Unterstützung auf den subjektiven Gesundheitszustand festgestellt werden (vgl. u.a. Bunk & Verhoeven 1991; Lu & Agyle 1992; Lettner, Sölva & Baumann 1996).

Die dargestellte Befundlage verdeutlicht, dass die Integration, Partizipation und Wertschätzung in sozialen Netzwerken in Hinblick auf die Entwicklung von Handlungskompetenz i.S. von Resilienz als unterstützend bzw. impulsfördernd angesehen werden kann. Zudem konnte gezeigt werden, dass Aktivitäten in sozialen Netzwerken wiederum Impulse für Lernprozesse bieten, die häufig über die unmittelbare Krisenbewältigung hinausgehen (vgl. Iller/Wienberg 2011).<sup>171</sup>

Abschließend lässt sich festhalten, dass eine Vielzahl von Faktoren existiert, die einen Einfluss auf die sowohl objektive als auch subjektive Gesundheit ausüben.<sup>172</sup> Aufgrund des zuvor erläuterten Forschungsstandes ist jedoch anzunehmen, dass Multimorbidität weniger als ein Alter(n)sschicksal, sondern vielmehr als Resultat eines lebenslang praktizierten Lebensstils angesehen werden kann. Hierbei trägt Bildung<sup>173</sup> als eine bereits früh im Lebenslauf erworbene und lebenslang begleitende bzw. auszubauende Ressource zum Aufbau der Kognitiven Reserve<sup>174</sup> bzw. Reservekapazität bei.<sup>175</sup>

Die zuvor genannten Forschungsergebnisse verdeutlichen die Bedeutung eines lebenslaufanalytischen Ansatzes. Dabei sollte eine Perspektive eingenommen werden, die sich nicht analytisch auf einzelne Lebensphasen reduziert, sondern alle Lebensphasen berücksichtigt.<sup>176</sup> Auch

---

<sup>171</sup> Im Kapitel 8.1 wird expliziter auf die Wirkung von sozialen Netzwerken auf das Verhalten bzw. Lernen eingegangen.

<sup>172</sup> Es konnte beispielhaft veranschaulicht werden, dass psychosoziale Faktoren wie beispielsweise Stress erheblich den Krankheits- bzw. Genesungsverlauf beeinflussen können (Tesch-Römer/Wurm 2009: 16).

<sup>173</sup> Auch wenn weitestgehend Konsens darüber besteht, dass Bildung einen wesentlichen Bestandteil der funktionellen kognitiven Reserve bzw. Reservekapazität darstellt und daher das Bildungsniveau häufig für das Ausmaß der kognitiven Reserve bzw. Reservekapazität herangezogen wird (vgl. Stern 2002), ist jedoch kritisch anzumerken, dass die qualitative Erfassung von Bildungsaktivitäten in verschiedenen Studien zum Teil erheblich variiert (vgl. Fratiglioni/Wang 2007) und daher meistens ausschließlich quantitative Erhebungen des Bildungsniveaus herangezogen werden.

<sup>174</sup> Bislang wurde jedoch nicht weitreichend erforscht, inwieweit sozioökonomische Faktoren die funktionelle Reserve und damit auch die kognitive Entwicklung im Alter beeinflussen

<sup>175</sup> Des Weiteren lässt sich annehmen, dass der Bildungseffekt bei jüngeren Generationen – aufgrund eines durchschnittlich höheren Bildungsstands – vermutlich geringer sein wird.

<sup>176</sup> Hinsichtlich der Aktivitäten der sozialen und gesellschaftlichen Partizipation können in einer lebenslaufanalytischen Perspektive gewisse Kontinuitäten aufgezeigt werden – im Falle einer bestehenden Gesundheit. Dieses Phänomen kann i.S. des Matthäus-Prinzips verstanden werden, so dass sozial- und bildungsaktive Menschen auch im Alter verhältnismäßig aktiv bleiben und sich im Umkehrschluss bei eher inaktiven und sozial-isolierten Personen im Lebenslauf die Passivität fortsetzt. Diese Fortführung bestehender Aktivitäten und Partizipation im Lebenslauf führt zu einem sich selbst verstärkendem Kreisprozess, in dem geistig und sozial aktive Personen durchschnittlich lebensbereichsübergreifend interessierter und aufgeschlossener sind, sich körperlich mehr bewegen und die vorhandenen Fähigkeiten trainieren (Kruse/Lehr 1999: 199). Auch im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Krisen zeichnen sich im Lebenslauf deutliche Kontinuitäten ab und stehen in Verbindung mit dem Umgang mit Belastungen und Krisen in bereits frühen Lebensabschnitten (Kruse/Lehr 1999: 206), so dass es erforderlich ist, eine positive Lebenseinstellung beizubehalten und eine bewusste und verantwortliche Auseinandersetzung mit Belastungen im Lebenslauf zu entwickeln (Kruse/Lehr 1999: 207).

wenn präventive Interventionen auch im höheren Alter ihre Wirkung zeigen, so ist es wichtig, dass Bildungsaktivitäten, soziale Teilhabe etc. nicht primär Bestandteil einer oder mehrerer bestimmter Lebensphasen sind, sondern die Strukturen für eine autonome, selbstbestimmte Lebensführung im Alter bereits in den vorigen Lebensphasen gelegt und dieser Lebensstil aktiv gelebt wird. Die Forderung wird auch durch die Forschungsbemühungen des Institute of Psychiatry at King`s College London (vgl. Powell 2010; Institute of Psychiatry at King`s College London 2012) gestützt: Laut dieser Studie scheint das Fortführen reger kognitiver Aktivitäten im höheren Lebensalter positive Effekte hinsichtlich der kognitiven Flexibilität im Alter zu haben.<sup>177</sup>

Betrachtet man die Korrelation von Bildung und Gesundheit so wird deutlich, dass neben dem chronologischen Alter, das Geschlecht und die Bildung bzw. Bildungsaktivitäten die wichtigste Quelle der Heterogenität in Populationen ist (vgl. Burger/Kugler 2011) und diese daher als ursächlich für die Heterogenität im Alter im Hinblick auf einen unterschiedlichen Gesundheitszustand bzw. den Alternsprozess angesehen werden kann.

Im Zusammenhang mit altersspezifischen Veränderungen auf psychischer Ebene ist zudem zu berücksichtigen, dass es mit fortschreitendem Alters zu einer Verengung des (zeitlichen) Erwartungshorizonts im Alter kommen kann und sich im Rahmen dessen die Zukunftsperspektive, oftmals verbunden mit einem Wandel in den Überzeugungen und Einstellungen, verändert. Als ein weiterer basaler Einflussfaktor kann somit der subjektive und objektive Gesundheitszustand als auch das Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten einer Person betrachtet werden (Kruse/Lehr 1999: 197).

Demzufolge stellen die Persönlichkeitsmerkmale<sup>178</sup> mögliche Einflussfaktoren auf die Fähigkeiten (Metakompetenz) dar, welche den biografischen Verlauf und deren Merkmale, wie Bildungsstand, -gewohnheiten, -bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Interessen sowie soziale Aktivität, implizieren. Insbesondere der Bildungsfaktor nimmt im Zusammenhang mit der Gesundheit im höheren Lebensalters eine entscheidende Rolle ein: So kann beispielsweise ein

---

<sup>177</sup> Nachweislich zeigt sich bei Menschen, die nicht vorzeitig in die nachberufliche Phase eintreten, dass sich das Eintreten einer Alzheimererkrankung verzögert. Laut der Studie des Institute of Psychiatry at King`s College London stand jedem zusätzlichen Jahr der Berufstätigkeit eine Verzögerung einer Alzheimererkrankung um rund sechs Wochen gegenüber. Hinsichtlich der Inzidenzrate von Demenz konnte das Forschungsteam nachweisen, dass „Bildung“ einen unabhängigen Schutzfaktor vor Demenz darstellt. Das heißt, der Ausbildungsgrad und die Bildungsaktivitäten bewirken demnach einen Schutz vor einer Demenzerkrankung. Hierbei hat sich gezeigt, dass eine hohe Wortflüssigkeit sowie gute motorische Sequenzfähigkeiten als Prädiktoren für diese Schutzfunktion anzusehen sind (vgl. Prince et al. 2012).

<sup>178</sup> Hinsichtlich der Entwicklung der Persönlichkeit (vgl. McCrae/Costa 1993) in höheren Lebensphasen weisen Ältere aufgrund der bereits gesammelten Erfahrungen (vgl. Olbrich 1994), dem Ausmaß an sozialer Unterstützung (vgl. Erlmeier 1995; Schneider 1995; Schwarzer 1992), als auch dem Ausmaß fördernder oder einschränkender Lebensbedingungen (vgl. Kruse 1989) beträchtliche Unterschiede im Intragruppenvergleich innerhalb der Alterskohorte der Älteren auf.

formal hoher Bildungsstand bzw. Berufsstatus in vielerlei Hinsicht einen Einfluss auf die Ressourcen bzw. Ressourcenzugänge haben. Die sich angeeigneten Kompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale und Ressourcen wirken sich wiederum im Alter auf die individuelle Lebenslage aus (Albe 2007: 21f.).

Abschließend ist anzumerken, dass dem Aspekt der Bildung eine nachweislich protektive Funktion im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden zugesprochen werden kann. Bildung stellt somit eine Voraussetzung für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil dar (Kolland/Ahmadi 2010: 17), inwieweit dieser als eher gesundheitsfördernd oder -hemmend angesehen werden kann, ist in Abhängigkeit der Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung sowie der Einstellung zum eigenen Altern zu betrachten (Tesch-Römer/Wurm 2009: 16).<sup>179</sup> Darüber hinaus fördert Bildung die gesellschaftliche Teilhabe im Alter und kann einen Reflexionsraum der eigenen Lebensgestaltung bieten (vgl. Iller/Wienberg 2012).<sup>180</sup>

Es ist jedoch stets zu berücksichtigen, dass der Bildungsfaktor keineswegs isoliert, sondern stets in Wechselwirkung zu anderen Einflussfaktoren – die ein „erfolgreiches“ Altern ermöglichen – betrachtet werden sollte.

### **4.3 „Erfolgreiches“ Altern**

Dieser Arbeit liegt – wie in vorangegangenen Ausführungen dargestellt – das Verständnis zugrunde, dass nicht alle Einflussfaktoren auf ein „erfolgreiches“ Altern bzw. auf die Gesundheit im Alter „human made“ sind, sondern auch zum Teil genetisch determiniert sowie durch andere (nicht beeinflussbare) Umweltfaktoren bedingt sind. Es gibt jedoch einen Spielraum: Wie bereits mehrfach in unterschiedlichen Kontexten benannt ist „gesundes“ bzw. „erfolgreiches“ Alter(n) abhängig von sozialen – im Lebenslauf erworben – Ressourcen (Kuhlmey/Mollenkopf/Wahl 2007: 270). Jener Aspekt der verhaltensbezogenen Determiniertheit „erfolgreichen“ Alterns soll in der vorliegenden Arbeit näher beleuchtet werden. Nachfolgend wird als Erstes eine begriffliche Bestimmung „erfolgreichen“ Alterns vorgenommen, um dann im Anschluss potenzielles Gesundheits- und Risikoverhalten zu erörtern. Darüber hinaus können die Erläuterungen u.U. mögliche Anknüpfungspunkte für präventive Interventionen bieten.

---

<sup>179</sup> In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, die aktuelle psychische Situation – i.S. von Motivation zur Handlungsveranlassung und Verwirklichung von Interessen, Selbstwirksamkeitserleben, erlebtem Ausmaß an tätigkeitsbezogener Auslastung u.a. – zu berücksichtigen.

<sup>180</sup> Diese Annahme wird auch durch die Untersuchungen von Kolland & Ahmadi gestützt: Personen mit höherer Schulbildung weisen durchschnittlich eine höhere körperliche Mobilität auf (Kolland/Ahmadi 2010: 17).



In der geriatrischen Fachliteratur wird der Terminus „optimales Altern“ häufig umschrieben als ein „[...] Alterungsprozess, der unter günstigen Voraussetzungen verläuft, so dass die erreichte Lebenszeit, die organische Funktionstüchtigkeit, aber auch die subjektive Lebensqualität gegenüber dem Durchschnitt in einer vergleichbaren Population deutlich erhöht [...]“ ist (Gerok/Brandtstädter 1994: 358). Die sogenannten „optimalen“ Alternsverläufe wirken sich nicht zwangsläufig in der Erhöhung der Lebenserwartung, sondern vielmehr in der Kompression der Morbidität vor dem Tod aus. Diese Verkürzung der (Multi-)Morbiditätsphase durch die Verbesserung biomedizinischer Parameter und durch die Steigerung körperlicher Leistungsfähigkeit (Gerok/Brandtstädter 1994: 380) stellt – dem Konzept des „erfolgreichen“<sup>181</sup> Alterns folgend – ein vornehmliches Ziel von (geriatrischen) Interventionen dar (Gerok/Brandtstädter 1994: 379). Das Konzept des „erfolgreichen“ Alterns sieht vor, dass mit Hilfe von objektiven Indikatoren – wie dem Gesundheitszustand und der Lebenserwartung – und mittels subjektiver Kriterien – wie dem erlebten Wohlbefinden, die Formen sowie das Ausmaß erfolgreichen Alterns gemessen werden können. Dem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass die Auseinandersetzung mit Belastungen oder (alters)bedingten Veränderungen auf individuellen Voraussetzungen (Backes/Clemens 2003: 180) und in Abhängigkeit der individuellen Lebenssituation basieren, so dass eine Individualisierung der Erfolgskriterien und Orientierung an den Zielen und Werten des alternden Individuums als erstrebenswert erscheinen (vgl. Montada 1996). Nach diesem Verständnis ist „erfolgreiches“ Altern durch hohe inter- und intraindividuelle Variabilität und Plastizität von Entwicklungs- und Alternsprozessen kennzeichnet (vgl. Baltes/Baltes 1994; Lehr/Thomae 1987; Rowe/Kahn 1987). So ist anzunehmen, dass „erfolgreiches“ Altern auf einer generalisierten adaptiven Fähigkeit basiert, die über die Lebensspanne hinweg entwickelt wird (Featherman 1989: 11). Demzufolge ist es auch im hohen Alter möglich (vgl. Havighurst 1948/1972) auf z.B. einen eingeschränkten Zugriff auf personenbezogene oder umweltbezogene Ressourcen adäquat reagieren zu können (Featherman 1989: 11; Kehr 2003).<sup>182</sup> Die Bezeichnung „erfolgreich“ kann daher nicht als universell geltender gleichbedeutender Maßstab verstanden werden, sondern ist vielmehr kontext- und personenabhängig zu deuten und an subjektive Indikatoren hinsichtlich des „Erfolgs“ gebunden. So stellt sich die Messbarkeit von (individuellem) „Erfolg“ als schwierig dar.

Hinsichtlich der subjektiven Kriterien für ein „erfolgreiches“ Altern lässt sich aus bisherigen Forschungsergebnissen schließen, dass sich eine positive Lebensperspektive in der/n Lebensphase(n) im Alter positiv auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Beispielsweise ist in

---

<sup>181</sup> Für „erfolgreiches“ Altern wird in manchen Konzepten die Bezeichnung „optimales“ Altern synonym verwendet.

<sup>182</sup> Entgegen dem „erfolgreichen Altern“ kann eine verminderte Adaptionsfähigkeit, u.a. Funktionseinbußen im höheren Alter, Unzufriedenheit fördern und mitunter pathologische Entwicklungsverläufe begünstigen.

diesem Zusammenhang bedeutend, dass das eigene Leben als sinnstiftend wahrgenommen wird (vgl. Rentsch 1994; Staudinger/Dittmann-Kohli 1994). Des Weiteren sollten Handlungsspielräume erkannt werden und das Verhalten und die Ziele gemäß veränderter Lebensumstände flexibel angepasst werden (vgl. Baltes 1987; Brandstädter/Renner 1990).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sowohl aus gesellschaftlicher als auch individueller Perspektive ein „erfolgreiches“ Altern an Mitverantwortung i.S. gesellschaftlicher Teilhabe gebunden ist, wie bereits in den Ausführungen der Politikwissenschaftlerin Hannah Arendt deutlich wird, die diese als Zugang zum öffentlichen Raum wie auch dessen aktive Mitgestaltung als positivierend ansieht (vgl. Arendt 1960).<sup>183</sup>

Dem Begriffsverständnis vom „erfolgreichen“ Altern folgend soll sich nun in einem zweiten Schritt eine Erörterung zum Gesundheits- und Risikoverhalten anschließen: Nach dem Mediziner Sutton umfasst das „[...] Gesundheitsverhalten sämtliche Verhaltensmuster, Handlungen und Gewohnheiten [...], die die psychophysische Gesundheit objektiv und subjektiv nach der Überzeugung der handelnden Person beeinflussen, indem das Risiko oder der zu erwartende Schweregrad einer Erkrankung erhöht oder vermindert werden“ (vgl. Sutton 2001). Demzufolge impliziert dieses Begriffsverständnis sowohl gesundheitsfördernde<sup>184</sup> als auch gesundheitsschädigende<sup>185</sup> Verhaltensmuster.

Eine klare Abgrenzung zwischen gesundem bzw. „normalem“ und pathologischem Altern zu ziehen ist teilweise schwierig, da eher fließende bzw. kontinuierliche Übergänge mit unter-

---

<sup>183</sup> So haben Stereotypisierungen und Erwartungen an das Altern aus Fremd- und Selbsteinschätzung enormen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit und die Aktivitätsstruktur einer Person. Zudem haben die selbst- als auch fremdattribuierten sozialen Rollenzuschreibungen nicht mit der raschen Veränderung der Form des heutigen Alterns Schritt gehalten (vgl. Riley 1987). Oftmals kann die „Funktion“ der Älteren in der Gesellschaft als eine „Rolle der Rollenlosigkeit“ bezeichnet werden. Riley & Riley beschreiben die Veränderungen in der gesellschaftlichen Rollenstruktur als eine hinter den sich ändernden Fähigkeiten und Bedürfnissen Älterer zurückgebliebene (Riley/Riley 1994: 443). Daher scheint es erforderlich, eine Erweiterung von Rollenmöglichkeiten in der Gesellschaft zu schaffen, welche individuelles Altern zulässt und nicht reglementiert (Riley/Riley 1994: 447). Das heißt, es ist eine Abwandlung von negativen Altersbildern und eine Überwindung klassischer Segmentierungen des Lebenslaufs bzw. von Altersgrenzen anzustreben (Bubolz-Lutz et al. 2010: 126; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 44). Durch die steigende Anzahl Älterer bedarf es daher einer Neustrukturierung sozialer Rollen und eines flexiblen Gestaltungsspielraumes sowie der Aufhebung starrer Altersbarrieren. Wie es Riley & Riley (1994) formulieren: „[...] leistungsfähige Menschen und inhaltsleere Rollenstrukturen können nicht lange koexistieren“ (Riley/Riley 1994: 453).

<sup>184</sup> Unter gesundheitsförderndem Verhalten werden jene Verhaltensweisen begriffen, die nach aktuellem Wissenschaftsstand die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden bzw. auf die Gesundheit förderlich wirken (vgl. Leitbegriff Gesundheitsverhalten: o. V. 2011d). Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung implizieren verschiedene Interventionen, die sich möglichst gegenseitig komplettieren (Backes/Clemens 2003: 328). Präventive Maßnahmen – wie beispielsweise das pädagogische Einwirken („ohne zu pädagogisieren“ i.S. einer Bevormundung<sup>184</sup>) auf die Gesundheit durch Bildungsangebote – bieten zum einen Informationsvermittlung über gesundheitliche Themen und zum anderen können diese eine Stärkung der kognitiven und psychischen und alltagspraktischen Strategien sowie eine Förderung der Kontrollüberzeugungen bewirken, die wiederum zum Erhalt oder Aufbau von Fähigkeiten beitragen können (Kruse/Wahl 2010: 455).

<sup>185</sup> Der Begriff wird damit vielfach als Gegenbegriff zum Risikoverhalten verwendet, der alle Verhaltensweisen oder Gewohnheiten umfasst, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln“ (vgl. Leitbegriff Gesundheitsverhalten: o. V. 2011d).

schiedlichen Folgen bestehen (Gunzelmann 2008: 60). Auch wenn sich mitunter pathologische<sup>186</sup> von nichtpathologischen – also normalen<sup>187</sup> i.S. alterstypischen – Verläufen im Alternsprozess abgrenzen lassen, so sind beide nicht voneinander unabhängig zu betrachten (vgl. Fozard/Matter/Brant 1990). Daher ist eine semantische Begriffsunterscheidung, aufgrund der bestehenden Dichotomie („Januskopf“) des Alters, nur bedingt möglich. Aufgrund der steigenden Heterogenität im Alter besteht eine große Standardabweichung i.S. der intraindividuellen Varianz<sup>188</sup> innerhalb der Alterskohorte „Ältere“ und bietet somit Variations- und Modifikationspielräume in den jeweiligen Entwicklungsverläufen.<sup>189</sup> Auch wenn nachweislich die (Multi-) Morbidität mit zunehmendem Alter einen Anstieg erfährt (Gerok/Brandtstädter 1994: 356), ist in der Lebensphase(n) Alter eine Zunahme interindividueller Variabilität objektiver Krankheitsanzeichen und subjektiver Störungen des Wohlbefindens erkennbar (Gerok/Brandtstädter 1994: 356). Dieses wird im Folgenden noch detaillierter betrachtet.

Auch wenn empirisch (epidemiologisch) evidente Risikoverhaltensweisen<sup>190</sup> benannt werden können, ist es empirisch betrachtet weitaus diffiziler, reliable Nachweise für ein gesundheitsförderndes Verhalten im Hinblick auf das Ausmaß und die Dauer zu erbringen (vgl. Leitbegriff Risikoverhaltensweisen: o.V. 2011d).

Einer Studie des Max-Planck-Instituts zur Folge können ein „gesünderer“, d.h. ein ausgeglichener, bewusster Lebensstil, die Vermeidung von Risikofaktoren, ein ansteigendes Bildungsniveau in älteren Kohorten und die damit verbundene Kognitive Reserve sowie medizinisch-technische Entwicklungen in der Anamnese und in der Behandlung ein Hinausschieben von Demenzen in höhere Lebensalter ermöglichen (vgl. Vaupel in Rötzel 2010). Auf der theoretischen Ebene liefert hierzu auch das Modell der Salutogenese wichtige Erkenntnisse.

Dieses Modell der Salutogenese hat sich als ein vielrezipiertes Konzept etabliert. Der begriffliche bzw. theoretische Ursprung dieses Modells geht auf Antonovsky (vgl. Antonovsky 1997) zurück, welcher auf theoretisch-analytischer Ebene die Dichotomie Gesundheit versus Krankheit – i.S. eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit und Krankheit – versucht hat aufzulösen.

---

<sup>186</sup> Charakteristika vom pathologischen Altern stellen das Auftreten von altersspezifischen Krankheitssymptomen sowie Funktionsverlusten häufig einhergehend mit einem Lebensqualitätsverlust sowie einer früheren Mortalität dar (Gerok/Brandtstädter 1994: 357). Diesem Verständnis folgend ist pathologisches Altern stets durch chronische Erkrankungen bestimmt (Lindenberger /Schaefer 2008: 397), welches zu einer Zunahme der Multimorbidität und einer steigenden Morbidität führen kann (Gerok/Brandtstädter 1994: 369).

<sup>187</sup> Normales bzw. gesundes Altern ist zwar durch „alterstypische“ Funktionsverluste, aber auch durch Erlangen der durchschnittlichen Lebensalterszeit gekennzeichnet (Gerok/Brandtstädter 1994: 357). Der Terminus „normales Altern“ stellt einen normativen Bezugsrahmen her, bei dem sich an durchschnittlichen oder typischen Entwicklungsverläufen orientiert wird und zudem oftmals ohne das Vorhandensein chronischer Krankheiten verstanden wird (Martin/Kliegel 2008: 25).

<sup>188</sup> Vergleiche der kognitiven Leistungsfähigkeit zwischen den Alterskohorten lassen darauf schließen, dass im höheren Erwachsenenalter die Unterschiede tendenziell zunehmen (vgl. Nelson/Dannefer 1992).

<sup>189</sup> Aufgrund dessen kann vom differentiellen Altern gesprochen werden, hierbei werden die intra- und interindividuellen Unterschiede im Alternsprozess berücksichtigt.

<sup>190</sup> Nikotin- und übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung, exzessives Sonnenbaden oder riskantes Sexualverhalten.

Das Modell erforscht, inwieweit bzw. welche Einflussfaktoren zur Gesundheitsförderung beitragen und protektiv vor pathologischen Entwicklungen wirken (vgl. Magraf/Siegrist/Neumer 1998). Diese Annahme stützend wurde bereits in einer 1986 von der WHO verfassten Erklärung die Prozesshaftigkeit und das Nichtbestehen eines absoluten Zustandes auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit betont. Demzufolge werden Gesundheit und Krankheit „nicht als alternative Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums verstanden [...]“, sondern vielmehr scheint es, „[...] dass fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit [zu bestehen] [...] es existiert kein strenges zeitliches Nacheinander, sondern oftmals eine „Gleichzeitigkeit“ von gesunden und kranken Anteilen des Wohlbefindens“ (Franzkowiak/Lehmann 1996: 53). Des Weiteren ist zu beachten, dass die Auffassung von krank versus gesund oftmals weniger von der ärztlichen Diagnose, d.h. vom objektiven Gesundheitszustand abhängt, sondern vielmehr durch bestehende kulturelle Auffassungen bestimmt wird (vgl. Magraf/Siegrist/Neumer 1998).

Darüber hinaus erscheint die (konsequente) Umsetzung von gehegten gesundheitsfördernden Bestrebungen auf die Verhaltens- und Handlungsebene bzw. in die tatsächliche Performanz stark motivationsabhängig zu sein. Folgt man dem „Health belief Model“ von Becker (1974) dann erhöht sich das Risiko, gesundheitsschädigendes Verhalten zu verfestigen, wenn eine geringe Gesundheitsmotivation besteht und bei nachlassenden Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (vgl. Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 72f.: Health belief Model; Becker 1974). Wie bereits in anderen Studien gezeigt wurde, nehmen die Selbstwirksamkeitserwartungen hierbei eine Schlüsselrolle hinsichtlich gesundheitlichen Risikoverhaltens ein. Demnach weisen Ältere mit einer vergleichsweise hohen Selbstwirksamkeitserwartung im geringen Ausmaß gesundheitsschädigendes Verhalten auf und haben durchschnittlich einen besseren Gesundheitszustand (vgl. Grembowski et al. 1993).

Ferner ist anzumerken, dass eine generelle Verschiebung der Interessenschwerpunkte im Alter festzustellen ist: Laut dem Statistischen Bundesamts, welches eine Erhebung hinsichtlich der Zeitverwendung im Alter durchgeführt hat, werden Gesundheitsthemen im höheren Alter mehr Beachtung geschenkt (vgl. Engstler et al. 2004). Auch aus den Statistiken zur bundesdeutschen

Gesundheitsförderung<sup>191</sup> wird ersichtlich, dass das Gesundheitsbewusstsein in den letzten Jahren progressiv zugenommen hat (vgl. Kraus/Bauernfeind 1998).<sup>192</sup> Dies lässt generell auf einen gestiegenen Sensibilisierungsprozess in Hinblick auf die eigene Gesundheit schließen.

Zum einen kann dieses Phänomen durch einen mit zunehmendem Lebensalter einhergehenden Risikoanstieg einer chronischen Erkrankung einhergehen. Zum anderen kann ein gestiegenes Interesse an Gesundheitsthemen aufgrund bereits tatsächlich bestehender Funktionseinbußen einsetzen (vgl. Engstler et al. 2004). Auch andere Untersuchungen bestätigen, dass Menschen im höheren Lebensalter in einem größeren Umfang gesundheitsförderliche Maßnahmen betreiben (vgl. u.a. Cavanaugh 1993).

Die positive Entwicklung hin zu einer Sensibilisierung für die Gesundheit lässt sich jedoch nicht gesellschaftsübergreifend vorfinden, hier sind soziodemographische und -ökonomische Faktoren zu berücksichtigen. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Weiterbildungsstatistiken so wird deutlich, dass der formale Bildungsstand die Einstellung zur Gesundheitsbildung prägt: Je höher der Bildungsgrad einer Person, desto häufiger werden Weiterbildungsangebote zum Programmbereich Gesundheitsbildung genutzt (Theisen/Sinner 2009: 97). Demzufolge entwickeln höher Qualifizierte durchschnittlich ein größeres Gesundheitsbewusstsein als gering Qualifizierte. Hinzu kommt, dass jene Teile dieser Bevölkerungsgruppe der gering Qualifizierten auch nur schwer durch (Weiter-)Bildungsangebote anzusprechen sind, da bislang zu wenig die milieuspezifischen Erwartungen, Vorstellungen und Handlungsspielräume in den Konzeptionen berücksichtigt werden (Backes/Clemens 2003: 330). Demnach stellt eine adäquate und zielgerichtete Ansprache unterprivilegierter, bildungsferner Bevölkerungsgruppen bzw. Weiterbildungsabstinerer und Personen, deren Lebensstil vornehmlich durch Passivität gekennzeichnet ist, eine Herausforderung für den Bildungsbereich dar. Aus diesem Grund muss bei der Konzeption von Bildungsangeboten für Bildungsferne im präventiven Gesund-

---

<sup>191</sup> Die Gesundheitsförderung hat zum Ziel, dass Individuen durch ihre Verhaltens- und Handlungsweisen dazu befähigt werden, ihre Gesundheit, z.B. durch Vermeidung von Risikoverhalten oder auch Inanspruchnahme von externen Unterstützungsleistungen, wesentlich beeinflussen zu können, was wiederum in einer gesunden Lebensweise münden kann. Die Bedingungen eines Gesundheits- und Krankheitsverhaltens werden in einem großen Ausmaß von motivationalen Prozessen und sozialen Rahmenbedingungen determiniert (vgl. Leitbegriff Gesundheitsförderung: o.V. 2011d). Es ist maßgeblich, inwiefern eine Person intentionale volitionale Prozesse für eine Verhaltensänderung entwickelt, die eigene Vulnerabilität wahrnimmt und sich zudem die Ergebniserwartung bzw. Kontrollüberzeugung (i.S. der Selbstwirksamkeit) gegenüber einer Veränderung verhalten. Neben volitionalen und motivationalen Einflüssen nehmen soziale sowie soziodemografische Faktoren eine bedeutende Stellung ein. Ein Großteil des gesundheitsbezogenen Verhaltens wird demzufolge sozial determiniert und erfährt entweder Unterstützung oder Hemmung durch das Umfeld. Wonach spezifische Formen des Gesundheitsverhaltens stets im sozialen Kontext eingebettet zu sehen ist (vgl. Leitbegriff Gesundheitsverhalten: o.V. 2011d).

<sup>192</sup> In den Volkshochschulen (VHS), in denen die jungen Alten einen Großteil der Klientel ausmachen, zählt die „Gesundheitsbildung“ – wie z.B. Sport, Fitness, Prävention, Stressabbau, Entspannung, alternative Medizin, Ernährung und Gestaltung von Umwelten – neben dem größten Programmbereich „Sprachen“ (2011: 41,9 Prozent) – zu den von den Teilnehmer/-innen stark nachgefragten Programmbereichen. Die Angebote zum Thema „Gesundheit“ haben einen quantitativen Anstieg erfahren (2010: 18,9 Prozent, 2009: 18,6 Prozent, 2008: 18,1 Prozent, 2007: 18,0 Prozent, 2006: 17,8 Prozent) (Huntemann/Reichart 2011: 7).

heitsbereich eine Verbindung mit alltagsrelevanten Fragestellungen geschaffen und individueller Nutzen ersichtlich werden (vgl. Kardorff 2003). Im Bereich der Gesundheitsbildung<sup>193</sup> ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die themenspezifische Teilnahme an Bildungsmaßnahmen signifikant mit dem Geschlecht und dem Bildungsstand korreliert.<sup>194</sup>

Ausgehend von den zuvor dargestellten Ergebnissen lässt sich konstatieren, dass die (individuelle) Gesundheit als ein Entwicklungsprozess und somit als eine Entwicklungsaufgabe angesehen werden kann, deren Verlauf durch gesundheitsbezogenes Wissen über u.a. Risiken und präventive Verhaltensweisen sowie ein eher handlungsorientiertes Verhalten bei selbstinitiiert Informationssuche und einer oftmals bildungsabhängigen Kommunikationsfähigkeit in der Arzt-Patient-Interaktion zu beeinflussen ist (Magraf/Siegrist/Neumer 1998: 70). Demzufolge kann dem Einflussfaktor Bildung eine erhebliche Wirkung auf das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten zugesprochen werden. Aus diesem Grund kann die Entwicklung eines gesunden Lebensstils als lebenslang protektiv wirksam angesehen werden. Zwar lassen sich in einem gewissen Ausmaß und in Abhängigkeit von dem Grad der Erkrankung auch in höheren Lebensjahren gesundheitsfördernde Maßnahmen bzw. eine Veränderung des Lebensstils implementieren (wenn auch nachweislich mit einer schweren Umsetzbarkeit), jedoch kann eine bereits in frühen Lebensabschnitten angelegte Prävention<sup>195</sup> die Morbidität und Mortalität erheblich verringern (vgl. Kaplan/Haan 1989). So erscheint es sinnvoll, dass Weiterbildungsangebote zukünftig vermehrt einen präventiven anstelle eines reaktiven Charakters haben (Bubolz-Lutz et al. 2010: 127), denn es liegen konsistente Befunde vor, dass auch im höheren Lebensalter neu-

---

<sup>193</sup> Die Gesundheitsbildung hat sich etwa ab Mitte der 1980er Jahre und gegenwärtig als ein wachsender Themenkomplex in der Erwachsenenbildung erwiesen (vgl. Hoh/Barz 1999).

<sup>194</sup> Frauen belegen Bildungsmaßnahmen zu den Themen Ernährung, Gymnastik oder Pflege, die häufig auch einen präventiven Charakter haben. Männer besuchen hingegen vornehmlich Ernährungskurse oder Angebote zu spezifischen Krankheitsbildern bei akuter Beschwerdelage (Theisen/Sinner 2009: 97).

<sup>195</sup> Generell kann der Präventionsbegriff als sehr weitgefasst bezeichnet werden. Dieser impliziert die gesamte Bandbreite an Maßnahmen – wie Bildungsveranstaltungen, medizinische Vorsorgeuntersuchungen und viele weitere Aktivitäten – zur Minimierung pathologischer Entwicklungsverläufe und Vermeidung von Neuerkrankungen (vgl. Kruse 2007). Differenziert man dieses Verständnis weiter aus, so lassen sich verschiedene Präventionsformen benennen. So wird in der medizinischen Gerontologie zwischen unterschiedlichen Präventionen unterschieden: Zum einen gibt es die sogenannte *primären Maßnahmen*, die im Vorfeld bzw. vor dem Auftreten einer Erkrankung intervenieren sollen (Kruse/Wahl 2010: 441) und daher als „Geroprophylaxe“ bezeichnet werden (Lang 1994: 290ff.). Diese kann u.a. Aufklärungsmaßnahmen wie beispielsweise im Bildungsbereich, Schutzmaßnahmen durch Implementierung von Umweltveränderungen oder auch verhaltensändernde Maßnahmen, die z.B. zur Vermeidung von Risikoverhalten führen, umfassen (Backes/Clemens 2003: 324). Eine weitere Präventionsform stellt die sogenannte *sekundäre Prävention* dar, welche versucht, die Folgen eingetretener Erkrankungen und Funktionsverlusten zu reduzieren (Kruse/Wahl 2010: 441). Dieser Präventionsform kann eine steigende Bedeutung zugesprochen werden. In Anbetracht einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft, die gekennzeichnet ist durch zunehmende Funktionsabnahmen im Alter, stellt die langfristige Aufrechterhaltung sowie Förderung der vorhandenen Fähigkeiten einen zentralen Bereich dar (Deutscher Bundestag 1994: 281). Die dritte Form, die sogenannte *tertiäre Prävention*, hat die Aufgabe, Folgeschäden von chronischen Krankheiten zu minimieren. Hierbei soll eine autonome Lebensführung gefördert und somit einer Pflegebedürftigkeit entgegen gewirkt werden (Backes/Clemens 2003: 328). Zielführend aller präventiven Bemühungen ist die Förderung bzw. Erhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung und eine größere Sensibilisierung und Eigenverantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit (durch u.a. eine ausgewogenen Ernährung, Nichtrauchen, moderaten Alkoholkonsum, regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen).

ronale Plastizität sowie Lernfähigkeit im Alter bestehen bleiben, so dass generationsübergreifende Bildungsangebote wünschenswert sind, die zugleich Bildungsinteressen und -motive berücksichtigen (Kruse 2005c: 4). In Anbetracht dessen ist es wichtig, bereits jüngere Altersgruppen für die Gestaltbarkeit von Alternsprozessen zu sensibilisieren (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 158).

Letztlich ist anzumerken, dass auf dem gegenwärtigen Forschungsstand bereits schon viele Erkenntnisse über die Parameter einer gesunden Lebensführung gewonnen werden konnten, jedoch sind auch noch viele Fragen ungeklärt. Die Langlebigkeitsforschung wird sich daher vermutlich auch in naher Zukunft analytisch damit befassen, „warum manche Menschen länger leben?“ (Ackermann/Oswald 2008: 130). Vor diesem Hintergrund besteht im Diskurs über die Bestimmung von möglichen Indikatoren im Hinblick auf das komplexe Konstrukt „erfolgreichen“ Alterns noch ein großes Forschungsdesiderat, aufgrund dessen sich zum jetzigen Zeitpunkt nur schwierig umfassende präventive Interventionen ableiten lassen können. Vorangegangene Ausführungen zum Forschungsstand „erfolgreichen“ Alterns konnten jedoch verdeutlichen, dass Prävention in allen Lebensphasen betrieben werden sollte, die dabei mehr als die Vermeidung von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen zum Ziel hat, sondern auch eine Nivellierung bestehender sozialer Ungleichheiten. Diese kann durch lebensbegleitende Bildungsaktivitäten erreicht werden, die eine Kompetenzentwicklung zur selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung begünstigen und zugleich die soziale Integration fördern (Kruse 2005c: 4).

## **5. Fazit zur Bestimmung der Einflussfaktoren für ein „erfolgreiches“ Altern**

Wie die Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln veranschaulichen, liegen elaborierte Befunde darüber vor, dass ein dialektisches Verhältnis zwischen den unterschiedlichen (verhaltensbezogenen und durch die Erbanlagen determinierten) Einflussfaktoren im Alternsprozess besteht. Basierend auf der dargestellten Befundlage, lässt es sich konstatieren, dass es sich beim Alternsprozess um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt, das durch Multidimensionalität, Multidirektionalität sowie Multikausalität gekennzeichnet ist. Daher erfordert es sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene weitreichende Veränderungen und Anpassungen an die aktuell gegebenen bzw. der Realität entsprechenden Bedingungen und Zustände hinsichtlich der Gestaltung der Lebensphase(n) Alter. In diesem Zusammenhang bedarf es in allen gesellschaftlichen Schichten der Etablierung eines realitätsnahen sowie ressourcenorientierten Altersbilds und demzufolge der Abkehr von einer einseitigen – oftmals defizitgeprägten – Sichtweise auf das Alter und das Altern. Dieses setzt zugleich die gesellschaftliche Akzeptenz

neuer Rollenmuster sowie Möglichkeiten der individuellen Gestaltung der Lebensphase(n) Alter voraus.

Vor dem Hintergrund des Diskurses zur begrifflichen Abgrenzung vom Zustand der Gesundheit zu pathologischen Veränderungen im Alternsprozess stellt sich heraus, dass die Zuschreibung „erfolgreichen“ Alterns kein allgemeingültiger bzw. generalisierbarer Wert sein kann. Ob es einer Person gelingt, „erfolgreich“ zu altern, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab und kann als höchst individuell angesehen werden. Hierbei bewegt sich der (aktuelle) Gesundheitszustand stets auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen „absoluter“ Gesundheit und „schwerer“ Krankheit, dessen Bewertung des Gesundheits- bzw. Krankheitsverlaufs von höchst individuellen Maßstäben hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens abhängig ist. Ein „adäquates“ Risikoverhalten lässt sich auch nur schwer bestimmen und hängt von weiteren genetisch bedingten und verhaltensbezogenen Faktoren ab. Diese Kausalzusammenhänge sollten nicht unterschätzt werden und in einer lebenslaufanalytischen multikausalen bzw. ganzheitlichen Betrachtungsweise Berücksichtigung finden.

Längsschnittliche Studien haben bereits übereinstimmend konsistente Hinweise darauf gegeben, dass die Einnahme einer Lebenslaufperspektive erforderlich ist, um somit präventiv wirkend und lebensbegleitend Interventionen initiieren zu können – wie u.a. die Ermöglichung lebensphasenspezifischer Bildungsangebote. Vorangegangene Ausführungen haben deutlich gemacht, dass insbesondere der Einfluss von Bildung – sowohl des Bildungsstandes als von Bildungsaktivitäten – nachweislich protektiv auf die Gesundheit im Alter wirkt. Beispielsweise konnte in zahlreichen Untersuchungen valide nachgewiesen werden, dass der Faktor Bildung einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Kompensationsfähigkeit und der Resilienzfähigkeit im Alter hat: Höher Gebildete weisen demnach statistisch ein höheres Ausmaß an Kompensationsfähigkeit und somit eine größere Kognitive Reserve auf. In diesem Sinne können Bildungsaktivitäten in späteren Lebensphasen als eine Art Empowerment-Strategie verstanden werden (Kolb 2003: 189), wodurch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert und erhalten werden, so dass nach dem Austritt aus der Erwerbsphase negativen Alterserscheinungen und Rollenverlusten entgegen gewirkt werden kann. Demzufolge kann Bildung und Lebenslanges Lernen eine präventive Funktion im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ bzw. gesundes Altern – aufgrund eines gesünderen Lebensstils, der ein niedriges Mortalitätsrisiko<sup>196</sup>

---

<sup>196</sup> In Studien wurde bislang fast ausschließlich der Einfluss des formalen Bildungsstands auf das Mortalitätsrisiko untersucht. Nach Amaducci reduziert sich bei Männern mit jedem zusätzlichen Schuljahr das relative Mortalitätsrisiko um 8,4 Prozent, für Frauen um 16 Prozent (vgl. Amaducci et al. 1998). Es gibt jedoch konsistente Hinweise, dass das Ausmaß formaler und informeller Bildungsaktivitäten korreliert, d.h. durchschnittlich gehen formal höher Gebildete auch vermehrt informellen Bildungsaktivitäten nach.



sowie eine hohe kognitive und physische Kapazität impliziert – zugesprochen werden (vgl. WHO 2002; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005).

Bildungs- und Lernaktivitäten nehmen eine zentrale Rolle bei der aktiven Lebensbewältigung ein und stellen eine protektive Funktion bei der Auseinandersetzung mit zukünftigen Anforderungen dar (vgl. Kolland 2005). Sie ist entscheidend für die Antizipation und Verarbeitung von biografischen Wendepunkten bzw. sogenannten kritischen Lebensereignissen. Konkret heißt das auch, dass Bildung zu einer Komplexitätsreduktion – in Form von Wissenseingrenzung und Entscheidungsminimierung in einer komplexen Umwelt – als auch zur Stabilisierung von bestehenden kognitiven Systemen und vermeintlich Gewusstem bzw. Geglaubtem beitragen kann. Dieses kann zu einer Stärkung der Selbstregulation in Entwicklungsprozessen sowie zur Unterstützung der Reversibilität führen, was wiederum förderlich auf die Selbstwirksamkeit wirken kann (vgl. Kolland 2005). Weitere Forschungsbestrebungen zur Identifizierung von gesundheitsfördernden und -gefährdenden Faktoren sowie deren Wirkungszusammenhänge erscheinen sinnvoll, insbesondere im Hinblick auf lebenslang angelegte präventive Intervention – wie Bildungsmaßnahmen – in unterschiedlichen Altersphasen und Lebensbereichen.

## **6. Einordnung des Bildungsbegriffs**

### **6.1 Bildungsverständnis der Untersuchung**

Basierend auf den dargestellten Ergebnissen soll nun im folgenden Abschnitt das zugrundeliegende Bildungsverständnis dieser Untersuchung entwickelt werden.

Auf diesem Bildungsverständnis und den darauf aufbauenden Bildungszielen wird in einem zweiten Schritt eine begriffliche Abgrenzung unternommen, der die in der Fachliteratur verwendete Termini Kompetenz, Qualifikation, Wissen, Intelligenz, Lernen sowie Entwicklung hinsichtlich der begrifflichen Bestimmung zu Bildung in einem kurzen Abriss beleuchtet. Vor diesem Hintergrund wird beispielhaft in drei gerontologischen bzw. entwicklungspsychologischen Modellen die Verortung von Bildung ergründet. Nachfolgend werden Besonderheiten bei der Kompetenzentwicklung im Alter – insbesondere im Hinblick auf die Bedeutung des Lernens in sozialen Netzwerken – herausgearbeitet. In diesem Zusammenhang werden letztlich auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse der Einfluss von Altersbildern bzw. der Stereotypisierung des Alters auf die Lernleistung (Performanz) näher beleuchtet.

Um sich der Frage anzunähern, was implizit bzw. welche Aktivitäten und (thematischen) Auseinandersetzungen im Speziellen unter Bildung verstanden werden können, soll vorerst auf eine

bereits durchgeführte Meta-Analyse nationaler sowie internationaler Studien zu den Wechselwirkungen von Bildung und Gesundheit im Alter (vgl. Wienberg 2010; Iller/Wienberg 2010) Bezug genommen werden: Sowohl in den untersuchten Studien als auch in der herangezogenen Fachliteratur wird mehrheitlich unter „Bildung“ die formale Schul-, Berufs- und Universitätsausbildung<sup>197</sup> gefasst, soweit sie nicht näher spezifiziert wird (z.B. Erwachsenenbildung). Bildung in informellen Kontexten, die sich ein Mensch während seines Lebens auf Berufswegen, in seiner Familie und seinem außerfamiliären sozialen Netzwerk (Freundeskreis, Nachbarn etc.) erwirbt, wird i.d.R. nicht berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um eine Verengung der Betrachtungsweise auf (größtenteils) institutionelle Bildungsorte, die z.B. den Blick auf die Thematisierung ausschließlich curricular organisierter Formen des Lernens richten. Der in den meisten Studien verwendete Bildungsbegriff kann somit in vielerlei Hinsicht als zu eng gefasst angesehen werden, denn das Bildungsverständnis wird auf den formalen bzw. institutionellen Aspekt reduziert, der häufig auf die Phase der Erwerbstätigkeit gerichtet ist und Zertifizierungen zum Ziel hat.<sup>198</sup>

Neben diesem Aspekt der verstärkten Ausrichtung auf die formale Bildung, welche an Zertifizierungen und Institutionen gebunden ist, lässt sich jedoch auf der normativen bzw. deskriptiven Ebene Bildung auch als substantieller Begriff begreifen, wobei Bildung<sup>199</sup> als Prozess der Selbstentfaltung angesehen wird und Zertifizierung eine untergeordnete Rolle spielt (vgl. Heid 2004). Demzufolge impliziert der Bildungsbegriff zwei Aspekte: Einerseits kann Bildung als ein Zustand des „Gebildetseins“ angesehen werden, andererseits kann Bildung auch prozessartig betrachtet werden (Böhme 2006: 15f.). Ersterem Verständnis liegt die Annahme zu Grunde, dass „[...] Bildung als Resultat [...] durch Erfahrung und vielfältige Anstrengung erworbene individuelle Prägung im Denken, Fühlen und Handeln, die das Welt- und Selbstverhältnis des Menschen bestimmt [ist]. In dieser formalen Begriffsbestimmung ist der normative Gehalt des Begriffes [...] noch ausgeblendet“ (Koch 1999: 78).

Bei all den definitorischen Unterschieden lässt sich jedoch generell festhalten, dass im (aktuellen) wissenschaftlichen Diskurs ein Konsens darüber besteht, dass Lernen – wenn auch nicht in allen sozialen Schichten – in allen Lebensphasen unerlässlich erscheint bzw. lebenslanges

---

<sup>197</sup> Formales Lernen kann über den ISCED Standard (International Standard Classification of Education) in sechs Stufen klassifiziert werden (vgl. UNESCO Institute for Statistics 2012).

<sup>198</sup> Lerntheoretische Aspekte, wie einer nachweislich mit dem Alter zunehmenden Lernform des informellen Lernens (siehe hierzu ausführlicher die Ergebnisse der Meta-Analyse von Wienberg 2010), werden in unterschiedlichen Erhebungen nur selten berücksichtigt, da größtenteils in Studien formale Aspekte von Bildung erhoben werden. Auch wenn Bildung oftmals mit formalen Bildungsabschlüssen assoziiert wird, ist es unumstritten, dass Bildungsaktivitäten viel komplexer – und unter Einbeziehung informeller Bildungsprozesse – zu untersuchen sind. Zudem sollte den Auswirkungen von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten mehr Gewicht beigemessen werden.

<sup>199</sup> Hierbei impliziert Bildung den Erwerb von Wissen und Erfahrungen sowie die Entwicklung von Interessen, um somit dem Individuum zu einer reflexiven und kritischen Beurteilung/(Selbst)Einschätzung zu verhelfen (Kruse 1988: 179).

Lernen selbstverständlich in den Alltag eingegangen ist. Es lässt sich dennoch bis dato kein einheitliches Begriffsverständnis finden (Iller 2009: 1). Wie es bereits Pongratz & Bünger formulierten, ist „kaum ein pädagogischer Grundbegriff [...] so strittig wie der der Bildung“ (Pongratz/Bünger 2008: 110). In den unterschiedlichen Bildungsdefinitionen wird deutlich, dass einzelne Definitionen häufig jeweils nur einen Teilaspekt des Bildungsbegriffs erfassen.

Betrachtet man in der Fachliteratur jene Definitionen genauer – so kristallisieren sich grundsätzlich auch hier zwei Argumentationslinien heraus – wobei Bildung nach beiden Auffassungen als eine Art Gegenkonzept zu Erziehung und zur Überwindung von Ungleichheiten verstanden werden kann (vgl. Schlutz 2001b): Zum einen wird Bildung als Prozess der Selbstentfaltung und Aneignung verstanden und stellt folglich mehr als nur den funktionalen Erwerb von Wissen dar (vgl. Gruschka 2006). Zum anderen „[...] müsse Bildung i.S. der Entfaltung einer persönlichen Identität und der Teilhabe an sozialen Austausch [...] unabhängig vom erreichten Kompetenzniveau möglich sein“ (Schlömerkemper 1986: 410f.) Dieser Argumentation folgend präferieren u.a. sowohl Schlömerkemper (2007) als auch Klieme et al. (2003) dafür, eine Abgrenzung zwischen fachorientierter Kompetenz (Leistungen) und Bildung (Persönlichkeitsentwicklung) zu schaffen (vgl. Klieme et al. 2003; Schlömerkemper 2007).<sup>200</sup>

Eine Betonung der persönlichen Entfaltung wird auch im Begriffsverständnis von Klafki (1996) ersichtlich: Demzufolge geht es aus bildungstheoretischer Perspektive bei Bildung nicht primär um die bloße Wissensaneignung, sondern vielmehr um die persönliche Entwicklung und Reifung physischer und psychischer Kräfte.<sup>201</sup> Als wichtige Entwicklungsziele nennt Klafki neben der Selbstbestimmungs-, die Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit (Klafki 1996: 19ff.; Ebert 1998). Demnach beinhaltet Bildung aus funktional bildungstheoretischer Sicht nicht nur Inhalte, sondern beschreibt vielmehr deren strukturellen Aspekte (Jörissen/Marotzki 2009: 13). Ergänzend hierzu nennt Klafki eine Art „methodische“ Bildung, in dessen Verständnis Bildung zur Gewinnung als auch Beherrschung der Denkweisen, Gefühlskategorien und Wertmaßstäbe dient (vgl. Ebert 1998).

---

<sup>200</sup> Erworbene messbare Fähigkeiten und Fertigkeiten können in sogenannten Kompetenz-Portfolios systematisch dokumentiert werden. Beispielsweise wird aktuell ein Programm von der OECD entwickelt, welches die Kompetenzen von Erwachsenen messen soll (Programme for the International Assessment of Adult Competencies – PIAAC) (vgl. OECD 2012).

<sup>201</sup> Diesem Bildungsverständnis folgend wird in dieser Arbeit unter Bildung mehr als die bloße Funktion des Wissensspeichers begriffen, denn der Erwerb von Wissen für ein produktives Handeln impliziert weitaus mehr als einen funktionalen (Qualifizierungs-)Aspekt (vgl. Kolland/Ahmadi 2010; Bubolz-Lutz et al. 2010: 24f.). Um es in den Worten von Peter Faulstich zuzusagen: „Bildung kann gefasst werden als immer wieder neue Aneignung von Kultur durch den einzelnen Menschen und ist eingebunden in die Kontinuität ihrer Biografien. Im Verlauf des Lebens entfaltet sich die Persönlichkeit. Und gleichzeitig mit der individuellen Entfaltung von Identität erfolgt die gesellschaftliche Verortung“ (Faulstich 2002: 16).

Im Gegensatz hierzu fasst das in der Gerontologie – meines Erachtens – vorherrschende Bildungsverständnis Bildung<sup>202</sup> primär als kognitive Leistung auf und berücksichtigt nur unzulänglich oder gar nicht emotionale sowie motivationale Einstellungen, die Bildung implizieren. Hierbei nimmt Bildung die Funktion des Erhalts physischen und kognitiven Leistungsvermögen ein und wird primär als Kompetenz verstanden.<sup>203</sup> Darüber hinaus kann die Idee von Bildung als individuelle Entwicklung – i.S. einer (einseitigen) Akzentuierung der Persönlichkeitsentwicklung – nicht vom gesellschaftlichen Kontext abstrahiert werden, sodass ein gesellschaftlicher Bezug erforderlich ist (Schiersmann 2007: 44). Die Kontextgebundenheit von Bildung macht eine Reflexion erforderlich, um die Kritik an dem traditionellen Gehalt des Bildungsbegriffs nicht ins Leere laufen zu lassen (Pongratz/Bünger 2008: 125).

Des Weiteren ist es erforderlich, die Auswirkungen demografischer Entwicklungen im Hinblick auf Bildung zu berücksichtigen (Albe 2007:13) und sich demzufolge an einem breiteren Bildungsbegriff zu orientieren, der sich nicht primär auf die Schul-, Aus- und Weiterbildung bzw. die Lebensphase der Erwerbstätigkeit beschränkt.

Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen ist ferner zu beachten, dass sich die Funktion, Motive und Motivation von Bildung im Lebenslauf – bedingt u.a. durch veränderte Anforderungen der jeweiligen Lebensphase und in Abhängigkeit von personalen Faktoren wie der individuellen Bildungsbiografie<sup>204</sup>, der aktuellen Lebenssituation, den gesellschaftlichen Erwartungen und der Zugänglichkeit zu Bildungsangeboten (vgl. Kalbermatten 2004) – im höheren Erwachsenenalter verändern. Somit unterliegt die Funktion von Bildung über den Lebensverlauf hinweg einem stetigen Wandel. Aufgrund dessen ist eine intensivere Einbeziehung von Bildung in den verschiedenen Lebensphasen und damit verbundenen veränderten Lebenslagen und -aufgaben wünschenswert (Bögge 2009: 16). So wäre beispielsweise eine stärkere Akzentuierung identitätsstiftender Aspekte des Lernens im Alter – um verwehrte Bildungschancen in früheren Lebensabschnitten zu kompensieren und diese gegebenenfalls im Alter nachzuholen („späte Freiheit“) (Friedethal-Haase 2005: 32; Kolland/Ahmadi 2010: 37) – und zugleich eine

---

<sup>202</sup> In der Literatur werden für die Bildungstätigkeit im Alter unterschiedliche Begriffe – mitunter synonym – verwendet: u.a. Lernen im Alter, Altenbildung, Altersbildung, Geragogik oder auch Gerontagogik. Im breiten Verständnis wird Bildung im Alter oftmals mit einem universitären Seniorenstudium oder der Teilnahme an Volkshochschulkursen assoziiert. Bildungsaktivitäten im Alter sind jedoch, wie auch in jeder anderen Lebensphase, vielschichtiger und sollten losgelöst von institutionellen Lernformen betrachtet werden, denn insbesondere informelle Lernprozesse (Siehe zu informellen Lernen im Kapitel 8.1 *Einfluss von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten*) gewinnen im Alter an Bedeutung.

<sup>203</sup> In diesem Zusammenhang stellt ein Bildungsziel nicht das Lernen an sich dar, sondern es geht vielmehr um die Fähigkeit eigene Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und zu erweitern. Hierfür scheint das Vorhandensein vom systematischem Wissen alleine nicht auszureichen (Kolland/Ahmadi 2010: 27).

<sup>204</sup> Aus unterschiedlichen Blickwinkeln kann die individuelle Bildungsbiografie zum einen als „Resultat kollektiver und individueller Aktivitäten“ (i.S. einer Produktperspektive) und zum anderen als „Modus und Prozess der Konstruktion sozialer Realität“ (i.S. einer Prozessperspektive) gedeutet werden (Alheit 2006: 89). Der Terminus „Bildung im Alter“ impliziert sowohl die reflexive Betrachtung der biografischen Ereignisse und der Bilanzierung des bisherigen Lebens, i.S. einer Resultatperspektive als auch den Prozesscharakter, nach dem sich Bildung bis zum Lebensende vollzieht.

Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im höheren Lebensalter sinnvoll.<sup>205</sup> Demnach ist ein bildungstheoretisches Verständnis erforderlich, das sowohl die Anforderungen des höheren Lebensalters, die besonderen Bedingungen des Lernens Erwachsener als auch die (Bildungs-)Motive „Älterer“<sup>206</sup> stärker berücksichtigt und somit die Komplexität des Zusammenhangs von Erfahrungen und systematischem Wissens begrifflich nachkommt (Kolland/Ahmadi 2010: 27).

Des Weiteren müsste auf diesen sich vollziehenden Wandel der Bildungsfunktion über den Lebenslauf die Lernmodalitäten funktions- und situationsadäquat an den Lernenden durch ein entsprechendes Bildungsangebot und entsprechende -möglichkeiten angepasst werden. So ist es wichtig, andere Modalitäten des Lernens jenseits herkömmlicher, standardisierter Lehr-Lern-Arrangements – wie das Lernen in informellen Kontexten – in weitere Untersuchungen einzu beziehen. Auch wenn die Themenbereiche bei informellen Lern- und Bildungsprozessen meist „weiche“ Themen sind, bei denen es vornehmlich um soziale oder personale Kompetenzen geht, werden auch (praktische) Fertigkeiten und fachliches Wissen angeeignet.

So lässt sich konkludierend festhalten, dass nach dem modernen Begriffsverständnis Bildung auf die Konstitution von Subjektivität abzielt (vgl. Pongratz 1986). Dieses Verständnis umfasst Kategorien wie Autonomie und Mündigkeit, Differenz und Kritik, Reflexivität und Spontaneität (Heydorn 2004: 49ff.). In diesem Zusammenhang wird Bildung zur „[...] grundsätzlichen Infragestellung gesellschaftlicher Bedingungen, die Menschen unter Zugzwang setzen und ihre Möglichkeiten einschränken“ (Pongratz/Bünger 2008: 177f.). Der Bildungsbegriff kann des Weiteren im Sinne eines klassischen Ordnungsbegriffs innerhalb der (deutschsprachigen) Selbstbeschreibungsemantik begriffen werden (vgl. Luhmann 2002; Stichweh 1994). Der Bildungsbegriff, mit seinen semantischen Führungsleistungen, kann daher trotz zahlreicher kritischer (bildungs-)wissenschaftlicher Diskurse – z.B. durch die soziologisch-gesellschaftskritischen Arbeiten von Bourdieu (vgl. Bourdieu 2006; Bourdieu 2008) – oder auch durch die erziehungswissenschaftlichen Ausführungen von Benner & Brüggem (vgl. Benner/Brüggem 2004) begrifflich nicht ersetzt werden. Bezogen auf die spezielle Lebensphase(n) Alter wird nachgehend eine gesonderte Diskussion dargestellt.

Versucht man den Bildungsbegriff unter der Einbeziehung der Lebensphase(n) Alter i.S. Lebenslangen Lernens begrifflich zu erfassen, so sind grundlegende Leitideen der Erwachsenenbildung zu berücksichtigen. Bildung sollte demzufolge wie bereits erwähnt auf die Konstitution

---

<sup>205</sup> Vgl. hierzu auch die vorangegangenen Ausführungen zu Bildung und Gesundheit in den Kapiteln 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern* und 5. *Fazit zur Bestimmung der Einflussfaktoren zum „erfolgreichen“ Altern*, wodurch die oben dargelegten Befunde zum positiven Einfluss von Bildung auf Gesundheit erklärt werden.

<sup>206</sup> Siehe hierzu ausführlicher die differenziellen Altersdefinitionen im Kapitel 3.1.1. *Chronologisches Alter*.

von Subjektivität abzielen (vgl. Pongratz 1986), welcher die Prämisse der Autonomie und Mündigkeit, Kritikfähigkeit, Reflexivität und Flexibilität bzw. Änderungsbereitschaft zugrunde liegen (Heydorn 2004: 49ff.). Dies bedeutet, dass für die Bildung im Alter“ die gleichen (erwachsenen-)pädagogischen Prinzipien gelten sollten wie im jungen und mittleren Erwachsenenalter.<sup>207</sup>

So lässt sich festhalten, dass Bildung sich in dieser Arbeit mit dem Fokus auf ältere Lernende nicht auf die bloße Vermittlung und Aneignung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten beschränkt, sondern es auch die Auseinandersetzung mit aktuellen oder (potenziell) zukünftigen Aufgaben und Anforderungen in Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern umfasst (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006: 125). Bildung stellt demnach eine aktive Form von „Selbstbildung“ dar, die der persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Entwicklung dient (vgl. Bubolz-Lutz 2000). Demzufolge kann Bildung im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern impulsgebend für die persönliche Entwicklung, Auseinandersetzung mit sozialen, gesellschaftlichen, historischen und kulturellen Lebenslagen sowie einer selbstgesteuerten Lebensorganisation sein, welche dazu beiträgt Autonomie, Aktivität und Teilhabe im Alter zu fördern bzw. zu erhalten (vgl. Kalbermatten 2004).<sup>208</sup>

Es lässt sich zusammenfassen, dass der in dieser Untersuchung verwendete Bildungsbegriff – in Bezugnahme auf vorangegangene Erläuterungen – unterstellt, dass Bildung als ein ganzheitlicher, lebenslanger aktiver, selbsttätig gestalteter und selbstverantworteter Prozess verstanden werden kann, der wesentlich in Auseinandersetzung mit der Umwelt stattfindet. Ähnlich wie im Fünften Altenbericht der Bundesregierung wird Bildung als ein umfassender Prozess der Aneignung und der Erweiterung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungen sowie Wissenssystemen begriffen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006). Dieses Verständnis impliziert, dass Bildung u.a. dem persönlichen Erleben sowie der persönlichen Entfaltung zugrunde liegt (Bubolz-Lutz 1984: 21ff.) und in der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt erfolgt. Hierbei nehmen Zertifizierungen oder die rein auf den

---

<sup>207</sup> Diese Voraussetzungen sind in der Altenbildung jedoch nicht immer gegeben. So sollten beispielsweise die Freiheit und die Selbstbestimmung im Lerngeschehen Voraussetzung für den Lernenden sein, jedoch werden in der geragogischen Praxis/Altenbildung größtenteils Aktivierungsangebote – deren Angebot häufig durch institutionelle Bedingungen bzw. (nicht) vorhandenen Ressourcen bestimmt wird – für Ältere in Senioreneinrichtungen gemacht, die diesem Prinzip der Selbstbestimmung oftmals widersprechen (Kolland/Ahmadi 2010: 28f.). In diesem Zusammenhang gilt das Prinzip der Freiwilligkeit auch nur eingeschränkt, da es sich gegebenenfalls nicht um personale Motive handelt, sondern aus externen Gründen veranlasst wird. Auch dem Aspekt der Verantwortung kann u.U. nur unzureichend nachgekommen werden, da die Lernenden aufgrund mitunter unfreiwilliger Teilnahme und fehlender Motive die Verantwortung für ihren Lernprozess nicht übernehmen können.

<sup>208</sup> Aus Trainingsstudien zur kognitiven Leistungsfähigkeit Älterer ist die Relevanz eines alltagspraktischen Bezugs der Trainingselemente belegt. Für die Erwachsenenbildung bzw. Altenbildung bedeutet dies, dass die Inhalte Lebenssituationen abbilden und somit einen Sinnbezug herstellen und den Transfer des Gelernten gewährleisten. Somit können Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgebaut bzw. erweitert werden, welche die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und auch dem Ziel eines „Empowerments“ nachkommen (zu grundlegenden Leitideen der Erwachsenenbildung: vgl. Baumgart 1985; Krämer/Walter 1995; Speck 1982).

Arbeitsmarkt qualifizierenden Bildungsbemühungen eine untergeordnete Rolle ein, vielmehr beziehe ich mich auf einen substanziellen Bildungsbegriff, welcher die Prozesshaftigkeit als auch die Bedeutung der Selbstentfaltung in den Vordergrund stellt. Bildung kann als ein fester Bestandteil des gesamten Lebens i.S. von lebensbegleitend (und nicht einschränkend auf die Erwerbsphase bezogen) (vgl. Kolland 2002) angesehen werden. Dieser kann folglich als eine lebenslang andauernde Leistung der Eigentätigkeit und Selbstbestimmung betrachtet werden (Bögge 2009: 14).

Um diesem Bildungsverständnis eines selbstbestimmten und autonomen Lebens<sup>209</sup> nachzukommen, bedarf es einer Formulierung der mit den Bildungszielen in Verbindung stehenden individuellen Bedingungen und Kontextfaktoren.<sup>210</sup>

In der Altenbildung<sup>211</sup> stellen vornehmlich insbesondere die soziale Integration, die kulturelle und politische Partizipation, die materielle, körperliche sowie geistige Unabhängigkeit, die Persönlichkeitsentwicklung und der Kompetenzerwerb Bildungsziele dar (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010). Hierbei sollen lebenslang angelegte Bildungsaktivitäten auch im höheren Lebensalter der Lernentwöhnung vorbeugen, ein gesundheitsbewusstes Verhalten fördern und somit das Wohlbefinden erhöhen und schließlich den Erhalt der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit im Alter bewirken (vgl. Bynner/Schuller/Feinstein 2003). Übergeordnet lassen sich hieraus drei Hauptziele von Bildung im höheren Lebensalter formulieren: Entwicklungsziele i.S. von Selbstverwirklichung, die Partizipationsfähigkeit<sup>212</sup> als Beitrag zur „sozialen Inklusion Älterer“ und der Beitrag zur Wertschöpfung zum Produktivitätserhalt im Alter (Staudinger/Heidemeier 2009: 40).

In Tabelle 1 werden exemplarisch einige Konzepte der Altenbildung sowie deren Schwerpunkte in der Kompetenzentwicklung im höheren Lebensalter abgebildet. Hieraus wird u.a. ersichtlich, dass die soziale Teilhabe, gesellschaftliche Partizipation sowie eine autonome Lebensführung zentrale Ziele der Konzepte sind. Bildung gestaltet sich im höheren Lebensalter mit dem Ziel

---

<sup>209</sup> Aus dem Aktivitätsparadigma heraus wird Bildung im Konzept des „Aktiven Alterns“ (vgl. WHO 2002) als für ein selbstbestimmtes und autonomes Leben elementar betrachtet.

<sup>210</sup> In diesem Zusammenhang wird die Zielgruppe der „Älteren“ häufig funktional differenziert, um sich ökonomische, gesundheits-, bildungs- und ordnungspolitische Aufgaben stellen zu können (Kade 2007: 16). Als ein Lernanlass für Ältere kann häufig der Erhalt kognitiver Fähigkeiten zur autonomen Lebensführung angesehen werden. Hierbei spielen Selbstwirksamkeitserwartungen und Attribuierungsstile für die Lernleistung und Lernmotivation eine entscheidende Rolle (vgl. Howard 1989).

<sup>211</sup> Alheit & Dausien (2002) fassen die Lebensphase(n) Alter als eine eigenständige Bildungsphase. Hierbei kommt dem Postulat des lebenslangen Lernens eine doppelte Funktion zu: Zum einen das formale Lernen, welches oftmals als arbeitsmarktregulierendes, ökonomisches Steuerungsinstrument betrachtet werden kann und, zum anderen das biografische Lernen, welches implizit stattfindet (vgl. Alheit/Dausien 2002a) und zudem vermehrt reflexive, soziale sowie kommunikative Lernprozesse impliziert (Alheit/Dausien 2002b: 22).

<sup>212</sup> Neben der Ausbildung von Fähigkeiten zur Teilhabe als Bedingung für Sinn- und Orientierungsleistungen stellt nach Kruse (1988) darüber hinaus eine aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt und Geschichte ein entscheidendes Bildungsziel dar – wenn man die Aufrechterhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten grundsätzlich unterstellt (Kruse 1988: 179).

der Stärkung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, der Nivellierung von im Lebenslauf stratifizierten sozialen Ungleichheiten sowie der Stärkung sozialer Netzwerke, was wiederum zu einer erhöhten Lebensqualität, Handlungsfähigkeit und Selbstkontrolle im Alter führen soll (Kolland 2005: 36).



<b>Zentrale Aspekte in den Konzepten</b>	Vorbeugen von Defiziten/ Störungen, <b>Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, Lernerwöhnung vorbeugen</b>	Erhaltung von Fähigkeiten & Fertigkeiten (Autonomieerhalt im Alter)	Aktivierung von vorhandenen Kompetenzen & Einsatz von Kompensationsstrategien	Lebensbereicherung <b>Erhöhung der Lebensqualität und Wohlbefinden, Selbstverwirklicheung Persönlichkeitsentwicklung</b>	Annahme von Unabänderlichem	<b>soziale Integration und kulturelle, politische Partizipation (Partizipationsfähigkeit als Beitrag zur „sozialen Inklusion Älterer“)</b>
AB zur Vermeidung von Altersabbau	X	X	X			
AB zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben				X	X	X
AB zur Erlangung von Lebenszufriedenheit		X		X		
AB nach dem Prinzip des "Gewährens"				X	X	
AB als Desozialisations-hilfe				X	X	X
AB zur Realisierung gesellschaftlicher Chancengleichheit						X
AB unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Motivationslagen	X	X	X	X		
AB zur Bewältigung von Lebensproblemen		X	X		X	X
AB unter dem Aspekt des "Lebenszusammenhangs"	X	X	X	X	X	X
AB als Eigeninitiative zur Lebensbereicherung				X		X

**Tab. 1: Funktionen von Bildung im Alter (in Anlehnung an Bubolz 1983: 240)**

Anmerkung: Die Prioritäten der Funktionen werden durch „X“ bezeichnet. Bei den rot gekennzeichneten Wörtern handelt es sich um Ergänzungen bzw. Modifizierungen des ursprünglichen Modells von Bubolz.

## 6.2 Begriffliche Abgrenzung zwischen Bildung und Kompetenz

Im folgenden Kapitel wird eine begriffliche Abgrenzung vom Bildungs- zum Kompetenzbegriff vorgenommen und darüber hinaus deren Überschneidungspunkte sowie Unterschiede zu dem Qualifikations-, Wissens-, Intelligenz-, Lern-, Entwicklungs- sowie Lernbegriff herausgearbeitet.

Nachdem im vorherigen Kapitel das Bildungsverständnis erörtert wurde, werden an dieser Stelle einleitend Teilaspekte des (aktuellen) Kompetenzdiskurses erläutert, um im Anschluss hieran die oben genannte begriffliche Abgrenzung vorzunehmen:

Der Kompetenzbegriff bzw. die Kompetenzentwicklung werden zum Teil synonym oder auch zuweilen als Gegenbegriff zu „Bildung“, „Lernen“, „Qualifikation“ und „Humankapital“ verwendet (Gnahs 2007: 11). Unter dem allgemeinen Kompetenzbegriff werden häufig relativ undifferenziert Fähigkeiten, Methoden, Wissen, Einstellungen und Werte verstanden, deren Erwerb und Verwendung sich auf die gesamte Lebensspanne beziehen (vgl. u.a. Dehnbostel 2003). Die „Kompetenzkonjunktur“ lässt sich nicht nur auf nationaler Ebene, sondern auch in inter- und supranationalen Zusammenhängen erkennen (Gnahs 2007:11). In aktuellen bildungspolitischen Diskussionen – insbesondere im europäischen Kontext – nimmt der Kompetenzbegriff eine zentrale Rolle ein (Schiersmann 2007:52). Jedoch hat sich trotz der weiten Verbreitung des Kompetenzbegriffs bislang kein einheitliches Begriffsverständnis etabliert (vgl. Sultana 2009; Vonken 2005).<sup>213</sup>

Insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Globalisierungstendenzen wäre der Prozess einer begrifflichen Konsensbildung für die weitere (internationale) Forschung sowie Praxis erstrebenswert, da die im Diskurs synonym verwendeten Begrifflichkeiten unterschiedliche Inhalte implizieren, welche wiederum nur begrenzt vergleichbare Aussagen aufgrund der Unschärfe ihrer Begriffsbestimmungen zulassen (Baethge/Schiersmann 1998: 35). So ist es nicht verwunderlich, dass der oft gebräuchliche und definitorisch unscharfe Begriff „Kompetenz“ zugleich kritisch im Wissenschaftsbereich als auch in der Praxis diskutiert wird.<sup>214</sup> Darüber hinaus lässt der aktuelle Diskurs zur Bestimmung des Kompetenzbegriffs – aufgrund dessen Popularität – mitunter den Eindruck entstehen, als wenn dieser den Bildungsbegriff ablösen sollte. Der Bildungsbegriff kann jedoch vom derzeit bestehenden Kompetenzbegriff bzw.

---

<sup>213</sup> Den Versuch einer synoptischen Zusammenstellung der vielfältigen Bedeutungen des Kompetenzbegriffs wurde jedoch u.a. von Weinert (Weinert 1999a; Weinert 2001b) angestellt. Diese veranschaulicht, dass der Begriff „Kompetenz“ unterschiedlich in wissenschaftlichen Kontexten verwendet wird und dies demzufolge dazu führt, dass sie sich teilweise gegenseitig widersprechen oder sogar ausschließen (vgl. Weinert 2001b).

<sup>214</sup> Daher bleibt weiterhin zu hoffen, dass der Aussage von Erpenbeck: „Wer auf die Kompetenzdefinition hofft, hofft vergebens“ nicht zukünftig beigepflichtet werden kann (Erpenbeck 1996a: 9).

-diskurs mit seinen definitiven Unstimmigkeiten nicht ersetzt werden (Dörpinghaus/Poenitsch/Wigger 2006: 144). Ferner stellt der Kompetenzbegriff neben der Persönlichkeitsentwicklung – wie bereits erwähnt – nur einen Teilaspekt von Bildung dar.

Trotz der dargestellten begrifflichen Unklarheiten und einer Vielzahl bestehender Definitionen des Kompetenzbegriffs<sup>215</sup> sollen an dieser Stelle beispielhaft (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) bestehende Kompetenzverständnisse dargestellt und eine begriffliche Abgrenzung zu Bildung, Qualifikation, Wissen, Intelligenz, Lernen sowie Entwicklung angestellt werden. Die Darstellung erfolgt u.a. anhand der Charakteristika der Prozesshaftigkeit, der Handlungs- und Subjektorientierung, der Kontextualität, Reflexivität sowie der Ausrichtung an einer ganzheitlichen Sichtweise.

In der Betrachtung einer Vielzahl der Erklärungsmodelle von Kompetenzdefinitionen<sup>216</sup> kristallisieren sich zwei grundlegende Theoriestränge heraus: Zum einen kann Kompetenz als Leistungsdisposition verstanden werden, wobei Wissen und Kenntnisse die Grundlage bilden und sich zu Fertigkeiten zusammenschließen. Die verschiedenen Fertigkeiten konstituieren sich dann wiederum zu Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten schließen sich erneut zu Kompetenzen zusammen. Bei den Kompetenzen erfolgt häufig eine Untergliederung, wie beispielsweise bei der weitverbreiteten Trias von Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz (vgl. u.a. Roth 1971; Weinert 1999b; Fend 1993).<sup>217</sup> Eine andere Unterscheidung nimmt Gnahs (2007) vor, indem er zwischen Basisqualifikationen, Horizontalqualifikationen, Breiterelementen und Vintagefaktoren<sup>218</sup> differenziert (Gnahs 2007: 29). Alle Kompetenzunterteilungen legen nahe, dass Kompetenzen als

---

<sup>215</sup> Hierbei ist anzumerken, dass sich auch bei der erwähnten definitiven Unschärfe und Uneinigkeiten im pädagogischen Kompetenzdiskurs grob zwei Strömungen erkennen lassen: Zum einen eine wissenspsychologische und zum anderen eine anthropologische Ausrichtung im Kontext des Wissensgesellschaftsdiskurses (Pongratz/Reichenbach/Wimmer 2007: 33).

<sup>216</sup> Aus bildungswissenschaftlicher Perspektive wird mehrheitlich davon ausgegangen, dass Kompetenz „[...] eine individuelle oder kollektive Voraussetzung zur Lösung komplexer Aufgaben [ist], sie basiert auf kognitiven und (je nach Autor/-in) motivationalen, volitionalen sowie sozialen Ressourcen, die in einem Lernprozess angeeignet werden müssen, um sie für die erfolgreiche Bewältigung von Umwelthanforderungen einsetzen zu können“ (Weinert 2001b: 62f.).

Mit Blick auf Bildungsstandards fasst das Bundesministerium für Bildung Kompetenz als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2003: 23; Klieme/Hartig 2007).

Die OECD schließt sich diesem Grundverständnis an und fasst Kompetenz als eine „[...] Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Anforderungen, indem [...] (kontextabhängig) psychosoziale Ressourcen (einschließlich kognitiver Fähigkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen) herangezogen und eingesetzt werden“ (OECD 2005: 6). Demzufolge ist eine Kompetenz mehr als nur das Vorhandensein von Wissen als auch kognitive Fähigkeiten, „[...]“, sondern die Möglichkeit des situationsadäquaten Zugriffs auf solche und andere Ressourcen“ (OECD 2005: 6).

<sup>217</sup> Eine in der Erziehungswissenschaft relevante Debatte hinsichtlich des Kompetenzbegriffes wurde maßgeblich von Heinrich Roth geformt. Das zentrale Ziel von Erziehung sei ihm zufolge „Mündigkeit als Kompetenz für verantwortliche Handlungsfähigkeit“. Auch der (nationale) erziehungswissenschaftliche Kompetenzdiskurs wird maßgeblich durch die Forderung einer stärkeren Berücksichtigung nicht ausschließlich kognitiver, sondern ebenso affektiver und motivationaler Aspekte in Hinblick auf ein umfassendes Kompetenzverständnis, welches insbesondere im höheren Lebensalter Handlungsfähigkeit und Mündigkeit ermöglicht, bestimmt (vgl. Roth 1971; Achtenhagen/Winther 2008; Baethge et al. 2006).

<sup>218</sup> Als „Vintage-Faktoren“ werden jene Fähig- und Fertigkeiten zusammengefasst, die zur Überwindung von Bildungsdifferenzen aufgrund von Altersunterschieden und heterogener Fort- und Weiterbildung beitragen (vgl. Mertens 1974).

„Summe bzw. Einheit von Wissensbeständen und der Anwendungsfähigkeit dieses Wissens“ sublimiert werden können (Bernien 1997: 24). Der Kompetenzbegriff wird als Sammelbegriff verstanden, der die Ausprägungen der Motive, Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Selbstkonzepte, Einstellungen sowie Werte, welche eine Person in der Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickelt, umfasst (vgl. u.a. Spencer et al. 1992; Dehnbostel 2001; Wick 2009: 25). Zum anderen kann Kompetenz als Selbstorganisationsdisposition (vgl. Erpenbeck 1996a) i.S. eines integrierten, prozessorientierten Ansatzes betrachtet werden. Auch nach dieser Ansicht beinhaltet Kompetenz u.a. Fachwissen, Motivation und Einstellungen.

Ressourcen i.S. von Fähigkeiten, Fertigkeiten etc. werden aktiv vom Individuum organisiert. Der Kompetenz kommt demzufolge eine organisierende Funktion – i.S. eines „Ordnens des Handelns“ (vgl. Erpenbeck 1996b; Erpenbeck 2003; Erpenbeck/Heyse 1999) bzw. eines individuellen Selbstorganisationspotenzials (Erpenbeck/Rosenstiel 2003: XI) – von Ressourcen zu. Hierbei lassen sich nur schwer einzelne Fähigkeiten isoliert voneinander betrachten, da sie durch Überschneidungen gekennzeichnet sind (Hartig 2008: 22).



Auf Grundlage der vorangegangenen Ausführungen zum Kompetenzbegriff bzw. zur Kompetenzdebatte werden in der folgenden begrifflichen Gegenüberstellung die Unterschiede sowie Schnittmengen des Bildungs- und Kompetenzbegriffs aufgezeigt.

**Abb. 5: Begriffliche Abgrenzung zwischen Bildung und Kompetenz (eigene Darstellung)**

Wie Abbildung 5 veranschaulicht, wird unter Bezugnahme theoretisch bzw. konzeptionell nahstehende Begriffe ein synoptischer Vergleich jener Charakteristika angestellt.

Auch wenn die Fachliteratur konträre Einschätzungen zum Verhältnis von Bildung zu Kompetenz (Gnahn 2007: 22) bietet, soll an dieser Stelle der Versuch unternommen werden, sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede herauszuarbeiten: Als eine Gemeinsamkeit beider Begriffe kann die ganzheitliche Ausrichtung und seine Subjektorientierung begriffen werden. Diese lässt sich jedoch bei den beiden Begriffen Kompetenz und Bildung mit unterschiedlicher

Ausprägung finden. Vordergründig erscheint es so, als wenn der Kompetenzbegriff ein höheres Maß an Wertneutralität aufweisen würde; jedoch deuten Kritiker darauf hin, dass Kompetenz ein affirmativer Begriff sei, mit einer zu starken ökonomischen Ausrichtung, wodurch die Aspekte der Subjektorientierung vernachlässigt werden (vgl. Schlüter 2008). Anders formuliert wirkt der Kompetenzbegriff – aufgrund seiner fehlenden normativen Vorgaben – zwar scheinbar neutraler jedoch auch „definitiv schwammiger“ als der Bildungsbegriff (Gnahn 2007: 23f.).

Ein weiteres gemeinsames Charakteristikum des Kompetenz- und Bildungsbegriffs stellt die ganzheitliche Sichtweise dar, die kognitive, bewertende und emotional-motivationale Aspekte des Handelns umfassen (Erpenbeck/Heyse 1996: 35; Schiersmann 2007: 54f.). So sind Bildung und Kompetenzentwicklung durch eine ganzheitliche Ausrichtung, welche die individuelle Haltung und Werte, Dispositionen und Motivationen als auch Fertigkeiten und Wissensbestände impliziert, gekennzeichnet (Gnahn 2010: 22).

In Hinblick auf den Erhalt und die Entwicklung von Autonomie sowie eine selbstbestimmte Lebensführung (im Alter) lässt sich konstatieren, dass der Kompetenzbegriff stärker als z.B. der Qualifikationsbegriff auf Dispositionen rekurriert, die zum konkreten Handeln befähigen. Bernien (Bernien 1997: 25) fasst Kompetenz in diesem Sinne als „die Summe aller Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensbestände und Erfahrungen des Menschen [auf], die zur Bewältigung seiner beruflichen Aufgaben und gleichzeitig zur eigenständigen Regulation seines Handelns einschließlich der damit verbundenen Folgeabschätzungen befähigen.“ Dies impliziert eine Selbstorganisation des Handelns, welche gekennzeichnet ist durch eine bewusste, kritische und verantwortliche Planung, Durchführung sowie Bewertung des eigenen Handelns – i.S. eines gezielten Zugriffs auf Ressourcen. Hierbei spielen reflexive Fähigkeiten auf der Basis von Erfahrungen und Wissen eine entscheidende Rolle (Dehnbostel/Molzberger/Overwien 2003: 28ff.). Es lässt sich hinsichtlich der Gegenüberstellung des Kompetenzbegriffs zum Bildungsbegriff resümieren, dass diese – aufgrund deren verschiedener Bildungsprinzipien – abgekoppelt betrachtet werden müssen (Pongratz/Reichenbach/Wimmer 2007: 33). Klieme & Hartig (2007) formulieren ihr Verständnis von Kompetenz und Bildung wie folgt: „Wenn erziehungswissenschaftlich von Kompetenzen gesprochen wird, geht es immer auch um das Verhältnis von akademisch-wissensbezogenen, situativ-handlungsbezogenen und auf Persönlichkeitsentfaltung bezogenen Bildungsbegriffen“ (Klieme/Hartig 2007: 12).

So fassen Pongratz et al. (2007) Kompetenz in Abgrenzung zum Bildungsbegriff als bewusst funktionalistisch (Pongratz/Reichenbach/Wimmer 2007: 33) und somit fast immer politisch motiviert und interessenorientiert. Dem „klassischen“ Verständnis des Bildungsbegriffs wird

unterstellt, dass dieser sich deduktiv aus einer allgemeinen Bildungsidee abgeleitet, wo hingegen sich Kompetenz induktiv aus den situationalen Anforderungen an Personen herausbildet (Frank 2011: 97). Dieser Aussage kann nur eingeschränkt zugestimmt werden, da zum einen einem „offenen“ Bildungsbegriff zufolge – wie er auch in dieser Untersuchung verwendet wird – ein hoher Situationsbezug und ein geringer normativer Charakter der „klassischen“ Bildungsidee zugesprochen werden kann und zum anderen Kompetenzen mehr als die Funktion der Qualifikation für eine gewisse Anforderung zugesprochen werden können: Er impliziert auch Werte und Einstellungen (Frank 2011: 103).

Darüber hinaus lassen sich unter Bezugnahme nahestehender Begrifflichkeiten – ungeachtet der unterschiedlichen Bildungs- und Kompetenzkonzepte, welche unterschiedliche Akzentuierung und theoretische Verankerungen implizieren – Parallelen und Abgrenzungen benennen: Beispielsweise stellt der Intelligenzbegriff ein viel beforschtes Konstrukt dar, das mit einigen Kompetenzkonzepten darin übereinstimmt, dass beide häufig als ein Sammelbegriff für grundlegende kognitive Fähigkeiten verwendet werden. Es gibt jedoch auch für den Intelligenzbegriff keine allgemein anerkannte wissenschaftliche Definition; jedoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten in den unterschiedlichen Ansätzen finden: Demnach stellt Intelligenz eine Art Anpassungsleistung des Organismus an seine Umwelt und deren Veränderungen durch Lernen dar. Zudem verhilft Intelligenz zur gedanklichen Erfassung und Strukturierung neuer Aufgabenstellungen und deren zielgerichteter Lösung, vergleichbar mit einer (Problemlöse-)Kompetenz (Schaub/Zenke 2002: 276; Gage/Berliner 1996: 51f.). In diesem Punkt verhält es sich mit dem Intelligenzbegriff ähnlich wie mit dem Kompetenzbegriff: Intelligenz wird im Allgemeinen als eine Art Problemlösefähigkeit, die nicht an spezifisches Wissen gebunden ist, verstanden. Vielmehr wird Intelligenz als breit generalisierbare Leistungsdisposition aufgefasst.

Bei der Intelligenzmessung ist ebenso wie bei der Kompetenzmessung zu beachten, dass es sich um Konstrukte handelt und Verhaltensqualitäten interpretiert werden (Anastasi 1986: 19). Ebenso wie das Kompetenzkonstrukt wird das Intelligenzkonstrukt von weiteren (internalen und externalen) Faktoren – wie beispielsweise emotionalen, sozialen und sensorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch kontextbezogenen Faktoren – beeinflusst (Gage/Berliner 1996: 52).<sup>219</sup> In diesem Zusammenhang werden beispielsweise in der „ILSE“-Untersuchung Bildung und Intelligenz als jeweils einzelne Konstrukte gefasst, wodurch dieses Untersuchungsdesign es erlaubt, Bildungs- bzw. Intelligenzeffekte separat zu betrachten. Allerdings ist anzumerken,

---

<sup>219</sup> Zudem ist zu berücksichtigen, dass auch Intelligenz kulturspezifisch ist und nicht als universal betrachtet werden kann. Bei der Definition des Konstrukts Intelligenz und bei der Messung ist es notwendig, kulturelle Hintergründe zu verstehen und zu berücksichtigen (Gage/Berliner 1996: 53).

dass Bildung und Intelligenz meistens eng mit einander verknüpft sind. Der IQ kann als eine Ressource angesehen werden, auf die man zurückgreift, genauso wie auf Bildung im Ressourcenverständnis. Im Zusammenspiel von Bildung, Intelligenz, motivationalen und volitionalen Aspekten sowie der Lernbereitschaft entwickelt sich demnach eine Fähigkeit bzw. Kompetenz.

Im Zusammenspiel einzelner Aspekte, die im Hinblick auf den Aneignungsprozess relevant sind, wird dem Wissen eine Art organisatorische und semantische Funktion von Daten und Informationen zugesprochen. Nach dem systematisch-zusammenfassenden Ansatz stellt Wissen im Wissensmanagement (vgl. Schmitz/Zucker 2003) und der Wissenslogistik (vgl. Hartlieb 2002) eine Art „Managementfunktion“ von Daten und Informationen und der semantischen Verknüpfung mit bereits erworbenem Wissen dar.

In der begrifflichen Abgrenzung zum Wissensbegriff versteht sich Bildung als ein „[...] reflektiertes Verhältnis zu sich selbst, zu anderen und zur Welt [und] ist auf Wissen bezüglich dieser Verhältnisse angewiesen“ (Dörpinghaus/Poenitsch/Wigger 2006: 148). Bildung unterscheidet sich zudem vom Wissensbegriff durch seine Ganzheitlichkeit (Dörpinghaus/Poenitsch/Wigger 2006: 148).

Übereinstimmend mit dem Bildungs- und Kompetenzbegriff handelt sich auch bei Wissen um eine gesellschaftliche Konstruktion und eine damit verbundene gesellschaftlich-, kulturellspezifische Zuschreibung. So gibt es wissenschaftlich betrachtet kein Wissen an und für sich. Wissen wird „[...] von Gesellschaften immer nur zur Bewältigung ihrer jeweiligen Realitäten hergestellt und angewandt“ (Landwehr 2007: 802). Demnach ist Wissen ein gesellschaftliches Phänomen i.S. eines sozialen Konstrukts, und die Zuschreibung von Wissen erfolgt im gesellschaftlichen und historischen Zusammenhang (Kontextualisierung). Des Weiteren wird der Wissenserwerb nicht nur von kognitiven Faktoren, sondern auch von motivationalen und sozialen Prozessen moderiert (Schaub/Zenke 2002: 594).

Definitive Schwierigkeiten bestimmen ebenfalls den Wissenschaftsdiskurs zum Wissensbegriff: So lässt sich bislang keine präzise und übergreifende allgemeingültige Definition finden. Der Wissensbegriff wird häufig undifferenziert als ein Sammelbegriff für (verfügbare) kognitive Ressourcen begriffen.

Vergleichbar wie beim Kompetenzbegriff dominieren jedoch auch beim Wissensbegriff zahlreiche theoretische Differenzierungen: Eine Gliederung des Wissens, welche bereits 1966 von Polanyi eingeführt wurde und sich in der Wissenschaftsdiskussion bis heute behauptet, ist die

Zweiteilung in explizites<sup>220</sup> und implizites<sup>221</sup> Wissen (vgl. Polanyi 1966). Sowohl das implizite als auch das explizite Wissen bestimmen gleichwohl die Qualität der Handlung aufgrund ihrer untrennbaren Verknüpfung zueinander (Schmidt 2005:181).

In der Psychologie kann unter Bezug auf gängige Klassifikationen der Gedächtnisforschung ebenfalls zwischen verschiedenen Typen des Wissens<sup>222</sup> nach Form der Verfügbarkeit unterschieden werden (vgl. Anderson 1976): Beispielsweise wird innerhalb des Langzeitwissens zwischen deklarativem<sup>223</sup> und prozeduralem<sup>224</sup> Wissen differenziert.

Ähnlich wie beim Wissensbegriff bestehen auch beim Qualifikationsbegriff definitorische Unstimmigkeiten: Qualifikationen werden zudem auch häufig – ähnlich wie beim Kompetenz- und Wissensbegriff – als eine Art Sammelbegriff von u.a. Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die Bewältigung konkreter Anforderungen erforderlich sind, verwendet (Schaub/Zenke 2002: 448).

Eine Verbindung des Qualifikationsbegriffs zu den Begriffen Kompetenz und Bildung wird durch die Merkmale bzw. deren begrifflichen Gebrauch wie Wissen, Können, Dispositionen, Selbstständigkeit, Handlungsfähigkeit und -bereitschaft, Urteilskraft, Kritikfähigkeit usw. deutlich (Schaub/Zenke 2002: 448; Gnahs 2010: 21). Als ein mögliches Kriterium zur begrifflichen Differenzierung führt beispielsweise Jochen Kade das Maß an Selbst- bzw. Fremdbestimmung ein, das sich mit den Konzepten von Bildung, Kompetenz und Qualifikation verbindet: Demzufolge soll Bildung umfassend die individuelle Freiheit und Mündigkeit ermöglichen, im Gegensatz zur Qualifikation, welche ihren Sinn erst vom Verwertungsprozess her erhält (i.S. von Effektivität) (Schaub/Zenke 2002: 448).

Auch wenn Kompetenz ein Maß an Qualifikation voraussetzt, so ist dies zwangsläufig kein Garant für Kompetenz (Erpenbeck 2005: 46).

Eine begriffliche Abgrenzung wiederum von Qualifikationen zu Kompetenzen erfolgt laut der Europäischen Kommission (2005) dadurch, dass „[...] eine Qualifikation [besteht], wenn eine

---

<sup>220</sup> Explizite Wissensinhalte sind bewusste und verbalisierbare Fähigkeiten – wie z.B. Fachwissen. Das bedeutet, dass das explizite Wissen von den individuellen Fähigkeiten abhängt und bewusst aktiviert werden kann (vgl. Polanyi 1985).

<sup>221</sup> Implizite Inhalte zeichnen sich dadurch aus, dass sie nur schwer formalisierbar und vermittelbar sind – i.S. eines verinnerlichten Könnens. Unbewusste, nicht artikulierbare Inhalte bilden das implizite Wissen, welches in einer Verbindung mit Handlungen und Mitwirkungen in einem spezifischen Kontext steht. Wie M. Polanyi es formulierte „[wir] wissen [mehr], als wir zu sagen wissen“ (Polanyi 1985: 14).

<sup>222</sup> Nach der Theorie von Noam Chomsky lässt sich Wissen nach seiner Herkunft unterscheiden: Hierbei kann es sich entweder um angeborenes oder erworbenes Wissen handeln (vgl. Chomsky 1965).

<sup>223</sup> Deklarative Darstellungen von Wissensinhalten beziehen sich auf Fakten. Hierbei kann zwischen semantischem (abstraktem Weltwissen) und episodischem Wissen (Situationserinnerungen) differenziert werden (vgl. Wagner o.J.: 1).

<sup>224</sup> Prozedurales Wissen ist auf Handlungsabläufe bezogen und beschreibt Vorgänge, Verknüpfung und Anwendung von Wissen (vgl. Wagner o.J.: 1).



zuständige Stelle entscheidet, dass der Lernstand der Person den im Hinblick auf Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen spezifizierten Anforderungen entspricht [...]. Dass die angestrebten Ergebnisse erreicht wurden, wird durch einen Evaluierungsprozess oder einen erfolgreich abgeschlossenen Bildungsgang bestätigt“ (Europäische Kommission 2005: 14). (Schlüssel-)Qualifikationen sind demzufolge primär arbeitsbezogen, wohingegen Kompetenzen eine stärkere Subjektorientierung aufweisen. Qualifikation bezieht sich hingegen auf das Arbeitsvermögen sowie Verwertbarkeit der Qualifikationen ist also primär auf die Erwerbstätigkeit gerichtet und stellt ein Bindeglied zwischen personalen Fähigkeiten sowie Fertigkeiten und die Bewältigung von erwerbstätigkeitsbezogenen Anforderungen dar (vgl. Faulstich 1996). Demzufolge richtet sich der Qualifikationsbegriff auf Fertigkeiten, Fähigkeiten und Wissensbestände, die im Hinblick auf ihre Verwertung primär aus der Sicht der Nachfrage des Arbeitsmarktes eingeordnet werden und ist nicht primär durch eine Subjektorientierung bestimmt, sondern vielmehr als objektbezogen anzusehen (Schiersmann 2007: 46; Dehnbostel 2003: 7).

Im Rahmen der hier angestellten Diskussion des Kompetenzbegriffs wird deutlich, dass diese eine Orientierung an Fähigkeiten und Fertigkeiten zur produktiven Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Lebenssituation im höheren Lebensalter aufweisen (Olbrich 1988: 55). Zudem lassen sich in der gerontologischen Literatur zum Thema Kompetenzkonzepte vorzugsweise jene finden, die eine Unterscheidung in Einzelkompetenzen vornehmen – wie z.B. in eine *physiologisch-biologische, kognitive, behaviorale, soziale* oder auch *kommunikative* Kompetenz (Lehr 1988: 4f.). Deren Förderung und Transferierbarkeit in alltäglichen Situationen kann durch einen hohen Kontextbezug, beispielweise in Trainingsmaßnahmen, erreicht werden. Aufgrund dieser hohen Bedeutung der Kontextspezifität von Kompetenzen beziehen sich Kompetenzkonstrukte grundsätzlich auf spezifische Anforderungsbereiche und implizieren die Frage „kompetent wofür?“ (Weinert 2001b: 59). Versteht man Kompetenzen als kontextspezifische kognitive Leistungsdispositionen, so lassen sich diese durch Interventionen beeinflussen (Grollmann/Jude 2008: 142). Dieses Verständnis weist Parallelen zum Lernbegriff auf: Demnach kann Lernen<sup>225</sup> ebenso wie Kompetenz als eine soziale Konstruktion begriffen werden, die durch ein starke Kontextabhängigkeit<sup>226</sup> gekennzeichnet ist und von situativen Gegebenheiten bestimmt wird (Dörpinghaus/Poenitsch/Wigger 2006: 145). Demzufolge ist Lernen ein interaktiver Prozess zwischen dem Individuum und der Umwelt und wird ferner von Erfahrungs-

---

<sup>225</sup> Hierbei ist anzumerken, dass Lernen als ein selbstorganisierter und innen gesteuerter Prozess nicht als orts-, sondern vielmehr personengebunden verstanden werden kann (vgl. Beck 1984; Straka 1998).

<sup>226</sup> Lernen findet immer in Verhältnissen statt, bildet diese ab und gestaltet Verhältnisse in der sozialen Umwelt (Umbach 2011: 181).

möglichkeiten einschließlich gesellschaftlicher Normen und Rollenerwartungen beeinflusst (Illeris 2006: 31ff.). Nach diesem (der Untersuchung zugrunde liegenden) Verständnis kann dem Lernen eine hohe Situiertheit und Möglichkeit zur sozialen Inklusion zugesprochen werden, zudem kann dem Lernen ein mitunter hohes Veränderungspotenzial der Innen- und Außenwelt zuerkannt werden (vgl. Peukert 1992), was wiederum keine klare Abgrenzung zum Bildungsbegriff ermöglicht (Kolland/Ahmadi 2010: 27).

Wird nun versucht, noch eine genauere Abgrenzung von Lernen zu Bildung anzustellen, so wird deutlich, dass Bildung definatorisch häufig weiter als Lernen gefasst ist. Als Lernen wird demnach die konkrete Aneignung von Fähigkeiten und Fertigkeiten begriffen, wobei komplexes Lernen durchaus Bildungsabsichten unterstellt. Dies lässt einen synonymen Gebrauch beider Begriffe streng genommen nicht zu. Die Verbindung von Lern- und Bildungsprozessen kann vielmehr so verstanden werden, dass Lernprozesse wichtige Elemente von Bildung darstellen. Lernen ermöglicht durch die Aneignung neuer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Handlungsstrategien demnach, dass Bildung i.S. einer Organisation verschiedener Lernprozesse auf das Ziel der Lebensgestaltung und -bewältigung hin ausgerichtet wird (vgl. Kalbermatten 2004).

Darüber hinaus kann in der Betrachtung des Kompetenz- zum Lernbegriff vornehmlich davon ausgegangen werden, dass Kompetenzen in ihren Ausprägungen erlernt wurden und sich über den Lebenslauf modifizieren und entwickeln lassen (Dehnbostel 2001: 76). Daraus folgend kann angenommen werden, dass Kompetenzen beispielsweise durch Training oder andere äußere Interventionen – im Gegensatz zu anderen Dispositionsstrukturen – beeinflusst werden können (Klieme/Hartig 2007: 17). Als ein grundlegendes Problem der Lehr-Lern-Forschung, welches auch bei der Kompetenzmessung zum Ausdruck kommt, kristallisiert sich auf der didaktischen Ebene heraus, dass der Lernende nicht durch äußere Interventionen zwangsläufig intervenieren kann (Schmidt 2005: 182). Im Hinblick auf die didaktische Konzeption von Lernsettings und die Evaluation von Lernergebnissen ist wie auch bei Kompetenzmessverfahren zu berücksichtigen, dass diese immer an soziale Prozesse geknüpft sind (Faulstich 2008: 54f.; Seebauer 2005: 13). Auch wenn eine stringente Abgrenzung des Kompetenzbegriffs vom Lernbegriff an manchen Stellen schwierig erscheint, ist ein weiteres Unterscheidungskriterium zu nennen: Beispielsweise das unterschiedliche Zeitverhältnis. Das heißt, der Lernprozess i.S. der (Subjekt-)Entwicklung wird bis zur tatsächlichen Performanz erklärt, wohingegen sich bei der

Erklärung von Kompetenz auf eine „[...] geschätzte Qualität des Handelns-Könnens auf die Zukunft [...]“ bezogen wird (Schmidt 2005: 171f.). Nach diesem Verständnis kann Kompetenz als eine Verantwortung und zugleich vermutete Fähigkeit betrachtet werden (vgl. Hubig 2000). Die im Folgenden angestellte Gegenüberstellung des Entwicklungs- und Bildungsbegriffs verdeutlicht, dass Bildung zum einen durch seine aktive Selbstreflexion sowie Auseinandersetzung mit Informationen und Ereignissen seiner Umwelt eine Prozesshaftigkeit zugesprochen werden kann. Zum anderen kann Bildung auch als Resultat dieser aktiven Auseinandersetzung begriffen werden.<sup>227</sup>

Bei der Einnahme einer entwicklungs- bzw. lebenslauforientierten Perspektive im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit zu bewältigenden Anforderungen wird in diesem Zusammenhang ersichtlich, dass im Bereich der Persönlichkeit der Altersverlauf durch Stabilität und nicht primär durch Funktionseinbußen gekennzeichnet ist (McCrae/Costa 1995). Die entwicklungspsychologische Forschung bietet somit Hinweise, dass eine Reflexion, sowohl als Selbst- als auch Fremdeinschätzung, eine stabilisierende Wirkung auf Persönlichkeitseigenschaften haben kann (vgl. McCrae/Costa 1995).

Aus zahlreichen Untersuchungen gehen – wie bereits dargestellt – konsistente Beweise hervor, dass die Struktur der Persönlichkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter durch eine eminente Entwicklungsstabilität gekennzeichnet ist (Lindenberger/Schaefer 2008: 400; Gunzelmann/Oswald 2005: 75). Das bedeutet, dass die Persönlichkeitseigenschaften über die Lebensspanne relativ stabil bleiben, jedoch mit Ausnahmen in vereinzelt Bereichen<sup>228</sup> (vgl. John/Srivastava 1999). So lässt sich vermuten, dass die (stabilen) Persönlichkeitseigenschaften der sogenannten „Big Five“<sup>229</sup> (vgl. Costa/McCrae 1995) einen Einflussfaktor hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Souveränität des Handlungsvermögens i.S. von Kompetenz haben (Dehnbostel/Molzberger/Overwien 2003: 28ff.). Die Persönlichkeitseigenschaften zeigen sich nicht automatisch in der Handlung, da persönlichkeitsbezogene Eigenschaften (z.B.

---

<sup>227</sup> Siehe zum Verständnis von Bildung in Kruse 1988.

<sup>228</sup> Ein Forscherteam der Universität von Kalifornien (siehe hierzu: Institute of Human Development) konnte in Längsschnittstudien belegen, dass sich im Lebenslauf Veränderungen in den Persönlichkeitseigenschaften, insbesondere bei Frauen (Rupprecht 2008: 18) beispielsweise für die Bereiche „Selbstvertrauen“, „kognitives Commitment“, „Selbstbezogenheit“, „Zuverlässigkeit“, finden lassen. Auch in der „Berliner Altersstudie“ wurde untersucht, inwieweit Persönlichkeitsfaktoren sich im höheren Lebensalter wandeln (vgl. Mayer/Baltes 1996). Die Forscher/-innen kamen zu dem Befund, dass beispielsweise die Probanden/-innen mit niedrigen Neurotizismus-Werten resilienter gegenüber körperlichen als auch sozioökonomischen Risiken sind und zudem eine höhere Lebenszufriedenheit äußerten. Auf der anderen Seite zeigte sich, dass Probanden/-innen mit einem hohen Neurotizismus-Wert Funktionseinbußen z.B. im physischen Bereich und daraus resultierende negative Emotionen als vertrauter empfinden und daher oftmals Defizite weniger stark als Einschränkung empfinden als Personen mit niedrigen Neurotizismus-Werten (Gunzelmann/Oswald 2005: 77). Diese Ergebnisse machen deutlich, dass sich keine universellen Aussagen über die Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen treffen lassen, da diese immer nur in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext betrachtet werden können (Gunzelmann/Oswald 2005: 77).

<sup>229</sup> Big Five: Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für neue Erfahrungen (vgl. McCrae/Costa 1995; Costa/McCrae 1988).

Zurückhaltung) sich auf die Performanz<sup>230,231-232,233</sup> auswirken, neben situativen bzw. kontextabhängigen Aspekten. Im Hinblick auf die Handlungskontrolle differenziert Kuhl (1982) zwischen Individuen, welche eher eine „Handlungs-, bzw. „Lageorientierung“ statt relativ stabiler Persönlichkeitsmerkmale aufweisen (vgl. Kuhl 1982; Dörner 1996: 113).

Folglich steht das Merkmal der Handlungsorientierung, d.h. zielführend eine adäquate Problemlösung zu finden, im Mittelpunkt sowohl von Kompetenz- als auch Bildungskonzepten. Hierbei ist Lernen als korrigierende Erfahrung und Verarbeitung im Handlungsvollzug involviert (Faulstich 2008: 35). Diesbezüglich lässt sich anmerken, dass eine Veränderbarkeit im Entwicklungsverlauf von gewissen Eigenschaften stets im Kontinuum von Stabilität und Wandelbarkeit zu betrachten ist. Ebenso können allen in diesem Kapitel beschriebenen Begriffe – mit Einschränkungen des Intelligenzbegriffs, der eher als ein stabiles Merkmal angesehen (ähnlich wie einige stabile Persönlichkeitsmerkmale: vgl. „Big-Five“ von Costa/McCrae 1988) und zu einem Teil auch als vererbbar betrachtet werden kann (vgl. u.a. Schweizer 2006) – ein hohes Maß an Veränderungspotenzial zugesprochen werden. Das bedeutet, dass sich sowohl Prozesse sowie Verhältnisse von „Bildung“, „Kompetenz“, „Qualifikation“, „Wissen“, „Lernen“ als auch „Entwicklung“ fortwährend über die Zeit wandeln, direkt beeinflusst von den individuell gegebenen Möglichkeiten, d.h. sie weisen einen starken Kontextbezug auf und hängen von Freiheitsgraden, Verantwortlichkeit und Legitimationen ab (Flasse/Stieler-Lorenz 2000: 207).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein breiter Konsens darüber besteht, dass Kompetenz in der Mehrheit der psychologischen Kompetenzkonzepte weitestgehend als „erlernbare kontextspezifische Leistungsdispositionen, die sich funktional auf Situationen und Anforderungen in bestimmten Domänen beziehen“ definiert wird (Klieme/Hartig 2007: 14). So stellt Kom-

---

<sup>230</sup> Es ist davon auszugehen, dass sich im Handlungsvollzug bei der Bewältigung komplexer Anforderungen sowohl deklarative als auch prozedurale Elemente – wie Wissen und Fertigkeiten, Einstellungen sowie Regulationskomponenten – i.S. einer metakognitiven Strategie verbinden (vgl. Klieme 2004).

<sup>231</sup> Vor dem Hintergrund der „Effektivität“ von Interventionen wie Trainingsmaßnahmen ist zu berücksichtigen, dass zum einen der sogenannte Trainingseffekt, welcher durch Redundanzen und Wiederholungen einzelner Trainingssequenzen erzielt werden kann und zum anderen die Herstellung der Transferierbarkeit des Gelernten in alltägliche Handlungsvollzüge, d.h. die Alltagsrelevanz, entscheidende Einflusskriterien auf den „Trainingserfolg“ darstellen. Nur kann dann eine Sedimentierung von trainierten Handlungsschritten erfolgen, desto häufiger diese vollzogen werden. Derartige Sedimentierungsprozesse ermöglichen einer Person auf eine Auswahl von polythetischen (einzeln und explizit entworfenen) Handlungsschritten monothetisch zurückzugreifen (Knoblauch 2010: 249).

<sup>232</sup> Betrachtet man die Beobachtbarkeit bzw. Bewertung von Lernen und Kompetenz stößt man auf ähnliche Schwierigkeiten bei deren Feststellung von Entwicklung. So können die Lernvorgänge selbst nicht direkt beobachtet bzw. gemessen werden, sondern es kann nur aus dem Vergleich der Reaktionen des Lernenden auf Umweltsituationen geschlossen werden (Schaub/Zenke 2002: 352).

<sup>233</sup> In diesem Zusammenhang sind Konzepte zur Erklärung zeitverzögernder Beziehungen – insbesondere i.H. auf die Unterscheidung zwischen Kompetenz und Performanz – heranzuziehen: Beispielhaft sind das Phänomen der Zeitverzögerung (*time-lag*) wie z. B. kritischer Perioden (vgl. Kessen 1968) und *Schläfer-Effekte* aus der Kommunikationsforschung (vgl. Kagan/Moss 1962) zu nennen. Beiden Konzepten liegt die Leitidee zugrunde, dass sich spezifische, zu einem frühen Zeitpunkt wirkende Bedingungen erst dann in der Performanz ausdrücken, wenn dafür ein adäquater Handlungskontext vorzufinden ist.

kompetenz – wie in den vorangegangenen Ausführungen dargestellt – ein mehrdimensionales, komplexes und dynamisches Konstrukt dar (Flasse/Stieler-Lorenz 2000: 210, 219), welches zudem als genuin und unterscheidbar betrachtet werden kann (Wick 2009: 25). Kompetenzen sind keine stabilen Zustände, sondern sie sind vielmehr durch ihre Prozesshaftigkeit gekennzeichnet (vgl. Schmidt 2005). Wissen und kognitive Fähigkeiten, Komponenten der Selbstregulation und sozial-kommunikative Fähigkeiten wie auch motivationale Orientierungen bilden hierbei Bestandteile bzw. Einflussfaktoren der Kompetenz.

Das erziehungswissenschaftliche Kompetenzkonzept weist mit dem psychologischen Konzept der Handlungskompetenz inhaltliche bzw. konzeptionelle Schnittmengen auf: Kennzeichnend für die erziehungswissenschaftlichen Ansätze stellen „die in der Breite der einbezogenen Kompetenzbereiche – ohne Reduktion auf kognitive Leistungen – und in dem normativen Bedeutungsüberhang dar, welche mit dem Ziel des selbstverantwortlichen Handelns verbunden ist“ (Klieme/Hartig 2007: 21). In der Weiterbildung bezieht sich Kompetenz „[...] auf die Fähigkeit, in Situationen unter Berücksichtigung der personalen Handlungsvoraussetzungen und der äußeren Handlungsbedingungen Ziele zu erreichen und Pläne zu realisieren“ (Hof 2002: 58). Aus pädagogischer Sicht ist also die Vermittlung von Kompetenzen die Befähigung zu selbstständigem und selbstverantwortlichem Handeln und damit zur Mündigkeit die leitende Intention von Kompetenzentwicklung (Klieme/Hartig 2007: 21).

Hierbei geht es jedoch nicht um eine reaktive Anpassung an die Kontextfaktoren, sondern eher um eine Gestaltungskompetenz, flexibel und situationsadäquat auf veränderte Bedingungen reagieren zu können (vgl. Heidegger 1996).

Insbesondere im Zusammenhang mit Alterungsprozessen und/oder durch gesundheitliche Beeinträchtigungen können Teile des Wissens und Könnens verloren gehen. Bildungsprozesse können dazu befähigen die verlorengangenen Fähigkeiten wiederzuerlangen oder bei der Auseinandersetzung mit Krankheit und Alter neue Fähigkeiten erwachsen zu lassen (Kreitz 2007: 125).

Wissen kann nicht einfach durch Lehre übernommen werden, sondern es wird stetig aufgebaut. Hierbei werden neue Informationen auf Grundlage vorhandenen Wissens interpretiert und gegebenenfalls in den Wissensbestand integriert. In den Lernprozessen wird sowohl das vorhandene als auch das neue Wissen durch das Individuum modifiziert (Seebauer 2005: 12). Eine durch Wissen erlangte Expertise bietet somit die Möglichkeit zur Kompensation vom (Alters-)Einbußen (Kruse/Rudinger 1997: 65).

Auch bei all den Unterschieden sowie auch Gemeinsamkeiten zwischen dem Bildungs- und Kompetenzbegriff lassen sich beide in einem Verständnis integrieren, nach dem Kompetenz

vielmehr als ein Vermittlungsbegriff zwischen personalen Faktoren und Umwelt agiert. Kompetenzen stellen einen Teil(aspekt) von Bildung dar. Sie werden situationsadäquat auf die jeweiligen Anforderungen eingesetzt. Kompetenzen werden in der Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt entwickelt (Frank 2011: 98f.). Lern- und Bildungsprozesse vollziehen sich im Wechsel- und Zusammenspiel – in einer Art Pendelbewegung – von Kompetenzentwicklung und Persönlichkeitsentwicklung (Frank 2011: 100). Nach Faulstich (2008) können Lern- und Bildungsprozesse zudem als ein Erkenntnisprozess angesehen werden, der sich auf einem Kontinuum von Erfahrungs- und Erkenntnisprozessen bewegt (Faulstich 2008: 34). Dieses Verständnis impliziert, dass Kompetenz – ähnlich wie Bildung – weniger als Zielkategorie verstanden werden kann, sondern als sich ständig wandelnde Anpassung an Gegebenheiten und personale Faktoren (Herzberg/Truschkat 2009: 115), denn Lebenslanges Lernen forciert den Zwang zur permanenten Veränderung und betont zugleich die Bedeutung informellen Lernens. Es wird deutlich, dass sowohl bei der Betrachtung von Lern- und Bildungsprozessen als auch im Hinblick auf den Kompetenzdiskurs, insbesondere informelle Lernprozesse konzeptionell stärker berücksichtigt werden müssen (Schiersmann 2007: 55).

## **7. Konzeptionelle Verankerung von Bildung in entwicklungspsychologischen und gerontologischen Modellen**

Um die zentrale Frage dieser Untersuchung beantworten zu können, inwieweit Bildung eine protektive Funktion für ein gesundes bzw. „erfolgreiches“ Altern zugesprochen werden kann, werden in diesem Kapitel theoretische Überlegungen durch die Heranziehung entwicklungspsychologischer bzw. gerontologischer Konzepte angestellt. Ausgehend von dem zuvor dargestellten Bildungs- und Kompetenzverständnis soll in den unterschiedlichen Modellen sowohl die Bestimmung und Verortung von Bildung aufgezeigt als auch die Funktion von Bildung in den jeweiligen Konzepten beschrieben werden, in denen Bildung als ein Bestandteil zum „erfolgreichen“ Altern angesehen wird. Es ist zu untersuchen, inwiefern die Kognitive Reserve bzw. Reservekapazität<sup>234</sup> eine protektive Funktion in Hinblick auf die Bewältigung und Kompensation von Funktionseinbußen im höheren Alter einnimmt. Hierbei ist weiterführend zu analysieren, warum im Alter – insbesondere im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit – mitunter erhebliche interindividuelle Unterschiede der Kompensationsfähigkeit bzw. der Kognitiven Reserve des Gehirns bestehen (vgl. Stern 2006; Katzmann 1993).

---

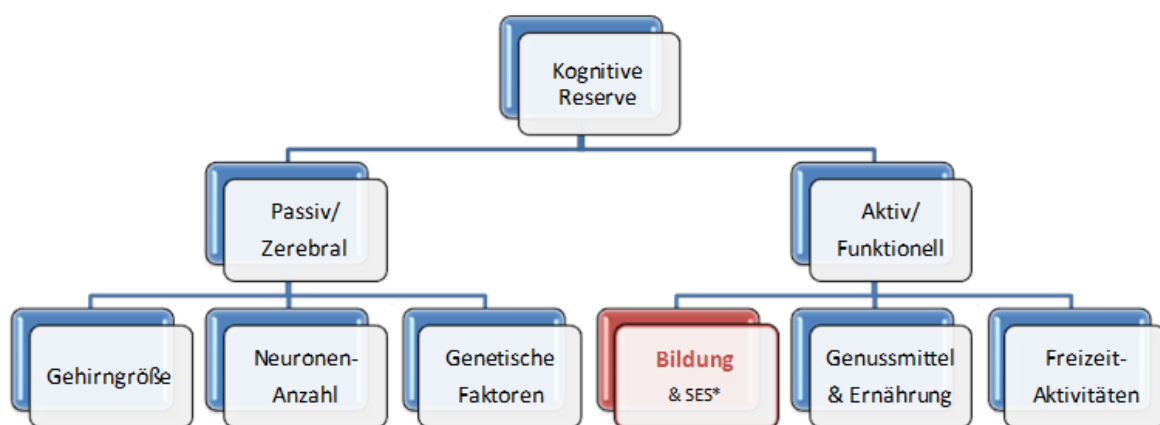
<sup>234</sup> Kognitive Potenziale werden in den jeweiligen Modellen begrifflich unterschiedlich gefasst. So wird in den Konzepten von Stern oder Katzman von der Kognitiven Reserve gesprochen (vgl. Stern 2006; Katzmann 1993). Baltes wiederum benennt das kognitive Potenzial als Reservekapazität (vgl. Baltes 1990).

Um der Frage nachzugehen, inwieweit Bildung einen Einfluss auf die Art und Weise des Alterns(-prozesses) hat, werden im Folgenden drei in der Forschungsdebatte aktuell diskutierte gerontologische bzw. entwicklungspsychologische Erklärungsmodelle für ein „erfolgreiches“ Altern anhand der jeweiligen Leithypothesen, empirischen Verankerung sowie die Verortung von Bildung in den Modellen dargestellt.

### 7.1 Konzept der Kognitiven Reserve

Die Kognitive Reserve setzt sich aus den beiden Elementen der genetisch bedingten kognitiven Grundausstattung sowie aus kognitiven Fähigkeiten, Fertigkeiten und Routinen, die lebenslang durch Lernen erworben werden, zusammen. Diese werden zudem durch motivationale, volitionale und emotionale Prozesse gestützt, die zur Entwicklung der Kognitiven Reserve beitragen. Auch Persönlichkeitsmerkmale wie beispielsweise Offenheit, Flexibilität und Gewissenhaftigkeit können förderlich für den Erwerb und die Entwicklung der Kognitiven Reserve sein (vgl. Stern 2009).

Grundsätzlich kann – wie in Abbildung 6 dargestellt – eine grobe Unterscheidung zwischen der zerebralen und funktionellen Reserve getroffen werden. Die Faktoren wie Gehirngröße und genetische Disposition sind Elemente der strukturellen Reserve und bedingen Aspekte der funktionellen Reserve wie Bildungs- und Aktivitätsniveau, welche individuell im Lebenslauf erworben werden.



**Abb. 6: Schematische Darstellung des Reservekonzepts (nach Sattler/Schröder 2012)**

\* SES: Sozioökonomischer Status

Aktive Theorien gehen davon aus, dass durch eine höhere neuronale Reserve im Falle pathologischer Veränderungen des Gehirns verbesserte Bewältigungsreaktionen (Coping) gezeigt werden. Es wird angenommen, dass es erst nach dem „Aufbrauchen“ der neuronalen Reserve für

Coping-Prozesse zu klinischen Manifestationen entstandener Gehirnschädigungen kommen kann (vgl. Steffener et al. 2011; Stern 2006), wobei eine eminente interindividuelle Varianz hinsichtlich der Kompensationsfähigkeit besteht. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass u.a. Prädiktorvariablen wie der sozioökonomische Status, der Bildungsstand, Berufsstatus, Intelligenz, kognitive Leistungsfähigkeit, soziale und intellektuelle Aktivitätsniveau erheblich zur Kognitiven Reserve beitragen (vgl. Stern 2002).

Es lässt sich jedoch konstatieren, dass eine strikte Unterscheidung zwischen „aktiver“ und „passiver“ Theorie nicht klar zu ziehen ist. Sowohl die strukturelle als auch die funktionelle Reserve können nicht isoliert voneinander bestehen, sondern sind stets im Zusammenhang und unter Berücksichtigung des Konzepts der Gehirnplastizität zu betrachten (vgl. Lövdén et al. 2010). Zu den Wechselwirkungen und Effekten kognitiven Trainings auf eine ökonomisierte Nutzung des Gehirns wurden bereits Studien<sup>235</sup> durchgeführt. Hierbei wird der Annahme folgend davon ausgegangen, dass sich Trainingseffekte (Ökonomisierungseffekt) bei einer leichten kognitiven Beeinträchtigung jedoch erst langfristig auswirken (vgl. Schröder et al. 2007). Schröder (2007) konnte zeigen, dass ein gezieltes Training die Entstehung und Mobilisierung von Reservekapazitäten fördern kann (vgl. Schröder et al. 2007).

Der aktuelle Forschungsstand bietet noch keine Antwort auf die Frage, welche Einflussfaktoren explizit auf die Entwicklung der Kognitiven Reserve einwirken und in welcher Form Interdependenzen zwischen den Variablen bestehen. Untersuchungen sprechen dafür, dass es Aktivitäten sein müssen, die das Gehirn hinreichend stimulieren bzw. aktivierende Inputs liefern (vgl. Lindstrom et al. 2005).

Es wird angenommen, dass die Kognitive Reserve im erheblichen Maß vom individuellen Lebenslauf abhängt, also neben genetisch bedingten Voraussetzungen insbesondere sozioökonomische und soziale Faktoren umfasst (vgl. Burger/Kugler 2011).

In der vorliegenden Arbeit wird der Leithypothese gefolgt, dass zwischen neurodegenerativen Veränderungen des Gehirns und klinischen Manifestationen kein zwangsläufig enger Zusammenhang bestehen muss. Somit stellt die behaviorale Ebene einen Anknüpfungspunkt für lerntheoretische Überlegungen im aktiven Modell der Kognitiven Reserve dar. Diese Annahme impliziert, dass die funktionelle Kognitive Reserve sich durch lebenslang ausgeübte kognitive Aktivitäten bzw. Bildungsaktivitäten entwickelt. Folgt man der These einer gewissen Kontinuität im Lebenslauf bezüglich Aktivitätsstrukturen/-niveaus lässt sich vermuten, dass (Bildungs-)Aktivitäten im Lebenslauf eine gewisse Persistenz aufweisen i.S. des „Matthäus-Prinzip“ (die

---

<sup>235</sup> Siehe zum kognitiven Training ausführlicher im Kapitel 3.1.2.3.1 *Trainingseffekte*.



bereits im jungen Erwachsenenalter Aktiven werden voraussichtlich auch im Alter einen aktiven Lebensstil pflegen bzw. die Passiven werden im Umkehrschluss wahrscheinlich im Alter auch einen eher passiven Lebensstils zeigen) – so dass sich die Bildungsbenachteiligung mit zunehmendem Alter vermutlich verstärkt und zugleich begünstigte Fähigkeiten am Beginn des Lebens mit steigendem Alter zu immer größeren Vorteilen führen (Walberg 1987: 209). Das bedeutet, dass es keineswegs zu einer Reduzierung oder Nivellierung der Wirksamkeit soziodemographischer Prägungen im Alter kommt (vgl. Laville/Volkoff 1998), sondern vielmehr von einer Verfestigung der Chancenungleichheiten auszugehen ist.

Die theoretischen Überlegungen des Konzeptes der Kognitiven Reserve umfassen demzufolge die Leithypothese, dass die gesamte Lebenspanne durch Gewinne und Verluste – verursacht durch natürliche Entwicklungsverläufe und Alternsprozesse als auch unter Umständen pathologische Entwicklungen – im kognitiven Funktionsbereich gekennzeichnet ist (vgl. Lindenberger et al. 2010). Der Annahme folgend, dass das Gehirn sehr wandelbar und kompensationsfähig ist, ist es in der Lage, kognitive Funktionseinbußen aufgrund seiner Plastizität zur effizienten Anpassung an veränderte Umstände und Gegebenheiten i.S. einer „mental Flexibilität“ zu kompensieren (vgl. Stern 2009). Hierbei bildet die Plastizität des Gehirns die Basis für Lern- und Gedächtnisprozesse.

Wie bereits geschildert, ist aus unterschiedlichen disziplinären bzw. interdisziplinären Untersuchungen<sup>236</sup> ersichtlich, dass Personen im höheren Lebensalter eine hohe Plastizität aufweisen und dass trotz Funktionseinbußen in bestimmten Bereichen eine hohe Anpassungsfähigkeit sowie Regulationsstrategien bestehen (Lindenberger et al. 2010: 680).<sup>237</sup>

Demzufolge besteht kein eindeutiger direkter Zusammenhang zwischen Hirnatrophie und kognitiver Leistung (vgl. Sattler/Schröder 2012). Die Kognitive Reserve beeinflusst, wie lange Gehirnschädigungen kompensiert werden können. Untersuchungen konnten belegen, dass Personen, die eine vergleichsweise hohe Kognitive Reserve haben eine höhere Kompensationsfähigkeit aufweisen. Somit bildet die Kognitive Reserve das „Kapital“ bzw. eine Art neurologische

---

<sup>236</sup> Siehe hierzu ausführlicher Ergebnisse der Meta-Analyse nationaler und internationaler Studien zu den Wechselwirkungen von Bildung und Gesundheit im Alter (vgl. Wienberg 2010).

<sup>237</sup> Die Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit ist ein schwieriges Unterfangen, denn es macht neben hirnanatomischen Untersuchungen (brain reserve; passive/strukturelle Theorien), wie beispielsweise die Messung des Hirnvolumens, des Kopfumfanges, der Anzahl der Synapsen und der Dendriten auch die Messung der kognitiven Reserve (aktive/funktionelle Theorien) erforderlich. Hierbei werden Variablen zum sozioökonomischen Status, Bildungsstand, Intelligenz und beruflichen Erfolg, Ausmaß kognitiver Funktionen, Freizeitaktivitäten und Lebenserfahrungen u.v.m. einbezogen. So scheint es primär eine Frage des Lebensstils zu sein, indem ein umfassender gesundheitlicher Habitus erfasst werden müsste. Wobei anzunehmen ist, dass Bildung die soziale Lage bestimmt. Beide Messungen der kognitiven Leistungsfähigkeit sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten, da das Lebensumfeld Gehirnstrukturen verändert (vgl. Whalley 2012).

Altersvorsorge für die Bewältigung von Herausforderungen und ermöglicht zugleich die adäquate Anpassung kognitiver Handlungen und Strategien an neue bzw. komplexe Bedingungen und dient zudem der Kompensation von Funktionseinbußen (vgl. Stern 2009).

Die Kognitive Reserve kann demnach als ein Überbegriff für vielfältige geistige – häufig allerdings nicht wissenschaftlich validierte – Potenziale begriffen werden, die eine Person im Lebenslauf ansammelt und auf die z.B. im Falle vermeintlich altersbedingter Leistungsverluste oder pathologischer Hirnprozesse zur Kompensation der Funktionseinbußen zurückgegriffen werden kann (vgl. Stern 2009).

Kognitive Defizite können jedoch nicht als direkte Folge neurobiologischer Veränderungen betrachtet werden, vielmehr werden kognitive Funktions- bzw. Leistungsveränderungen im Lebenslauf durch zahlreiche Risiko- und protektive Faktoren modelliert. Diese Wechselwirkungen der einzelnen Faktoren, wie beispielsweise der formale Bildungsstand, sozioökonomische Merkmale sowie Polymorphismen, werden im Konzept der Kognitiven Reserve berücksichtigt. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass zum einen die Wechselwirkungen und Interdependenzen zwischen den jeweiligen Indikatoren bislang nicht umfassend untersucht worden sind und zum anderen die dem Bildungsverständnis zugrunde liegende bzw. die Variable Bildung auf einer ausschließlich auf formalisierten institutionalisierten Bildungsteilnahme i.S. von Schulabschlüssen und formalisierten Weiterbildungsmaßnahmen beruht und somit Bildungsprozessen in informellen Kontexten in diesem Zusammenhang nur unzureichend nachkommt.

Wie Untersuchungen zeigen konnten, wirken rege kognitive Aktivität sowie soziale Teilhabe und Austauschmöglichkeiten förderlich für die Entwicklung von Kompensationsstrategien, welche wiederum zur Anreicherung der Kognitiven Reserve beitragen und somit das Risiko einer Demenzerkrankung reduzieren können (vgl. Sánchez et al. 2002).

Im Gegensatz zu passiven Theorien berücksichtigt das aktive Modell der Kognitiven Reserve interindividuelle Unterschiede und kognitive Verarbeitungsprozesse bei pathologischen Veränderungen des Gehirns. Die „aktiven/funktionellen“ Theorien – wie die „cognitive reserve theory“ (vgl. Stern 2002) – gehen davon aus, dass das Gehirn bei Schädigungen nicht passiv reagiert, sondern das Gehirn bestehende und neue kognitive Verarbeitungs- und Kompensationsstrategien nutzt, um Schädigungen durch Lernprozesse kompensieren zu können (Fratiglioni/Wang 2007).

Es ist unumstritten, dass die funktionale Reservekapazität, i.S. der Summe des lebenslangen behavioralen Inputs (vgl. Richards/Deary 2005) über den gesamten Lebenslauf hinweg entwickelt und durch verschiedene Aktivitäten und Trainings bedingt wird, was wiederum zu einem

effizienteren Gebrauch neuronaler Netzwerke führt (vgl. Fratiglioni/Wang 2007). Von dieser Position ausgehend soll nun im Folgenden die Funktion von Bildung im Konzept der Kognitiven Reserve näher beleuchtet werden. Bildung stellt einen wichtigen Bestandteil in den konzeptionellen Überlegungen dar.

Im Konzept wird das Element „Bildung“ als Fähigkeit, d.h. als ein Potenzial bzw. eine Ressource begriffen, welche durch die Performanz schließlich die kognitive Leistung ergibt. Mittels unterschiedlicher Testverfahren zur kognitiven Leistungsmessung wird auf ein mögliches Potenzial geschlossen. Das heißt die Messung von Bildung wird im Konzept in „Bildungsjahren“ operationalisiert. Eine eminente Effektstärke auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben der „ILSE“-Studie zufolge das Alter (Geburtskohorteneffekt) sowie der formale Bildungsstand (Bildungseffekt)<sup>238</sup> der Probanden/-innen: Je höher das Lebensalter oder je geringer der Bildungsstand, desto niedrigere Leistungen erzielten die untersuchten „ILSE“-Probanden/-innen. So lässt sich vordergründig der formale Bildungsstand als ein entscheidender Faktor für die kognitive Leistungsfähigkeit i.S. der Kognitiven Reserve im Alter benennen.

Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass die Lebensumstände außerhalb des institutionellen Rahmens – wie z.B. Lernen am Arbeitsplatz, unter Freunden und in der Familie – vielfältige Lernimpulse bieten und somit als wichtige (ergänzende) Lernquelle angesehen werden können.<sup>239</sup> Eine größere und strukturierte Einbeziehung informeller Lernprozesse und die Berücksichtigung fern ab von institutionellen Lernarrangements wird im Konzept der Kognitiven Reserve jedoch weitestgehend vernachlässigt und somit einer einseitigen Akzentuierung formalisierter Bildung als Garant für den Aufbau von Bildungsprozessen Vorschub geleistet. Bildung ist jedoch nachweislich viel mehr als formale Bildungsaktivität, denn auch informelle Lernprozesse stellen ein wichtiges Element zum Aufbau bzw. Erhalt der Kognitiven Reserve dar.

Nach dem Verständnis von Lindenberger (vgl. Lindenberger 2010) lassen verschiedene emotionale und soziale Faktoren in der Konstitution eines Menschen eine Reserve bzw. ein Potenzial entstehen, die wiederum das Einsetzen einer Erkrankung verzögern kann. Die Reserve wird durch individuelles Verhalten u.a. durch Interaktionen in sozialen Beziehungen gestützt, indem ein Austausch stattfindet oder auch Impulse für andere Aktivitäten gegeben werden. Diesem Bildungsverständnis folgend scheint Bildung eine abschwächende Wirkung auf kognitive Erkrankungen zu haben.

---

<sup>238</sup> Siehe hierzu die Variablenbeschreibung in der Stichprobenbeschreibung im Kapitel 10.1 *Stichprobencharakteristika*.

<sup>239</sup> Siehe hierzu in den Ergebnissen der qualitativen Analyse im Kapitel 11.1 *Ergebnisse der qualitativen Analyse der ILSE-Interviews (1930-1932)* und in den Ausführungen zum informellen Lernen im Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung im Alter*.

In der „ILSE“-Studie wurde Bildung durch die Anzahl der Bildungs- und Ausbildungsjahre<sup>240</sup> erfasst, jedoch ist zu berücksichtigen, dass nicht zwangsläufig institutionelle Bildungseinrichtungen den Input für ein lebenslanges Lernen gegeben haben, sondern insbesondere der Habitus und die Lebensumstände einen Einfluss haben. Diese Annahme sozialisatorischer Affekte konnte in der Studie zu den „Lebensverläufen von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter“ bestätigt werden (vgl. Fend/Berger/Grob 2009). Zwar wird im Konzept der Kognitiven Reserve deutlich, dass Bildung ein wichtiger Bestandteil zum Aufbau bzw. Erhalt der Kognitiven Reserve ist. Jedoch ist kritisch anzumerken, dass bislang im Konzept, welches in der Gesundheitsforschung bei dementiellen Erkrankungen angewendet wird, nur auf kognitive Erkrankungen bezogen wird und somit andersartige Beeinträchtigungen keine Berücksichtigung finden.

In der Gegenüberstellung des Konzepts der Kognitiven Reserve und einem umfassenden Bildungsbegriff wird aus bildungswissenschaftlicher Perspektive die Limitierung des Bildungsverständnisses im Konzept der Kognitiven Reserve deutlich: Auch wenn die Kognitive Reserve neben der kognitiven Leistungsfähigkeit einige soziale Ressourcen beinhaltet, so berücksichtigt sie jedoch nicht umfassend soziale Aspekte und liegt zudem einem zu eng gefassten Bildungsverständnis zugrunde. Das Konzept der Kognitiven Reserve weist durchaus Lücken auf, die es durch die Erforschung bzw. den Nachweis weiterer protektiver Faktoren zu schließen gilt (vgl. Whalley et al. 2004).

## **7.2 Entwicklungsmodell der selektiven Optimierung einzelner Funktionsbereiche**

Ein anderer Erklärungsansatz stellt das Entwicklungsmodell der selektiven Optimierung einzelner Funktionsbereiche von Baltes & Baltes dar. Der entwicklungspsychologische Ansatz von Baltes & Baltes (vgl. Baltes/Baltes 1989a), der auf das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ begründet ist, stellt ein Modell der Lebensspanne dar. Dabei wird die Lebensphase Alter nicht als ein isolierter Prozess zur Entwicklung begriffen, sondern er setzt diese erklärungstheoretisch in Verbindung zueinander (Backes/Clemens 2003: 179). Hierbei wird der Annahme folgend Altern als ein gestaltbarer und veränderbarer Prozess verstanden und somit die kognitive Plastizität im höheren Lebensalter hervorgehoben (Backes/Clemens 2003: 179). Das Konzept des

---

<sup>240</sup> Die Kodierung der Variablen Bildung erfolgte anhand der Anzahl der (formalen) Bildungsjahre: Hauptschule = 8 Jahre; Realschule = 9 Jahre etc., Ausbildung = plus 3 Jahre, Studium = plus 5 Jahre. Des Weiteren wurden die unterschiedliche Anzahl der Regelschuljahre in der Auswertung im regionalen Intergruppenvergleich berücksichtigt.

„erfolgreichen Alterns“<sup>241</sup> basiert auf der Theorie der Entwicklungsaufgaben (vgl. Havighurst 1948/1972), in der Entwicklung als Ergebnis der Auseinandersetzung bzw. Bewältigung mit „altersspezifischen“ Entwicklungsaufgaben begriffen wird.

In der Abbildung 7 werden die Grundzüge des Konzeptes der Entwicklungsaufgabe skizziert. Demzufolge resultiert aus dem Zusammenspiel von biologischen, sozio-kulturellen und individuellen Faktoren und damit verbundenen Veränderungen eine alterskorrelierte Entwicklungsaufgabe, auf die in Form einer aktiven Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt reagiert wird.

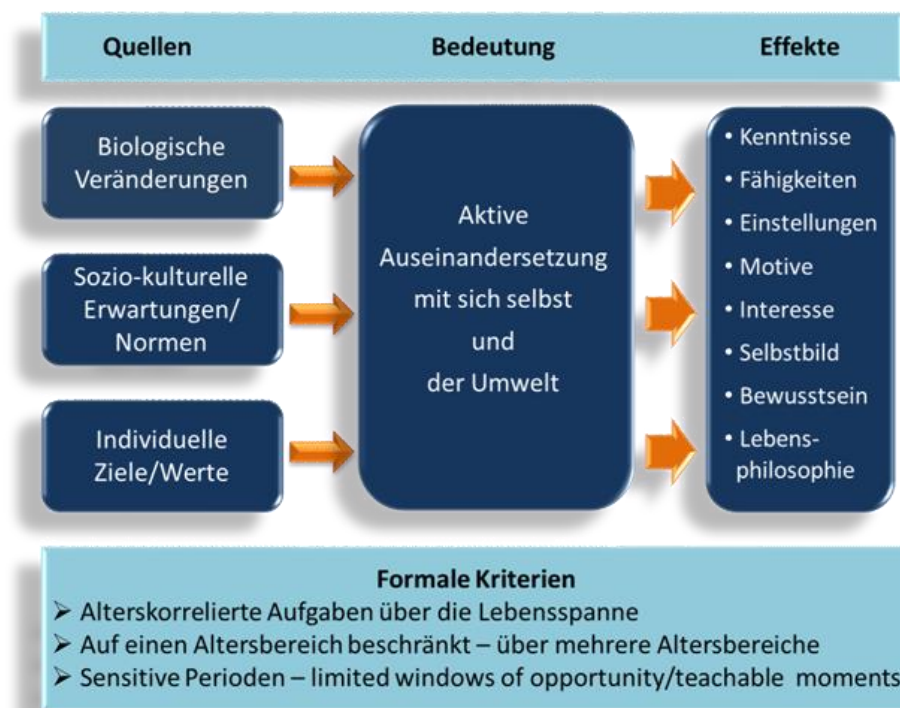
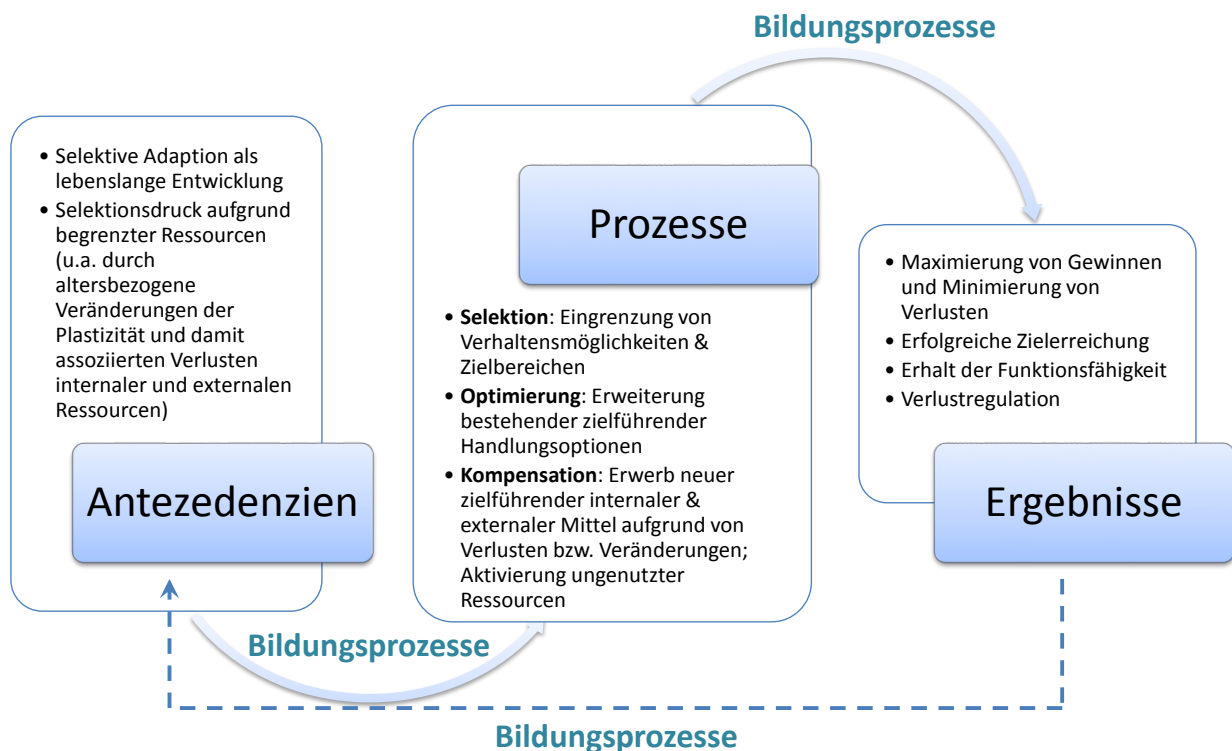


Abb. 7: Das Konzept der Entwicklungsaufgabe nach Havighurst (Dreher 2005: 7, 15)

Folge dieser Auseinandersetzung können Kompetenz-, Einstellungs- sowie Verhaltens- bzw. Handlungsveränderungen sein. Die adäquate Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben wirkt sich demzufolge positiv sowohl auf das Wohlbefinden als auch auf die Bewältigung späterer Lebensaufgaben aus (Backes/Clemens 2003: 179).

<sup>241</sup> Erfolgreiches Altern bezieht sich auf Aspekte der Selbstständigkeit im Alter, Langlebigkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und Bewältigung von Altersproblemen (Kühnert/Niederfranke 1993: 93). Grundlage erfolgreichen Alterns stellt ein „gesunder“ Lebensstil dar, der die Wahrscheinlichkeit reduziert, dass pathologische Altersbedingungen auftreten und Aktivitäten im Familien-, Freizeit- und Arbeitsbereich, die zum Aufbau von Kapazitätsreserven und zu Verlangsamung negativer Altersprozesse führen. Zur Erhöhung der biologischen, mentalen und sozialen Kapazitätsreserven bedarf es nach Baltes & Baltes (Baltes/Baltes 1989b: 8) entwicklungsfördernder Anreize und kompensatorische Unterstützung, um Verlust adaptiver Kapazitäten auszugleichen.

Das Modell der *Selektion, Optimierung und Kompensation* (SOK-Modell: Baltes/Baltes 1990) kann als mögliches Erklärungsmodell zur Beschreibung und Interpretation von Ressourcengeneration und -allokation als adaptive Mechanismen „erfolgreichen“ Alterns<sup>242</sup> herangezogen werden.



**Abb. 8: Dynamik der Selektiven Optimierung mit Kompensation (in Anlehnung an Baltes/Baltes 1989a; Baltes/Baltes 1990; Jopp 2003: 29)**

Grundlegend für das SOK-Modell ist zum einen die Leithypothese einer lebenslangen Entwicklung und eines aktiven Lebensmanagements hinsichtlich des Prozesses der Ressourcenbildung, zum anderen beansprucht eine lebenslange Entwicklung den Einsatz von Ressourcen, die teilweise nur begrenzt verfügbar sind und operiert daher inhärent im Rahmen von begrenzten internen und externen Ressourcen. Durch die entwicklungsregulatorischen Prinzipien der Selektion, Optimierung und Kompensation (siehe Abbildung hierzu 8), welche in Interaktion ablaufen und sowohl in ihrer Ausprägung als auch Orchestrierung kontext-, phänomen- und personenspezifisch sein können (Tesch-Römer 2010: 87), finden auf verschiedene Funktionsbereiche in unterschiedlichen Lebensphasen Anwendung. In Abbildung 8 stehen die regulierenden Prozesse der Selektion, Optimierung und Kompensation im Zentrum. Diese Prozesse basieren u.a. auf vorangegangenen (Lern-)Erfahrungen und können durch externalen Veränderungsdruck ausgelöst werden. Der Entwicklungsprozess kann als eine „Lerngeschichte“ verstanden werden,

<sup>242</sup> P. Baltes (1990) sublimiert Altern begrifflich unter Entwicklung und versteht darunter „jegliche (positive oder negative) Veränderung in der adaptiven Kapazität eines Organismus“ (Baltes 1990: 8).

welche nach dem Prozess der Bewältigung bzw. Veränderung eine reflexive Einordnung des Ergebnisses mit sich bringt.

Dem Prinzip der Selektion kann die Funktion einer Harmonisierung von Umwelthanforderungen, persönlichen Motiven, Fertigkeiten und biologischer Leistungsfähigkeit (vgl. Baltes 1997) zugesprochen werden, was Kanalisierungsprozesse i.S. einer Spezialisierung von Lebenswelt und Handlungsräumen bzw. Entwicklungsprozessen (vgl. Baltes 1997) und zugleich eine Reduktion von Komplexität (Baltes 1996: 145ff.) zur Folge hat und wiederum einen gezielten Ressourceneinsatz ermöglicht. Um die angestrebten Entwicklungsziele erreichen zu können, bedarf es einer Steigerung und Erweiterung von Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten durch die Optimierung zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen (Tesch-Römer 2010: 87). Wenn die angestrebte Umsetzung der Handlungsziele aufgrund eines reduzierten adaptiven Potenzials nicht gewährleistet werden kann, sind (externe und interne) Kompensationsprozesse erforderlich (Lehr 2007: 65), um im Falle von adaptiven Verlusten zur Aufrechterhaltung des bestehenden Funktionsniveaus beitragen zu können (Tesch-Römer 2010: 87). Dem SOK-Modell liegt die Annahme zugrunde, dass lebenslang stattfindende Entwicklungsprozesse eine Fokussierung auf wenige Ressourcen möglich machen (Martin/Kliegel 2008: 96). Baltes trifft jedoch hinsichtlich der Kompensationsfähigkeit für das höhere Lebensalter (sogenannte Vierte Lebensalter)<sup>243</sup> die Einschränkung, dass die „altersunfreundliche(n) biogenetische(n) Architektur(en) des Lebensverlaufs“ (Baltes 2003: 18) spätestens ab dem 80. Lebensjahr dem Funktionsabbau, der Passivität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie Multimorbidität Vorschub gewähren.

Durch das SOK-Modell kann erklärt werden, dass sich (altersspezifische) Defizite nicht zwangsläufig benachteiligend auf alle anderen Funktions- und Verhaltensbereiche auswirken müssen (Rupprecht 2008: 21), da durch eine Selektion<sup>244</sup> von Funktions- und Verhaltensbereichen sowie eine gezielte Aufrechterhaltung eine Optimierung oder Reaktivierung von vorhandenen bzw. ungenutzten Ressourcen erreicht werden kann<sup>245</sup> (Rupprecht 2008: 21).

---

<sup>243</sup> Siehe hierzu Alterskategorien im Kapitel 3.1.1 *Chronologisches Alter*.

<sup>244</sup> Darüber hinaus kann zwischen elektiver Selektion und verlustbasierter Selektion unterschieden werden (vgl. Freund 2007).

<sup>245</sup> Empirische Studien legen nahe, dass der Erwerb und der Einsatz jeder dieser Verhaltensweisen und besonders ihr Zusammenspiel zu adaptiver Entwicklung beitragen. Menschen berichten zum Beispiel höheres Wohlbefinden, je stärker sie zu diesen Lebensmanagementstrategien tendieren. Allerdings sind nicht alle Formen von Selektion, Optimierung und Kompensation in allen Lebensphasen gleichermaßen erfolgreich und nicht alle Ziele gleich adaptiv, da Ziele ganz unterschiedliche Charakteristika aufweisen können.

Es wird angenommen, dass physische Funktionsverluste mittels „kristalliner Intelligenz“ oder „weisheitsbezogenem Wissen“<sup>246</sup> kompensiert werden (Brinkmann, 2008: 125). Um Funktionsverluste auszugleichen, bedarf es zudem entwicklungsfördernder Anreize und kompensatorischer Unterstützungsleistungen (Baltes/Baltes 1989b: 8).

Im Hinblick auf die Bedeutung bzw. Funktion von Bildung im SOK-Modell kann konstatiert werden, dass zwar generell keine Unterscheidung zwischen dem Lernen in der Jugend und dem Lernen im Alter getroffen wurde, jedoch verändern sich nach Auffassung von Baltes die biologischen, d.h. ontogenetischen, körperlichen Voraussetzungen der Lernenden über die Lebensspanne (Brinkmann 2008: 124). Um einer selektiven Verstärkung vorhandener Ressourcen und (altersspezifischen) Funktionsverlusten entgegenzuwirken bzw. um diese durch andere Ressourcen zu kompensieren, muss der Lernende eine „ökologische Passung“ (vgl. Reichert/Saup 1997) zwischen den personellen Ressourcen bzw. Kompetenzen und den Umweltbedingungen herstellen. Somit stellt Bildung im SOK-Modell den entscheidenden Einflussfaktor für die Kompensation – insbesondere im Alter – dar. Lebenslange Bildungs- und Lernprozesse können demzufolge als Voraussetzung und Schlüssel zur Auseinandersetzung bzw. Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben angesehen werden.

In der Forschung kann sich auf keine allumfassende universell anwendbare Theorie zur Erklärung komplexer Alternsprozesse auf unterschiedlichen Analyseebenen geeinigt werden, die interdisziplinär alle Aspekte des Alterns umfasst (Rupprecht 2008: 23). In der Kontroverse zwischen Disengagement-<sup>247</sup> und Aktivitätstheorie<sup>248</sup> nimmt das SOK-Modell eher eine vermittelnde Funktion ein und kann als eine Art Bindeglied zwischen den beiden Theoriesträngen angesehen werden (Rupprecht 2008: 21). Im Vergleich zu anderen (entwicklungspsychologischen bzw. gerontologischen) Modellen, die komplexe Anforderungen des Alterns beschreiben, kann das SOK-Modell von Baltes & Baltes über den kognitiven Leistungsbereich hinaus auch

---

<sup>246</sup> Die kristalline Intelligenz – oder auch pragmatische Intelligenz genannt – umfasst u.a. Aspekte wie Wissen und Wortflüssigkeit, die über den Lebenslauf eher einen Zuwachs erfährt und bis ins höhere Lebensalter stabil bleiben kann (vgl. Lindenberger et al. 2010: 247f., 383). Weisheitsbezogenes Wissen resultiert aus dem Zusammenwirken von unterschiedlichen personellen Bedingungen – wie u.a. allgemeine Persönlichkeitseigenschaften sowie Erfahrungen, die speziell für den Erwerb von Expertise im Bereich Pragmatik erforderlich sind (vgl. Staudinger/Smith/Baltes 1994).

<sup>247</sup> Die Disengagementstheorie (vgl. Cumming/ Henry 1961) vertritt die These im Gegensatz zur Aktivitätstheorie, dass der Rückzug aus sozialen Rollen im Alter unvermeidlich ist und darüber hinaus als funktional angesehen werden kann. Dieses wird dadurch begründet, dass somit der ältere Mensch Zeit zur Vorbereitung auf seinen späteren totalen Rückzug aus dem sozialen Leben im sehr hohen Alter bzw. am Lebensende hat.

<sup>248</sup> Als Vertreter der Aktivitätstheorie sind beispielhaft Tartler (vgl. Tartler 1961), Tobin & Neugarten (vgl. Tobin/Neugarten 1968) und Havighurst (vgl. Havighurst 1968) zu nennen.

Der Aktivierungstheorie zur Folge kann das Leben als eine Art Mechanismus verstanden werden, der nur durch ständigen Gebrauch zum Funktionserhalt beitragen kann (Kade 2007: 41). Demzufolge besteht die Annahme, dass Personen im hohen Alter durch die Gesellschaft quasi „automatisch“ ausgegliedert werden, was jedoch gemäß der Theorie kein vom Individuum gewollter Rückzug ist (vgl. Maddox/Eisdorfer 1972). Dieser vermeintliche Rückzug ist mit Rollenverlusten, der Abnahme von Interaktionen bis hin zur soziale Isolation verbunden, was das Individuum als negativ empfindet (Tesch-Römer 2010: 52).



auf andere Funktionsverluste übertragen werden. Eine ausschließliche Konzentration auf den kognitiven Funktionsbereich und somit eine eingeschränkte Anwendbarkeit auf ganzheitliche Alternsprozesse wie beispielsweise im Konzept der Kognitiven Reserve ist im SOK-Modell nicht zu kritisieren. Das SOK-Modell berücksichtigt sowohl physische als auch psychische Beeinträchtigungen und ist somit breiter auf Alternsprozesse zu beziehen.

Die Prinzipien der Selektion, Optimierung und Kompensation sehen vor, dass eine Spezialisierung bei Beeinträchtigung erfolgt sobald die Anforderung das Handlungsrepertoire übersteigt. Ob eine frühe Spezialisierung der Aktivität jedoch sinnvoll ist, wäre kritisch zu hinterfragen (Lehr 2007: 66). Auch Rosenmayr benennt diesen Kritikpunkt, indem er dafür plädiert, dass eine „Vereinfachung ohne Vereinseitigung“ im Hinblick auf ein „erfolgreiches Altern“ erforderlich erscheint (vgl. Rosenmayr 1990).

Theoriekritisch kann die einseitige Ausrichtung auf das Gebiet der Intelligenzforschung und die weitgehende Vernachlässigung sozialstruktureller Rahmenbedingungen (Prahl/Schroeter 1996: 269) angemerkt werden. Ebenfalls werden (mögliche) Einflussfaktoren, die sich auf die Kompetenzentwicklung auswirken – wie u.a. die Geschlechtszugehörigkeit, Geburtskohorte, epochale Einflüsse, soziale und soziodemografische Merkmale – nicht im SOK-Modell berücksichtigt (Kühnert/Niederfranke 1993: 95). Aufgrund der Vernachlässigung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf die Kompetenzentwicklung besteht die Gefahr, dass – ausgehend von dem Modell – Interventionen ausschließlich auf Individuen bezogen werden und somit womöglich entscheidende Einflussfaktoren unberücksichtigt bleiben (Backes/Clemens 2003: 182). Das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ impliziert demnach nicht die heteronomen, sozialen, kulturellen und leiblichen Bedingtheiten (Breinbauer 2007: 11ff.).

Des Weiteren lässt sich insofern Kritik am SOK-Modell üben, als nur die subjektive Reflexion und Widerspiegelung von Welt und Selbst als ein wichtiges Regulativ des Verhaltens in Betracht gezogen wird und es somit auch nur bedingt relevante Bedingungen im Erklärungsmodell zum „erfolgreichen“ Altern bietet (Baltes/Baltes 1989b: 6). Erfahrungen werden vor dem Hintergrund des SOK-Modells auf kognitive Prozesse der Informationsverarbeitung im Erklärungsmodell reduziert und subjektive Indikatoren der unterschiedlichen Formen des Alterns (im Hinblick auf das Konzept des „erfolgreiches Alterns“) abgewertet. Eine weitere Problematik des SOK-Modells stellt zudem die Unterteilung in eine körperlich-defizitäre Mechanik und eine geistig-kompensatorische Pragmatik dar, die mitunter zu einer Abwertung und Pathologisierung des höheren Alters führt (Hoppe/Wulf 1997: 399f.). In Anbetracht einer lebenslaufanaly-

tischen Perspektive und vor dem Hintergrund des Postulats Lebenslangen Lernens können Bildungs- und Lernprozesse aber als Normalität in allen Lebensphasen angesehen werden. Diese Sicht impliziert jedoch zugleich Lebenslanges Lernen als (gesellschaftlichen) Zwang (vgl. Geissler 1994).<sup>249, 250</sup>

### 7.3 Stufen- bzw. Phasenmodelle des Lebenslaufes

Als qualitative Verlaufsmodelle können die sogenannten Stufenmodelle mit den jeweiligen Entwicklungsaufgaben angeführt werden. Bei diesen Modellen steht nicht – der Leithypothese in Defizitmodellen folgend – die Ursache von Veränderungen (kognitiver Leistungsfähigkeit) über die Lebensspanne hinweg im Fokus, sondern es wird vielmehr die Entwicklung als Folge der Auseinandersetzungen mit „altersspezifischen“ Entwicklungsaufgaben in der Person-Umwelt-Interaktion betrachtet (Rupprecht 2008: 16).

Beispielhaft wären die entwicklungspsychologischen Modelle der Entwicklungsaufgaben von u.a. Havighurst (vgl. Havighurst 1973; Havighurst 1972), Erikson (vgl. Erikson 1966) oder Thomae (vgl. Thomae 1956a) zu nennen: Den Modellen liegt die Annahme zugrunde, dass verschiedene Lebensabschnitte und damit verbundenes Lernen durch unterschiedliche Arten von Aufgaben charakterisiert sind, deren Lösung zu einem „erfolgreichen“ Altern<sup>251</sup> verhelfen kann (vgl. auch Havighurst 1948).

Der generelle Alternsprozess stellt im Lebensverlauf eine sequenzielle<sup>252</sup> Auseinandersetzung mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben dar (Martin/Kliegel 2008: 42).

Die sogenannten altersspezifischen Entwicklungsaufgaben resultieren aus dem Zusammenspiel von physiologischen Gegebenheiten, kulturellen sowie gesellschaftlichen Normen und Erwartungen und individuellen Erwartungen und Werten (Clemens 2001: 497). In der Lebenslaufperspektive wird in dem Modell von Baltes (1987) generell von einer Zunahme des Bedarfs an Kultur und einer gleichzeitigen Abnahme der Effektivität von Kultur mit zunehmendem Alter ausgegangen (siehe Abbildung 9).

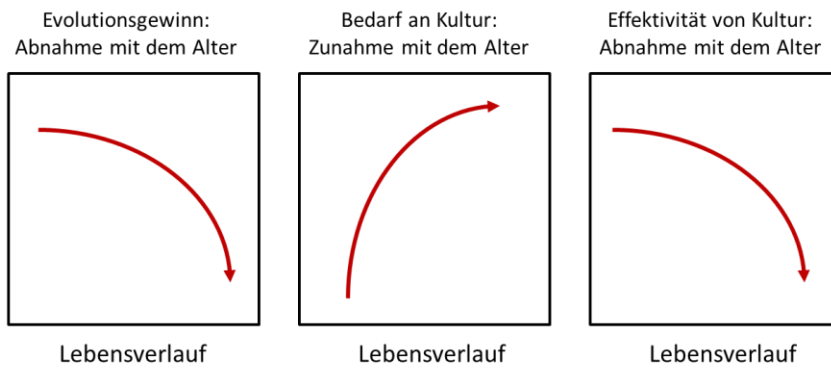
---

<sup>249</sup> Karlheinz Geissler verwendet in seinen Ausführungen zum lebenslangen Lernen überspitzt auch die Begrifflichkeit des lebenslänglichen Lernens, in Anlehnung an die lebenslängliche Haftstrafe.

<sup>250</sup> Die Prämisse des lebenslangen Lernens impliziert eine Art Verpflichtung und Bringschuld jedes einzelnen und Bedarf mitunter einer Rechtfertigung bei Nichtteilnahme. Jener Aufforderungs- und „Zwangsscharakter“ kann zu einem Bruch in der Idee der Freiwilligkeit von Weiterbildung mit sich bringen. Arnold bezeichnet diese Kehrseite der Medaille des lebenslangen Lernens als ein „Lebenslaufregime“ (Arnold 2011: 137). Jedoch kann für das Individuum aus diesem auferlegten Zwang durch die Verinnerlichung eines lebensbegleitenden Lernens ein Bedürfnis nach lebenslangem Lernen erwachsen (Beck 1999: 5).

<sup>251</sup> Das Konzept „erfolgreichen Alterns“ baut auf aufgaben- und krisenorientierten Entwicklungsmodellen der Lebenspsychologie auf (Backes/Clemens 2003: 179).

<sup>252</sup> Sequenz erwächst aus Zusammenspiel von biologischen, gesellschaftlichen und persönlichen Einflussfaktoren (Martin/Kliegel 2008: 42).



Gemäß dieser These kann die Passung zwischen dem Individuum und der Umwelt nur dann als erfolgreich angesehen werden, wenn die jeweiligen Entwicklungs-

**Abb. 9: Drei interdependente Wirkungen der Dynamik von Biologie und Kultur im Lebenslauf (nach Paul B. Baltes 1997)**

aufgaben adäquat gelöst werden konnten. Es besteht die theoretische Annahme, dass Entwicklungsaufgaben universell gelten und größtenteils von biologischen Faktoren determiniert werden. Kontextbedingungen werden im Ansatz insoweit berücksichtigt, als sowohl ökonomischen Rahmenbedingungen als auch historischen Veränderungen ein gewisser Einfluss auf die sequentielle Gestalt von Entwicklungsaufgaben zugesprochen wird (vgl. Baltes/Lindenberger/Staudinger 1998; Freund 2004).

Eine der bekanntesten Gliederungen von Lebensphasen hat der Psychologe Erikson (1956) konzipiert (Montada 2008: 3). Abbildung 10 verdeutlicht das nach Erikson konzipierte Modell der acht Lebensphasen und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben:

Säuglings- alter	Urver- trauen vs. Miss- vertrauen					Unipolarität vs. vorzeitige Selbstdiffer- enzierung			
Kleinkind- alter		Auto- nomie vs. Scham & Zweifel				Bipolarität vs. Autismus			
Spiel- alter			Initiative vs. Schuld- gefühl			Spiel- identifikation vs. (ödpale) Phantasie- Identitäten			
Schul- alter				Wertesinn vs. Minder- wertig- keitsgefühl		Arbeits- identifikation vs. Identitäts- sperrre			
Adoles- zenz	Zeitpers- pektiven vs. Zeit- diffusion	Selbstge- wissheit vs. peinl. Identitäts- bewusstheit	Rollenex- periment vs. neg. Identitäts- wahl	Leistungs- bewusst- heit vs. Arbeits- lähmung	Identität vs. Identitäts- diffusion	Sexuelle Identität vs. bisexuelle Diffusion	Führungs- polar- isierung vs. Autoritäts- diffusion	Ideolog. Polar- isierung vs. Diffusion der Ideale	
Frühes Erw.- alter					Solidarität vs. soziale Isolierung	Intimität vs. Isolierung			
Erw.- alter							Generati- vität vs. Selbstab- sorption		
Reifes Erw.- alter								Integrität vs. Lebens- ekel	

Abb. 10: Entwicklungsmodell der Identität nach Erikson (Erikson 1956: 150f.)

In dem qualitativen Verlaufmodell der Stufen der psychosozialen Entwicklung von Erikson (vgl. Erikson 1968: 150f.) wird die Entwicklung der Identität im Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedürfnissen sowie Erwartungen und den sich stetig verändernden Anforderungen der sozialen Umwelt betrachtet. Die in Abbildung 10 dargestellten acht Stufen der Entwicklung charakterisieren die verschiedenen Entwicklungsaufgaben in den unterschiedlichen Perioden des Lebens. Als Entwicklungsaufgabe des höheren Erwachsenenalters sieht Erikson die Auseinandersetzung und Vergegenwärtigung der Endlichkeit des Lebens, die Herstellung von Integrität sowie eine positive Reflexion des Lebens, so dass die eigene Biografie als sinnvoll wahrgenommen werden kann (vgl. Erikson 1968). Die Akzeptanz des Älterwerdens stellt nach Thomae (1980) die entscheidenden Entwicklungsaufgaben im höheren Lebensalter dar (vgl. Thomae 1980). Das Gelingen oder auch das Scheitern bei der Bewältigung der Herausfor-

derungen des Älterwerdens – i.S. „erfolgreichen“ Alterns<sup>253</sup> – wird maßgeblich vom Selbstkonzept einer Person bestimmt, inwieweit es gelingt, sich mit dem eigenen Alter zu identifizieren. Ein positives Selbstbild ermöglicht, aufgrund einer positiven Konnotation des Stereotyps „Alter“, den Erhalt des positiven Selbst (vgl. Brubaker/Powers 1976). Im umgekehrten Falle, also bei Bestehen eines negativen Selbstkonzeptes, würden negative Merkmale des höheren Lebensalters besonders wahrgenommen, welche zu einer Schwächung des Selbst beitragen können. Das bedeutet, wenn altersassoziierte Negativveränderungen nicht in das Selbstkonzept integriert werden können (vgl. Bultena/Power 1978), kann diese permanente Verleugnung negative Folgen für das Selbstkonzept und somit für den Alternsprozess haben (vgl. Weisman/Hackett 1967).

Im Modell von Erikson sind für diese Untersuchung die letzten (vier) Phasen bedeutsam: Identität, Intimität, Generativität und Integrität. Der Psychoanalytiker und Entwicklungspsychologe George A. Vaillant hat dieses Modell durch zwei weitere Stufen (oder alterstypische Aufgaben) ergänzt: Zwischen Intimität und Generativität fügt er die Entwicklungsaufgabe der „Konsolidierung“ und zwischen Generativität und Integrität das „Bewahren des Sinns“ ein (Ernst 2008: 44).

Auch Havighurst leitet seine entwicklungspsychologischen Hypothesen aus einer ähnlichen Theorie der „Entwicklungsaufgaben“ ab (vgl. Havighurst 1972). Havighurst definiert diese Entwicklungsaufgaben als „[...] eine Aufgabe, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer Phase im Leben eines Individuums auftritt, deren erfolgreiche Bewältigung zu Zufriedenheit und zu Erfolg mit späteren Aufgaben führt, während Misserfolg in der Unzufriedenheit des Individuums, der Missbilligung der Gesellschaft und Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben resultiert“ (Havighurst 1948/1972: 2). Er fasst Entwicklung als das Ergebnis der Bewältigung mit „altersspezifischen“ Entwicklungsaufgaben<sup>254</sup>. Entwicklungsaufgaben bilden demnach sowohl die Ziele einer bestimmten Periode des Lebens ab als auch die Veränderung der Prioritäten in der Zielsetzung und damit in der Ablösung von Zielen durch darauffolgende Lebensphasen und damit verbundene „typische“ Entwicklungsaufgaben (Martin/Kliegel 2008: 45).

---

<sup>253</sup> Siehe hierzu ausführlicher im Kapitel 4. *Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns.*

<sup>254</sup> Während die Verfolgung altersangemessener Entwicklungsziele mit sozialer Verstärkung und Unterstützung einhergehen, ist das Setzen und Verfolgen altersunangemessener Ziele oft mit sozialer Missbilligung und dem Entzug von instrumenteller Unterstützung verbunden (vgl. Freund 2004). Zudem verweisen Entwicklungsaufgaben nicht nur auf soziale Billigung oder Missbilligung, sondern auch auf altersgebundene Gelegenheitsstrukturen, die für eine Zielerreichung entscheidend sind (Martin/Kliegel 2008: 46).

Speziell für das fortgeschrittene Erwachsenenalter lassen sich normativ „typische“ Entwicklungsaufgaben formulieren (Kühnert/Niederfranke 1993: 89; Backes/Clemens 2003: 179):

- Die Auseinandersetzung mit abnehmender körperlicher Leistungsfähigkeit
- Die Auseinandersetzung mit der Berufsaufgabe und Einkommenseinbußen
- Die Auseinandersetzung mit dem Partnerverlust
- Die Auseinandersetzung mit der Rolle des Älterwerdens
- Die Flexibilität in Bezug auf soziale Rollengefüge.

Demzufolge stellen eine defizitorientierte Sichtweise auf das Alter, insbesondere die Bewältigung von Funktionseinbußen als Folge nachlassender Gesundheit, von Verlusten und die Integration des Wissens um die Begrenztheit des Lebens in die neue Zukunftsperspektive, entscheidende Entwicklungsaufgaben im Alter dar (Rupprecht 2008: 16).

Vor dem Hintergrund psychosozialer Krisen beschreibt Peck (vgl. Peck 1959) ähnlich – jedoch etwas positiver formuliert – wie Havighurst und Erikson (vgl. Havighurst 1948/1972; Erikson 1968) die Entwicklungsaufgaben im höheren Lebensalter. Hierbei nennt Peck folgende Aspekte: Zum einen ist die kognitive Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter, bei steigendem Morbiditätsrisiko und nachlassender physischer Leistungsfähigkeit, stärker zu gewichten, um körperliche Funktionseinbußen so „transzendieren“ zu können. Zum anderen geht mit dem Austritt aus der Erwerbstätigkeit in die nachberufliche Phase ein Rollenverlust bzw. -wechsel einher, der eine Neubewertung und Umorientierung bestehender sozialer Rollen und Aktivitäten erforderlich macht und letztlich die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Daseins veranlasst (vgl. Peck 1959).

Dem Modell von Erikson (1983) zum Lebenszyklus und zu den lebensphasenspezifischen Aufgaben in den jeweiligen Lebensabschnitten folgend, bestehen unterschiedliche Möglichkeiten der Bewältigungsformen altersspezifischer Aufgaben (vgl. Erikson 1983; Erikson 1973). In der Lebensphase Alter gibt das näher rückende Lebensende Anlass zur Reflexion des bisherigen Lebens und Besinnung auf ungelöste Konflikte und Erlebnisse sowie deren Umdeutung für den eigenen Seelenfrieden. Als spezielle Entwicklungsaufgabe in der Lebensphase Alter wird nach Erikson (vgl. Erikson 1959) die Dichotomie von Integration versus Verzweiflung gesehen. Ähnliche Vorstellungen über den Entwicklungsverlauf im Leben hat auch Loch (1979): Er teilt die Entwicklung im Lebenslauf unter den verschiedensten Gesichtspunkten in 22 Entwicklungsstufen bzw. -phasen auf (Entwicklungstreppe nach Loch 1979: 18; Bergius 1959; Toulmin 1971) und erstellt eine Synchronisierung von Lebenslauf und Bildungsphasen. Über die Lebensspanne werden dem Individuum altersspezifische neue Lernaufgaben gestellt, die durch

den Einsatz vorhandener Fähigkeiten und Bewältigungsformen die Möglichkeit der Weiterentwicklung und Entwicklung neuer Fähigkeiten bieten (Iller 2009: 17). Seines Erachtens geht es im höheren Alter primär um die Weitergabe von Wissen an nachfolgende Generationen (Entwicklungstreppe nach Loch 1979: 18).

Der Prozess des Älterwerdens – insbesondere im höheren Erwachsenenalter – impliziert eine ständige Verunsicherung bzw. Infragestellung vermeintlich stabiler Wissensstrukturen und Handlungsmuster aufgrund neuer Situationen und macht eine Umorientierung durch Lernen und die Entwicklung einer neuen Lebensperspektive erforderlich (Clemens 2001: 497). Daher ist die Unterstützung im Prozess der Setzung, Auswahl und Verfolgung von längerfristigen Zielen als eine entscheidende entwicklungsregulative Funktion von Entwicklungsaufgaben im Alter zu benennen (Martin/Kliegel 2008: 45).

Die Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben kann als erfolgreich bezeichnet werden, wenn diese zur persönlichen Zufriedenheit führt. Im gegensätzlichen Fall können Unzufriedenheit und soziale Belastung die Folge sein und zudem Auswirkungen auf die Lösung der nachfolgenden Entwicklungsaufgaben haben (Eckensberger/Keller 1998: 15). Nach dem Modell von Erikson stellt Integrität und eine positive Reflexion des Lebens eine entscheidende Entwicklungsaufgabe im höheren Erwachsenenalter dar. Wenn eine Person im Rückblick ihres Lebens dieses als nicht sinnstiftend wahrnimmt, kann dies zu einem dystonen Gegenüber und Verzweiflung führen. Die Auseinandersetzung und Lösung der Entwicklungsaufgabe der vorherigen Phase vor dem hohen Alter ist die Generativität. Das erfolgreiche Absolvieren dieser Periode soll zu einer größeren Harmonie bzw. Akzeptanz des reflektierten Lebens und zu einer aktiven Antizipation des Sterbens führen. Insbesondere im Hinblick auf den gesellschaftlichen Wandel mit denen Diskontinuitäten innerhalb familiärer Strukturen einhergehen können, stellt die Entwicklungsaufgabe Generativität zudem ein wichtiges Ziel im hohen Alter dar (Erikson 1988: 78ff.).

In der Mehrheit der Ansätze stellt die Auseinandersetzung mit universal gültigen Entwicklungsaufgaben ein bedeutendes Kriterium für ein „erfolgreiches“ Altern dar (vgl. u.a. Erickson 1988). Demzufolge wird in einem großen Ausmaß „erfolgreiches“ Altern davon beeinflusst, inwieweit eine Person durch lebenslange Bildungs- und Lernprozesse – in Wechselbeziehung von Individuum und Umwelt – befähigt ist „Entwicklungsaufgaben“ lösen zu können (Weinbach 1983: 47).

Peck sieht als erfolversprechenden Einflussfaktor für ein „erfolgreiches“ Altern die Orientierung an kognitiven, mentalen Fähigkeiten, an „Weisheit“ und „Erfahrungen“ und weniger die Messung physischer Qualitäten im höheren Lebensalter (Peck 1972: 536).

Hinsichtlich der Zufriedenheit im Alter kommt Havighurst zu folgendem Schluss: „Ein Mensch mit einem aktiven, leistungsbetonten, nach außen gerichteten Lebensstil wird am ehesten dann zufrieden sein, wenn er in dieser Art mit möglichst geringen Änderungen bis ins hohe Alter hinein fortfahren kann. Andere, die einen eher passiven, abhängigen, auf daheim zentrierten Lebensstil haben, werden am ehesten im Zustand Disengagement zufriedengestellt werden“ (Havighurst 1968: 570)“. Das bedeutet, dass die Zufriedenheit entweder von der Aktivität oder von dem Disengagement über die Lebensspanne abhängig ist. Dies weist auf eine große Kontinuität des Lebensstils aus vorigen Lebensabschnitten hin und lässt auf eine Fortführung der Verhaltensweisen im Alter schließen (Erlemeier 1980: 311).

In Anbetracht sich stellender Entwicklungsaufgaben wird eine aktive Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Person und mit seiner Umwelt vorausgesetzt, die durch Bildung in ihrer anregenden, unterstützenden und kompensatorischen Funktion unterstützt werden kann (Kruse 2001: 558). Meines Erachtens stellt Bildung einen Entwicklungsprozess zur Kompetenzentwicklung und zur persönlichen Entwicklung dar, der zur Bewältigung von Herausforderungen und den sogenannten Entwicklungsaufgaben beiträgt.

Auch bei zu erwartenden Ereignissen bzw. Wendepunkten im Lebenslauf gelten kaum normative Vorgaben für eine adäquate Bewältigung der neuen Anforderung. Daher stellen Veränderungen im Alter auch oftmals einen Lernanlass dar (Kade 2007: 166). Beispielweise wirkt eine reflexive Auseinandersetzung mit sozialen Rollenanforderungen und altersspezifischen Entwicklungsaufgaben auf die Weiterentwicklung förderlich (Niederfranke 1999: 23). Die lebenslang praktizierte Art und Weise der Auseinandersetzung mit „typischen“ Entwicklungsaufgaben nimmt einen erheblichen Einfluss auf das Repertoire an Selbst-Definitionen und Bewältigungsformen (i.S. personaler Ressourcen), was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, Anforderungen adäquat bewältigen zu können. Aufgrund des breiten individuellen Spektrums an Bewältigungsformen scheint die Resilienz gegen Stressoren sich somit zu erhöhen (vgl. Greve 2000; Staudinger/Marsiske/Baltes 1995). Untersuchungen konnten evidente Hinweise geben, dass Personen, die über die Lebensspanne hinweg kontinuierlich differenziert und gut organisierte Wissenssysteme entwickelt haben (selektive Optimierung) altersbedingte kognitive Funktionseinbußen besser kompensieren und das gewohnte Leistungsniveau beibehalten (Kruse/Lehr 1999: 211).



Der Beitrag von Bildung kann i.S. einer Kompetenzentwicklung und einer damit einhergehenden Reflexion der zu bewältigenden Aufgaben gesehen werden. Bildung unterstützt maßgeblich den Prozess der Reflexion und der bewussten Auseinandersetzung mit Problemstellungen. Eine Entwicklung bzw. ein Lernen findet demzufolge in der Reflexion der Entwicklungsaufgaben statt.

Es lässt sich zusammenfassen, dass Entwicklungsaufgaben unterschiedliche thematische Bereiche in bestimmten Lebensabschnitten aufgrund biologischer, gesellschaftlicher und persönlichkeitsbezogener Faktoren hervorheben (Martin/Kliegel 2008: 45).

Als problematisch kann in den meisten aufgaben- und krisenorientierten Entwicklungstheorien die normative Setzung der Entwicklungsaufgaben angesehen werden. Diese legen universell altersspezifische und geschlechtsspezifische Abfolgen von Ereignissequenzen im Lebenslauf – i.S. einer „Normalbiografie“ – fest (Niederfranke 1999: 24). Diese Sichtweise berücksichtigt jedoch unzureichend gesellschaftlich-kulturelle Anforderungen und historische Kontextbedingungen (Rupprecht 2008: 18). Auch der Entwicklungspsychologe Rolf Oerter unterstützt diese Kritik an den Stufenmodellen. Er bemängelt, dass diese zu global gefasst sind und das Konzept z.B. von Havighurst nicht soziokulturelle Anforderungen und individuelle Unterschiede in der Leistungsfähigkeit berücksichtigt (Oerter 1978: 67). Zudem ist im Hinblick auf die fehlende konzeptionelle Berücksichtigung der individuellen psychischen Funktionsfähigkeit und den jeweils vorliegenden Umweltbedingungen zu hinterfragen, ob sich entwicklungsbedingte Veränderungen auf bestimmte Lebensphasen beschränken lassen (Baltes/Schaie 1979: 89). Vielmehr ist davon auszugehen, dass in allen Altersstufen einschneidende und rasche Verhaltensänderungen stattfinden können, deren Auseinandersetzung aus vorigen Bewältigungsformen resultiert. Baltes hat es wie folgt beschrieben: „[...] die Vergangenheit [ist] Vorspiel für die Gegenwart und die Gegenwart das Vorspiel für die Zukunft [...]“ (Baltes/Schaie 1979: 92).

Baltes übt des Weiteren Kritik an der theoretischen Argumentation in Stufenmodellen, da er es als sinnlos ansieht „altersspezifische Entwicklungsmodelle zu konstruieren, in denen Beziehungen zwischen den verschiedenen Altersstufen sowie andere Aspekte von Verknüpfungen über große Zeiträume der Ontogenese hinweg nicht berücksichtigt werden“ (Baltes/Schaie 1979: 89).

Die generelle Kritik an qualitativen Verlaufsmodellen wie der Stufenmodelle ist, dass diese unidirektional in der Abfolge der Stufen begriffen werden, was wiederum der empirischen Befundlage widerspricht, die Entwicklung als einen multidirektionalen und multifunktionalen Prozess begreift (Rupprecht 2008: 17). Um dieses normierende Lebenslaufkonzept der Stufen

bzw. Phasen (wie es bei Erikson, Havighurst u.a. besteht) flexibler zu gestalten, hat beispielsweise Thomae die „Entwicklungsaufgaben“ stärker an individuellen Lebenssituationen festgemacht (Thomae 1956b: 108).

#### **7.4 Zusammenfassung und Fazit zu den Modellen**

Die gerontologische Forschung konnte konsistent nachweisen, dass Ältere über ein hohes Maß an psychischer Anpassungs- bzw. Kompensationsfähigkeit verfügen, was wiederum die Plastizitätsthese von einer intraindividuellen Veränderbarkeit von psychosozialen Aspekten bis ins hohe Alter stützt, die ihnen trotz zahlreicher Verluste die Aufrechterhaltung der Lebenszufriedenheit gewährleistet (Gunzelmann/Oswald 2005: 83).<sup>255</sup> Folgt man der Argumentation der Entwicklungsregulation über die Lebensspanne nach Baltes & Baltes (1990), so lässt sich eine beabsichtigte Reduzierung der Komplexität – u.a. vor dem Hintergrund abnehmender fluider Fähigkeiten im höheren Alter – im Alltag Älterer darin begründen, dass dadurch das Gleichgewicht zwischen den Fähigkeiten und den Anforderungen aufrechterhalten werden könne (vgl. Baltes/Baltes 1990). Auch wenn die Quantität der selbstausgeübten Tätigkeiten abnimmt, könne aufgrund der verbleibenden Tätigkeiten die Möglichkeit zur Erzeugung von Selbstwirksamkeit i.S. von erlebter kompetenter Alltagsbewältigung gegeben werden (vgl. Smith/Baltes 2010; Staudinger/Marsiske/Baltes 1993).

Vor dem Hintergrund der Leitidee altersspezifischer Entwicklungsaufgaben über den gesamten Lebenslauf – wie es bereits Erikson oder Havighurst beschrieben haben – kann lebenslange Bildung als die „[...] aktive Auseinandersetzung des Menschen mit Entwicklungsaufgaben sowie Anforderungen und Anregungen, die von seiner Umwelt und Lebenssituation in den verschiedenen Lebensaltern ausgehen [...]“ verstanden werden (Kruse 2001: 556). In der Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben werden Anforderungen (Stressoren) an die Person gestellt, deren Lösung durch die Anwendung eines gewählten Copingverhaltens angestrebt wird. Als ein bedeutender Aspekt der Bewältigung von Herausforderungen kann sowohl die Erfahrung von Kohärenz (vgl. Antonovsky 1987) als auch das Konzept der Resilienz<sup>256</sup> (vgl. Staudinger/Marsiske/Baltes 1995) genannt werden. Wenn eine Person auf ein großes Repertoire

---

<sup>255</sup> Siehe hierzu ausführlicher im Kapitel 3.1.2 *Prozess des Alterns*.

<sup>256</sup> Die Resilienzfähigkeit dient dem Erhalt oder der Wiedergewinnung des psychischen Anpassungs- und Funktionsniveaus nach auftretenden Beeinträchtigungen oder Einbußen (Kruse/Wahl 2010: 187). Resilient sein bedeutet demzufolge stabil und widerstandsfähig auf potenziell belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen reagieren zu können (Oerter/Montana 2008: 923 ff.). Resilienz lässt sich i.S. eines „Beeinträchtigung-Ressourcen-Systems“ (Kruse/Wahl 2010: 187). Anzumerken sei, dass in der Literatur ein unterschiedliches Verständnis hinsichtlich des Begriffs besteht: So wird Resilienz zum einen als ein relativ stabiler Persönlichkeitsfaktor begriffen (vgl. Block/Block 1980), zum anderen wird eher der relationale und prozesshafte Charakter von Resilienz hervorgehoben (vgl. Staudinger/Greve 2001).

an unterschiedlichen Bewältigungsformen<sup>257</sup> durch (lebenslang) erworbene Bildung bzw. Kompetenzen rekurrieren kann, so scheint sich dadurch die Resilienz – auch im hohen Lebensalter – gegen Stressoren zu erhöhen. Empirische Untersuchungen zur Problembewältigung im Alltag konnten zeigen, dass Ältere eine stärkere Tendenz zu einer eher passiven, intrapersonal orientierten und emotionalregulierenden Bewältigung (z.B. Akzeptieren, Distanzieren, Neubewertung) zeigten. Hingegen weisen Personen, die sich im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter befinden, tendenziell aktivere, interpersonal orientierte, und handlungsorientierte Bewältigungsformen auf (planvolle Problemlösung, Suche nach sozialer Unterstützung, Konfrontation) (Kruse/Wahl 2010: 18f.).<sup>258</sup> Die Art und Weise der Bewältigungsformen verändern sich über den Lebenslauf, so werden im höheren Lebensalter adaptive Reaktionen erfolgsversprechender und wahrscheinlicher (Grewe 2008: 923ff.).

Darüber hinaus liegen konsistente Belege vor, dass die Bewältigung von Herausforderungen aus eigener Kraft das Selbstwertgefühl (Tenzer 2008: 10) sowie die Selbstwirksamkeit erhöhen und sich somit u.U. für spätere Anforderungssituationen positiv nutzen lassen.<sup>259</sup> Des Weiteren gibt es Hinweise, dass die Erinnerung an „erfolgreich“ bewältigte Herausforderungen äußerst hilfreich bei der Bewältigung von bevorstehenden Schwierigkeiten im höheren Lebensalter sind (vgl. Filipp/Aymanns 2005). Insbesondere im Hinblick auf eine steigende (Multi)Morbidity im höheren Alter hängt die Bewältigung von Erkrankungen und anderen tiefgreifenden Veränderungen im Leben den sogenannten Kritischen Lebensereignissen<sup>260</sup>, die eine Herausforderung an die Entwicklungsfähigkeit von psychischen Fähigkeiten darstellt und als altersspezifische „Entwicklungsaufgabe“ nach Erikson und mit dem Phasenmodell der Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Havighurst 1972) verstanden werden kann,<sup>261</sup> u.a. von den zur Verfügung stehenden individuellen Ressourcen ab (Bewältigungsformen, Coping, Resilienz etc.). Wie bereits im Ka-

---

<sup>257</sup> Die Leithypothese der psychologischen Bewältigungsforschung geht davon aus, dass diese erheblich von der psychischen Verarbeitung einer Belastung abhängt. Entscheidend hinsichtlich der kurz- oder langfristigen Folgen sind nicht die objektiven Qualitäten der Belastung oder eines Kritischen Lebensereignisses (vgl. Filipp 1993), sondern vielmehr die Herangehensweise des Individuums an die gestellte Herausforderung.

<sup>258</sup> Gemäß der Wachstumshypothese lassen sich die Befunde insofern deuten, dass sich die kognitive und emotionale Differenzierung des Individuums über den Lebenslauf hinweg auch in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien deuten lässt. Die Bewältigungsstrategien können u.a. die Fähigkeit zur Neubewertung einer Situation ermöglichen. Diese erlangte Akzeptanz und die damit einhergehende Impulskontrolle wird gemäß der Hypothese als Entwicklungs- bzw. Wachstumsprozess begriffen (Kruse/Wahl 2010: 18f.).

<sup>259</sup> Befund der Eldermen-Studie: Am glücklichsten waren nicht diejenigen, die völlig unbeschwert durch das Leben gingen und nie um etwas kämpfen mussten, sondern diejenigen, die in einer Lebensphase mit Belastungen zu kämpfen hatten und dies gemeistert haben (Tenzer 2008: 10).

<sup>260</sup> Als Kritische Lebensereignisse werden solche Ereignisse im Lebensverlauf verstanden, die zentrale Veränderungen hervorrufen und psychosoziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erforderlich machen (vgl. Fookon 1991).

<sup>261</sup> *Model der kritischen Lebensereignisse*: Unterscheidung von normativen kritischen Übergängen im Lebenslauf (Entwicklungsaufgaben – Havighurst) und nicht-normative kritische Lebensereignisse und historische kritische Lebensereignisse: Nach Ausfassung von Almeida et al. könnte es möglich sein, dass weniger die massiven, einmaligen Ereignisse die Selbstständigkeit oder das Wohlbefinden gefährden, sondern eher die Dauerbelastung durch „daily hassles“, wie sie auch bei chronischen Erkrankungen vorkommen (vgl. Almeida/Wethington/Kessler 2002).

pitel 4 dieser Arbeit erläutert bringen Personen im höheren Lebensalter zunehmend mehr Energie für den Erhalt von Funktionen und das Kompensationsmanagement von Funktionseinbußen auf.<sup>262</sup>

Es lässt sich festhalten, dass in allen Lebensphasen eine erfolgreiche Entwicklungsregulation, die durch Bildung gestützt wird, entscheidend für ein „erfolgreiches“ Altern ist.

Der Leitgedanke Lebenslangen Lernens lässt sich in den konzeptionellen Überlegungen der Entwicklungspsychologie wiederfinden: In einer lebenslaufanalytischen Perspektive wird deutlich, dass Lern- und Bildungsprozesse als lebens- bzw. entwicklungsbegleitende Bestandteile begriffen werden können und dass Lernen über die gesamte Lebensspanne stattfindet. In den einzelnen Lebensabschnitten bieten unterschiedliche Entwicklungsaufgaben – die sich mitunter überschneiden können – Anlass für formelle sowie informelle Lern- und Bildungsprozesse (Egloff 2009: 893).

Die empirische und theoretische Erfassung von Bewältigungsreaktionen sowie Lern- und Bildungsprozessen erscheint schwierig und ist nur unter Einbeziehung kontextueller Faktoren<sup>263</sup> in der Person-Umwelt-Interaktion sowie unter Berücksichtigung historisch-kultureller Gegebenheiten (Kohorteneffekt) möglich. Auch wenn hierbei eine Ursache-Wirkung-Beziehung nicht klar bestimmbar ist, ob nun Bildung der Motor für Entwicklung oder Entwicklung der Motor für Bildung ist, so stehen Bildungs- und Entwicklungsprozesse in einer wechselseitigen, nicht klar abgrenzbaren und impulsgebenden Beziehung zueinander.

Es können jedoch Lern- und Bildungsprozesse über die gesamte Lebensspanne als der Schlüssel zum „erfolgreichen“ Lösen sogenannter Entwicklungsaufgaben angesehen werden. Dies wurde auch im Konzept der Kognitiven Reserve, dem SOK-Modell und in den Stufen- bzw. Phasenmodellen deutlich: Der Faktor Bildung nimmt in den dargestellten Modellen eine Art Schlüsselfunktion ein und stellt einen entscheidenden Aspekt zur Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben sowie im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern“ dar. Auch in belastenden Bewältigungsanlässen können durchaus produktive Entwicklungen bewirkt bzw. Lernimpulse gegeben werden (Greve 2008: 911).

---

<sup>262</sup> Trotz dieser Entwicklungsregulation ist die Lebensphase Alter grundsätzlich von Plastizität und Veränderungs- und Trainingspotenzial gekennzeichnet, für die es jedoch auch (alterskorrelierte) Grenzen gibt (Martin/Kliegel 2008: 54f.).

<sup>263</sup> Kontextualismusprinzip: Entwicklung stellt ein dialektisches Zusammenspiel von altersbedingten, geschichtlich bedingten und nichtnormativen (also nicht biologisch und umweltbezogenen) Einflüssen dar (vgl. Baltes 1990; Baltes/Lindenberger/Staudinger 1998).

Das über die Lebensspanne entwickelte Lernverhalten und der Lernhabitus, welche eine starke Kontinuität über den Lebenslauf hinweg aufweisen,<sup>264</sup> wirken sich zudem im höheren Lebensalter auf physiologische Leistungsunterschiede in der Lernfähigkeit aus (Malwitz-Schütte 2000: 20). Interventionsstudien konnten konsistente Hinweise liefern, dass durch gezielte Trainings- bzw. Bildungsangebote „sowohl spezifische Fertigkeiten als auch allgemeine Fähigkeiten der Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben effektiv gefördert werden können“ (Kruse 2001: 573), das heißt, dass biographisch bedingte Beeinträchtigungen des Lernverhaltens aufgearbeitet werden können, um neue Lernaktivitäten aufnehmen zu können. Die individuelle Bildungsbiografie kann demzufolge als eine Chronik intrapersonaler und interpersonaler konflikthafter Bewältigungsformen von Herausforderungen verstanden werden (Kolland/Ahmadi 2010: 29).

In der Auseinandersetzung mit „altersspezifischen“ Entwicklungsaufgaben nimmt Bildung eine unterstützende Rolle ein. Sowohl formelle Bildungsangebote als auch im Besonderen die Möglichkeit des Lernens in informellen Kontexten können kognitive, emotionale, alltagspraktische und soziale Anregungen bieten, die bei der Bewältigung von Anforderungen im Alltag sowie bei der Verarbeitung von Belastungen erforderlich sind. Aus der Bildungsforschung als auch der Resilienzforschung gibt es konsistente Befunde, demzufolge Bildungsaktivitäten förderlich bei der Bewältigung von subjektiv belastenden Lebensereignissen sind (vgl. zum Beispiel Kaltschmid 1999). Diese Unterstützung kann in Form von Anregung zur Reflexion der Lebenssituation und der Handlungsoptionen oder auch durch die Vermittlung von Strategien zur effektiven Bewältigung spezieller im Alter oftmals auftretender Krisen- und Problemsituationen erfolgen (vgl. ausführlich dazu Tippelt 1999). In diesem Zusammenhang gewinnen informelle Lernorte und niederschwellige Angebote im Alter an Bedeutung. Entscheidend ist daher eine Anknüpfung an lebensalltägliche Themen sowie an der Bedürfnislage ausgerichtete Bildungsmöglichkeiten und Handlungsgelegenheiten.

Bildungsprozesse sind stark biografie- und erfahrungsabhängig und daher stets vor dem Hintergrund einer lebenslaufanalytischen Perspektive, welche auch frühere Lernerfahrungen berücksichtigt, zu betrachten (Siebert 1996: 27).

Bei einem entwicklungsmäßigen Stillstand besteht die Gefahr, dass es beispielweise nach dem Austritt aus der Erwerbsphase aufgrund von Perspektivlosigkeit zur Resignation und Verzweigung im Alter kommen kann. Personen, die sich (erst) im mittleren Erwachsenenalter persönlich weiter entfaltet haben, können mitunter den Übergang in die nachberufliche Phase als eine Art

---

<sup>264</sup> Siehe hierzu im Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung im Alter* und im Kapitel 11.1 *Ergebnisse der qualitativen Analyse der ILSE-Interviews (1930-1932)*.

Stillstand empfinden und demnach auch in Passivität und Resignation verfallen. Dieser Ansicht folgend, kann also nur diejenige/derjenige im höheren Lebensalter auch einen aktiven und zufriedenen Lebensstil ausüben und somit neue Tätigkeiten aufnehmen, soziale Netzwerke aufbauen bzw. pflegen und sich persönlich weiterentwickeln, der/die sich die Fähigkeit zur Veränderung, Flexibilität, Neugier und erlebten Selbstwirksamkeit bewahrt. Andererseits kann der Eintritt in die nachberufliche Phase – nach einer im Erwerbsleben erlebten Stagnation – als Möglichkeit der erlebten und gelebten späten Freiheit bzw. als Chance aktiv selbstbestimmt, bedürfnisorientiert sein Leben zu gestalten und neue Rollen auszufüllen, wahrgenommen werden (vgl. Erikson 1983; Erikson 1973; Veelken 1990: 148). Kolland versteht Bildungsaktivitäten im Alter häufig als eine Kompensationsform in der Jugend bzw. im jungen Erwachsenenalter verpasster Chancen. Diese Hypothese konnte in einer Untersuchung zu historischen Gegebenheiten und der Verfolgung von Bildungszielen der Geburtskohorten 1928 bis 1938 belegt werden (Kolland 2005: 29ff.). Diese späte Verwirklichung ist häufiger in mittleren und höheren Sozialstatusgruppen als in den unteren Sozialstatusgruppen zu finden (Kruse/Schmitt/Rudinger (im Druck): 562).

Gemäß dem Modell zu den lebensphasenspezifischen Entwicklungsaufgaben werden Ereignisse und deren Umgang mit bzw. Bewältigung von Krisen und Brüchen nicht als eine gradlinige Entwicklung verstanden. Beim Übergang von einer Lebensphase in eine andere kann es zu einer Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben kommen (vgl. Veelken 1983). Diese Entwicklungsaufgaben bringen mitunter einen immensen Veränderungsdruck mit sich und veranlassen die Person unterschiedliche Anpassungsprozesse auf körperlicher, sozialer und individueller Ebene aktiv zu gestalten bzw. Veränderungen zuzulassen. Zentrale Aufgaben des höheren Erwachsenenalters stellen nach Havighurst (1972), Erikson (1959) und Thomaes (1956b) u.a. die Kompensation bzw. Anpassung an (altersspezifische) Funktionseinbußen wie beispielsweise an ein vermindertes Seh- und Hörvermögen oder auch an abnehmende (körperliche) Leistungsfähigkeit sowie Gesundheit, Anpassung an veränderte Zeit- und Aktivitätsstrukturen mit dem Wegfall der Erwerbstätigkeit, verbunden mit einem verändertem Rollenrepertoire und der Intensivierung bzw. Suche nach neuen Interessen- und Beschäftigungsfeldern sowie der Reflexion und Sinngebung des bisherigen Lebens und der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit dar (Albe 2007: 88f.).

Folglich kann Bildung als eine entscheidende Einflussgröße bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben angesehen werden. Demnach kommt Bildung die Funktion zu, in Lebenskrisen und bei der Lösung von Entwicklungsaufgaben (im Alter) durch die Wahrnehmung der eigenen Person sowie der Umwelt zu fördern und Erfahrungen, die positive Selbstbilder stärken und die

Zufriedenheit stützen, zu ermöglichen. Daher stellt ein wichtiger Aspekt der Altenbildung der Aufbau sowie die Stabilisierung von Selbstentwürfen zur eigenen Orientierung dar. Bildung wirkt somit maßgeblich unterstützend bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und biografischen Krisen (Evers 1999: 212).

In Anbetracht einer zunehmenden gesellschaftlichen Entstrukturierung von Lebensmustern kann Bildung zudem eine wichtige Aufgabe zugesprochen werden: „Bildung zielt auf das – zugleich schwierige und gefährdete – Kunststück individueller Selbstkonstitution“ (Focault o.J.: 133ff.).

Das bedeutet, dass – wie bereits erwähnt – das Bildungsverhalten im höheren Alter durch die individuelle Biografie und damit verbundene Bildungschancen sowie Lernerfahrungen einen entscheidenden Einfluss auf das Weiterlernen im Alter und damit für die Bewältigung der Altersprozesse hat (Simon 2007: 12). Demzufolge werden in früheren Lebensphasen bildungsaktive Personen vermutlich auch im höheren Alter weiterlernen und ihrem Bildungsverständnis entsprechend freiwillig bzw. selbstverständlich Bildungsbemühungen nachgehen (Kade 2007: 125). Mit anderen Worten: Bildung verliert keineswegs mit zunehmendem Alter an Bedeutung und lässt sich nicht auf die Lebensphase der institutionalisierten Lernzeit während der schulischen und beruflichen Ausbildung oder der Erwerbstätigkeit reduzieren, da ein zentrales Ziel der Erwachsenenbildung und Altenbildung neben der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit, auch die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe ist (vgl. Kruse/Schmitt 2001).

Bildungsteilhabe und aktive Bildungsprozesse in informellen Kontexten stellen folglich auch im höheren Erwachsenenalter einen bedeutsamen Aspekt in Hinblick auf die selektive Informationsverarbeitung dar und werden daher im Leitgedanken einer Bildung über die Lebenszeit aufgegriffen (Rosenmayr 1983: 206). Sowohl die Bedeutung lebenslangen Lernens als auch den Aspekt des kognitiven Trainings in Alternsprozess bekräftigt der britische Komponist Benjamin Britten (1913-1976) mit den Worten: „Lernen ist wie Rudern gegen den Strom. Sobald man aufhört, treibt man zurück“.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die dargestellten Modelle zum Umgang mit (altersspezifischen) Beeinträchtigungen im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern deutlich machen, dass diese die komplexen Alternsprozesse sowie deren Wirkmechanismen nicht umfassend abbilden und die jeweiligen theoretischen Konzepte Forschungsdesiderate aufweisen, die eine multidisziplinäre Betrachtungsweise erforderlich machen. Zudem bleibt grundsätzlich kritisch zu hinterfragen, an welchen Indikatoren man eine „erfolgreiche“ Bewältigung festmachen

kann bzw. welche Bewältigungsreaktion als funktional, erfolgreich oder gar gesund zu bewerten ist. Der Entwicklungspsychologe Werner Greve versteht beispielweise unter „erfolgreichem“ Altern, die Fähigkeit bzw. die Flexibilität aufzuweisen, dass Entwicklung in jedem Lebensalter möglich bleibt und stattfinden kann (Greve 2008: 925) und diese durch eine große inter- und intraindividuelle Multidirektionalität gekennzeichnet ist.<sup>265</sup>

## **8. Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter**

### **8.1 Lernen in Bildungseinrichtungen**

Wie in den vorangegangenen Ausführungen zu den Einflussfaktoren auf ein „erfolgreiches“ Altern herausgearbeitet wurde, stellt Bildung eine entscheidende Wirkdimension dar. Der Annahme folgend, dass Bildung also eine protektive Funktion für ein „erfolgreiches“ Altern hat, ist weiterführend zu hinterfragen, wie sich Bildung im Lebensverlauf tatsächlich vollzieht. Das heißt, in welcher Form und in welchem Ausmaß partizipieren Ältere an Bildung(sangeboten). Es ist zu berücksichtigen, dass die Weiterbildungsteilnahme bzw. die Partizipation an Bildung einer historischen Einordnung bedarf und somit vor dem Hintergrund damals vorliegender Verhältnisse und Rahmenbedingungen zu betrachten ist. So hat für die in dieser Arbeit untersuchte Alterskohorte nach der Phase der Jugend und des jungen Erwachsenenalters die zweite Lebenshälfte in den 1970er bzw. 1980er begonnen. Der Eintritt in den Ruhestand erfolgte mehrheitlich in den 1990er Jahren. Siehe zur historischen Einordnung sowie zu möglichen Kohorteneffekten weiterführend im Kapitel 10.1.2 Exkurs: Historische Zusammenhänge (Kohorte 1930 -1932). Darüber hinaus wurde das Weiterbildungsverhalten in Deutschland – wie es beispielweise im Berichtssystem Weiterbildung (i.A. des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und TNS Infratest Sozialforschung in Kooperation mit dem IES Hannover und mit Helmut Kuwan – Sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung München) erfolgte – erst seit 1979 systematisch erfasst. Demnach ist im Verlauf der Zeit der Anteil der Personen, die sowohl an beruflicher als auch an allgemeiner Weiterbildung partizipieren, gestiegen (1979: 29 Prozent; 1997: 48 Prozent) (Rosenblatt/Bilger 2008: 4). Zudem ist das Gefälle zwischen den Alterskohorten hinsichtlich der Weiterbildungsbeteiligung im zeitlichen Verlauf deutlich zurückgegangen (Rosenblatt/Bilger 2008: 57). Unter Berücksichtigung des Bildungsstandes hat die Teilnahme an Weiterbildung über alle Bildungsschichten hinweg zugenommen (Rosenblatt/Bilger 2008: 62). So ist in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen eine gestiegene Weiterbildungsbeteiligung festzustellen: Die Weiterbildungsquote ist in der Zeitspanne von 2007 bis 2012 von bei 18 Prozent

---

<sup>265</sup> Siehe hierzu im Kapitel 4.3 „Erfolgreiches“ Altern.



auf 32 Prozent gestiegen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012). In der geschlechtsdifferenzierten Perspektive ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass es 1979 noch verstärkt Geschlechterunterschiede im Hinblick auf die Weiterbildungsbeteiligung im beruflichen Bereich gab (die Teilnahmequote lag bei Männern bei 27 Prozent; bei Frauen um die 19 Prozent). Ursächlich hierfür kann u.a. eine geringere Berufstätigkeit unter den (westdeutschen) Frauen zu damaligen Zeiten sein. Laut den aktuellen Zahlen des Berichtssystems ist dieser Geschlechterunterschied jedoch weitestgehend nivelliert. Dieser Geschlechterunterschied hat sich in der seitherigen Entwicklung weitgehend aufgelöst (Rosenblatt/Bilger 2008: 63).

Im folgenden Kapitel wird die (Weiter-)Bildungsbeteiligung mit zunehmendem Lebensalter skizziert und mögliche Gründe für einen (vermeintlichen) Wandel in der (Weiter-)Bildungsbeteiligung über den Lebenslauf gegeben. Hier schließt sich die Frage an, inwieweit Wendepunkte im Leben bzw. kritische Lebensereignisse Lernanlässe darstellen und inwiefern Ältere diesen Herausforderungen begegnen. Ausgehend von dem zuvor beschriebenen Bildungsverständnis<sup>266</sup> wird auf die Bedeutung des informellen Lernens – insbesondere des Lernens innerhalb sozialer Netzwerke – Bezug genommen, welches auch in der durchgeführten qualitativen Analyse in dieser Arbeit<sup>267</sup> ein zentrales Element darstellt.

Obgleich lebensbegleitend ausgeübte Bildungsaktivitäten nachweislich eine positive Effektstärke auf den Gesundheitszustand im höheren Lebensalter zugesprochen werden kann, lässt sich statistisch mit zunehmenden Lebensalter bzw. in der nachberuflichen Lebensphase (Altersgruppen werden in nachfolgenden Weiterbildungsstatistiken spezifiziert) eine abnehmende Tendenz der formellen Weiterbildungsbeteiligung identifizieren. Anzumerken ist, dass für eine geringe bzw. nachlassende Weiterbildungsbeteiligung mit zunehmendem Lebensalter – neben dem formalen Bildungsstand – multifaktorielle Ursachen in Betracht kommen. Beispielhaft sind hier Einflussfaktoren wie fehlende berufliche Qualifizierungsmöglichkeiten, Vorhandensein chronischer Erkrankungen, ein negatives Altersbild, eine periphere Wohnlage und eine primär durch negative Erfahrungen geprägte Lernbiografie (Kolland/Klingenberg 2011: 29f.). Als ein möglicher Grund für dieses Phänomen kann beispielsweise durch eine mit zunehmendem Alter veränderte Motivlage – i.S. einer Verschiebung bildungsbiographischer „Erwartungshorizonte“ und der ihnen innewohnenden Zukunftsvorstellungen – genannt werden, da berufliche Weiterbildungsmotive in der nachberuflichen Phase überwiegend eine Ausnahme darstellen (gegebenenfalls in Hinblick auf eine Qualifizierung für eine ehrenamtliche Tätigkeit

---

<sup>266</sup> Siehe hierzu im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs*.

<sup>267</sup> Siehe weiterführend im Kapitel 11. *Ergebnisdarstellung der qualitativen Analyse*.

o.ä.). Laut den Befunden der „EdAGE“-Studie besteht eine konstante Weiterbildungsbeteiligung bis etwa zum 44. Lebensjahr (55 Prozent). Ab dem 55. Lebensjahr konnte hingegen ein erheblicher Rückgang der Weiterbildungsbeteiligung auf 40 Prozent und einen noch enormeren Weiterbildungsrückgang bei über 65-Jährigen festgestellt werden. Zu ähnlichen Befunden kommen Feinstein & Hammond, die in ihrer Studie „Adult learning and health and social capital“ eine schwindende Weiterbildungsbeteiligung ab dem 42. Lebensjahr aufzeigten (vgl. Feinstein/Hammond 2004). Jedoch scheint die generelle Abnahme der Weiterbildungsbeteiligung im Alter ungleich verteilt zu sein und insbesondere durch den Aspekt der Erwerbstätigkeit, den formalen Bildungsstatus sowie das Lebensalter beeinflusst zu werden. Hierbei scheinen der erworbene Bildungsstand und die Bildungsbeteiligung über den Lebenslauf signifikant mit der sozialen Herkunft zu korrelieren: Personen mit einem Pflichtschulabschluss partizipieren deutlich seltener an Weiterbildungsmaßnahmen im mittleren und höheren Erwachsenenalter (Kolland/Klingenberg 2011: 29f.).

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass neben dem Einflussfaktor Bildungsstand zudem tätigkeitsbezogene Merkmale unabhängig von der Zugehörigkeit einer Altersgruppe einen erheblichen Einfluss auf die Weiterbildungsbeteiligung haben. Es gibt konsistente Forschungsbefunde, dass die Weiterbildungsbeteiligung nicht allein auf das Alter zurückzuführen ist, sondern dieses auch mit dem Grad der Erwerbsbeteiligung abnimmt (Iller 2005: 237ff.). Des Weiteren wird angenommen, dass der Komplexitätsgrad der beruflich ausgeübten Tätigkeit an sich in einem Zusammenhang mit dem Erhalt bzw. dem Ausbau der kognitiven Flexibilität im höheren Lebensalter steht. Demzufolge nehmen diejenigen vermehrt an Weiterbildung teil, die sich auch während ihrer Erwerbstätigkeit in einem höheren Ausmaß mit komplexen Beschäftigungsfeldern betätigt haben und sich kontinuierlich auf unterschiedlichen Aneignungswegen weiterqualifiziert haben (Kolland/Klingenberg 2011: 29f.).

Eine weitere Korrelation scheint zwischen der Weiterbildungsbeteiligung und den positiven bzw. negativen Bildungserfahrungen sowie der Teilnahmehäufigkeit zu bestehen: Demzufolge können eher negative (Lern-)Erfahrungen die Teilnahme an Weiterbildung hemmen. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Weiterbildungsbeteiligung und einer positiven Bewertung der eigenen Schulzeit und damit verbundenen Lernerfahrungen existiert. Im Umkehrschluss bedeutet es, dass negative Lernerfahrungen ein Hemmnis bzw. eine Barriere für die Weiterbildungsteilnahme darstellen kann (vgl. Tippelt et al. 2009). Überdies besteht die Annahme, dass eine Beeinflussung durch frühere Lernleistungen in Bezug auf die Einstellungen gegenüber formellem, aber auch informellem Lernen stattfindet. So gehen Skaalvik & Bong (vgl. Skaalvik/Bong 2003: 67ff.) davon aus, dass die Selbstwirksamkeit bei

der Bewältigung einer Situation auf bereits gewonnenen (Lern-) Erfahrungen basiert (vgl. Wienberg 2012).

Hieran schließt sich die Frage an, ob mit zunehmendem Lebensalter – z.B. nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben – die Menschen tatsächlich weniger an Bildungsaktivitäten partizipieren oder sich bei einer Abnahme der Beteiligung an formeller Weiterbildung zugleich ein Zuwachs an informellen Bildungsaktivitäten im höheren Alter vollzieht. Bevor dieser Frage weiterführend nachgegangen wird, folgt im folgenden Abschnitt eine begriffliche Bestimmung des Lernens in informellen Kontexten: Sowohl die begriffliche Abgrenzung zu anderen Lernformen als auch die empirische Erfassung informellen Lernens ist nicht zufriedenstellend (vgl. Brödel 2008).<sup>268</sup>

Unter Lernen im informellen Kontext können ganz allgemein Lern- und Bildungsaktivitäten außerhalb institutionellen bzw. organisierten Rahmens, wie Bildungsveranstaltungen, verstanden werden. Informelles Lernen umfasst jegliche Formen des Selbstlernens, d.h. jene Formen, die vom Individuum selbst organisiert und die sich im Lebenszusammenhang bzw. in alltäglichen Handlungsvollzügen angeeignet werden können (Dohmen 1996: 29).

Des Weiteren lässt sich innerhalb des informellen Lernens die Unterscheidung zwischen dem Erfahrungslernen – bei dem Primärerfahrungen zu handlungs- und problemlösungsrelevantem Wissen reflektiert und bewusst verarbeitet (Dohmen 2001: 27; Kolland/Ahmadi 2010: 28) werden – und dem impliziten Lernen – ein unmittelbar erfahrender, nichtintentionaler, unbewusster, nicht verbalisierter sowie unreflektierter Prozess – treffen (Wurm 2007: 20). Im Wesentlichen unterscheidet sich das implizite Lernen vom informellen Lernen insofern, als beim informellen Lernen auch intentionale und explizite Lernelemente bestehen können (Wurm 2007: 27). Erfahrungslernen kann hingegen als ein Prozess, der eng verbunden mit der jeweiligen Lernbiografie und sich weniger auf den Prozess verstanden werden, der Akkumulation von Wissen und Fertigkeiten begrenzt ist (Kolland/Ahmadi 2010: 29). Ein entscheidender Aspekt beim Erfahrungslernen stellt das Erkennen von eigenen lernhinderlichen Erfahrungen dar, die ursächlich für die Manifestation von Lernbarrieren sind (Kolland/Ahmadi 2010: 30). Auf der anderen Seite kann Erfahrungen, die vordergründig starr, unflexibel, rigide und somit lernhinderlich wirken, auch eine persönlichkeitsstabilisierende Wirkung zugeschrieben werden, da

---

<sup>268</sup> Aus bildungstheoretischer Sicht lässt sich eine Unterscheidung zwischen formalen, non-formalen und informellen Lernformen treffen, jedoch lassen sie diese Lernformen nicht stringent trennen, da sich diese wechselseitig überlappen können (vgl. Europäische Kommission 2001). Eine klare Abgrenzung zwischen den Lernformen ist nur unter Umständen graduell möglich, da beispielsweise auch in formalen Lernprozessen zugleich informelles oder auch Lernen „en passant“ stattfindet (Gnahn 2010: 35; Straka 2000: 26). Zudem müssen sich die jeweiligen Lernformen nicht gegenseitig ausschließen, sondern können vielmehr als sich wechselseitig/gegenseitig ergänzend verstanden werden (Memorandum über Lebenslanges Lernen, siehe Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2000: 11).

diese bestehenden Deutungen eine Art Kontinuität und Stabilität bieten und der Entwertung bisheriger Erfahrungen, beispielsweise bei persönlichen Krisen, somit entgegen gewirkt werden kann (Kolland/Ahmadi 2010: 30).

Aus didaktischer Perspektive ist anzumerken, dass Erfahrungslernen eine Ermöglichungsdidaktik bzw. selbstgesteuerte Lernformen voraussetzt (vgl. Arnold/Gómez Tutor 2007). Dieses kann als sehr selektiv angesehen werden, da nicht alle älteren Personen zur Selbstbestimmung fähig sind und somit selbstgesteuertes Lernen häufig den sogenannten „Bildungsgewohnten“ vorbehalten bleibt. Helmut Bremer (2004) bemerkt zudem, dass ein Teil innerhalb der heterogenen Gruppe der älteren Lernenden – insbesondere in bildungsfernen Schichten – selbstorganisierte Lernprozesse mitunter als Lernzumutung wahrnehmen (vgl. Faulstich et al. 2005; Grell 2004; Bremer 2004).

Abschließend kann aus den zuvor ausgeführten Erläuterungen für die Kompetenzentwicklung im höheren Lebensalter abgeleitet werden, dass insbesondere für diese Altersgruppe bei vermeintlich eintretender (Multi-)Morbidity einhergehend mit Funktionseinbußen „Lernen“ (i.S. von Wissensaneignung, Erweiterung von Fähigkeiten und Fertigkeiten) nicht das primäre Ziel vom informellen Lernen darstellt, vielmehr dient es zur Bewältigung häufig alltagsrelevanter Anforderungen (i.S. eines instrumentellen Lernens) und dem Entwickeln neuer Lösungsstrategien, wenn beispielsweise routinierte Verhaltensweisen aufgrund von Funktionseinbußen nicht ausgeführt werden können (vgl. Marsick/Watkins 1992).<sup>269</sup>

Unter diesem Fokus wird informelles Lernen oftmals als eine Art „natürliche“ Begleiterscheinung bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen begriffen. Im Gegensatz zu Formen des formellen und non-formellen Lernens handelt es sich beim Lernen in informellen Kontexten nicht zwangsläufig um ein intentionales Lernen, was wiederum vom Lernenden nicht als Lernprozess, i.S. einer Erweiterung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen, begriffen werden muss (Europäische Kommission 2000: 9f.). Es handelt sich folglich um intentionales Lernen, wenn die Lernenden ihre jeweiligen Lebensinteressen und Lernthematiken in Verbindung bringen können und diese somit also Bedeutungsstrukturen erschlossen werden können (Umbach 2011: 182).

---

<sup>269</sup> Hierbei tragen informelle Lernprozesse – wie bereits ausgeführt – förderlich zur Selbststeuerung bzw. Selbstorganisation der Lernprozesse bei und können durch das Lernen in sozialen Interaktionen einen positiven Einfluss auf die Selbstständigkeit bei der Bewältigung von Aufgaben haben.

Der Punkt, ob bzw. inwieweit nicht-intentionales informelles Lernen berücksichtigt werden sollte, ist jedoch im aktuellen Diskurs strittig. Ungeachtet dessen, dass ein Teil bereits bestehender Definitionen dem Verständnis zugrunde liegt, demzufolge informelles Lernen größtenteils nicht intentional erfolgt (vgl. Europäische Kommission 2001), stellt die Lernintention im europäischen „Adult Education Survey“ (vgl. European Commission EUROSTAT 2005; European Commission EUROSTAT 2007) – dieser Arbeit zugrundeliegendes Verständnis und dessen AES in modifizierter Form zur Auswertung der qualitativen Interviewdaten im Kapitel 11 herangezogen wird – ein konstitutives Merkmal des informellen Lernens dar.

Ausgehend von diesem Begriffsverständnis werden im Folgenden den Modalitäten hinsichtlich der präferierten und ausgeübten Form des Lernens im höheren Lebensalter nachgegangen: Diesbezüglich stellen informelle Lernaktivitäten nachweislich insbesondere im höheren Lebensalter einen großen und bedeutenden Anteil der Lernaktivitäten dar. Auch wenn wie zuvor dargestellt eine Abnahme organisierter bzw. institutionalisierter Weiterbildung im höheren Lebensabschnitt zu verzeichnen ist, so muss es nicht zwangsläufig zu einer generellen Reduzierung der Bildungsaktivitäten im Alter kommen. Insbesondere nach dem Wegfall der Erwerbstätigkeit gewinnt Lernen in informellen Kontexten für Ältere an Bedeutung und kann als „der dominante Lerntypus der alltäglichen Lebensführungen“ betrachtet werden (Kirchhöfer 2000: 79). Diese Verschiebung der Bedeutung von Lernformen im Alter lässt sich auch durch Studien belegen: So konnte beispielsweise in der „EdAGE“-Studie gezeigt werden, dass das Internet (48 Prozent), das Ehrenamt (43 Prozent) und nebenberufliche Tätigkeiten (54 Prozent) für etwa die Hälfte der Probanden/-innen eine informelle Lernquelle ist (vgl. Tippelt et al. 2009). Hierbei ist jedoch anzumerken, dass es altersgruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Lernaktivitäten gibt.

Die „EdAGE“-Studie zeigte, dass fast die Hälfte der Befragten der 45- bis 80-Jährigen sich an informellem Lernen beteiligt. Jedoch korreliert die Beteiligung an formellem und informellem Lernen stark miteinander, d.h. Personen, die regelmäßig bzw. kontinuierlich an formeller Weiterbildung teilnehmen, lernen auch doppelt so häufig auf informellem Lernweg wie Nichtteilnehmende (71 Prozent vs. 35 Prozent) (Tippelt et al. 2009: 60).

Bildungssettings wandeln sich und neben den „klassischen“ Lernorten gewinnen informelle Lernformen, welche durch Selbstbestimmtheit, Selbststeuerung oder Selbstorganisation gekennzeichnet sind, im Alltag an Bedeutung (vgl. Schäffter 2003).

Orte informeller Bildungsaktivitäten sind u.a. Vereine, ehrenamtliche Tätigkeiten oder der Freundeskreis, im Rahmen dessen sich entsprechende Aktivitäten entfalten und Freundschaften

aufrechterhalten werden können. Die Interaktion mit sozialen Netzwerkpartnern aus unterschiedlichen Lebensbereichen kann demnach als ein wesentliches Lernfeld angesehen werden (Tippelt et al. 2009: 111). Solche Interaktionen bieten die Möglichkeit, zurückliegende biografische Ereignisse zu reflektieren und daraus Handlungsoptionen für die Gestaltung nächster Lebensphasen – wie z.B. die Neuorientierung und Gestaltung der erwerbsfreien Zeit – abzuleiten (Resch/Strümpel 2009: 82).

Umfang und Intensität informeller Bildungsaktivitäten werden laut den Ergebnissen der „EdAGE“-Untersuchung zufolge vom Bildungsstand und dem Erwerbsstatus bedingt. Diesen Befund stützen auch die Ergebnisse der „Studie zur Zeitverwendung Älterer“ von Engstler et al. (2006). Hiernach haben der sozioökonomische Status, der Familienstand, die Gesundheit sowie der Wohnort einen Einfluss für die Zeit- und Aktivitätsstruktur einer Person (vgl. Menning 2006; Engstler et al. 2004). Als Prädiktor für informelles Lernen kann die Teilnahme an formellen Weiterbildungsangeboten angesehen werden. Neben der Weiterbildungsbeteiligung haben zudem Interaktionen in sozialen Netzwerken einen erheblichen Einfluss auf die informellen Bildungsaktivitäten.

An dieser Stelle sei noch einmal hervorzuheben, dass das informelle Lernen nicht ungelöst vom Lernen in formellen Kontexten betrachtet werden kann, da beide Lernformen als sich ergänzend anzusehen sind.<sup>270</sup> Es gibt konsistente Befunde, dass eine deutliche Überschneidung hinsichtlich der Beteiligung an beiden Lernkontexten festzustellen ist. Das bedeutet, wer an formellen Bildungsmaßnahmen teilnimmt, lernt auch doppelt so häufig in informellen Kontexten im Vergleich zu „Bildungsabstinentlern“ bei institutionellen Bildungsangeboten (Tippelt et al. 2009: 60).

## **8.2 Einfluss von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten**

Wie in den vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden ist, stellen die sozialen Kontexte, in denen (Bildungs-)Aktivitäten eingebettet sind, einen entscheidenden Einflussfaktor hinsichtlich des Ausmaßes, Niveaus sowie der Intensität von Aktivitätsstrukturen sowie der Ausgestaltung von Bildungs- und Lernprozessen dar.

Aufgrund der mit dem Alter einhergehenden Verschiebung der Lernformen – welche oftmals mit dem Wegfall der Erwerbstätigkeit in Verbindung steht – kommt informellen Lernprozessen

---

<sup>270</sup> Neben informellen (sowie non-formellen) Bildungsaktivitäten sind auch institutionelle Bildungsangebote für ältere Lernende attraktiv. Neben den themengeleiteten Motiven der Bildungsteilnahme stellen zudem insbesondere im Alter soziale Motive – z.B. der Wunsch nach sozialen Anschluss und Kommunikation – einen wichtigen Teilnahmegrund dar.

eine größere Gewichtung zu. Hieran schließt sich die Frage, welche Bedeutung sozialen Beziehungen für die Kompetenzentwicklung beigemessen werden kann. Da diese Lernform in Interaktion stattfindet, ist es entscheidend, informelles Lernen in Bezug dazu zu setzen, wie Menschen interagieren. Die in dieser Untersuchung zugrunde liegende Annahme impliziert, dass den in sozialen Beziehungen stattfindende Interaktionen eine generelle Lernhaltigkeit<sup>271</sup> unterstellt werden kann – auch wenn Interaktionen ohne einen planvollen Lernprozess stattfinden.

Im Folgenden wird zur genaueren Betrachtung der Frage, inwieweit soziale Beziehungen zur Kompetenzentwicklung beitragen, einführend auf die Entwicklung von sozialen Netzwerken sowie auf Theorien von sozialen Netzwerken eingegangen. Im Anschluss wird auf Grundlage von Forschungsergebnissen die protektive Wirkung von Lern- und Bildungsprozessen in sozialen Netzwerken im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern dargestellt.

In Anbetracht der demografischen Entwicklungen<sup>272</sup> lässt sich prognostizieren, dass nachfolgende Geburtskohorten vermutlich über kleinere familiäre Netzwerke verfügen werden als die sich gegenwärtig im dritten und vierten Lebensalter befindlichen Menschen (Tesch-Römer et al. 2005: 77). Diese Entwicklung kann zu einer Verschiebung bzw. veränderten Gewichtung familiärer sozialer Beziehungen im Alter führen. Es ist anzunehmen, dass künftige Alterskohorten, die das Seniorenalter erreichen über vergleichsweise mehr außerfamiliäre Beziehungen verfügen werden bzw. diese im Alter intensiver auch für alltägliche Hilfeleistungen in Anspruch nehmen werden, da die „klassische“ Familie, die über mehrere Generationen zusammenlebt bzw. in der Umgebung lebt, seltener sein wird. Hiermit geht ein Wandel der Bedeutung von Generationenbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte einher (vgl. z.B. Fingerhann 2002). So nimmt beispielsweise die Qualität der Geschwisterbeziehungen einen u-förmigen Verlauf über die Lebensspanne: Geschwisterbeziehungen überdauern i.d.R. andere familiäre Beziehungen und sind als das zeitlich am längsten bestehende (familiäre) Beziehungssystem anzusehen (Fookan 1999: 231). Das bedeutet, es erfolgt eine Annäherung – insbesondere unter (alleinlebenden) Schwestern – wenn regionale und soziale Räume sich im höherem Lebensalter einschränken, außerfamiliäre Beziehungen abnehmen und familiäre Kontakte sowie das direkte Wohnumfeld bedeutsamer werden (Clemens 2001: 507; Bedford 1995; Bedford/Volling 2004; Bollmann 2012).

---

<sup>271</sup> Dieser sogenannten Lernhaltigkeit liegt die Leitidee zugrunde, dass alle interessegeleiteten Handlungen zu einer Erweiterung oder Vertiefung von Fähigkeiten und Fertigkeiten führen können (Krapp 2006: 310).

<sup>272</sup> Siehe hierzu im Kapitel 2.2 *Demografische Entwicklungen*.

Generell lässt sich annehmen, dass familiäre Beziehungen multifunktional sind und sich neben der Dauerhaftigkeit und Intensität auch hinsichtlich ihrer Funktionalität – bezüglich des Ausmaßes emotionaler, materieller oder informationeller Unterstützung – differenzieren lassen. Neben emotionaler Anregung und Sicherheit bieten (familiäre) Beziehungen praktische Unterstützung, die maßgeblich für den Erhalt von Handlungs- sowie Kontaktspielräumen und somit der Autonomie im Alter sind (Clemens 2001: 504).

Die Annahme, dass Familienbeziehungen auch im Alter relativ stabil bleiben bzw. sogar an Intensität zunehmen und gleichzeitig außerfamiliäre Beziehungen abnehmen, wird durch die Befunde der „Berkeley Older Generation Study“ (1988) bestätigt (vgl. Field/Minkler 1988). Jedoch ist zu berücksichtigen, dass Altersunterschiede in der Netzwerkgröße auch als Generations- bzw. Kohortenunterschiede interpretiert werden können (Lindenberger et al. 2010: 629). Des Weiteren sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der familiären Beziehungsführung zu beobachten, Männer weisen weniger Beziehungen zu Verwandten auf, hingegen verfügen sie häufig über einen größeren Freundeskreis als Frauen (Wagner/Wolf 2001: 547f.). Bislang wird die Erforschung von Freundschaften im Erwachsenenalter nur randständig beleuchtet. Unter Umständen lässt sich dieses Forschungsdesiderat so herleiten, dass im Erwachsenenalter die Freundschaftsbeziehungen in ihrer Bedeutung hinter die Familienbeziehungen und erwerbsarbeitsbezogenen Beziehungen zurückzutreten scheinen. Die Gegenposition vertritt die Ansicht, dass Freundschaften auch im Erwachsenenalter eine wichtige Beziehungsform darstellen, die das gemeinsame Durchleben, Reflektieren sowie Bewerten von Ereignissequenzen und den Informationsaustausch ermöglichen (Stiehler 2009: 392f.). Auch hinsichtlich der Gestaltung und Nutzung dieser Austauschmöglichkeiten bestehen innerhalb von freundschaftlichen Beziehungen im Alter geschlechtsspezifische Unterschiede: Freundschaften unter Männern werden primär durch gemeinsame Interessen und Tätigkeiten aufrechterhalten (vgl. Stiehler 2003), indessen beruht bei Frauenfreundschaften die Bindung auf kommunikativ-emotionalen Aspekten (Maier 2008a: 227f.). Weitere Bezugspersonen in sozialen Netzwerken stellen Arbeitskollegen/-innen oder auch Nachbarn/-innen dar. Erstere nehmen insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit sowie die Bewältigung von arbeitsbedingten Belastungen – auch i.S. einer Stressreduzierung – eine entscheidende Rolle ein (Sickendiek 2009: 477f.).

Nicht nur die Gestaltung und Nutzung, sondern auch die emotionale Bewertung und Wertschätzung von sozialen Beziehungen erfährt im Alter – insbesondere mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben – einen Wandel. Häufig wird erst beim Renteneintritt auch das Bewusstsein geweckt für die durch Kollegen/-innen erhaltende emotionale Unterstützung. Ebenso wie das berufliche Netzwerk können auch Nachbarschaftsbeziehungen – in Abhängigkeit der Dauer und



Qualität der Beziehung – als emotionale Unterstützung und Informationsquelle in bevorzugt alltagsrelevanten Themen genutzt werden (vgl. Günther 2009). Es ist anzunehmen, wenn in der nachberuflichen Phase das berufliche Netzwerk wegfällt und sich das Netzwerk tendenziell verkleinert, dass familiäre Beziehungen bzw. das direkte Umfeld wie Nachbarschaftsbeziehungen an Bedeutung gewinnen.

Die These eines schrumpfenden sozialen Netzwerkes mit zunehmendem Alter stützen die Ergebnisse von Lang et al. (2005): Demnach verfügen durchschnittlich 35- bis 49-Jährige über 20 bis 35 Sozialbeziehungen, 65- bis 84-Jährige hingegen haben nur noch 9 bis 18 Beziehungen und bei den über 85-Jährigen sind es nur noch fünf bis acht Beziehungen (vgl. Lang/Neyer/Asendorf 2005). Als möglicher Grund für die zunehmende Verkleinerung des sozialen Netzwerkes im höheren Alter wird auf der einen Seite ein „natürliches“ mit dem Alter einhergehendes Verhalten des Rückzugs<sup>273</sup> aus dem sozialen Leben genannt, auf der anderen Seite wird argumentiert, dass ein kleiner werdendes Netzwerk nicht das Resultat eines sozialen Rückzuges sei, sondern vielmehr eine Konzentration und Investition in ausgewählte bedeutsame Beziehungen (Kruse/Wahl 2010: 162) und den Wegfall eher peripherer Beziehungen (Tesch-Römer 2010: 193).

Nach Granovetter würden zu den eher peripheren Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte diejenigen zu zählen sein, die durch geringe Kontaktfrequenzen und vergleichsweise hohe psychische Distanz - die sogenannten „weak ties“ - gekennzeichnet sind (vgl. Granovetter 1973), im Gegensatz zu den sogenannten „strong ties“, die durch eine hohe Verbundenheit und Vertrauen geprägt und i.d.R. lebensphasenüberdauernd sind (Lang/Neyer/Asendorf 2005: 398). Zudem liegen konsistente Forschungsbefunde vor, die belegen, dass sich eine Selektion und Intensivierung emotional enger Beziehungen – unabhängig von Einflüssen stabiler Persönlichkeitsunterschiede – aufgrund einer sich stetig verringernenden Zukunftsperspektive in der zweiten Lebenshälfte vollzieht (vgl. Lang 2000; Lang/Carstensen 2002). In der Grundidee, dass sich im höheren Erwachsenenalter die Anzahl der sozialen Netzwerkmitglieder verringert spiegelt sich in der Theorie der amerikanischen Psychologin Laura Carstensen wider. Die Theorie besagt, dass sich eine zielgerichtete sozioemotionale Selektivität der sozialen Beziehungen mit zunehmendem Alter vollzieht – wobei nach den Kriterien der „Suche nach Infos“ und der „Suche nach Intimität“ ausgewählt wird (vgl. Carstensen 1992). Diese Theorie unterstellt, dass Bedürfnisse und Prioritäten im Lebensverlauf – in Abhängigkeit der Zukunftsoffenheit bzw. des

---

<sup>273</sup> Die Disengagementtheorie, welche in den 1960er Jahren maßgeblich von Cumming & Henry (vgl. Cumming/ Henry 1961) entwickelt wurde, kann auch als die „Theorie des sozialen Rückzugs“ betitelt werden. Der Theorieannahme zufolge kann der Rückzug des Menschen im höheren Lebensalter als natürlicher Prozess angesehen werden. Laut der Theorie wird der Rückzug im Alter mit (vermeintlich) nachlassenden Funktionen begründet und als eine Art Befreiung von Aktivitätszwang gedeutet (Backes/Clemens 2003: 128-131).

Erwartungshorizonts, also mit fortschreitendem Lebensalter – anders gewichtet werden (vgl. Carstensen 1992).

In einem anderen Modell oder vielmehr einer Forschungsheuristik zur lebenslangen sozialen Entwicklung von der amerikanischen Psychologin Toni Antonucci und ihrem Kollegen Robert Kahn (vgl. Kahn/Antonucci 1980) werden mittels der Metapher des „sozialen Konvois“ die dynamischen und sich wandelnden Beziehungen über den gesamten Lebenslauf hinweg treffend beschrieben (vgl. z.B. Antonucci/Akiyama/Takahashi 2004; Antonucci/Jackson 1990).

Aus einer entwicklungstheoretischen Perspektive illustriert der „soziale Konvoi“ die lebenslange Dynamik sozialer Beziehungen, indem man in einzelnen oder mehreren Phasen des Lebens von unterschiedlichen Netzwerkpartnern begleitet wird. Über die Zeit kann sich der „Konvoi“ sowohl strukturell als auch funktional in Abhängigkeit von Alters-, Geschlechts- und kulturellen Einflüssen verändern. Dadurch kann es auch sein, dass die Beziehung zu einigen Netzwerkpartnern wegfällt, neue hinzukommen oder sie auch ihre Rolle innerhalb der Beziehungen wechseln. Grundlegende Überlegung im Modell ist, dass Mitglieder des sozialen Netzwerkes zugleich als Quelle sowie als Ziel sozialer Unterstützung angesehen werden können. Es verdeutlicht die Kontextualisierung von sozialen Beziehungen, wobei Mitglieder des sozialen Netzwerkes konkrete soziale Räume durchschreiten, die wiederum die Gelegenheiten zum Aufbau und der Entwicklung von sozialen Beziehungen eröffnet und Gelegenheiten für gemeinsame Erlebnisse und damit Lernanlässe schafft (vgl. Iller/Wienberg 2010). Das Modell folgt der Annahme, dass sowohl personenbezogene Faktoren als auch der situative Kontext die sozialen Unterstützungsbeziehungen über die gesamte Lebensspanne beeinflussen (vgl. Antonucci 1990). Trotz der ständigen Dynamik der sich wandelnden Strukturen und Interaktionen, der der „Konvoi“ unterliegt, bildet der „Konvoi“ eine Art sicheren Hafen bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. Dieses Wechselspiel von Konstanz und Flexibilität stellt einen entscheidenden Faktor für die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben dar.

Primär werden die positiven Effekte von Unterstützungsleistungen durch den sozialen „Konvoi“ betont, jedoch wird auch die Problematik bzw. das Konfliktpotenzial benannt, welches insbesondere bei engen Beziehungspersonen auftritt (vgl. Akiyama et al. 2003). Auch Fratiglioni (2000) und Helmer (1999) betonen in ihren konzeptionellen Überlegungen die Bedeutung insbesondere qualitativer Aspekte des sozialen Netzwerkes für die Erhaltung bzw. den Ausbau kognitiver Flexibilität (vgl. Fratiglioni et al. 2000; Helmer et al. 1999).

Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys (1998) besteht eine negative Korrelation zwischen dem Lebensalter und der Netzwerkgröße, was wiederum auf die psychische Gesund-

heit zurückzuführen ist (vgl. Robert-Koch-Institut 1998). Demnach hemmen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sowie kognitive Einbußen die soziale Interaktion und Kommunikation, was wiederum eine Destabilisierung des sozialen Netzwerkes zur Folge haben kann. Netzwerke wirken wiederum stabilisierend und helfen altersbedingten Veränderungen und kritischen Lebensereignissen zu begegnen (vgl. Antonucci 2001).

Überdies hinaus konnten längsschnittliche Untersuchungen zum einen Hinweise geben, dass ein Zusammenhang zwischen einem höheren Ausmaß an sozialer Aktivität und einem geringeren kognitiven Leistungsabbau zu bestehen scheint (vgl. Barnes et al. 2004; Karp et al. 2006; Wang et al. 2002) und zum anderen ein Mangel an sozialen Beziehungen als Risikofaktor für kognitive Einschränkungen im Alter angesehen werden kann (vgl. Bassuk et al. 1999). Eine weitere Untersuchung kann in diesem Zusammenhang angeführt werden, die ein maßgeblich erhöhtes Risiko einer kognitiven Erkrankung (Alzheimer) bei älteren sozial isoliert lebenden Probanden/-innen feststellen konnten (vgl. Wilson et al. 2007; Barnes et al. 2004). Die „Berliner Altersstudie“ bestätigt diesen Zusammenhang und belegt dieses mit einem geringeren Mortalitätsrisiko um 28 Prozent bei sozial-aktiven Personen (Tesch-Römer 2010: 199). Diese Befunde stützen die Hypothese, dass das Ausmaß und die Intensität sozialer Netzwerkbeziehungen sowie das Eingebundensein in soziale Strukturen einen erheblichen Einfluss auf die individuelle Gesundheit haben (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 190).

Theoriegeleitet lassen sich unterschiedliche Argumentationen für die Korrelation zwischen den Ausprägungen sozialer Beziehungen und dem Gesundheitszustand finden. Neben Artefakten stellt die Selektion einen Argumentationsstrang dar. Diese Selektionshypothese impliziert, dass z.B. ein durchschnittlich guter Gesundheitszustand bei verheirateten Personen als Resultat der direkten Selektion eher gesunder Personen ist, die eine Ehe eingehen – i.S. eines Ausschlusses erkrankter Personen beim Übergang vom Stadium unverheiratet zu verheiratet. Hierbei ist weiterführend in der Argumentation zwischen einer direkten und indirekten Selektion zu unterscheiden. Zur indirekten Selektion sind gesundheitsrelevante Kriterien wie z.B. sozioökonomischer Status, körperliche Erscheinung, Übergewicht, körperliche Fitness, übermäßiger Alkoholkonsum zu zählen (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 191).

Einem anderen Argumentationsstrang folgend beinhaltet die Verursachungshypothese in Bezug auf die familiären Netzwerkstrukturen bzw. den Familienstand, dass der Status verheiratet zu sein einen direkten positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand hat, was durch psychosoziale Einflussfaktoren, materielle Bedingungen und Interdependenzen des Gesundheitsverhaltens der Ehepartner moderiert wird (Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 191).

Hinsichtlich der Messung des Ausmaßes von sozialen Netzwerken lässt sich überwiegend feststellen, dass nicht primär die Anzahl regelmäßiger Sozialkontakte eine Auswirkung auf die Mortalitätsentwicklung hat, sondern vielmehr deren Qualität eine Wirkung zu haben scheint (vgl. auch Gärtner/Grünheid/Luy 2005: 190; Iller/Wienberg 2011). Die Wirkung sozialer Netzwerke auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen bzw. Resilienzfähigkeit wird somit nicht ausschlaggebend durch die Anzahl der sozialen Kontakte, sondern die Qualität der sozialen Netzwerke und die Struktur von Unterstützungsnetzwerken, bedingt, wodurch ein sozial zufrieden stellendes Altern erreicht und Isolation entgegen gewirkt wird (Backes/Clemens 2003: 229). Zudem scheint die Wahrnehmung und Bewertung von sozialen Beziehungen bedeutsamer als die Verfügbarkeit sowie Häufigkeit instrumenteller oder emotionaler Unterstützung (vgl. Carstensen 1992). Auch die „European Study of Adult Well-Being“ hat die Struktur und Qualität von sozialen Netzwerken untersucht. Hierbei wurden Geschlechtsunterschiede sichtbar: Den Ergebnissen zufolge verfügen Männer zwar über eine größere Anzahl sozialer Unterstützungsmöglichkeiten, jedoch weisen Frauen mehr engere Kontakte und Ansprechpartner/-innen in persönlichen Dingen auf (vgl. Weber et al. 2005). Des Weiteren spiegeln Ergebnisse aus Befragungen geschlechtsspezifische Beziehungsmuster wieder: Demzufolge übernehmen Frauen innerhalb der Familie häufiger die Funktion des „kin-keeping“ (Zusammenhalt der Familie) und pflegen intensivere Beziehungen zu Verwandten als Männer (vgl. Monserud 2008). Dies weist auf deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der gegebenen informellen Unterstützungsleistungen hin.

Aufgrund von biografisch gefestigten klassischen Rollenmustern und damit verbundenen geschlechtsspezifischen Lebensstilen/-mustern der älteren Kohorten ist davon auszugehen, dass sich im höheren Lebensalter bezüglich der Lebenssituation, der sozioökonomischen Bedingungen, Aktivitätsmuster und Partizipationsmöglichkeiten geschlechtsspezifische Unterschiede verfestigen bzw. fortbestehen. Die Verfügbarkeit eines dichten sozialen Netzwerkes stellt häufig das Resultat lebenslanger Interaktionen dar, da sich Strukturen sozialer Ungleichheiten im Alter manifestieren (Maier 2008a: 234).

Unterschiede im Gesundheitszustand im höheren Alter sind daher häufig auf die Dauer und Intensität der Belastungen im Lebensverlauf zurückzuführen – wie beispielsweise belastende Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, dauerhafte Belastungen im beruflichen und privaten Kontext, aber auch lebensstilabhängige Verhaltensweisen bzw. Risikoverhalten wie eine einseitige Ernährung und Bewegungsmangel, die erst über einen längeren Zeitraum von mehreren Jahren wirksam werden (vgl. Iller/Wienberg 2012).

Abschließend kann festgehalten werden, dass konsistente Forschungsergebnisse vorliegen, die eine Korrelation zwischen sozialen Netzwerken und der psychischen sowie physischen Gesundheit, dem subjektiven Wohlbefinden und kognitiver Leistungen bestätigen (vgl. Keller-Cohen et al. 2006; Litwin/Shiovitz-Ezra 2006; Lovden/Ghisletta/Lindenberger 2005).

Demzufolge kann unterschiedlichen Formen sozialer Unterstützung ein Einfluss auf die Gesundheit bzw. das Gesundheits- und Risikoverhalten zugesprochen werden.

Auch wenn mehrheitlich die Unterstützung durch soziale Netzwerke auf den Lernprozess durch eine kognitive, emotionale und/oder informierende Art – in Form eines Austausches von Wissen, Reflexion und Feedback – förderlich wirkt, so kann dies auch einen gegenteiligen Effekt haben (Kruse/Wahl 2010: 160) und belastend auf das Wohlbefinden wirken als auch Lernmöglichkeiten hemmen.

Befunde aus der Netzwerkforschung geben zudem Hinweise, dass familiäre Beziehungen miteinander die individuelle Weiterentwicklung hemmen und im Gegensatz zu Freundschaften eine stärkere Kontrolle ausüben (vgl. zusammenfassend Nestmann 1997: 220ff.). Dies kann zur Folge haben, dass sich Kontrolle, in Form unerbetener Ratschläge und Bevormundung bis hin zur Androhung von körperlicher Gewalt ausdrücken kann (vgl. Mayr-Kleffel 1991: 278ff.). Ein entmündigender Umgang mit älteren Menschen und „falschdosierte“ Unterstützung kann langfristig zur „erlernten Hilflosigkeit“ und zu einem vorzeitigen Abbau von Alltagskompetenz bis hin zur Abhängigkeit führen (vgl. Seligman 1979) und somit selbstwerterhöhende, aber auch selbstwertbedrohliche Konsequenzen haben (vgl. Klauer 1997). Daher sollten neben der bloßen Vermittlung von Fertigkeiten vor allem kognitive Neubewertungen und Restrukturierungen von belastenden Ereignissen gefördert werden (Greve 2008: 916).

Generell ist jedoch davon auszugehen, dass soziale Unterstützung gesundheitsbedingte Belastungen abschwächen (vgl. Weber et al. 2005: 33-37). In einer Studie konnte gezeigt werden, dass sozial isoliert lebende ältere Menschen ein höheres Krankheits- und Mortalitätsrisiko aufweisen als sozial integrierte Menschen (vgl. Kaplan et al. 2007; Breslow et al. 1980). Zudem ergab die Befragung Älterer im Rahmen der Studie, dass die Wertschätzung sozialer Kontakte einen Einfluss auf die Zufriedenheit hat: Demnach waren die Personen, die ihren Sozialkontakten weniger Bedeutung beimäßen auch unzufriedener mit den verfügbaren sozialen Netzwerken (Perrig-Chiello/Pasqualina et al. 1999).

Wie die dargestellten Ergebnisse veranschaulichen nehmen soziale Beziehungen vor allem im Zusammenhang mit der Kompensation von Belastungen und der Krisenbewältigung, dem Rollenwechsel und damit verbundenen Orientierungsprozessen eine unterstützende Funktion ein

und haben einen positiven Einfluss auf die Herausbildung von Resilienz (vgl. Masten 2001; Tesch-Römer et al. 1997).

So lässt sich konstatieren, dass durch interdisziplinäre Forschungsbemühungen bereits eine Vielzahl potenzieller (verhaltensrelevanter) Risiko- und Schutzfaktoren in Hinblick auf ein „gesundes“ Altern“ benannt werden konnten. Bislang ergaben Kausalitätsprüfungen jedoch nicht, ob Bildung als Ursache oder als Bedingung für Langlebigkeit angesehen werden kann.

Darüber hinaus ist das Älterwerden in einem sozialen Kontext zu betrachten, da es stets in Interaktion mit der sozialen Umwelt und in unterschiedlichen Konstellationen von Beziehungen, die wiederum mit unterschiedlichen Regeln und Verpflichtungen verbunden sind, geschieht (Tesch-Römer 2010: 18). Solche Interaktion und Orte des Austausches – wie beispielsweise die Familie, der Freundeskreis, der Arbeitsplatz, der Verein oder das Stammlokal (Feld 1981: 1016) – bieten soziale Infrastrukturen und stellen bedeutsame Lernquellen bzw. zentrale Handlungsfelder dar. Aus diesem Grund kann ihnen nach Krapp (2006) eine Lernhaltigkeit zugesprochen werden, da alle interessen geleiteten Handlungen „mit einer Erweiterung oder Vertiefung des Wissens und Könnens verbunden [sind]“ (Krapp: 310). Dieser Annahme folgend bieten soziale Netzwerke Lernimpulse. Auch wenn kein intendiertes Lernziel besteht, sondern beiläufig „en passant“ gelernt wird, kann dieses zur Kompetenzentwicklung entscheidend beitragen.

Im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung im Alter konnten die zuvor angeführten Studien einen Zusammenhang zwischen einem hohen Bildungsniveau – i.S. eines damit einhergehendem signifikant höheren Levels an funktioneller Kognitiver Reserve – und einem geringeren Risiko, kognitive Funktionseinbußen im Alter zu erleiden, nachweisen. Als Begründung hierfür kann angeführt werden, dass ein hohes Bildungsniveau das Ausmaß im Lebenslauf erfahrender kognitiver Stimulation des Gehirns abbildet, welche wiederum die kognitive Leistungsfähigkeit sowie hirnanatomische bzw. -pathologische Strukturen nachhaltig beeinflusst (vgl. Le Carret et al. 2003). Ein anderer Erklärungsansatz hinsichtlich der Wirkmechanismen könnte sein, dass ein hohes Bildungsniveau durchschnittlich über den gesamten Lebenslauf mit einem aktiveren Lebensstil, der Vermeidung von Risikoverhalten, einer ausgewogeneren Ernährung und der Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen einhergeht (vgl. z.B. Studie von Park/Kang 2008; Klein/Schneider 2001). Zudem nimmt die Bereitschaft formeller und informeller Bildungsaktivitäten bei einer positiven Bildungsbiografie – gemäß der Prämisse Lebenslangen Lernens – zu und kann sich stimulierend auf andere Lebens- bzw. Aktivitätsbereiche auswirken (vgl. Iller/Wienberg 2010).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit implizieren, dass lebenslang erworbene Ressourcen wie das Bildungs- bzw. Aktivitätsniveau das Risiko eines vorzeitigen kognitiven Funktionsabbaus vermindern können. Es konnten konsistente Befunde gefunden werden, dass das Bildungsniveau bzw. Bildungsaktivitäten einen maßgeblichen Anteil bei der Entwicklung der Kognitiven Reserve im Alter haben (vgl. Stern 2002) und zudem Aktivitäten in sozialen Beziehungen einen erheblichen Einfluss auf das allgemeine Aktivitätsmuster/-niveau ausüben und weiterführende Lernimpulse liefern können. Ferner sind sowohl motivationale als auch kognitive Facetten der Reservekapazität in der Genese kognitiver Beeinträchtigungen wichtig. Das bedeutet, dass ein (lebenslang) aktiver Lebensstil, in dem besonders motivationale, kognitive, körperliche und soziale Aktivitäten trainiert werden, einen entscheidenden Faktor für die kognitive Gesundheit im Alter darstellt (vgl. Forstmeier/Maercker 2009). Darüber hinaus bestehen Hinweise, dass es erhebliche Unterschiede im kognitiven Alternsprozess gibt, die wiederum mit sehr unterschiedlichen körperlichen, emotionalen und sozialen Aspekten korrelieren. Diese Zusammenhänge gilt es bei weiteren Analysen und Interpretationen zu berücksichtigen.

Es ist also anzunehmen, dass Menschen unterschiedlich altern, da eine Ungleichverteilung von sozialen Faktoren besteht, die wiederum Auswirkungen auf den Alternsprozess haben. Ausgehend von diesem Aktivierungsparadigma und sich daraus ergebenden Vorteils- und Nachteilsgruppen resultiert eine zunehmende Ausdifferenzierung der Lebenslagen Älterer. Folglich verlieren primäre und sekundäre Sozialisationserfahrungen im Alter nicht an Einfluss, sondern führen zu einer Zunahme von Differenzen und größerer Heterogenität interindividueller Unterschiede innerhalb der Gruppe der Älteren hinsichtlich der Bildungsinteressen und -barrieren (vgl. Schmidt 2006; Schmidt 2007).<sup>274</sup>

### **8.3 Zusammenfassung und Fazit**

Wie bereits dargestellt fällt die Bereitschaft, an formalen Bildungsveranstaltungen teilzunehmen, mit zunehmendem Alter ab, und das Interesse verlagert sich hin zu informellen Lerntätigkeiten. Die Beteiligung an Bildung in früheren Lebensphasen und das daran verknüpfte Bildungsverständnis prägt die Lernbiografie entscheidend. So kann die Lernbiografie durch die Verknüpfung von Lernerfahrungen mit negativen Emotionen Lernhemmungen herbeiführen und manifeste Lernbarriere schaffen (Bubolz-Lutz et al. 2010: 141). Neben dem Wegfall der

---

<sup>274</sup> Zudem ist insbesondere die Gruppe der sogenannten „Älteren“ im Vergleich zu jüngeren Alterskohorten äußerst heterogen, da sich Ungleichheiten i.S. der Intensität von Bildungsaktivitäten und der gesellschaftlichen Teilhabe im Alter nicht nivellieren, sondern sich sogar eher verstärken.

Erwerbstätigkeit ist ein weiterer Aspekt der rückläufigen Teilnahme an formeller Weiterbildung der sich verkürzende bildungsbiographische „Erwartungshorizont“ (Begriff vgl. Koselleck 1977). In diesem Zusammenhang stellt sich für den Lernenden die Frage nach dem Nutzen der „Bildungsanstrengung“ (Begriff vgl. Schäffer 2010: 370).

Zudem wird die Lernbereitschaft und Lernfähigkeit in einem großen Ausmaß von Altersbildern – sowohl von der Selbst- als auch Fremdattribuierung – beeinflusst. Daher ist es als erster Schritt wichtig, die Selbstbestimmung und damit verbundene Selbstlernkompetenz insbesondere von bildungsungewohnten Älteren sukzessiv aufzubauen (Bubolz-Lutz/Mörchen 2009: 132). Da primäre und sekundäre Sozialisationserfahrungen auch im Alter nicht an Einfluss verlieren (vgl. Laville/Volkoff 1998) kann insbesondere innerhalb der Kohorte der Älteren eine größere Heterogenität festgestellt werden, die zu einer Zunahme der Unterschiede hinsichtlich der Bildungsinteressen und -barrieren führt (vgl. Schmidt 2006).

Das Bildungsinteresse im höheren Lebensalter wird demnach nicht nur durch den gesundheitlichen Zustand und individuelle Entscheidungen bedingt, sondern steht auch in Abhängigkeit weiterer Aspekte, wie das Vorhandensein sozialer Netzwerke und gesellschaftlichen Erwartungshaltungen (Kolland/Ahmadi 2010: 11).

Die verbreitete Annahme, dass mit zunehmendem Alter neue Informationen schlechter aufgenommen werden, ist im hohen Alter hirnpfysiologisch so zu begründen, dass sich die Aneignung von Neuem auf Bestätigungslernen reduziert. Als ursächlich hierfür kann die stärkere neuronale Vernetzung des Wissens, die Wahrnehmung von Differenz – d.h., es wird das wahrgenommene als erwartet gesehen – als erschwert gesehen werden. Lernwiderstände resultieren oftmals aus der Irritation des Gewohnten, Vertrauten und bislang Geglaubten.

Damit es jedoch im höherem Alter nicht zu einer Stagnation und Abwehr gegenüber Neuem kommt, kann durch das langsame Näherbringen von Neuem die Balance zwischen Erweiterung und Erneuerung eigener Realitätsdeutungen und der Sicherung der bisherigen Sicht erlangt werden (Bubolz-Lutz et al. 2010: 106). Daher ist die Paradoxiefähigkeit entscheidend für die Lernbereitschaft im Alter, damit Widersprüche integriert werden können und zugleich strukturelle Ambivalenzen nicht aufgelöst werden (Kade 2007: 46). Diese Lernwiderstände bzw. Abwehrmechanismen bestehen bereits vor der eigentlichen Lernsituation und werden erst durch die Situation selbst erzeugt, sie können jedoch als ein starkes Lernpotenzial begriffen und genutzt werden (Illeris 2006: 35f.).

Die Aneignung von Neuem setzt ein Umlernen voraus, d.h. eine Umstrukturierung der bestehenden kognitiven Strukturen, was wieder oftmals insbesondere im höheren Alter mit Lernwiderständen verbunden sein kann. Häufig ist ein Umlernen im Alter nicht so erfolgreich wie ein



Anknüpfen an bereits bestehende Wissensstrukturen, Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. Dewe 1999). Oftmals werden bei einer Konfrontation mit Neuem Prozesse der Uminterpretation, Neuordnung von Zielhierarchien, Distanzierung und des Akzeptierens eingesetzt (vgl. u.a. Brim 1988; Dittmann-Kohli 1989; Folkmann et al. 1987; Staudinger/Dittmann-Kohli 1994: 423).

Vor dem Hintergrund der oben genannten Befundlage – und unter Einbeziehung vorangegangener Ausführungen in dieser Arbeit zu den Bedingungen und Effekten von Bildungsaktivitäten – zu den Rahmenbedingungen, (Wechsel-)Wirkungen und Einflussfaktoren auf das Bildungsverhalten können Bildungseffekte transparent gemacht und protektive Funktionen von Bildung abgeleitet werden. Hier ist u.a. der förderliche Einfluss sozialer Netzwerke und Interaktionsmöglichkeiten auf die soziale Integration und gesellschaftliche Partizipation zu nennen.

Ein erheblicher Einfluss von (Weiter-)Bildungsaktivitäten auf andere Aktivitäten bzw. Aktivitätsstrukturen konnte bereits mehrfach konsistent nachgewiesen werden.<sup>275</sup> Hierbei ist das Ausmaß der Aktivitäten wiederum eng an Zuschreibungen von (Alters-)Attributen gekoppelt – die z.B. durch individuelle Bildungserfahrungen oder gesellschaftlich dominierende Altersbildern geprägt sind. Diese können wiederum einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit (serwartungen) haben und folglich eine erhebliche Wirkung auf Bildungs- und Aktivitätsstrukturen („Das traue ich mir [noch] zu!“) zeigen. Das bedeutet, dass kompetenzerhaltende und -fördernde (Bildungs-)Aktivitäten sowohl Anknüpfungspunkt an Bestehendes als auch Ausgangslage für Neues sein können und somit Impulse für weitere (Bildungs-)Aktivitäten bieten. Auf gesellschaftspolitischer Ebene sind daher ressourcenorientierte, positive, realitätsentsprechende Altersbilder erforderlich, die die Vielseitigkeit bzw. Heterogenität des „Alters“ abbilden.<sup>276</sup> Auf individueller Ebene gilt es, den im Lebenslauf entwickelten und gefestigten Lernbarrieren frühzeitig entgegenzuwirken und somit einer Lernentwöhnung vorzubeugen, so dass im höherem Lebensalter „Lernen“ ein selbstverständlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens bleibt und somit entscheidend zum Aufbau und zur Entwicklung lebenslanger Ressourcen beitragen kann, die die Autonomie im Alter sicher stellen und ein „erfolgreiches“ Altern ermöglichen.

---

<sup>275</sup> In Hinblick auf den Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Bildungsteilnahme lassen sich Wechselwirkungen erkennen. So haben Aktivitäten und der soziale Austausch wie beispielweise in Vereinen o.ä. nachweislich eine positive Auswirkung auf die Weiterbildungsbeteiligung (vgl. Tippelt et al. 2009), welche sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkt. Häufig geführte Interaktionen in sozialen Netzwerken erhöhen die Wahrscheinlichkeit – unabhängig vom Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und Bildungsstand – Weiterbildungsangebote zu nutzen (Kolland/Ahmadi 2010: 51). Auch ein positives gesellschaftliches Altersbild sowie ein positives Selbstbild vervielfachen die Wahrscheinlichkeit, an Bildungsaktivitäten teilzunehmen (Kolland/Ahmadi 2010: 53).

Eine andere Studie konnte aufzeigen, dass sich bei einer jährlichen Teilnahme an drei bis zehn Weiterbildungskursen die Wahrscheinlichkeit, gesundheitsförderndes Verhalten zu zeigen, erhöht – wie z.B. mit dem Rauchen aufzuhören und sich vermehrt körperlich zu betätigen (vgl. Feinstein/Hammond 2004).

<sup>276</sup> „Nicht jede Veränderung ist als Altern anzusprechen, nicht jedes Erlebnis derselben als Älterwerden“ (Thomae/Lehr 1968: 21).

Ausgehend von der dargestellten Befundlage in dieser Arbeit kann abschließend folgendes Resümee gezogen werden: Aus den Befunden ist abzuleiten, dass den Bildungsaktivitäten eine positive Wirkung auf die Lebenssituation zugesprochen werden kann. Bildung kann als Voraussetzung für ein „gesundes“ Altern betrachtet werden und nimmt eine Art „Schutzfunktion“ ein. Studien konnten konsistent nachweisen, dass formal höher Gebildete durchschnittlich länger leben und die Lebensphase(n) Alter in einem besseren Gesundheitszustand verbringen. Zum anderen scheinen Bildungsaktivitäten – insbesondere im höheren Lebensalter – eng mit anderen Aktivitäten der Lebensführung verbunden zu sein. So nehmen nachweislich aktive, zufriedene Menschen, die in funktionierenden sozialen Netzwerken leben, auch im Alter an Weiterbildung teil bzw. nutzen informelle Lerngelegenheiten. Dieses wirkt sich wiederum positiv auf die Lebenszufriedenheit aus und stellt einen entscheidenden Aspekt für gesellschaftliche Teilhabe dar. Eine weitere Wirkungsdimension kann Bildungsaktivitäten zugesprochen werden: Sie fördern den Erhalt der Leistungsfähigkeit und die Veränderung von Verhaltensweisen, die eine selbstständige Lebensführung auch im hohen Alter ermöglichen (vgl. Iller/Wienberg 2010; Wienberg/Czepek 2011).

Anzumerken ist, dass Wirkungsmechanismen nicht eindimensional auf Weiterbildungsaktivitäten oder formale Bildungsabschlüsse zurückgeführt werden können.

Darüber hinaus verdeutlicht die Befundlage, dass es zwar Forschungsbemühungen hinsichtlich einer stärkeren Ausrichtung auf informelle Lernprozesse sowie Auswirkungen von sozialen Netzwerken auf die Bildungsaktivitäten gibt, jedoch bietet das Forschungsfeld noch zahlreiche Forschungsdesiderate.

Daher ist ein interdisziplinärer ganzheitlicher Forschungsansatz erforderlich, um die vielschichtigen Facetten des Alterns sowie eine stärkere (aktive) Mitgestaltung von Älteren bei der Konzeption von altersspezifischen Maßnahmen zu berücksichtigen, um die Bedürfnisse und Motive der alternden Gesellschaft abbilden zu können.

## **9. Zentrale Forschungsfragen der vorliegenden qualitativen Analyse**

Aus den erläuterten theoretischen Bezügen der dargestellten interdisziplinären Befundlage zu den Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns und aus den aufgezeigten Forschungsdesideraten in diesem Themenkomplex ergeben sich für die Kompetenzentwicklung bzw. Bildung im Alter folgende zentralen Fragestellungen: Inwieweit kann sowohl der formellen als auch der informellen Bildung eine protektive Funktion für ein gesundes bzw. „erfolgreiches“ Altern zugesprochen werden? Ob und wie entwickeln sich Bildungsprozesse insbesondere in informellen

Lernkontexten langfristig und welche Auswirkungen haben diese auf die Gesundheit im Alter? Inwieweit geben (informelle) Bildungsprozesse darüber Aufschluss, wodurch „schützende“ Ressourcen i.S. einer Kompetenz für ein selbstbestimmtes, autonomes Alter aufgebaut bzw. über die Lebensspanne entwickelt werden?

Konkret sollen daher folgende Aspekte genauer untersucht werden:

- Welche Lerngelegenheiten werden mit zunehmendem Alter genutzt? Welche Anlässe (biografische Wendepunkte oder Veränderungen des sozialen Netzwerkes) bieten Lernimpulse?
- Welche Rolle spielen soziale Beziehungen und Netzwerke für ein „gesundes“ Altern? Welche Lernmodi gewinnen mit zunehmendem Lebensalter an Bedeutung?
- In welchen Formen bzw. in welcher Hinsicht wirken sich soziale Netzwerke lernförderlich oder auch lernhinderlich aus? Welche Barrieren ergeben sich im formalen und informellen Lernprozess?

Ziel ist es, Hinweise zu erhalten, in welcher Form reflexive Lernprozesse im Alter ablaufen und welche Bedingungen eine selbstbestimmte Auseinandersetzung mit dem Leben im Alter zulassen.

Diese Fragen lassen sich aus dem aktuellen Forschungsstand nicht umfassend beantworten.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt daher in der Analyse von Bildungsaktivitäten in informellen Kontexten unter besonderer Berücksichtigung des Lernens in sozialen Beziehungen und im Umgang mit Entwicklungsaufgaben (Übergang in den Ruhestand, Partnerverlust etc.) im höheren Lebensalter (vgl. Iller/Wienberg 2010). Ergänzend zu formalen Weiterbildungsangeboten sollen Möglichkeiten informeller Lernformen ausfindig gemacht werden.

Um diese Fragestellungen beantworten zu können, ist es erforderlich eine lebenslaufanalytische Perspektive einzunehmen, um Bedingungen, wie Lebensstile, Einstellungen, biographische Kontinuität bzw. Diskontinuitäten und Lernerfahrung der Probanden/-innen erfassen zu können.

Es sollen in einer qualitativen Analyse einer Substichprobe der ILSE-Längsschnittdaten von Probanden/-innen der Geburtskohorte 1930-1932, welche in Form von halbstandardisierten Interviews vorliegen, explizit auch mögliche negative Effekte – Konfliktpotenziale, Einschränkungen oder auch die Förderung erlernter Hilflosigkeit – von sozialen Netzwerken auf die Bildungsaktivität identifiziert werden.

Weiterführend sollen der Zusammenhang und die Wechselwirkungen zwischen Bildung und Gesundheit bzw. Wohlbefinden – in Abhängigkeit von unterschiedlichen Aktivitätsniveaus und Bildungsabschlüssen – im Alter beleuchtet werden.

Die Analyse soll dazu beitragen, Wirkungszusammenhänge und Indikatoren beweiskräftiger zu identifizieren. Bezugnehmend auf die aktuelle Befundlage, die eine signifikante Korrelation zwischen der Bildung(sbeteiligung) und anderen produktiven Tätigkeiten sieht, soll im nachfolgenden Methoden- und Ergebnisteil der Einflussfaktor – der Effekt von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten – im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern untersucht werden.

Aufgrund der zuvor genannten Aspekte der Fragestellungen sind Längsschnittdaten erforderlich, die einen lebenslaufanalytischen Einblick in die Biografien ermöglichen. Diese und weitere Forderungen an das Datenmaterial und das Untersuchungsdesign, werden in den nachfolgenden Kapiteln zum methodischen Vorgehen und der Datengrundlage erläutert.

## **10. Forschungsdesign und Datengrundlage**

In diesem Abschnitt der Arbeit wird einführend der verwendete Datensatz sowie dessen Erhebungsverfahren vorgestellt. Daran anschließend wird die Auswahl und Zusammensetzung der in dieser Untersuchung verwendeten Stichprobe des „ILSE“-Datensatzes beschrieben. Im Rahmen der Beschreibung der Stichcharakteristika wird daran ein kurzer Exkurs – zu den historischen Zusammenhängen im Kontext der Alterskohorte 1930 bis 1932 – zur Interpretation der Interviews angestellt.

Im Anschluss wird das methodische Vorgehen bei der Auswertung der qualitativen Interview-Analyse genauer erläutert. In Kapitel 11 werden darauf aufbauend die Ergebnisse der qualitativen Analyse vorgestellt. Abschließend folgt in Kapitel 12 eine Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse sowie ein kurzer Ausblick.

### **10.1 Datensatz und Erhebungsverfahren**

Die in dieser Arbeit durchgeführte Sekundäranalyse bezieht sich auf eine ausgewählte Stichprobe aus der ILSE-Studie, welche durch das Deutsche Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, in Kooperation mit den Universitäten Leipzig und Rostock durchgeführt wurde. Gefördert wurde die Studie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

(BMFSFJ) sowie durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (MWK). Im Rahmen der „ILSE“-Gesamterhebung wurden Probanden/-innen aus dem Untersuchungszentrum Heideberg (T1: N=500) und aus Leipzig (T1: N=500)<sup>277</sup> untersucht. Zu drei Messzeitpunkten (1993-1995, 1997-2000, 2005-2007) wurden die Kohorten der Geburtsjahrgänge 1930 bis 1932 und 1950 bis 1952 in den beiden Untersuchungszentren erhoben. Das Durchschnittsalter der Alterskohorte der 1930 bis 1932 Geborenen betrug beim ersten Messzeitpunkt 62,4 (+/- 2,4 Jahre) und bei der zweiten Erhebung 66,7 (+/- 1,1) Jahre (Schröder et al. 2007: 166f.). Es ist geplant, eine vierte Untersuchungswelle durchzuführen.

Das Gesundheitsverständnis in der „ILSE“ orientiert sich an dem WHO-Konzept „Active Ageing“ (vgl. WHO 2002; Schmitt et al. 2008: 13).

Die „ILSE“-Studie untersucht individuelle, gesellschaftliche und materielle Bedingungen für ein gesundes, autonomes und erfülltes Altern.<sup>278</sup>

Charakteristika der „ILSE“ sind wie folgt (Schmitt et al. 2008: 10f.):

- Längsschnittlicher Ansatz bzw. retrospektivische Befragung
- Kohortenansatz und Ost-West-Differenzierung
- Bezugnahme auf das mittlere und höhere Erwachsenenalter
- Verknüpfung von biographischer Perspektive und gegenwärtiger Lebenssituation
- Interdisziplinäre Orientierung (Disziplinenvielfalt)

Das Untersuchungsdesign der Studie berücksichtigt sowohl entwicklungspsychologische als auch gerontologische Forschungsaspekte (Schmitt/Martin 2003: 207).

Bestandteile der Untersuchung waren u.a.: Allgemeinmedizinische, gerontologische und neuropsychologische Tests, autobiographische Interviews, die Erhebung soziodemographischer Daten, Angaben zu Einstellungen und Persönlichkeit, Lebensstilfaktoren, i.S. von Freizeitaktivitäten sowie Sport- und Ernährungsverhalten (vgl. Schmitt/Wahl /Kruse 2008).

Im Rahmen der „ILSE“-Untersuchung wurden neben medizinischen Untersuchungen sowie Tests, strukturierte, leitfadengestützte Interviews geführt. Diese Interviews dienten der Gewinnung von kontextbezogenen, spezifischen detaillierten Daten über bildungsbiographische Verläufe.

---

<sup>277</sup> Siehe hierzu die ausführliche Darstellung im Kapitel 10.2 *Auswahl und Beschreibung der gewählten Substichprobe*.

<sup>278</sup> Siehe hierzu Website des „ILSE“-Projektes unter: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Psychologisches Institut. Abteilung für Psychologische Altersforschung: ILSE (o.J.).

Zu berücksichtigen ist jedoch die Tatsache, dass biografische Erinnerungen eine Bewertung der Vergangenheit sind und diese im bilanzierenden Rückblick stetig umgedeutet werden (Kade 2007: 118).<sup>279</sup>

Durch die Erhebung liegen Informationen über formales, non-formales und informelles Lernen vor, welche Aussagen über Weiterbildungsinteressen, Lernimpulse als auch Lernbarrieren zulassen (Schmitt et al. 2008: 14).

In der vorliegenden Arbeit wird sich explizit und ausschließlich auf den halbstandardisierten Explorationsfragebogen/Interviewleitfaden bezogen, welcher biographische Daten zu Bildungs- und Erwerbsverläufen, soziale Netzwerkstrukturen, Gesundheitsverhalten, Freizeitaktivitäten u.v.m. erhebt.

Die Daten wurden in Form von halbstrukturierten Interviews bzw. in Form einer halbstandardisierten Exploration gewonnen. Der Explorationsteil weist unterschiedliche Fragetypen bzw. -formate auf. Die offenen Frageformate sollen ermöglichen, an verfügbares, implizites Wissen der Probandinnen und Probanden zu gelangen.

Die Interviewer durchliefen eine Schulung, in der sie in die Fragetechnik eingewiesen und bezüglich ihres Verhaltens in der Interviewsituation angeleitet wurden.

Die einzelnen Fragen in dem Leitfaden (1.MZP) lassen sich in folgende Themenblöcke unterteilen:

---

<sup>279</sup> Die Verwendung retrospektiv-erhobener Daten impliziert die Gefahr, dass es zu einem Forschungsbias u.a. durch eine „Verklärung der Vergangenheit“ kommen kann. Zudem können weitere Verzerrungseffekte einen Einfluss auf das Ergebnis bzw. das Antwortverhalten der Befragten haben – wie z.B. der Effekt der sozialen Erwünschtheit, Halo-Effekt (siehe hierzu auch im Kapitel 13. *Kritische Reflexion der gewählten Methode und Anmerkungen zum Datensatzes*).

BIOGRAFIE	GEGENWART	GLOBALS
Kindheit, Schulzeit und Jugend	Aktuelle Berufssituation	Daseinsthemen (bezogen auf Gegenwart und Zukunft)
Familiäre und private Situation im frühen und mittleren Erwachsenenalter	Familiäre soziale Kontakte	Beurteilung des Gesamteindrucks in der Untersuchungssituation: formale Verhaltensqualitäten
Erwerbstätigkeit/Nicht-erwerbstätigkeit im Lebenslauf	Außerfamiliäre soziale Kontakte	
	Soziales Netzwerk	
	Tageslauf	
	Freizeit	
	Gesundheit	
	Wohnen	
	Sozioökonomische Situation	
	Wertvorstellungen und Lebensziele, Sorgen	
RÜCKBLICK & ZUKUNFTSPERPEKTIVE		
PERSÖNLICHKEITSTESTS		

**Tab. 2: Themenblöcke in den leitfadengestützten ILSE-Interviews (Quelle: Explorationsteil (T1) der ILSE, eigene Darstellung)**

### 10.1.1 Charakterisierung der gesamten ILSE-Daten der Kohorte 1930 bis 1932

Der formale Bildungsstand wurde in der Untersuchung durch die Anzahl der Schul- und Ausbildungsjahre gemessen. Hierbei wurde in der Alterskohorte der 1930 bis 1932 Geborenen deutlich, dass zum einen die durchschnittliche Ausbildungszeit bei den Frauen geringer als bei den Männern ausfiel und dass zum anderen der formale Bildungsstand bei der Alterskohorte 1930 bis 1932 geringer ist als bei der Vergleichskohorte der 1950 bis 1952 Geborenen (Schmitt/Wahl/Kruse 2008: 22ff.).

Hinsichtlich der ökonomischen Verhältnisse der Probanden/-innen konnte festgestellt werden, dass die Befragten der Leipziger Stichprobe über ein deutlich geringeres Einkommen verfügen als die westdeutsche Untersuchungsgruppe aus Heidelberg. Generell lässt sich feststellen, dass seit der deutschen Wiedervereinigung der Anteil der Erwerbstätigkeit in Ostdeutschland nach dem 55. Lebensjahr erheblich geringer ausfällt als in Westdeutschland (Backes/Clemens 1998: 340).

Des Weiteren zeigte sich, dass sich die finanzielle Benachteiligung von Frauen im Alter fortsetzt und sich diese erheblich höher beläuft – unabhängig vom Untersuchungsort - als die von den männlichen Probanden/-innen (Schmitt/Wahl/Kruse 2008: 22ff.).

Gemäß der Differenzierungshypothese findet eine Verstärkung von Ungleichheit im Alter statt, hierbei verstärken sich Ungleichheit i.S. vorlaufender Begünstigungen und Benachteiligungen (vgl. Ferraro/Shippee/Schafer 2009; O`Rand 2003).

Aufgrund dessen veranlasst u.a. die persönliche finanzielle Lage insbesondere Frauen in der untersuchten Altersgruppe der 1930 bis 1932 Geborenen im Alter erwerbstätig zu sein (5,5 Prozent der Heidelberger Frauen), im Vergleich hierzu sind etwa nur noch 2,8 Prozent der Heidelberger Männer und 1,2 Prozent der Leipziger Männer erwerbstätig (Schmitt/Wahl/Kruse 2008: 22ff.).

Gemäß der Aussage „Singularisierung im Alter ist weiblich“ wird in der Untersuchungsgruppe ersichtlich, dass der Anteil der verheirateten Personen bei den älteren Frauen am geringsten ist (Schmitt/Wahl/Kruse 2008: 22ff.)<sup>280</sup>.

So ist es nicht verwunderlich, dass in der Alterskohorte der über 60-Jährigen mehrheitlich verwitwete Frauen zu finden sind, u.a. aufgrund der höheren Lebenserwartung. Somit scheint die Singularisierung im Alter ein Frauenschicksal zu sein (Kade 2007: 27f.).

Hier ist anzumerken, dass sich die partnerschaftliche Aufgabeteilung in den jüngeren Alterskohorten von einem „male-breadwinner“-Modell – i.S. einer „traditionellen“ geschlechtsspezifischen Rollenverteilung der erwerbstätigen Männer und der sich fast ausschließlich um Familie und Familie kümmernden Frauen gewandelt hat (Tesch-Römer 2010: 128), auch wenn in der untersuchten Alterskohorte der 1930 bis 1932 Geborenen größtenteils ein traditionelles Rollenverständnis vorherrscht.

Eine Angleichung der Lebensmuster zwischen den Geschlechtern lässt sich beobachten. Insbesondere in der nachberuflichen Phase verliert die Geschlechterdifferenzierung ihre Relevanz (Kohli 1990: 401).

In Hinblick auf die regionalen Unterschiede der Verteilung von sozioökonomischen Ressourcen, der Lebensstile und die Auswirkungen auf die Gesundheit vertritt beispielsweise Razum (2009) die Hypothese, dass sich die Lebensverhältnisse in ganz Deutschland kleinräumig auseinander differenzieren, was wiederum Folgen für die Gesundheit hat. Trotz persistierender sozioökonomischer Unterschiede hat eine Angleichung der Unterschiede der Lebenserwartung

---

<sup>280</sup> Folgende Partnerschaftsformen wurden im Explorationsteil der ILSE abgefragt: 1. verheiratet: gemeinsame Wohnung, 2. verheiratet: getrennte Wohnung, 3. nichteheliche Partnerschaft: gemeinsame Wohnung, 4. nichteheliche Partnerschaft: getrennte Wohnung, 5. außereheliche Beziehung, 6. Sonstiges.



– i.S. einer Zunahme an Lebensjahren in Ostdeutschland – stattgefunden (vgl. Razum 2009). Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass sich die Gesundheitsindikatoren trotz Unterschieden zwischen Ost- und Westdeutschland annähern.

Da in der vorliegenden Arbeit auf die Geburtskohorte 1930 bis 1932 Bezug genommen wird, soll hinsichtlich einer Gewährleistung einer kontextgerechten Interpretation, im Folgenden ein kleiner Exkurs zum historischen, gesellschaftlichen und sozialen Kontext der untersuchten Kohorte skizziert werden. Charakteristika der Stichprobe und ihrer historischen Einordnung werden in Zusammenhang mit bildungsrelevanten Aspekten umschrieben. Hierbei sollen ergänzend zu der in den Interviews dargestellten „Binnenperspektive der Alltagswelt“ Informationen über historische, gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen i.S. von „Hintergrundstrukturen“ gegeben werden (Göymen-Steck 2009: 139).

Der Exkurs soll zur Herstellung einer Kontextgebundenheit der Daten, zur Verringerung von Fehlinterpretationen und zur besseren Nachvollziehbarkeit (Wiederholbarkeit, Reproduzierbarkeit) der Daten bzw. des Verhaltens der Probanden/-innen beitragen. Hierbei geht es nicht darum, die historischen Zusammenhänge in ihrer Vollständigkeit abzubilden, sondern vielmehr einen Eindruck über derzeitig vorherrschende (bildungs)politische Rahmenbedingungen (regionale Unterschiede im Bundesvergleich zwischen Ost- und Westdeutschland), gesellschaftliche Rollenbilder sowie Bildungschancen u.ä. zu erhalten.

### **10.1.2 Exkurs: Historische Zusammenhänge (Kohorte 1930-1932)**

Es kann davon ausgegangen werden, dass für die Mehrheit der untersuchten Probanden/-innen der Geburtskohorte 1930 bis 1932 die Schulzeit durch eine Ideologisierung der Lehrplaninhalte und Gründung von nationalsozialistischen Eliteschulen während der Diktatur des Nationalsozialismus geprägt ist (Schaub/Zenke 2002: 138ff.).

Aufgrund der Ende der 1930er Jahre erlassenen gesetzlichen Neuordnungen – i.S. der Zentralisierung des Bildungswesens – werden die Schulen äußerlich und innerlich radikal vereinheitlicht (Rebele 2002: 328).

Sowohl die Curricula als auch die Zugänglichkeit zu Bildung bzw. Chancengleichheit wurde durch Ideologien des nationalsozialistischen Regimes sowie ein damit verbundenes Selektionsprinzip bestimmt. Das mit schulischer Auslese eng verbundene Prinzip der Bildungsbegrenzung, richtet sich nicht nur gegen die jüdische Bevölkerung, sondern diskriminierte auch Mädchen und Frauen im Schulsystem (van Ackeren/Klemm 2009: 36).

Zudem herrschten an den allgemeinbildenden Schulen ein enormer Lehrermangel sowie eine Lehrmittelknappheit. Die Schulzeit der untersuchten Probanden/-innen ist oftmals durch kriegsbedingte Unterbrechungen, von schulfremden Verpflichtungen und Kinderlandverschickung<sup>281</sup> gekennzeichnet. Das Freizeitverhalten während der Kindheit der untersuchten Alterskohorte wurde häufig durch Aktivitäten in nationalsozialistischen Jugendgruppen bestimmt.

Als ein weiterer historisch und bildungspolitisch relevanter Aspekt im Hinblick auf die Interpretation der vorliegenden „ILSE“-Daten stellen die reformpädagogischen Bemühungen nach dem Zweiten Weltkrieg in den beiden Bildungssystemen der BRD und der DDR dar.

Infolge des zweiten Weltkrieges bestanden von 1949 bis 1990 mit der BRD im Westen und der DDR im Osten zwei Staaten mit unterschiedlichen Bildungssystemen, welche vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit an dieser Stelle kurz skizziert werden sollen:

In der BRD existierte damals schon ein dreigliedriges Schulsystem mit Volksschule (welche acht Schuljahre umfasste), Mittelschule und höherer Schule (Rebele 2002: 329).

In den ersten Nachkriegsjahren bringt die Reformierung des Bildungssystems für die erziehungswissenschaftlichen Tätigkeitsfelder in Deutschland große Herausforderungen mit sich. Zu den strukturellen Umständen, wie u.a. zerstörte Schulgebäude sowie Lehrermangel, herrscht auch eine große innere Not: „[Der] Zusammenbruch des hohlen Pathos, radikale Desillusionierung, Resignation und Verzweiflung“ (Rebele 2002: 330). Daraufhin folgt eine Dezentralisierung der Schul- und Kultusfragen auf die einzelnen deutschen Länder (Rebele 2002: 330). Das allerdings durch Ungleichheit geprägte Bildungswesen erwies sich als reformbedürftig.

Zur Verbesserung der Chancengleichheit im Schul- und Hochschulwesen wurden jedoch erst in den 1960er Jahren durch eine Bedarfsfeststellung der Kultusministerkonferenz Reformen verabschiedet.

Betrachtet man die Entwicklungen im Hochschulbereich der 1950er Jahre – also etwa zu der Zeit als ein Teil der „ILSE“-Probanden/-innen ein Hochschulstudium absolvierten – so wird deutlich, dass sich der Ansturm auf die Universitäten nach dem wirtschaftlichen Aufschwung der ersten Nachkriegsjahre etwas gelegt hat und es zu rückläufigen Immatrikulationen an deutschen Hochschulen kam (Immatrikulationen im Wintersemester 1950/1951: etwa 105.000 Studierende). Mit etwa 17 Prozent nimmt der Frauenanteil unter den Studierenden eine ähnliche Größe ein, wie vor dem Zweiten Weltkrieg (vgl. o.V. 2010d).

---

<sup>281</sup> Siehe weiterführende Informationen und Hintergründe zur Kinderlandverschickung in Kock 1997 und Dabel 1981.

In Westdeutschland sind die Reformbestrebungen zu nennen, die spezialistische Verengung im Hochschulbereich teilweise zu öffnen und die Menschenbildung in der Hochschule durch allgemeingeistige Orientierungen („Studium generale“, Ringvorlesungen, etc.) oder durch Anregungen zu geistig-geselligem Austausch zu fördern (Rebele 2002: 333).

In der DDR wurden die Schulen hingegen durch die Deutsche Zentralverwaltung für Volksbildung zentralistisch gelenkt. Nach der Gründung der DDR wurde diese Einrichtung in das zentrale Ministerium für Volksbildung überführt. In der antifaschistisch-demokratischen Schulreform (1945 bis 1949) wurde ein Einheitsgesetz erlassen. Einhergehend mit den Sowjetisierungs- und Zentralisierungstendenzen wurden einheitliche Regelungen und eine straffe Normierung des gesamten Schulwesens vorgenommen. Es erfolgte die Schaffung der Einheitschule (1946) mit achtjähriger Grundschule und anschließender vierjähriger Oberschule oder der parallel existierenden zehnjährigen ostdeutschen Mittelschulen, Streichung des Religionsunterrichts vom Lehrplan der Schulen. Zudem wurden Privatschulen untersagt, es kam zur Proklamierung von Koedukation und Schulgeldfreiheit, Festlegung genauer Lehr- und Studienpläne für alle Schulen und Hochschulen. Die straffe ideologische Ausrichtung des ganzen Bildungswesens war die Folge der Neustrukturierung in der DDR (Rebele 2002: 330).

Polytechnische Oberschulen, welche über anschließende Berufsausbildung und Berufsklassen u.a. auch zur Hochschule führen sollten, wurden ab etwas Ende der 1950er Jahre eingeführt (van Ackeren/Klemm 2009: 39; Rebele 2002: 331).

Wie der zuvor skizzierte historische Abriss über das Schulwesen der 1930er und 1940er Jahre verdeutlicht, finden sich aufgrund unterschiedlicher Faktoren ungleiche Lebensbedingungen vor – auch wenn im Zuge der Bildungsexpansion (i.S. der Ausweitung und Ausdifferenzierung der Bildungseinrichtungen), welche infolge der Etablierung in der Zwischenkriegszeit einer gemeinsamen „Volksschule“ für alle Kinder die weiterführende Schulbildung breitere Kreise erreichte. Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich die weiterführende Bildung zur Massenausbildung. Immer größere Anteile der heranwachsenden Schülerjahrgänge erreichte mittlere und höhere Abschlüsse. Für mehr als ein Viertel der Jüngeren wurde Universitätsbildung möglich (Hradil 2001: 151).

In groben Strukturen – in Bezug auf den dreigliedrigen Aufbau – hat sich das deutsche Schulwesen nach dem Zweiten Weltkrieg im Kern nicht wesentlich verändert. Der Aufbau dieses Schulsystems erwies sich als vorteilhaft bezüglich einer organisierten Leistungsdifferenzierung, enthält aber zugleich auch den Nachteil der sozialen Selektivität. Eine frühzeitige Selektivität kann die Leistungsentwicklung der Schüler/-innen aufgrund der Lebensumstände wie

soziale oder familiäre Hemmnisse behindern und somit Bildungschancen unterschiedlich bereitstellen (Hradil 2001: 154f.).

Soziale Ungleichheit, welche in Bildungsbenachteiligung münden kann, soll durch eine Eröffnung von Bildungschancen statusunabhängig erfolgen. Hierbei soll das Ziel nicht die „Angleichung der Bildungsgrade aller Gesellschaftsmitglieder sein, sondern die Abschaffung von Bildungsprivilegien, die sich durch soziale Ungleichheiten zwischen gesellschaftlichen Gruppierungen erklären lassen“ (Hradil 2001: 154).

Vorangehende Studien aus den 1960er Jahren liefern Hinweise dafür, dass vor allem viele Arbeiterkinder, Landkinder sowie Mädchen durch soziale Hemmnisse massiv daran gehindert wurden, weiterführende Bildungsabschlüsse zu erlangen (Hradil 2001: 157). Einflussfaktoren in Hinblick auf die Chancengleichheit im Schul- und Bildungswesen stellen u.a. die berufliche Stellung der Eltern, das Bildungsniveau der Eltern sowie das Haushaltseinkommen dar – anzumerken ist jedoch, dass der Bildungsgrad der Eltern stärker ausschlaggebend zu sein scheint als das Haushaltseinkommen (Hradil 2001: 167): Beispielsweise erreichten laut Untersuchungen von Hradil (2001) in den Geburtskohorten 1910 bis 1939 etwa 1,3 Prozent aller Töchter von Landwirten oder Arbeitern mindestens das Abitur, im Vergleich zu 37 Prozent bei den Töchtern aus der oberen Dienstklasse. Dies entspricht einem Verhältnis von 1:28 zugunsten der Töchter aus Elternhäusern der oberen Dienstklassen (Hradil 2001: 166). Demzufolge steigen die Bildungschancen, je höher das Bildungsniveau der Eltern ist (Hradil 2001: 166).

Aufgrund der damaligen Rahmenbedingungen sind unterschiedliche Opportunitäten entstanden, die unterschiedliche Möglichkeiten bedingten, Bildung zu erwerben. Es lässt sich vermuten, dass hieraus beispielsweise die signifikant niedrigen Intelligenzleistungen von Frauen der Geburtsjahrgänge resultieren – als Ergebnis damaliger schlechter Bildungs- und Berufsausbildungschancen für Mädchen (vgl. Rudinger 1971).

Diskrepanzen zwischen städtischen und ländlichen Regionen wurden zur damaligen Zeit insbesondere dadurch verursacht, dass sich in Ballungszentren Menschen mit höherer Berufsqualifikation, höherem Einkommen und höherer Bildung konzentrierten. Somit besteht ein deutlicher soziokultureller Zusammenhang des Elternhauses im Hinblick auf das Stadt-Land-Gefälle, wonach sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine weiterführende Schule zu besuchen je größer der Wohnort ist (Hradil 2001: 168f.).

Benachteiligungen bzw. Ungleichheiten setzten sich i.d.R. in der weiteren Entwicklung fort: „Die erreichten Bildungsgrade finden direkte Fortsetzung in ungleichen beruflichen und finanziellen Erfolgen, haben indirekte (un)vorteilhafte Auswirkungen aber auch in weiten Bereichen des Familienlebens, der Freizeit und im öffentlichen Leben“ (Hradil 2001: 174).

Theodor Geigers Berechnungen für das Jahr 1925 (1932) zufolge (vgl. Geiger 1972; Geiger 1932) gehörten nur ein Prozent der Bevölkerung zur dünnen Oberschicht („Kapitalisten“). Die Mittelschichten hatten sich auf 35 Prozent ausgeweitet. Mit 63 Prozent zählte die Bevölkerungsmehrheit zur Unterschicht („Proletaroid“ bzw. „Proletarier“, d.h. 50 Prozent Lohn- und Gehaltsbezieher minderer Qualifikation) (Hradil 2001: 144).

Eine weiterführende Bildung war einem Großteil der damaligen Bevölkerung – insbesondere den Frauen – verwehrt. Im Vergleich zu jüngeren Kohorten macht sich das geringere Einkommen während der Erwerbsphase und später auch in der Altersversorgung auf Seiten der Frauen bemerkbar. Diese Kohortenprägung Älterer ist zudem an spezifische Alterseffekte gekoppelt – wie beispielsweise in der Aktivitätsstruktur oder auch dem Lebensstil (Backes/Clemens 2003: 107).

Des Weiteren kann u.a. die vererbende Grenze zwischen dem Erwerbsleben und der nachberuflichen Phase als ursächlich für eine festzustellende Veränderung der Aktivitätsstruktur als auch der Bildungszeitveränderung angesehen werden.

Abschließend lässt sich festhalten, was auch in der „ILSE“-Stichprobe deutlich wurde, dass aufgrund der Bildungsexpansion des letzten Jahrhunderts die Anzahl der Schulabschlüsse rapide zugenommen hat. Kohortenvergleiche innerhalb der „ILSE“-Untersuchung belegen eine Zunahme von Bildungsabschlüssen der 1950 bis 1952 Geborenen im Vergleich zu den 1930 bis 1932 Geborenen (vgl. Martin et al. 2000). So ist anzunehmen, dass sich die Bildungsverläufe und Qualifikationsniveaus in Zukunft wandeln werden. Jedoch lassen sich auch hier in den Bildungsverläufen Regional- sowie Kohorteneffekte feststellen. So werden z.B. in Ostdeutschland durchschnittlich tertiäre Bildungsgänge früher beendet (vgl. Schmitt/Wahl/Kruse 2008).

Generell ist davon auszugehen, dass die Generation der zukünftigen „Älteren“ durchschnittlich höhere Bildungsabschlüsse bzw. formale Qualifikationen aufweisen wird (Iller 2005: 306ff.).

Zudem konnten die Auswertungen der „ILSE“-Untersuchung zeigen, dass außerschulische Lernerfahrungen stark durch Milieuspezifika aber auch durch regionale Ost-West-Unterschiede bzw. Stadt-Land-Unterschiede determiniert werden. Beispielsweise liegen außerschulische Lernerfahrungen in der ehemaligen DDR in einer starken Institutionalisierung und Verbreitung von Freizeitangeboten begründet (vgl. hierzu: Ergebnisse der Milieu-Studie in Barz/Tippelt 2004: 118).

Ein weiterer Aspekt stellt die Rolle und die Nutzung von lernunterstützenden Medien dar. Hierbei handelt es sich bei der untersuchten Kohorte um ein anderes Medienzeitalter, in dem die Medien(-vielfalt) nicht lebensbegleitend bzw. lernbegleitend wie in den nachfolgenden Kohorten genutzt wurde.<sup>282</sup>

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund einer zunehmenden Technologisierung sowie einer steigenden Verbreitung und Nutzung vielfältiger Medien bei alltäglichen Erledigungen in (fast) allen Altersstufen nachfolgende Generationen, die sich zukünftig im höheren Lebensalter befinden werden, vermutlich verstärkt Medien zur Informationssuche und als Austauschplattform u.ä. nutzen werden. Daher erscheint es sinnvoll, in weiterführenden Untersuchungen die nachfolgenden Alterskohorten bezüglich ihrer Mediennutzung und im Hinblick auf innovative mediendidaktische Konzeption (für Ältere) näher zu beleuchten.

Abschließend lässt sich festhalten, dass im Zuge des demographischen Wandels zukünftig von einem veränderten Bildungsniveau zwischen den Geschlechtern auch im Alter ausgegangen werden kann. Wie von Roloff (1996) prognostiziert, wird der durch die Bildungsreform der 1960er Jahre initiierte „Nachholbedarf“ auf Seiten der Frauen zum Tragen kommen (Roloff 1996: 11).

Die heutigen weiblichen Kohorten-Angehörigen der über 60-Jährigen hatten in ihrer Bildungsbiografie während der Schulbildung-/Ausbildungsphase überwiegend schlechtere Bildungschancen als Angehörige gleichaltriger männlicher Kohorten. Zu Kindheits- und Jugendphase der Frauen dieser Kohorte herrscht vermehrt ein traditionelles Verständnis von Geschlechterrollen, nach denen Frauen dieser Jahrgänge die Hausfrauen- und Mutterrolle auszufüllen hatten und die schulische als auch berufliche Bildung und Verwirklichung überwiegend von sekundärem Interesse war. Betrachtet man die Zahlen der Schulabschlüsse, so haben nur drei Prozent der heute älteren Frauen (über 60-Jährigen) die allgemeine Hochschulreife erlangt. Genauso wie die höheren Bildungsabschlüsse von Frauen wird wahrscheinlich die berufliche Qualifikation der Frauen zunehmen (vgl. Roloff 1994; Roloff 1996: 11).

Die Entwicklungen innerhalb der Bevölkerungsstruktur in Deutschland verdeutlichen, dass sowohl geringere Geburtenraten (unterhalb des demografischen Ersatzniveaus) als auch räumlich differenzierte Wanderungsströme die Bevölkerungsdynamik charakterisieren und deren Struktur zukünftig nachhaltig verändern werden (Hoffmann/Menning/Schelhase 2009a: 21).

---

<sup>282</sup> Siehe zu Mediennutzung im Alter weiterführend in Doh 2009.

## 10.2 Auswahl und Beschreibung der gewählten Substichprobe

Wie zuvor im Exkurs zu den Kontextbedingungen historischer gesellschaftlicher Gegebenheiten und Struktureinflüsse skizziert, stellen diese mitunter bedeutsame Indikatoren dar. In der untersuchten Alterskohorte werden spezifische Ressourcen – auch i.S. von Chancen und Risiken der Lebensgestaltung – und soziokulturelle Handlungsziele ersichtlich (Kelle/Kluge 2010: 51).

In der „ILSE“ erfolgt – wie bereits erwähnt – die Messung von Bildung anhand von Bildungsjahren<sup>283</sup> (Schule, Ausbildung, Studium). Bei der Auswertung wurde zudem die unterschiedliche Verweildauer in schulischen Einrichtungen im regionalen Vergleich<sup>284</sup> berücksichtigt. Dieser Umstand wurde in der folgenden Auswertung und Interpretation der Daten berücksichtigt. Hierbei wird im Folgenden deutlich, dass oftmals nicht die Schule, sondern vielmehr der Habitus und die Lebensumstände sozialisatorische Affekte gehabt haben.<sup>285</sup>

Als Datengrundlage der vorliegenden Studie dient eine ausgewählte Stichprobe der Geburtskohorten 1930 bis 1932 aus dem Gesamtdatensatz der „ILSE“. Die qualitative Auswertung des Interviewmaterials – welches in Form von Transkriptionen und Audioaufnahmen vorliegt – wurde anhand eines Kategoriensystems planmäßig in Maxqda vorgenommen.

Es wurde bewusst ein Auswahlverfahren gewählt, indem die Personenstichprobe so konstruiert wurde, dass die Verteilung bestimmter Merkmale in der Stichprobe vorhanden ist.

Sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Forschung besteht die Gefahr, dass Verzerrungen entstehen, so dass die Berücksichtigung relevanter Fälle ein entscheidendes Kriterium der Fallauswahl darstellt (Kelle/Kluge 2010:42).

Die Zusammenstellung der Stichproben erfolgte unter Berücksichtigung der Variablen Geschlecht, Bildungsstand, Bildungsstand der Eltern, Wohnort der Probandinnen und Probanden (Abbildung 12). Zudem wurden nur Probanden/-innen in die Stichprobe einbezogen, die zu mindestens zwei Messzeitpunkten an der Erhebung teilgenommen haben.

---

<sup>283</sup> Die jeweilige Variable der Bildungsjahre wurde mittels einer Kodierung festgelegt (z.B. Hauptschule= 8 Jahre; Realschule= 9 Jahre; Ausbildung= plus 3 Jahre, Studium= plus 5 Jahre).

<sup>284</sup> Zum befragten Untersuchungszeitraum für die Alterskohorte 1930-32 betrug die Regelschuldauer in der Hauptschule beispielsweise 10 Jahre in der DDR und 8 Jahre in Westdeutschland.

<sup>285</sup> Siehe hierzu Ergebnisse der Studie „Lebensverläufe von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter“ in Fend/Berger/Grob 2009.

# ILSE-Stichprobe

## Kohorte 1930-1932

Erhebungen:

t1: N=500

t2: N=437

t3: N=381

Untersuchungsorte:

Heidelberg &  
Leipzig

Verstorben:

t1-t2: N=27  
(5,4%)

t2-t3: N=37  
(12,8%\*)

## Substichprobe

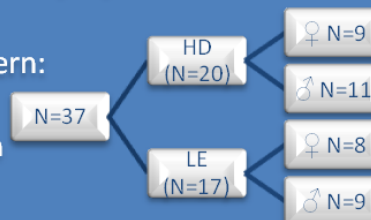
### Kohorte 1930-1932

Qualitative Auswertungen der halbstandardisierten Explorationsfragebogen zu t1, t2, t3\*\*

Die Analyse erfolgte u.a.

nach folgenden Parametern:

- Bildungsaktivitäten – insbesondere Lernen in informellen Kontexten
- Aktivitätsstrukturen
- biografische Wendepunkte
- Gesundheitsverhalten & Wohlbefinden



\* Prozentsatz aller Verstorbenen an der Ausgangsstichprobe

\*\* Mehrheitlich wurde zu allen drei Messzeitpunkten die Interviews ausgewertet. In einigen Fällen lagen jedoch nur Daten für t1 und t2 und/oder t3 vor

**Abb. 11: Zusammensetzung der Substichprobe (eigene Darstellung)**

Wie in Abbildung 11 dargestellt wird, setzt sich die Stichprobe der qualitativen Analyse aus 37 Probanden/-innen der Geburtskohorte 1930 bis 1932 aus den Untersuchungszentren Heidelberg (N=20, davon neun Frauen und elf Männer) und Leipzig (N=17, davon acht Frauen und neun Männer) zusammen.

Unter Berücksichtigung des Genderaspekts wurde ein relativ ausgewogenes Geschlechterverhältnis angestrebt.

Zudem erfolgte die Auswahl der Stichprobe im Hinblick auf die Berücksichtigung einer relativen Gleichverteilung des Bildungsstandes sowie der diagnostischen Beurteilung des Gesundheitszustandes. In der Stichprobe wurden gleichsam die Repräsentanz von Schulabschluss und Bildungsniveaus familiärer Herkunft berücksichtigt (siehe hierzu Abb. 12).





Die Auswahlkriterien nach formalen Bildungsabschlüssen werden durch Analysen zu Bildungsaktivitäten, informellem Lernen etc. ergänzt. Ausgehend von dem Verständnis sich ergänzender Form von Lern- und Bildungsaktivitäten werden in der Analyse der Interviews Lern- und Bildungsaktivitäten sowohl unter institutionellen Rahmenbedingungen als in informellen Kontexten in Verbindung betrachtet. Die ausgewählten Probanden/-innen gelten zum ersten Messzeitpunkt als kog-

**Abb. 12: Auswahl der Variablen (eigene Darstellung)**

nitiv gesund. Die Stichprobe setzt sich nur aus Probanden/-innen zusammen, die zum letzten, also zum dritten bzw. zweiten Messzeitpunkt die Diagnose „gesund“, „Mild Cognitive Impairment (MCI)“ oder „Alzheimer-Demenz (AD)“ erhalten haben.

Aus dieser Gruppe wurden Probanden/-innen – welche in Tabelle 3 zu sehen sind – für die qualitative Analyse ausgewählt: Die Stichprobe<sup>286</sup> der qualitative Analyse reduzierte sich nach einer zweiten Auswahl der Untersuchungsteilnehmer/-innen auf 37 Probanden/-innen aus der Geburtskohorte 1930 bis 1932. Alle Interviews bzw. die Identifizierung (ID) der Probanden/-innen wurden verblindet (in der Auswertung ist keine Zuordnung medizinisch-diagnostischer Beurteilungen erkennbar), so dass eine „objektivere“ – durch weniger Vorwissen getönte Einschätzung des Zustandes des/r Probanden/-in – Analyse bzw. Interpretation der Interviews ermöglicht werden kann.<sup>287</sup>

<sup>286</sup> Ursprünglich umfasst die ausgewählte Stichprobe 54 Probanden/-innen, jedoch aufgrund tontechnischer Störungen, die zu Unverständlichkeiten von Interviewpassagen führten, wurden Interviews ausgeschlossen und eine Reduzierung der Stichprobe auf 37 Untersuchungsteilnehmer/-innen vorgenommen.

<sup>287</sup> Siehe im Anhang ausführliche tabellarische Übersichten zu den einzelnen Probanden/-innen unter Appendix 4-7.

	verbl. ID	HD/LE	m/w	1.MZP	2.MZP	3.MZP	Anonymisierung
1	1357924	LE	m	Audio	Audio	Audio	Landmann
2	1468135	LE	m	Audio	Audio	-	Ludwig
3	1781357	LE	m	Audio	Audio	Audio	Limberg
4	1864297	HD	w	X	Audio	Audio	Hoffmann
5	2468135	HD	m	X	Audio	Audio	Hegemann
6	2680074	LE	w	Audio	Audio	Audio	Luther
7	2724689	LE	w	X	X	Audio	Lippert
8	2975386	HD	w	X	X	Audio	Hansen
9	3579246	HD	m	X	X	Audio	Haack
10	3642975	LE	m	X	X	Audio	Lange
11	3791246	HD	m	X	Audio	-	Hornberger
12	4423103	HD	w	Audio	Audio	Audio	Hauser
13	4681357	HD	m	X	Audio	Audio	Hartwig
14	4753864	LE	m	X	Audio	Audio	Ludorf
15	4813579	HD	m	Audio	Audio	Audio	Haberstroh
16	5413245	LE	w	Audio	Audio	Audio	Lukas
17	5429753	LE	m	X	Audio	Audio	Lose
18	5579124	HD	m	Audio	Audio	-	Holm
19	5587331	LE	m	X	X	Audio	Lohmann
20	5792468	HD	m	X	Audio	Audio	Hübner
21	6125891	HD	w	Audio	Audio	Audio	Hiller
22	6321792	HD	w	Audio	-	Audio	Hintze
23	6538642	LE	m	Audio	Audio	Audio	Lanz
24	6813579	HD	m	X	X	Audio	Hörmann
25	6924681	HD	m	X	Audio	Audio	Hoppe
26	7315209	HD	w	Audio	Audio	Audio	Hildebrand
27	7579246	HD	w	Audio	Audio	-	Hagen
28	7924681	HD	m	X	Audio	Audio	Heinrich
29	8135792	HD	m	X	Audio	Audio	Herrmann
30	8269713	LE	w	Audio	Audio	Audio	Leuschner
31	8579135	LE	w	Audio	Audio	Audio	Löffner
32	8910547	LE	w	Audio	Audio	Audio	Liebbach
33	9087328	LE	w	Audio	Audio	Audio	Laske
34	9246813	HD	w	X	X	Audio	Haas
35	9324681	LE	m	X	Audio	-	Langhans
36	9864297	HD	w	X	X	Audio	Hofstedt
37	9984686	LE	w	Audio	Audio	Audio	Lindner

X	Transkript zusätzlich zur Audiodatei vorhanden
Audio	Teiltranskript zur Audiodatei vorhanden
-	wurde nicht erhoben

**Tab. 3: Bestand der anonymisierten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)**

### 10.3 Methodisches Vorgehen

Zur Durchführung der Untersuchung wurde eine qualitative Analyse der „ILSE“-Interviews durchgeführt, um einen Einblick in die Funktion von Bildungs- und Lernprozessen im Lebenslauf im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern zu erhalten. Die Sekundäranalyse der „ILSE“-Daten soll Erklärungen liefern bzw. Interpretationsmöglichkeiten bieten und Kontextzusammenhänge beleuchten, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienlich sind.

Konkret soll in der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen werden, ob bzw. inwieweit Bildungsaktivitäten eine protektive Funktion im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern zugesprochen werden können. Hierzu werden in einem strukturierten inhaltsanalytischen Vorgehen exemplarische Textpassagen aus den „ILSE“-Interviews analysiert, die explizit Angaben sowohl zum Lernen in informellen und formellen Lernkontexten, zu den Lerngelegenheiten und -anlässen, Lernerfahrungen und mögliche Lernbarrieren (i.S. von hemmenden und fördernden Einflüssen auf die Lernbereitschaft im höheren Erwachsenenalter), zu verschiedenartige Unterstützungsformen aus dem Lernumfeld bzw. durch soziale Netzwerke sowie Angaben zu dem (kompensatorischen) Umgang mit veränderten bzw. belastenden Situationen und biografischen Wendepunkten als auch Angaben zu dem Gesundheitsverhalten sowie Wohlbefinden beinhalten.

Die qualitative Auswertung wird anhand einer modifizierten Version des getesteten europäischen Categoriesystem des „Adult Education Survey“ (AES) des statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat)<sup>288</sup> – in Anpassung an den „ILSE“-Datensatz – durchgeführt, welches einen weiterführenden Vergleich bzw. die Nutzung der Ergebnisse mit anderen AES-Auswertungen ermöglichen soll.<sup>289</sup>

Der Adult Education Survey (AES), eine Erhebung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der EU-Statistiken zum lebenslangen Lernen, gilt als Weiterführung des Berichtssystems Weiterbildung und wird seit 2007 durchgeführt. Die Untersuchungsfrage ist, wie sich die Teilnahme an Weiterbildung strukturell verändert hat und welche langfristigen Trends hiervon abzuleiten sind. Bei diesem Monitoring der Lernaktivitäten im Erwachsenenalter wird die Beteiligung an Bildungs- und Weiterbildungsaktivitäten erwerbsfähiger Erwachsener in Deutschland in verschiedenen Lernkontexten – wie beispielsweise auch das informelle Lernen – untersucht (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012; European Commission EUROSTAT 2007).

---

<sup>288</sup> Siehe hierzu „Adult Education Survey“ (AES) in Eurostat 2005.

<sup>289</sup> Anzumerken ist, dass die Forschungsergebnisse aufgrund der Stichprobenauswahl nicht repräsentativ im statistischen-wahrscheinlichkeitstheoretischen Sinne sind.

In Anlehnung an die Kategorisierung des AES wurden auch in der vorliegenden Untersuchung Hintergrunddaten zur Lebens- und Erwerbsgeschichte sowie individuelle Bildungshintergründe (Bildungswege, Schulabschlüsse, Berufsbildungen) bei der Analyse berücksichtigt. Ähnlich wie bei der AES-Erhebung umfassen die modifizierten Kategorisierungen zur Auswertung der ILSE-Interviews sowohl Bildungsaktivitäten in formellen, non-formellen als auch informellen Kontexten. Zur Beschreibung der identifizierten Lernaktivitäten wurden unterschiedliche Parameter herangezogen, wie u.a. Lernmodi, retropektivische Einschätzung des Lernertrags sowie Motive und Impulse zur Bildungsaktivität bzw. restriktive Strukturen, die eine Bildungsaktivität bzw. -absicht verhinderten (European Commission EUROSTAT 2007).

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in der Forschungsliteratur oftmals eine theoretische Einseitigkeit der „extremen qualitativen“ und „extrem quantitativen“ Position kritisiert wird. Es wird argumentiert, dass beide Theoriestränge die Tatsache nicht angemessen berücksichtigen, dass soziale Strukturen gleichzeitig objektiv und kontextabhängig seien: Das heißt einerseits eine Lebenswirklichkeit darstellen, die unabhängig vom Handeln und den Wünschen der Akteure existiert, und sich andererseits nur in konkretem, situativem Handeln der Gesellschaftsmitgliedern realisieren (vgl. Giddens 1984). So betonen Vertreter der jeweiligen Position entweder Objektivität oder Kontextabhängigkeit von Handlungsstrukturen und laufen somit Gefahr, dabei die „allfälligen Regelmäßigkeiten in den Strukturen des situativen Handelns aus dem Blick“ zu verlieren (Wilson 1982: 492).

Insbesondere die Analyse von sozialen Interaktionen erfordert einen Rückgriff auf allgemeine Sinnstrukturen, die unabhängig vom konkreten Handeln in der konkreten Situation existieren. Für die Erfassung solcher situationsübergreifenden Regelmäßigkeiten ist nach Wilson (1982) die Anwendung quantitativer Methoden unerlässlich. Gleichzeitig sind qualitative Methoden in der Analyse notwendig, um die Entstehung und die Reproduktion dieser Strukturen in konkreten Interaktionssituationen in den Blick nehmen zu können: „Quantitative Untersuchungen legen regelhafte Strukturen in situativen Handlungen bloß und liefern wesentliche Informationen über die Häufigkeitsverteilungen; qualitative Untersuchungen beleuchten konkret soziale Vorgänge, die bestimmte Strukturen situativer Handlungen hervorbringen“ (Wilson 1982: 501).

Nach Giddens müssen die Methodentraditionen demzufolge eher als komplementäre denn als gegensätzliche Aspekte der Sozialforschung betrachtet werden (Giddens 1988: 390).

In diesem Zusammenhang können die qualitativen Ergebnisse dieser Arbeit genutzt werden, um „überraschende“ und unverständliche Befunde des anderen Methodenstranges zu erklären und dazu beitragen, zukünftig (fehlerhafte) Interpretationen von Befunden zu korrigieren (Kelle 2007: 261).

Das in dieser Untersuchung angewandte (qualitative) Analyseverfahren ist – basierend auf einem lebenslaufanalytischen Ansatz<sup>290</sup> – auf den Bildungsverlauf bzw. die Kompetenzentwicklung des Probanden/-innen im Lebenszusammenhang gerichtet. In der Untersuchung wird der subjektive Aneignungsprozess anhand der geschilderten Interviewpassagen beleuchtet (Dausien 2008: 167). Hierbei wird eine Subjektperspektive eingenommen und der kulturelle, soziale Handlungskontext in seiner Wechselwirkung berücksichtigt (vgl. u.a. Alheit 1993).

Der lebenslaufanalytische Ansatz ermöglicht auf der Grundlage von Längsschnittdaten über den Lebenslauf vollzogene Entwicklungen und Bildungsprozesse zu untersuchen bzw. rekonstruktiv abzubilden.<sup>291</sup> Das bedeutet, es wird in der Analyse an den individuellen Lebensläufen angesetzt. Hierbei werden neben dem biografisch relevanten Statuswechsel auch retropektive Beurteilungen und Einschätzungen über den individuellen Lebensverlauf berücksichtigt (vgl. Kluge/Kelle 2001), um somit „lebensbegleitende“ Lernprozesse erfassen zu können (vgl. Alheit 1996).<sup>292</sup>

Die Untersuchung folgt der Annahme, dass zum einen das Bildungs- bzw. Lernverhalten in späteren Lebensphasen als ein (zum Teil veränderbares) Resultat u.a. biografischer Lernerfahrungen ist und zum anderen sich präventives Gesundheitsverhalten – i.S. eines gesunden Lebensstils – über den gesamten Lebenslauf hinweg entwickelt bzw. durch Bestätigungs- und Wiederholungslernen verfestigt wird.

In dem qualitativen Analyseverfahren werden die „ILSE“-Interviews kontextgebunden ausgewertet und dienen zur Interpretation – i.S. einer Rekonstruktion der soziostrukturell vorgegebenen Handlungsbedingungen und der daraus gebildeten Handlungsorientierung. Dieses Vorgehen berücksichtigt die Einbettung biografischer Verläufe in konkreten Lebensbezügen sowie deren (genderspezifische) Determiniertheit durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Um jene kontextgebundene und „nachhaltige“ Lern- und Bildungsprozesse aus den geschilderten Lebensgeschichten zu identifizieren, erweist sich der methodische Ansatz der halbstandardisierten Interviews in der „ILSE“ als besonders geeignet (Felden 2009: 171).

---

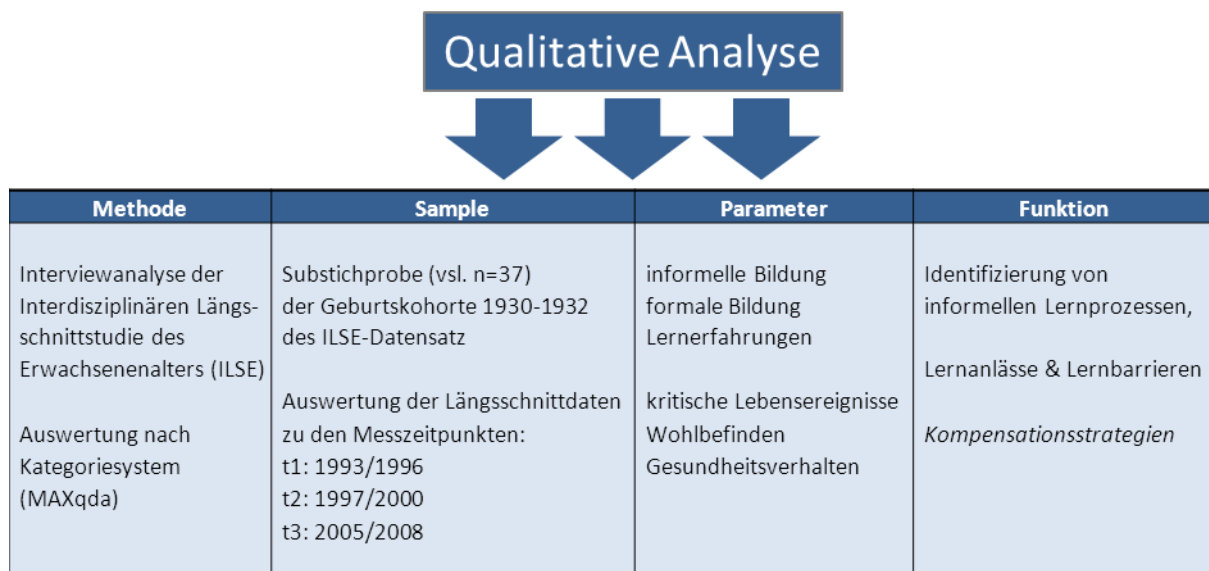
<sup>290</sup> Siehe hierzu vorangegangene Ausführungen zur Bedeutung eines entwicklungs- und lebenslaufbezogenen Ansatzes (z.B. im Kapitel 7.4 *Zusammenfassung und Fazit zu den Modellen*).

<sup>291</sup> Basierend auf den Prämissen der Lebenslaufforschung nach der Alterssoziologin Matilda Riley (1979) ist Altern als ein lebenslanger Prozess anzusehen, welcher sowohl biologische, psychologische als auch soziale Prozesse impliziert. Darüber hinaus nimmt Riley an, dass individuelle und kollektive Muster von Lebensverläufen erheblich durch soziale und historische Bedingungen determiniert werden. Jene Alternismuster stehen wiederum in Interdependenz zu sozialen Wandlungsprozessen (vgl. Riley 1979).

<sup>292</sup> Siehe hierzu z.B. Übersicht zu den Untersuchungen von Lern- und Bildungsprozessen über den Lebenslauf in Felden 2006 und in der Metaanalyse zu den Wechselwirkungen von Bildung und Gesundheit in Wienberg 2010.

Durch eine differenzierte Perspektive sollen beispielsweise soziale Ungleichheiten, welche Auswirkungen auf ein lernförderliches oder auch -hemmendes Lernumfeld nehmen, in der Analyse beachtet werden, die bei der Kompetenzentwicklung eine entscheidende Rolle spielen und Einfluss auf den Lernhabitus ausüben (Herzberg/Truschkat 2009: 119).

Die Berücksichtigung der Lebensbedingungen und vorherrschenden Kontextbedingungen zu Zeiten der Schul-, Aus-, Weiterbildung der untersuchten Alterskohorte sowie die damaligen Chancen auf Bildungsteilhabe bzw. den Zugang zu Bildungsmöglichkeiten werden in einem Exkurs im Kapitel 13.2.2 aus historischer Perspektive in die Auswertung mit einbezogen (vgl. Baltes 1987; Lehr 1987b; Thomae 1983).



**Tab. 4: Untersuchungsdesign (eigene Darstellung)**

Die Sekundäranalyse der „ILSE“-Daten basiert auf einem Teilsample (N=37). Wie im Untersuchungsdesign in Tabelle 4 abgebildet, werden die längsschnittlichen Interviewdaten einer ausgewählten Stichprobe unter der besonderen Berücksichtigung von Lernen in informellen Kontexten, von Bewältigungsstrategien bei alltäglichen Anforderungen sowie entwicklungs- bzw. altersspezifischen Herausforderungen zur Identifizierung präferierter Lernenformen/-modi und Anwendung von Kompensationsstrategien im höheren Lebensalter, erforscht.

Die qualitativen Befunde sollen weiterführend die bereits im Rahmen des „ILSE“-Projektes angestellten quantitativen Untersuchungen zum Bildungsverhalten im Hinblick auf Aktivitätsstrukturen und Gesundheitsverhalten hinterfragen bzw. absichern sowie helfen, eventuelle konträre Befunde zu erklären. Dieses kann als eine Form der „losen“ Form der Validierung dienen, um eine Komplementarität der Ergebnisse anzustreben (Denzin/Lincoln 1998: 4). In

der vorliegenden Untersuchung ist die Prämisse jedoch nicht eine Validierung, es kann vielmehr als „Nebeneffekt“ betrachtet werden.

### **10.3.1 Gütekriterien der qualitativen Forschung**

Das Vorgehen in der qualitativen Inhaltsanalyse kommt den qualitativen Kriterien nach Mayring nach (Mayring 2002: 24ff.). Gemäß den Gütekriterien qualitativer Forschung werden diese in der vorliegenden inhaltsanalytischen Untersuchung durch die Festlegung von Verfahrensregeln und deren Dokumentation, eine Interpretationsabsicherung durch Heranziehung unterschiedlicher Datenquellen und Sicherstellung<sup>293</sup> der Nähe zum Gegenstand durch Kontextgebundenheit in der Untersuchung angestrebt (Mayring 2002: 144ff.).

Laut den Kriterien nach Kuckartz (2007) soll die qualitative Untersuchung u.a. einen Kontextbezug herstellen, die Ganzheitlichkeit und Komplexität ermöglichen, Fehlschlüsse vermeiden sowie Interpretationshinweise geben als auch Konsistenz und Authentizität sicherstellen (Kuckartz et al. 2007: 66f.).

### **10.3.2 Auswertungsschritte**

Im Folgenden wird die durchgeführte systematische Kontrastierung ausgewählter Fälle vorgestellt. Basierend auf einer vorangegangenen Sondierung des Forschungsfeldes zu den (Wechsel)wirkungen von Bildung, Gesundheit und Alter(n)<sup>294</sup> folgt im Weiteren eine Generierung der Forschungshypothesen i.S. einer Hypothesenkonstruktion.

### **10.3.3 Aufbereitungsverfahren**

Die Interviews wurden zur Sicherung und Strukturierung des Datenmaterials, in Form von vollständigen Transkriptionen (wortwörtlich Transkription, vollständige Texterfassung, ohne Interpunktion) als auch Teiltranskriptionen (Transkription bestimmter Fragesegmente/-blöcke), Digitalisierung der Audiodateien) aufbereitet.

Daten wie Personennamen – einschließlich der Nennungen und Angaben zu anderen Personen – deren genauen Geburtsdaten, Adressen, Firmennamen wie beispielsweise Arbeitsgeber der

---

<sup>293</sup> Eine Annäherung bzw. nachträgliche Konstruktion der Bildungs- und Lernprozessen soll unter Einbeziehung der Kurzportraits der Probanden/-innen sowie dem Interviewmaterial in Form von Transkripten und unter Hinzuziehung der Audio-Aufzeichnungen der Interviewsituation erreicht werden.

<sup>294</sup> Ausführlich siehe hierzu Meta-Analyse in Wienberg 2010.

„ILSE“-Probanden/-innen wurden anonymisiert und lassen keine Rückschlüsse auf die Probanden/-innen zu.<sup>295</sup>

Durch die wortwörtliche Transkription unter Berücksichtigung von festgelegten, projektübergreifenden Transkriptionsregeln<sup>296</sup> konnte eine vollständige Texterfassung des verbal erhobenen Materials erstellt werden. In der detaillierten Abbildung der Interviews konnten sowohl Sprecherpausen, -überschneidungen, Unterbrechungen als auch regionale Sprachbesonderheiten u.ä. in den Transkriptionen berücksichtigt werden, welche für eine ausführliche interpretative Auswertung herangezogen werden. Nach objektiv hermeneutischen Kriterien (vgl. Oevermann 2002: 1-33) wurden Pausen, Füllwörter, bestätigende Laute in den Interviews etc. zwar vollständig beachtet und transkribiert, ohne jedoch im Sinne einer tiefenhermeneutischen Auswertung von großer Bedeutung zu sein.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den angeführten Interviews die Interpunktion eingefügt und Begriffe der Regionalsprache ins Hochdeutsche übersetzt. Aus gleichen Gründen wurden die Interviewaussagen semantisch angepasst, jedoch unter Berücksichtigung der Erhaltung des umgangssprachlichen Charakters und der Kernaussage.

Ergänzend zu den Transkriptionen bieten die digitalisierten und tonnachbearbeiteten bzw. -optimierten auditiven Interviewaufzeichnungen die Möglichkeit, diese als zusätzliche Quelle (phonetische Informationen) – insbesondere bei Mehrdeutigkeit der Aussage in den Transkriptionen – zur Absicherung der Interpretation im Analyseprozess heranzuziehen.

### **10.3.3.1 Festlegung des Kategoriesystems**

Eine inhaltsanalytische Auswertung des Datenmaterials erfolgte entlang des Kategoriesystems zur Strukturierung, Verdichtung und Interpretation der Daten (vgl. Kuckartz 2007; Kelle/Kluge 1999). Anhand dessen wurde eine inhaltsanalytische, systematische und intersubjektive überprüfbare Interviewanalyse durchgeführt (die der Interpretationsbedürftigkeit und der Bedeutungsfülle des sprachlichen Materials gerecht wird).

Die Zuordnung von jeweiligen Merkmalen, Erfahrungen und Bedingungen entlang des festgelegten Kategoriesystems erfolgt zunächst fallbezogen. Im fortschreitenden Forschungsprozess wird jedoch eine Kontrastierung mit anderen analysierten Interviews ermöglicht. Durch die Einordnung verschiedener Textpassagen in das normierte Kategoriesystem soll jedoch nicht der

---

<sup>295</sup> Zur besseren Zuordnung haben die Probanden/-innen aus dem Untersuchungszentrum Heidelberg einen anonymisierten Nachnamen mit dem Anfangsbuchstaben „H“ erhalten. Die fiktiven Nachnamen der Probanden/-innen aus dem Untersuchungszentrum Leipzig beginnen mit dem Buchstaben „L“.

<sup>296</sup> Siehe im Anhang Transkriptionsregeln zur Analyse der biographischen Interviews der ILSE-Studie unter Appendix 8.



Anspruch erhoben werden, repräsentativ für die Grundgesamtheit zu stehen. Es soll lediglich zu einer „Verallgemeinerung“ bzw. Systematisierung der Ergebnisse führen.<sup>297</sup>

Die Auswertungskategorien wurden in Anlehnung an den „Adult Education Survey“ (AES)<sup>298</sup> deduktiv entwickelt und am Datenmaterial hinsichtlich der Forschungsfrage induktiv modifiziert.

Eine inhaltsanalytische Auswertung des Datenmaterials erfolgte entlang des Kategoriensystems – in Anlehnung an den „AES“ – zur Strukturierung, Verdichtung und Interpretation der Daten (vgl. Kuckartz 2007; Kelle/Kluge 1999).

Durch eine strukturelle Inhaltsanalyse nach Mayring werden bestimmte Aspekte des gesammelten Materials nach systematisch bereits festgelegten Ordnungskriterien (Kodes) herausgefiltert und eingeschätzt, um so eine Strukturierung der Inhalte hinsichtlich der Forschungsfrage sowie einer Reduktion i.S. einer Ergebnisverdichtung des Materials zu erzielen. Textpassagen dienen als Ankerbeispiele (Mayring 2003: 89ff.).

Die angewandte Technik von Mayring (2003) erhebt den Anspruch, sprachliches Material in Form von transkribierten Texten systematisch zu segmentieren, um es so schrittweise analysieren zu können. Das Interviewmaterial wird als in seinen Kommunikationszusammenhang eingebettet verstanden.

Eine Definition der Analyseeinheiten wurde in Anlehnung an das AES-Kategoriensystem entwickelt. Die Kategoriezuteilung diente dazu, für die Untersuchung adäquate, strukturierende Klassifizierungen zu treffen, mit denen sich einerseits die unterschiedlichen Entwicklungsverläufe und Bewältigungsstrategien erklären lassen und andererseits Gemeinsamkeiten beschreiben lassen können. Das verwendete Kategoriensystem<sup>299</sup> ist in sieben Ebenen mit differenzierten Unterkodes unterteilt, welche eine Gruppierung nach inhaltsanalytischen Kriterien gestatten. Die Analyse der Interviews erfolgt entlang dieser Systematik. Das analytische Vorgehen wird in den folgenden Abschnitten dieser Arbeit genauer dargestellt.

---

<sup>297</sup> Die oftmals geringe Fallzahl bei qualitativen Analysen – häufig aufgrund eines hohen Aufwands bei der qualitativen Datenauswertung – stellt hinsichtlich des Aspektes der Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse einen vielfach rezipierten Kritikpunkt dar (vgl. „Klein-N-Studien“ in Petermann/Hehl 1979).

<sup>298</sup> Siehe hierzu European Commission 2006 und Eurostar 2005.

<sup>299</sup> Siehe im Anhang das Kategoriensystem zur Auswertung der ILSE-Interviews unter Appendix 9.

### 10.3.3.2 Kodierungen

Das ausgewählte Datenmaterial wird mit Hilfe von festgelegten Kategorien kodiert, so dass ein systematischer Vergleich bzw. eine Fallkontrastierung angestellt werden kann (Kelle/Kluge 2010: 56).

Mittels einer sequentiellen Analyse erfolgt mit dem Ziel der Abstraktion im Hinblick auf das Grundmaterial eine Reduzierung des Datenmaterials, in der wesentliche Inhalte erhalten bleiben.

Im Kodiervorgang wurde dann ein formuliertes Kategorieschema über die Daten gelegt, damit erwartete hypothetische Merkmale leichter identifiziert werden können.

Um Strukturen aus dem Datenmaterial herauszufiltern, erfolgte eine systematische Strukturierung der Kodierungen nach den festgelegten Ordnungskriterien des Kategoriesystems. Kodierregeln bzw. Strukturierungsdimensionen sollen möglichen Abgrenzungsproblemen entgegenzuwirken (Mayring 2002: 115ff.).

Die Auswertung erfolgte durch die Indizierung bzw. Kodierung des Datenmaterials nach festgelegten Kodekategorien i.S. einer „*systematischen Fundstellenverwaltung*“ (Kelle 1999: 55), so dass eine Fallkontrastierung durch einen synoptischen Vergleich von Textpassagen möglich wird (Kelle/Kluge 1999: 54f.). Die thematische Indizierung erlaubt weitere anschließende Analysen (Becker/Geer 1960/1979: 155).

Die Konstruktion von Kategorien sowie Subkategorien dient zur Konkretisierung und zur empirischen Anreicherung der Kodierkategorien. Mittels dieser sollen Ähnlichkeiten und Unterschiede herausgebildet werden und zu einer Beschreibung von Heterogenität und Varianz im Datenmaterial verhelfen (Kelle 1999: 68).

Im Kodiervorgang entsteht eine Zuordnung von Textsegmenten zu bestimmten Kategorien und Subkategorien. Durch einen Vergleich der Kodierungen können Strukturen und Muster im Datenmaterial identifiziert werden und hilfreich sein, das Kategoriesystem zu modifizieren (Reduzierung der Kategorien oder auch Bildung neuer Kategorien).

Die Kodierung der Textstellen erfolgte sowohl durch subsumptive Kodierung zu bereits bestehenden Kategorien als auch zu Beginn des Analyseprozesses in wenigen Fällen abduktiv zu einer neu definierten Kategorie.

Die kodierten Textsegmente können somit nicht nur als kennzeichnete Zeichenketten betrachtet werden, sondern sie stellen vielmehr Sinneinheiten dar als nur bloße formale Einheiten. Nach Mayring sind Kodierungen semantischer und nicht syntaktischer Art (Mayring 2002: 62f.).

### 10.3.4 Auswertungsverfahren

Die Daten wurden wie im vorigen Kapitel beschrieben aufbereitet und mit Hilfe der Computersoftware Maxqda systematisch ausgewertet. Zusätzlich wurden – i.S. von Steckbriefen<sup>300</sup> – Kurzportraits der Probanden/-innen, die wichtige Stationen bzw. Meilensteine in der Biografie skizzieren, angefertigt.

Die Kurzportraits, welche überblickartig Informationen über familiäre Strukturen, sozioökonomischen Status, Ausbildung, Erwerbstätigkeit als auch Phasen der Nichterwerbstätigkeit, Gesundheitsverhalten/-zustand, Weiterbildungsbeteiligung, soziale Netzwerke, Aktivitäten sowie Wendepunkte im Lebenslauf liefern, wurden bei der Auswertung unterstützend herangezogen. Sie sollen bei dem Vergleich einzelner Textsegmente die bloße Aneinanderreihung von einzelnen Kodes verhindern und der Gefahr einer Dekontextualisierung bei der Interpretation kodierter Textpassagen entgegenwirken.

Es werden Vergleiche und Kontrastierungen von Fällen angestellt, welche die Strukturen reliabel und valide beschreiben und erklären. Jedoch soll es nicht Ziel der Untersuchung sein, soziale Regelmäßigkeiten und Zusammenhänge als Ausdruck von gesellschaftlichen Tiefenstrukturen oder „sozialen Gesetzmäßigkeiten“ zu verstehen (Kelle/Kluge 1999: 16).

Zudem wurde in der Analyse das Phänomen des „Verklärungseffekts“ berücksichtigt, der mitunter bewirkt, dass in der Vergangenheit liegende Ereignisse tendenziell positiver bewertet werden bei der Interpretation (Filipp 1981: 33).

Da das Auswertungsschema in Anlehnung an das Kategoriesystem des „Adult Education Survey“ durchgeführt wurde, wäre mit den gewonnenen Ergebnissen zukünftig auch in der angewandten Mehrheit der Kategorien ein projektübergreifender Vergleich der Daten möglich.

## 11. Ergebnisdarstellung der qualitativen Analyse

Im Folgenden sollen in der qualitativen Interviewanalyse Bildungs- und Lernprozesse in formellen und insbesondere in informellen Kontexten betrachtet werden.

Das Erkenntnisinteresse der qualitativen Analyse konzentriert sich auf die (langfristige) Entwicklung von Bildungsprozessen in informellen Lernkontexten sowie deren mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit, i.S. einer Kompetenz für ein selbstbestimmtes, autonomes Alter über die Lebensspanne hinweg.

---

<sup>300</sup> Im Anhang werden die Kurzportraits der Probanden/-innen der ausgewählten Substichprobe in aufsteigender numerischer Reihenfolge der Identifikationsnummer (ID) unter Appendix10 dargestellt.

Anhand des zuvor beschriebenen Kategoriensystems<sup>301</sup> soll das ausgewählte Interviewmaterial der Alterskohorte der 1930 bis 1932 Geborenen ausgewertet werden. Es stellt sich die Frage wie Menschen bei biografischen Wendepunkten lernen und welche Rolle formelles und informelles Lernen diesbezüglich spielt.

Hierbei liegt der Fokus primär auf der Identifizierung und Analyse von unterschiedlichen Formen informeller Lerngelegenheiten und Formen reflexiver Lernprozesse – insbesondere im Umgang mit Entwicklungsaufgaben (Übergang in den Ruhestand, Partnerverlust etc.) – im höheren Lebensalter, welche eine selbstbestimmte Auseinandersetzung mit dem Leben im Alter ermöglichen.

In diesem Zusammenhang wird der Frage nachgegangen, inwieweit soziale Beziehungen und Netzwerke einen lernfördernden oder -hemmenden Effekt auf ein „gesundes“ Altern haben können. Hierbei soll der Versuch angestellt werden Lernanlässe, -barrieren, -impulse und -modi zu identifizieren, welche u.U. in bisherigen quantitativen Analysen nur unzureichend oder gar nicht sichtbar geworden sind.

Vorab ist anzumerken, dass die unterschiedlichen Lernaktivitäten nicht nur verschiedenartige Lernpotenziale aufweisen, sondern auch unterschiedliche Lerninhalte. So kommt es beispielsweise beim Lesen und Fernsehschauen eher zu einer Wissensaneignung, während bei handwerklichen Tätigkeiten primär eine Veränderung bzw. Optimierung praktischer Fertigkeiten erfolgt (Kolland/Ahmadi 2009: 33).

Hierbei wird Lernen in unterschiedlichen Kontexten betrachtet und vor dem Hintergrund der jeweiligen Bildungsbiografie.

Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass bei informellen Lern- und Bildungsprozessen ausschließlich zurückliegende Prozesse rekonstruiert werden können.

Im Rahmen der Interpretation von Bildungs- und Lernaktivitäten wird sich auf die Schilderungen von Probanden/-innen bezogen, in denen explizit Lernen beschrieben wird. Ob bzw. was gelernt worden ist – i.S. einer Kompetenzentwicklung – kann von der Probandin oder dem Proband nur selbst retrospectiv durch die Bewusstmachung der eigenen Lernaktivität oder -initiative beurteilt werden (Livingstone 1999: 69). Bei der Kompetenzentwicklung handelt es sich um einen höchst individuellen, selbstreflexiven Vorgang, deren Lerninhalt und dessen Kompetenzniveau sich i.d.R. nur im Nachhinein rekonstruieren lassen. Das heißt, Lernen bzw. Bildung wird von den Befragten in Abhängigkeit vom Lernresultat („output“) begriffen. Der

---

<sup>301</sup> Siehe hierzu im Kapitel 10.3.3.1 *Festlegung des Kategoriensystems*.

Lern- und Bildungsprozess als solcher kann von den Befragten nicht geschildert werden (Meyer-Drawe 2008; Kolland/Ahmadi 2010: 31).

### 11.1 Ergebnisse der qualitativen Analyse der ILSE-Interviews (1930-1932)

Der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse der qualitativen Analyse der ILSE-Interviews sollen eingangs folgende Aspekte vorangestellt werden:

Die nachfolgende Tabelle 5 soll eine Übersicht der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe der Kohorte 1930-1932 geben. Hierbei sollen für die Analyse relevante soziodemografische Merkmale (wie Angaben zum Familienstand, der Ausbildung, der beruflichen Position, gegebenenfalls das Vorliegen einer Frühverrentung) und Informationen sowohl zum formellen als auch informellen Bildungsverhalten, über die soziale Netzwerkgröße (d.h. das quantitative Vorhandensein an sozialen Beziehungen) und gegebenenfalls vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen (chronische Erkrankungen)<sup>302</sup> geliefert werden.

Aus der Tabelle 5 lassen sich Informationen zu den jeweiligen Bildungsaktivitäten in unterschiedlichen Kontexten ablesen.<sup>303</sup> Um differenzierte Aussagen zum Bildungsverhalten über die Lebensspanne zu erhalten, wurden in der Analyse die formellen sowie informellen Bildungsaktivitäten<sup>304, 305</sup> in den unterschiedlichen Lebensabschnitten systematisch erfasst. Die Angaben zum Bildungsverhalten (gesamt) in der Tabelle ergeben sich aus dem Bildungsverhalten im jungen, mittleren und späten Erwachsenenalter.<sup>306</sup>

In der Tabellenspalte „Ausmaß: Bildungsaktivitäten (formell & informell)“<sup>307</sup> wurde eine Zuordnung der Probandinnen und Probanden bezüglich der Bildungsaktivitäten über die Lebensspanne in der Gesamtschau getroffen, d.h. kategorisiert, ob es sich bei Jener/Jenem, um eine eher (sehr) bildungsaktive Person handelt oder ob diese/r eher zu den „Bildungsabstinenten“ zu zählen ist.

---

<sup>302</sup> Die Angabe zum Messzeitpunkt bezieht sich auf das Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen seit dem angegebenen Befragungszeitpunkt.

<sup>303</sup> Ausführliche Tabellen über das Bildungsverhalten sowie über den Gesundheitszustand und -verhalten mit längsschnittlichen Daten sind im Anhang unter Appendix 4-7.

<sup>304</sup> Das Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt umfasst das durchschnittliche formelle Weiterbildungsverhalten über die drei Phasen des jungen, mittleren und hohen Erwachsenenalters.

<sup>305</sup> Das Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt umfasst das durchschnittliche informelle Weiterbildungsverhalten über die drei Phasen des jungen, mittleren und hohen Erwachsenenalters.

<sup>306</sup> Eine längsschnittliche Betrachtung des Bildungsverhaltens über die Lebensspanne wird in den nachfolgenden Kapiteln in der Auswertung eingenommen. Zudem sind im Anhang ausführliche tabellarische Darstellungen des Bildungsverhaltens im jungen, mittleren und späten Erwachsenenalter zu den jeweiligen Befragten unter Appendix 4 und Appendix 5 zu finden.

<sup>307</sup> Das Weiterbildungsaktivitäten (formell & informell) gesamt umfasst das durchschnittliche sowohl formelle als auch informelle Weiterbildungsverhalten in seiner Gesamtheit über die drei Phasen des jungen, mittleren und hohen Erwachsenenalters.

**Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)**

	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt	Ausmaß: Bildungsaktivitäten (formell & informell)	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)
Landmann	1357924	m	LE	P,K	+ (*)	++	x	+	++	+ (*)	+ (*)	x (T1)	
Ludwig	1468135	m	LE	P,K	+	+	-	+	+++	++	+++	[x (T2)]	
Limberg	1781357	m	LE	P,K	++	+ (*)	x	++	++	++	+ (*)	x (T2)	
Hoffmann	1864297	w	HD	P,K	+	+	-	+	++	++	++ (*)	x (T3)	
Hegemann	2468135	m	HD	P,K	++	++	x	+++	+++	+++	+ (*)	x (T1)	
Luther	2680074	w	LE	P,K	+++	+++	-	+++	+++	+++	+++	x (T1)	
Lippert	2724689	w	LE	P,K	+	+	x	++	+ (*)	+ (*)	+	x (T2)	
Hansen	2975386	w	HD	P,K	++	++	-	++	++ (*)	++ (*)	+	x (T1)	
Haack	3579246	m	HD	P,K	+	+ (*)	x	+	++	++	+	x (T1)	
Lange	3642975	m	LE	V,K	+++	+++	-	+++	+++	+++	++	x (T2)	
Hornberger	3791246	m	HD	L,KL	+++	+++	-	++ (*)	+++	+++	+	o	
Hauser	4423103	w	HD	V,K	+	+	x	(*)	++	++	+	x (T1)	
Hartwig	4681357	m	HD	V,K,P	+ (*)	++	-	++	++	++	+	o	
Ludorf	4753864	m	LE	G,K,P	+	+ (*)	x	++ (*)	++ (*)	++	+ (*)	x (T1)	
Haberstroh	4813579	m	HD	P,K	+++	+++	x	+++	+++	+++	+++	o	
Lukas	5413245	w	LE	V,K	+++	+++	x	+++	+++	+++	+++	o	
Lose	5429753	m	LE	G,K,P	+	+	x	+	++	++	+ (*)	x (T1)	
Holm	5579124	m	HD	P,K	+++	+++	-	+++	+++	+++	+	o	
Lohmann	5587331	m	LE	P,K	+++	+++	x	+++	+++	+++	++	x (T1)	
Hübner	5792468	m	HD	G,K,P	++	++	-	++	++	++	+ (*)	x (T3)	
Hiller	6125891	w	HD	G,K,P	++	++	x	++ (*)	+++	+++	++	x (T3)	
Hintze	6321792	w	HD	V,KL	++	++	-	++ (*)	+++	+++	+++	x (T1)	
Lanz	6538642	m	LE	P,K	++	++	x	+++	+++	+++	++	x (T2)	
Hörmann	6813579	m	HD	P,K	+	+	x	+	++	++	+++	x (T1)	
Hoppe	6924681	m	HD	P,K	+++	+++	x	+++	+++	+++	+++	x (T1)	
Hildebrand	7315209	w	HD	V,K	+ (*)	+	-	++ (*)	+++	+++	++	[x (T1)]	

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)													
	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt	Ausmaß: Bildungsaktivitäten (formell & informell)	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)
Hagen	7579246	w	HD	P,K	+	+	-	+	++	++	+++	x (T1)	
Heinrich	7924681	m	HD	P,K	++	++	-	+++	+++	+++	+++	o	
Herrmann	8135792	m	HD	P,K	+(*)	+(*)	-	+	++	++	+(*)	x (T2)	
Leuschner	8269713	w	LE	G,K	+	+	-	+	++	++	+	x (T1)	
Löffner	8579135	w	LE	P,K	+	+	-	+	++	++	+++	x (T1)	
Liebbach	8910547	w	LE	G,K	++	++	-	++(*)	++(*)	++(*)	++	x (T2)	
Laske	9087328	w	LE	L,K	+++	+++	-	+++	+++	+++	+	x (T1)	
Haas	9246813	w	HD	P,KL	++	++	-	++	+++	++	+	x (T1)	
Langhans	9324681	m	LE	G,K,P	++	++	x	++(*)	++	++(*)	+	x (T1)	
Hofstedt	9864297	w	HD	G,K,P,V	+	+	-	++	++	++	++	x (T1)	
Lindner	9984686	w	LE	P,KL	++	++	x	++	++	++	+(*)	x (T2)	

Legende			
+++ hoch	o gar keine	HD Heidelberg	P in einer Partnerschaft lebend
++ mittel	x trifft zu	LE Leipzig	V verwitwet
+ gering	- trifft nicht zu	K Kinder	T1 Erster Messzeitpunkt
		KL kinderlos	T2 Zweiter Messzeitpunkt
	w weiblich	G geschieden	T3 Dritter Messzeitpunkt
	m männlich	L ledig	

**Tab. 5: Übersicht der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe der Kohorte 1930-1932 (eigene Darstellung)<sup>308</sup>**

Die Übersicht der ausgewählten Stichprobe (N=37) soll zum besseren Verständnis und zur Einordnung der Ergebnisse beitragen und dabei die jeweiligen Probandinnen und Probanden charakterisieren sowie durch die Einbettung in historische Rahmenbedingungen eine kontextgebundene Interpretation ermöglichen.

<sup>308</sup> Siehe zu den definitorischen Festlegungen der Auswertungskategorien im Anhang vor Appendix 4 unter Beschreibung der Kategorien und in den ausführlichen Tabellen im Appendix 4-7.

Wie bereits in den Ausführungen in Kapitel 10.2 zur *Auswahl und Beschreibung der gewählten Stichprobe* angeführt wurde, fällt die durchschnittliche Ausbildungszeit<sup>309</sup> bei den Frauen (N=17) geringer als bei den Männern (N=20)<sup>310</sup> der untersuchten Alterskohorte aus. Durchschnittlich besetzen die männlichen Probanden beruflich höhere Positionen als die Frauen. Auch bei einer vergleichbar hohen schulischen Ausbildung bekleiden Frauen im Durchschnitt seltener (hohe) Berufspositionen, da sie aufgrund der damaligen klassischen Rollenverteilung oftmals häusliche bzw. familiäre Aufgaben übernahmen wie u.a. die Erziehung und Betreuung der Kinder.<sup>311</sup>

Eine Berufstätigkeit der Frauen ist aufgrund der in Kapitel 10.1.2 im *Exkurs: Historische Zusammenhänge (Kohorte 1930-1932)* geschilderten Rahmenbedingungen häufiger bei den ost-deutschen Probandinnen vorzufinden.

Zudem ist die untersuchte Alterskohorte in der bzw. den Lebensphase(n) Alter von gewissen kumulativen Lebensereignissen betroffen. Markante Veränderungen bzw. Wendepunkte in der Biografie, welche sich vornehmlich (kumulativ) in der/den Lebensphase(n) Alter ereignen, können beispielsweise zum einen der Austritt aus dem Berufsleben sein, was wiederum den Wegfall beruflicher sozialer Rollen implizieren sowie mit einer Neugestaltung sozialer Rollen innerhalb familiärer bzw. privater Rollengefüge einhergehen kann (betrifft bei Lebensentwürfen, die der klassischen Rollenverteilung zugrunde liegen, insbesondere Männer). Zum anderen kann der Umgang mit (altersspezifischen) Veränderungen, die beispielweise kompensatorische Strategien erforderlich machen, um mit eigenen Beeinträchtigungen (oder/und des/r Partners/-in) umgehen zu können, Veränderungspotenziale darstellen.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Ergebnisse der qualitativen Analyse der „ILSE“-Interviews<sup>312</sup> der Alterskohorte 1930 bis 1932 zur Kompetenzentwicklung bzw. zu den Lern- und Bildungsaktivitäten in formellen und insbesondere informellen Lernkontexten, vorgestellt.

Unter anderem wurden in die Analyse Angaben zum Weiterbildungs-, Gesundheitsverhalten sowie zur Freizeitgestaltung herangezogen. Basierend auf dem verwendeten Kategoriesystem zur Kodierung einzelner Interviewpassagen (und den Teiltranskriptionen) konnten sowohl

---

<sup>309</sup> Der formale Bildungsstand wurde in der Untersuchung durch die Anzahl der Schul- und Ausbildungsjahre gemessen.

<sup>310</sup> Siehe hierzu Abbildung 11. *Zusammensetzung der Substichprobe*.

<sup>311</sup> Anzumerken ist, dass die Probanden und Probandinnen der ILSE-Stichprobe durchschnittlich über einen höheren formalen Bildungsstand verfügen, der nicht als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung in Deutschland für die Kohorte der 1930 bis 1932 Geborenen gelten kann.

<sup>312</sup> Hierbei handelt es sich um halbstandardisierte explorative Interviews aus der „ILSE“.



Lernimpulse, Lernmodi als auch Lernbarrieren in den Interviews identifiziert werden. Des Weiteren sollen die Befunde darüber Aufschluss geben, inwieweit lebensbegleitende Bildungsaktivitäten als „schützende“ Ressourcen – i.S. einer Kompetenz für ein selbstbestimmtes, autonomes Alter aufgebaut bzw. über die Lebensspanne entwickelt werden – einen Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern ausüben.<sup>313</sup>

Im Folgenden werden im ersten Abschnitt im Kapitel 11.1.1 *Biografische Wendepunkte als Lernanlass und -impuls* sowohl lernförderliche als auch lernhemmende Faktoren, die sich in den analysierten Interviews identifizieren ließen, abgebildet.

In diesem Zusammenhang werden im Kapitel 11.1.2 *Lernmodi: formelle und informelle Bildungsaktivitäten unter der Berücksichtigung des Lernens in sozialen Beziehungen* die jeweiligen Lernkontexte dargestellt, in denen reflexive Lernprozesse stattfinden. Hierbei soll insbesondere der Aspekt des Lernens in sozialen Beziehungen beleuchtet werden und zudem auf Bildungserfahrungen, die mitunter einen Einfluss auf den Lernprozess ausüben, eingegangen werden.

Im Hinblick auf das Gesundheits- und Risikoverhalten wird in Kapitel 11.1.3 *Der Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten* weiterführend die Frage diskutiert, inwieweit Bildungsaktivitäten eine protektive Funktion für ein „erfolgreiches“ Altern zugesprochen werden kann. Dem folgt in Kapitel 11.1.4 eine *Zusammenfassung der Befundlage*.

### **11.1.1 Biografische Wendepunkte als Lernanlass und -impuls**

Im „Alter“ ist i.d.R. eine Kumulation von kritischen Ereignissen zu beobachten, wie z.B. der *Verlust von Bezugspersonen*, der *Tod des/der Lebenspartner/-in*, die *Erkrankung und Pflege der Eltern*, eine eigene gestiegene (*Multi-*)*Morbidität* sowie eine eingeschränkte Mobilität durch zunehmende *gesundheitliche Beeinträchtigungen* im (höheren) Alter. Des Weiteren stellt die Bewusstwerdung des eigenen Lebensalters bzw. die Endlichkeit des eigenen Lebens i.S. einer *Lebensbilanzierung* eine zu bewältigende Entwicklungsaufgabe dar. Hinzu kommt, dass veränderte Lebenssituationen mitunter weitreichende bzw. lebensbereichsübergreifende Auswirkungen haben können, wie das *Ausscheiden aus dem Erwerbsleben* und der Eintritt in die

---

<sup>313</sup> Siehe hierzu die Darstellung der Untersuchungsfrage im Kapitel 8.3 *Zusammenfassung und Fazit* und im Kapitel 9. *Zentrale Forschungsfragen der vorliegenden qualitativen Analyse*.

nachberufliche Phase<sup>314</sup>, der *Auszug der Kinder* („empty nest“), der Wegfall von sozialen Rollen sowie eine Verengung des sozialen Netzwerkes<sup>315</sup> o.ä.

Diese lebensphasenspezifischen Herausforderungen lösen – wie die nachfolgenden Interviewpassagen verdeutlichen sollen – somit vielfach Rollenkonflikte in der Partnerschaft und Familie aus und können zugleich die Möglichkeit und den Anlass zur Entwicklung neuer Rollendefinitionen und Aktivierung bzw. Erschließung neuer Betätigungen (Engagement im Ehrenamt, Intensivierung eines Hobbys oder Verwirklichung eines unerfüllten Kindheitstraums etc.) oder die Intensivierung bestehender Tätigkeitsfelder bieten.

In diesem Zusammenhang erfährt – wie in den analysierten Lebensläufen ersichtlich wird – die Zeitverwendung i.S. einer Rhythmisierung des Alltages eine Neuorganisation.

Wie bereits in Kapitel 3.2.3 *Soziales Altern* erläutert bieten Umbruchsituationen bzw. biografische Wendepunkte oftmals Lernanlässe, um vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten (weiter) zu entwickeln, „Neues“ an vorhandene Wissensstrukturen anzuschließen oder sogar „Altbewährtes“ (wie beispielsweise routinierte Handlungsabläufe) aufgrund der sich wandelnden Situation anzupassen und somit den Prozess des Ent- und Verlernens zu gewähren (Kolland/Ahmadi 2010: 31).

Als Wendepunkte, Veränderungsanlässe/-impulse oder auch kritische Lebensereignisse werden in den analysierten Interviews von den Befragten mit unterschiedlichem Ausmaß, Intensität und Wirkungsreichweite jene Ereignisse genannt, die einen Schlüsselmoment ausgelöst haben und u.U. zu einer Bewusstmachung der Konsequenzen von Ereignissen oder/und der eigenen Verhaltensweisen geführt haben.

Derartige Umbrüche bzw. die Kumulation von Ereignissen werden subjektiv unterschiedlich bewertet und als belastend bzw. impulsgebend gewichtet. Das subjektive Ausmaß des jeweiligen Ereignisses ist daher unter Berücksichtigung der interpersonellen variierenden Wahrnehmung sowie des Kontextes zu betrachten.

Das bedeutet, dass der Wirkungsgrad der geschilderten veränderungsfördernden Ereignisse neben den externalen Faktoren, die sich aus den Lebensbedingungen ergeben, zudem durch zahlreiche internale Faktoren beeinflusst wird. So kann beispielsweise ein In-Frage-Stellen bisher (routinierter) vertrauter Abläufe, von Handlungsvollzügen und Lösungsstrategien, welche eine lebensbereichsübergreifende Wirkungsreichweite bzw. Konsequenzen mit sich bringen, dazu führen, dass es zu einer großen Irritation des „Geglaubten“ bzw. „Gewussten“ kommen kann

---

<sup>314</sup> In der vorliegenden Untersuchung wird insbesondere der Aspekt der Bewältigung sowie der Gestaltung des Übergangs in die nachberufliche Phase anhand des Interviewmaterials näher dargestellt.

<sup>315</sup> Siehe hierzu im Kapitel 11.1.2.2.1 *Lernen in sozialen Beziehungen*.

und es somit mit Kontrollverlustbefürchtungen und einer reduziert wahrgenommen Selbstwirksamkeit einhergehen kann. Eine mögliche Reaktion i.S. einer Bewältigungsstrategie kann beispielsweise die aktive Auseinandersetzung und das Aufbrechen starrer Muster sein – gekennzeichnet durch eine hohe Flexibilität bei der Entwicklung, der Auswahl und des Einsatzes von Lösungsstrategien oder aber die „strikte“ Beibehaltung bzw. das Festhalten an routinierten Verhaltensmustern – was sich wiederum auf die Entwicklung von Vermeidungsstrategien förderlich auswirken kann.

Eine frühzeitige Vorbereitung i.S. einer Auseinandersetzung mit den Veränderungen und deren Umgang wird von einigen Probanden/-innen bewusst und gezielt thematisiert und umgesetzt. Die Befragte Frau Haas, stammt aus einer Handwerkerfamilie und ist das einzige Kind ihrer damals verhältnismäßig alten Eltern. Die Probandin hat nach ihrem Hauptschulabschluss eine Ausbildung zur Sekretärin gemacht und war beruflich über die Lebensspanne sehr weiterbildungsaktiv. Frau Haas hat selbst nie geheiratet und hat keine Kinder, sie pflegt jedoch seit über 30 Jahren eine partnerschaftsähnliche Beziehung mit einem verheirateten Mann.

Auch wenn die Probandin bereits in den Ruhestand eingetreten ist, hegt sie noch regen Kontakt zu einem Kreis ehemaliger Kolleginnen. In ihrer Freizeit ist die Probandin im Sportverein sehr aktiv, übernimmt dort auf ehrenamtlicher Basis Verwaltungsaufgaben und engagiert sich zudem im regionalen Seniorenzentrum. Frau Haas gibt es nach ihren Aussagen Kraft, von ihrem Umfeld gebraucht zu werden, so dass sie zahlreiche freundschaftliche bzw. unterstützende Dienste in ihrem sozialen Umfeld leistet. Die Probandin bezeichnet ihren Freundes- und Kollegenkreis als „Ersatzfamilie“ und bewertet ihre Situation als alleinstehende Rentnerin als positiv, da sie sich so ihre Freiheit und Unabhängigkeit bewahren konnte.

Auf die Frage, ob sie kurz vor dem **Austritt aus dem Erwerbsleben** über die nachfolgende Zeit bzw. deren Gestaltung nachgedacht habe, antwortet Frau Haas wie folgt:

Probandin: „Ja, ich hatte [...] mit 58 [Jahren] gesagt, wenn jetzt jemand sagen würde an dem nächsten Ersten [im Monat] brauchst du nicht mehr zu kommen, dann wäre ich todunglücklich [gewesen]. Ich bin noch nicht so weit, ich muss mich seelisch darauf vorbereiten, und dann habe ich mir immer wieder gesagt: Ach, dann kannst du [viele machen] und dann brauchst du keinen Urlaub mehr einreichen und dann kannst du [...] abends fortgehen, kannst dich mit Leuten treffen und hast deine Freiheit. Dann habe ich mir das so ausgemalt, dass das dann so schön sein kann [...]“ (Frau Haas: 9246813\1.MZP\_3v7, S. 9/Absatz: 5-7). „[...] Ich habe wie gesagt [...] mich seelisch darauf vorbereitet, indem ich mir immer die Vorteile vorgesagt habe. Dann war es Sommer und dann geht es ja in die Sonne, da kannst du jeden Tag in das Schwimmbad, wenn du Lust hast. Also [...] es hat dann gereicht [...], wenn ich 44 Jahre [lang] gearbeitet habe, also dann habe ich mir doch meine Rente verdient [...]“ (Frau Haas: 9246813\1.MZP\_3v7, S. 9/Absatz: 9).<sup>316</sup>

<sup>316</sup> Bei dem analysierten Interviewmaterial handelt es sich entweder um Transkripte oder um Audiodateien, zu denen Teiltranskriptionen angefertigt wurden. Daher variieren die Quellenangaben zu den Fundstellen der Zitate in ihrer Form: Bei

Die Interviewpassage<sup>317</sup> macht deutlich, dass sich die Probandin emotional auf den Ruhestand vorbereitet und überlegt hat, wie sie diese Phase gestalten kann. Zudem versucht die Befragte, sich die Situation und die Vorzüge des bevorstehenden neuen Lebensabschnitts zu verdeutlichen u.a. auch im Austausch mit nahestehenden Personen. Auch hinsichtlich des Ausbaus und der Pflege von bestehenden Kontakten geht die Probandin strategisch bzw. gezielt vor, sie intensiviert bewusst im Hinblick auf den Ruhestand Freundschaften bzw. ihr soziales Netzwerk.

Des Weiteren wird jedoch auch in den Schilderungen der Befragten erkennbar, dass zum Teil frühzeitig geplante Vorhaben für die nachberufliche Phase nicht realisiert werden, aufgrund sowohl externaler Einflüsse – wie die gesundheitliche Beeinträchtigungen des Partners o.ä. oder unvorhersehbare Gegebenheiten – als auch internaler i.S. einer veränderten Gewichtung von Prioritäten für das eigene Wohlbefinden. So wird oft ein stärkeres kulturelles Interesse/Teilhabe in Form von Kulturveranstaltungen, Theater, Museen geplant, aber nur in wenigen Fällen auch tatsächlich umgesetzt (vgl. Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_2v6, S. 10/Absatz: 3; vgl. Herr Hegemann: 2468135\1.MZP\_2v5, S. 8/Absatz: 8-10/Position: 174-176),<sup>318</sup> wie im Beispiel des Probanden Herrn Lange:

Proband: „Ich habe mir [im Alter] noch so ein Musikinstrument gekauft. Hier so ein [...] Keyboard oder so was. Ich habe also auch in meiner Jugend eine musische Ausbildung in dem Sinne nicht gehabt. Ich [...] bin Autodidakt, aber so ein bisschen was kriege ich schon hin, fünf Weihnachtslieder, Kinderlieder und auch andere Sachen [...]“ (Herr Lange: 3642975\1.MZP\_3, S. 3/Absatz: 7-8/Position: 37-38)

Es zeichnet sich hinsichtlich des Erlebens, der Vorbereitung und den damit verbundenen Befürchtungen und Erwartungen auf die nachberufliche Phase ein differenziertes bzw. interindividuelles Bild ab. So verbinden die Probanden/-innen mit dem Eintritt in den Ruhestand die Erwartungen und Vorfreude einer Verbesserung – beispielsweise im gesundheitlichen Bereich und für die Ausübung von Freizeitaktivitäten oder der Wegfall von beruflichen Zwängen und Verpflichtungen. Die deutliche Mehrheit der Befragten hegen dem (teilweise noch bevorste-

---

dem Interviewmaterial, welches in Form von Transkripten vorliegt, wird die zitierte Interviewpassage in einer Positions-, Absatz- oder/und Seitenangabe aufgeführt. Zitierte Interviewpassagen aus Audiodaten erfolgen hingegen durch eine Positionsangabe in Form einer zeitlichen Darstellung (Stunden: Minuten: Sekunden). Grundsätzlich wird nach der Angabe des Namens an zweiter Stelle die verblindete Identifikationsnummer angegeben. Jene verblindeten Identifikationsnummern sind zudem in den Abbildungen zu finden, welche eine Verortung des jeweiligen Probanden/-in in den grafischen Darstellungen ermöglicht.

<sup>317</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den angeführten Interviews die Interpunktion eingefügt und Begriffe der Regionalsprache ins Hochdeutsche übersetzt. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden die Interviewaussagen semantisch angepasst, jedoch unter Berücksichtigung der Erhaltung des umgangssprachlichen Charakters und der Kernaussagen. Siehe hierzu auch im Kapitel 10.3.3. *Aufbereitungsverfahren*.

<sup>318</sup> Als ursächlich hierfür kann ein Nachholbedarf verpasster Chancen in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter – wie beispielsweise das Ausleben im kreativen, künstlerisch-musischen Bereich – angesehen werden.

henden) Ruhestand gegenüber jedoch mitunter Befürchtungen in Bezug auf die Gestaltung dieser Lebensphase: Der Verlust von sozialen Rollen sowie der Verlust gesellschaftlicher Anerkennung im beruflichen Bereich, mitunter ein geringes Ausmaß erlebter Selbstwirksamkeit, ein schrumpfendes soziales Netzwerk, Spannungen in der Partnerschaft und zugleich eine „Ent-rhythmisierung“ von Gewohnheiten und schlussendlich das Gefühl zum „alten Eisen“ zu gehören (vgl. Herr Herrmann: 8135792; Herr Hartwig: 4681357) und nicht mehr gebraucht zu werden. Diese Befürchtungen kommen auch in folgenden Interviewpassagen deutlich zum Ausdruck:

Proband: „[Ich habe die Befürchtung], dass ich nutzlos bin, dass ich jetzt zum alten Eisen gehöre. Niemand verlangt mehr was von mir. Es kommt niemand mehr und sagt: Wie machen wir das [oder keiner sagt], geben sie mal schnell [dieses oder jenes]. [Es] kommt niemand mehr [...]. Das ist für mich schlimm“ (Herr Hartwig: 4681357\1.MZP\_2v7, Position: 124-125).

Ähnlich äußert sich eine in einfachen Verhältnissen aufgewachsene Probandin. Frau Leuschner hat die Volksschule besucht, jedoch im Anschluss keine Ausbildungsstelle gefunden. Bis zur Geburt ihrer Tochter hat sie daher unterschiedliche ungelernete Tätigkeiten ausgeübt. Ab dem Zeitpunkt, als ihre Tochter geboren wurde, war Frau Leuschner in der Heimarbeit tätig, um so ihre Tochter betreuen zu können. Auch im mittleren und höheren Erwachsenenalter hat die Probandin verschiedene Aushilfstätigkeiten ausgeübt, um ihre finanzielle Existenz zu sichern. Derzeit lebt Frau Leuschner allein, nachdem sie sich aus zwei vorangegangenen Eheschließungen gelöst hat. In ihrer nachberuflichen Phase pflegt sie ihren großen Bekannten- und Freundeskreis und trifft sich regelmäßig mit ehemaligen Kolleginnen, um über „alte berufliche Zeiten“ zu sprechen. Den Austritt aus der Erwerbstätigkeit beschreibt Frau Leuschner wie folgt:

Probandin: „[...] war doch ein bisschen deprimierend. [Habe] das ganze Leben gearbeitet, man ist nicht zum alten Eisen geschmissen [worden]: Aber irgendwie ein komisches Gefühl ist es dann doch, dass nun alles vorbei ist, dass man nicht mehr gebraucht wird [...]. [Ich habe] zum Anfang ein bisschen Katzenjammer gehabt“ (Frau Leuschner: 8269713\1.MZP\_2v6, 00:21:16).

Ein anderer Interviewausschnitt verdeutlicht den Wechsel in die nachberufliche Phase als einen biografischen Wendepunkt, obwohl die Probandin zwar auf den Austritt aus dem Erwerbsleben vorbereitet war, bringt dieser einschneidende und weitläufige Veränderungen mit sich:

Probandin: „Es war schlimm [...], die Arbeit war für mich immer das Leben. Ich war ja alleinstehend, zwar mit Kind. Habe immer voll gearbeitet und [die Pensionierung] war eben der Schlag sozusagen, [weil sie] so abrupt war. Ich meine, [ich] hätte sicher mindestens noch ein Jahr vollgearbeitet [...]. Irgendwann hätte ich es dann mit der Zeit reduziert und dann auch sicher ausklingen lassen. [Aber] nicht von einem Tag auf den anderen rausgegangen, da bin ich zu wenig Hausfrau, um mich damit erfüllen

zu können, wenn ich von früh bis abends bloß den Haushalt in Ordnung bringe“ (Frau Laske: 9087328\1.MZP\_3v8, 00:18:42).

Die zuvor zitierte Probandin Frau Laske ist ursprünglich gelernte Verwaltungsfachangestellte, hat sich über ihren gesamten Lebenslauf kontinuierlich weiterqualifiziert und konnte somit höhere bzw. leitende Positionen einnehmen. In ihrer weiteren beruflichen Laufbahn absolvierte die Probandin erfolgreich ein Hochschulstudium. Während des Studiums lebte sie in einer Partnerschaft und wurde Mutter. Jedoch zerbrach die Partnerschaft und auf Frau Laske kam die Doppelbelastung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Alleinerziehende zu. Unterstützung bei der Kinderbetreuung erhielt die Probandin von ihrer Tante und aus ihrem nachbarschaftlichen Umfeld. Ohne diese Unterstützung hätte Frau Laske die Doppelbelastung nach eigenen Aussagen nicht bewältigen können. Ihr bildungsaktiver Lebensstil hat sich trotz geschilderter Belastungen nicht verändert; die Probandin hat regelmäßig an berufsbezogenen Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen und ihr Wissen durch ein Selbststudium stets aktualisiert. Nach ihrem Renteneintritt wollte die Probandin noch nebenberuflich tätig sein, jedoch boten sich ihr keine Chancen auf eine Nebenbeschäftigung in ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld. Daher nahm sie sogar Nebentätigkeiten an, für die sie eindeutig überqualifiziert war, wie u.a. die Stelle als Küchenhilfe in einer Kantine:

„[Ich habe] als Küchenhilfe [angefangen], bloß damit ich etwas mache“ (Frau Laske: 9087328\1.MZP\_3v8, 00:25:19).

Anschließend hat Frau Laske eine qualifikationsadäquate Geringbeschäftigung aufgenommen, die ihrer beruflichen Qualifikationen und Interessen nahekam:

Probandin: „[...] Seitdem ich [den Job] mache, bin ich eigentlich auch wieder zufriedener. Man ist auch ein bisschen gefordert, weil immer wieder neue Probleme kommen, mit denen man sich auseinandersetzen muss. Muss auch die Gesetze immer kennen [...] es ist sehr, sehr vielschichtig“ (Frau Laske: 9087328\1.MZP\_3v8, 00:29:45).

Frau Laske betont, dass sie durch ihre Tätigkeit zur Weiterbildung angehalten wird, was der Probandin wieder zu beruflichen Status und Rollenfindung verholfen hat, das Gefühl von Nützlichkeit und Produktivität erzeugt und zu Anerkennung und Selbstwirksamkeit geführt hat.

Ein weiteres Fallbeispiel stellt der Proband Herr Heinrich dar, der sich kontinuierlich aus Interesse auch in der nachberuflichen Phase weiterbildet und weiterhin ehrenamtlich seine Expertise einsetzt:

Proband: „Ja, ich bin [...] jeden Tag mehr oder weniger entweder mit Fachliteratur [beschäftigt] oder [arbeite] am PC oder mache Entwürfe für bestimmte Projekte, die ich selbst [...] für meine Mandanten [entwerfe]. Dann [...] mache ich zum Beispiel für unseren Familienkreis Informationsmitteilungen [...]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_4v7, S. 11/Absatz: 16-18).

Diese Fortführung seiner Tätigkeit veranlasst den Probanden zu einer selbstverständlichen bzw. kontinuierlich lebensbegleitenden Weiterbildung bzw. Selbststudium. So hat sich der Proband sowohl zu Zeiten seiner (Haupt-)Erwerbstätigkeit als auch in der nachberuflichen Phase, in der er einer Nebentätigkeit nachgeht, auf formellem sowie informellem Wege kontinuierlich fortgebildet. Überdies wird der Proband aufgrund seiner ausgeübten Nebentätigkeit dazu angehalten, einen regelmäßigen Austausch in außerfamiliären Netzwerken zu führen. Ferner konnten die Erläuterungen zu Herrn Heinrich verdeutlichen, dass es mit dem Eintritt in die nachberufliche Phase nicht zwangsläufig zu einer Schrumpfung des sozialen Netzwerkes oder zu einer Konzentration auf das familiäre Umfeld kommen muss. Herrn Heinrich ist es gelungen, die Größe sowie Dichte seines außerfamiliären Netzwerkes durch seine Aktivitäten zu stabilisieren. So beschreibt Herr Heinrich seine (formellen) Fort- und Weiterbildungsaktivitäten bzw. sein Bildungsverständnis wie folgt:

Proband: „Ich muss [...] ja immer auf dem [Laufenden] bleiben [...]“

Interviewer: „Gehen Sie auch noch zu irgendwelchen Kursen oder Seminaren?“

Proband: „Tja, wenn irgendwas hier in Heidelberg, Interessantes gebracht wird von der Volkshochschule dann [nehme ich teil]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_4v7, S. 12/Absatz: 21-29).

Eine mögliche Form des gleitenden Ausstiegs aus dem Berufsleben kann die Regelung der Altersteilzeitbeschäftigung darstellen und/oder auch das Einbringen der eigenen Expertise in eine nachberufliche ehrenamtliche Beschäftigung (vgl. Herr Herrmann: 8135792\1.MZP\_5v8, S. 3/Absatz: 2-3; vgl. Herr Lange: 3642975\1.MZP\_3, S. 4/Absatz: 9-10/Position: 52-53).<sup>319</sup>

Der (vorzeitige) relativ überraschende Berufsausstieg wird von einigen Befragten teilweise als ein „Schockerlebnis“ i.S. einer großen Umstellung der Lebensgewohnheiten beschrieben, die weitläufige Auswirkungen auch auf die soziale Beziehungen, insbesondere auf das familiäre Zusammenleben, haben kann. So schildert der Proband Herr Lohmann, ein verheirateter Familienvater, der vor seinem Ruhestand als Ingenieur tätig war und der auch in seiner nachberuflichen Lebensphase ehrenamtlich tätig und politisch sehr interessiert ist, den Ausstieg aus dem Berufsleben sowie die mit der deutschen Wiedervereinigung einhergehenden tiefgreifenden

---

<sup>319</sup> Siehe zur Wertschöpfung der Potenziale „Älterer“ als „Senior-Berater/-in“ o.ä., beispielsweise das Projekt „SeniorFellowship 45+“ der SAP AG (vgl. Kleefeld 2008). Es ist jedoch einschränkend anzumerken, dass derartige Konzepte bislang nur für höher qualifizierte Positionen bestehen.

## Veränderungen als Wendepunkte in seiner Biografie:

Proband: „[...] [der Berufsausstieg] war das natürlich ein Schock, unheimlicher Schock. [Am] Ende des Jahres war das, so die trübe Zeit, da kann man im Garten nichts machen, um sich abzulenken [...].“ (Herr Lohmann: 5587331\2.MZP, S. 2/Absatz: 12-3\_A1/Position: 27-28).

Proband: „[...] wenn man den ganzen Tag zu Hause ist, dann gibt es auch Reibereien mit der Frau [...] und kannst [du] mal das machen, kannst mal das machen [...]. Na ja, klar [meine Frau] wollte mich vielleicht [nur] beschäftigen, damit ich von meinen Gedanken wegkomme. [...] ich habe zwar früher auch geholfen im Haushalt, habe ihr auch mal die Fenster geputzt und habe das Mal gemacht und das Mal gemacht, aber doch nicht so extrem, als wenn man den ganzen Tag zu Hause ist. [...] Und meine Frau ist ja auch im Rentenalter, die ist etwas älter, die war schon Rentnerin, so dass das zu Spannungen geführt hat.“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 63/Absatz: 24-64/Position: 3428-3442).

Proband: „Ich war ja nun 58 Jahre alt [...] und fühlte mich noch nicht zum alten Eisen. Das nun alles vorbei sein sollte. [...] psychisch hat mich das sehr mitgenommen (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 59/Absatz: 3-13/Position: 3158-3181).

[...] Ich fühlte mich noch nicht so alt, also, dass ich zu Hause rumsitzen muss. [...] Nun beschäftige ich mich eben im Garten und mache da so einiges, was jahrelang liegengeblieben ist: Schuppen bauen und solche Sachen. Ich beschäftige mich schon irgendwie, weil ich nicht zu Hause rumsitzen kann. Ich bin noch nicht so gebrechlich, dass ich nun irgendwie froh bin, dass ich nun zu Hause bin. [...] Ich würde heute noch eine Arbeit annehmen, wenn ich eine kriegen würde. Auch mit 61 [Jahren] noch.“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 62/Absatz: 13-21/Position: 3347-3378).

In einer lebenslaufanalytischen Perspektive wird aus den dargestellten Interviewpassagen deutlich, dass eine Kontinuität der Aktivitätsstruktur und der Bildungsbeteiligung sich mit zunehmendem Alter fortsetzt, wenn i.d.R. auch in einem anderen Ausmaß oder mit einer Verlagerung auf andere Lebensbereiche. Das heißt, die im mittleren Erwachsenenalter „Aktiven“ werden auch mit großer Wahrscheinlichkeit nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben einer Aktivität (sei es in Form eines Ehrenamtes, Intensivierung von Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby), Lernen in formellen und insbesondere informellen Lernkontexten) oder weiterführenden entgeltlichen Nebenbeschäftigungen nachgehen. Tendenziell lässt sich durch die durchgeführte Interviewanalyse hinsichtlich der Bildungsbeteiligung bzw. des Bildungsinteresses sowohl in formellen als auch informellen Lernkontexten eine Kontinuität bestätigen. Zudem werden eine Fortführung „alter Gewohnheiten“ sowie Zeit- und Aktivitätsstrukturen, sei es sowohl in einer lageorientierten Passivität als auch in der eher handlungsorientierter Haltung, in der Lernen vielmehr als Lebensstil verstanden wird, als selbstverständlicher Bestandteil des täglichen Lebens begriffen.

Die im Lebenslauf zuvor als eher „Aktive“ Identifizierten nehmen auch in größerer Zahl in der nachberuflichen Phase eine ehrenamtliche Tätigkeit auf und erhalten ihre Aktivitätsstruktur. Die Ausschöpfung der vorhandenen Expertise im Hinblick auf Produktivität in der nachberuflichen Phase beschreibt eine Probandin, die sich zu den sogenannten „aktiven Senioren“ zählen



lässt: Sie fertigt beispielsweise für ihre Freunde schriftliche Angelegenheiten wie förmliche amtliche Schreiben etc. an. Diese Tätigkeit i.S. einer Nutzung ihrer Expertise gibt der Probandin Selbstbestätigung und Bestätigung der Selbstwirksamkeit:

Probandin: „[...] ich war froh, dass ich endlich Zeit hatte [in der nachberuflichen Phase]. Das Einzige, was ich mir gleich gekauft habe, war eine Schreibmaschine. Und, wenn dann die eine oder andere [Freundin] mal was zu schreiben hat, dann ist das selbstverständlich [dass ich das] für meine Freunde und Bekannte mache. Die eine [Freundin], die hat ein Haus und die muss dann immer die Abrechnung für den Strom machen. Da fragt sie mich immer: Kann ich dir das bringen? Und das mache ich dann selbstverständlich“ (Frau Haas: 9246813\2.MZP\_1v2, S. 4/Absatz: 10-12).

Auch der Proband Herr Heinrich, ein sich bereits im Ruhestand befindender Steuerexperte, bringt seine Expertise nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben in Form ehrenamtlicher Tätigkeiten ein:

Proband: „[...] ich habe auch für den Reiterverein die Steuererklärung gemacht, [also die] Vermögenssteuererklärung und die Einnahmeüberschussrechnung [...]. Ich musste es nicht, sondern ich habe das [...] ehrenamtlich unentgeltlich [gemacht]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_6v7, S. 10/Absatz: 17-18/Position: 207-209).

Ein weiteres Beispiel stellt der Proband Herr Lange dar: Ein pensionierter Pädagoge, der nach seiner Erwerbstätigkeit nebenberuflich gegen ein Entgelt weiterhin Studierende betreut und als Seniorberater für die Einrichtung fungiert (Herr Lange: 3642975\1.MZP\_3, S. 4/Absatz: 5-7/Position: 48-50).

Ähnlich aktiv zeigt sich der Befragte Herr Hoppe, ein verheirateter zweifacher Familienvater und studierter Sprachwissenschaftler, der sich stets lebensbegleitend weitergebildet hat. Neben der Teilnahme an formellen Weiterbildungsangeboten baut er zusätzlich seine Sprachkenntnisse sowohl durch eigene Reisen als auch durch seine Tätigkeit als Reiseleiter in Ostasien aus. Der Proband gibt an, dass er nach seiner beruflichen Tätigkeit als Sprachwissenschaftler, welcher er aus Berufung und großem Interesse nachgegangen ist, ebenso in der nachberuflichen Phase als Dolmetscher sowie als Reiseleiter tätig ist:

Proband: „Aber wie gesagt, ich liebe das Gefährliche, also ich führe noch [...] Gruppen. Also bin ich noch Reiseleiter [und] fahre immer mal mit einer Gruppe in den Nahen Osten. Das ist ja auch eine schöne Tätigkeit, ein bisschen wissenschaftlich. Ich komme da natürlich immer wieder zurück [...]“ (Herr Hoppe: 6924681\1.MZP\_2v6, S. 6/Absatz: 13).

Die Fortsetzung einer freiberuflichen Tätigkeit in der nachberuflichen Phase wird von einigen Probanden/-innen generell als positiv bewertet bzw. angestrebt oder teilweise bereits schon umgesetzt (vgl. u.a. Herr Hornberger, als Dolmetscher tätig ist): 3791246\1.MZP\_2v3, S. 15/Absatz: 7).

Es kann die berufliche Tätigkeit aber auch an sich und u.U. zahlreiche (lernförderliche) Impulse zur thematischen Vertiefung als auch für andere Lebensbereiche liefern. Die Probandin Frau Hansen führt ihre Erfahrungen und Anreize aus der beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester und die daraus resultierenden Einstellungsänderungen u.a. zu Gesundheitsthemen in folgender Interviewpassage aus:

Probandin: „[...] also, was mein Denken und Handeln wesentlich beeinflusst hat, das war eben die Krankenhaustätigkeit. Da habe ich gelernt, wenn viele Sachen [auf einmal] zusammenkommen, zu [erkennen] was wichtig ist, was muss ich wichtig nehmen und was nicht, um dann abzugrenzen. Das ist viel wichtiger, das kommt an erster Stelle, und abzuschätzen, was gar nicht wichtig ist im Leben. [Hierfür] ist das Abgrenzen [wichtig]. Das habe ich gelernt und dankbar zu sein, dankbar für viele Kleinigkeiten die den ganzen Tag anfallen von morgens bis abends gibt es [einen] Grund zu danken. Das habe ich auch gelernt und eben auch für die Gesundheit dankbar zu sein, die Gesundheit dankbar entgegenzunehmen. Ja, das Geschenk, das ist ein echtes Geschenk. Es gibt so viele Leute [...], die nur darauf hin arbeiten auf das Alter. Da habe ich gespart, dann mache ich Reisen, dann werden sie krank, das ist so deprimierend, und wenn man nicht zurückblicken kann auf ein allgemein gutes Leben, die Abschnitte, dass die allgemein gut waren. Auf ein Ziel hin arbeiten, das habe ich auch noch gelernt [...]“ (Frau Hansen: 2975386\1.MZP\_4, S. 11/Absatz: 5-6/Position: 158-159).

Das Motiv für eine weiterführende Qualifizierung kann sich darüber hinaus auch aufgrund einer Unter- oder Überforderung ergeben und sich dadurch der Anreiz bieten, eine berufliche Weiterqualifizierung beispielsweise in Form eines Hochschulstudiums o.ä. aufzunehmen (vgl. Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 26\_A20-27\_A1-2/Position: 1412-1417). Zudem können – wie bereits erläutert – finanzielle oder sozioökonomische Faktoren einen (lernhemmenden) Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine berufliche Neuorientierung oder Weiterqualifizierung darstellen (vgl. Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 36/Absatz: 23-28/Position: 1952-1966).

Ähnlich verhält es sich in einigen Fällen, welche jedoch in der gewählten Stichprobe die Minderheit darstellen und hauptsächlich Frauen betreffen: In diesen Fällen wird eine nebenberufliche Tätigkeit in der nachberuflichen Phase von den älteren Befragten aus finanziellen Gründen aufgenommen (vgl. Frau Haas: 9246813\1.MZP\_3v7, S. 7/Absatz: 6).

Ehrenamtliche Tätigkeiten in der nachberuflichen Phase, die sich nicht explizit auf berufliches

Wissen und Können (Expertise) beziehen, sondern denen eher interessengeleitet im Freizeitbereich nachgegangen wird oder/und die unerfüllten Verwirklichungsideen (unerfüllter Berufswunsch o.ä.) aus der Jugend oder dem jungen Erwachsenenalter entstammen, werden häufig von den Probanden/-innen in der nachberuflichen Phase verwirklicht.<sup>320</sup>

So berichtet eine Probandin über ihre ehrenamtliche Tätigkeit als „Grüne Dame“ in ihrem Ruhestand als eine Art Verwirklichung eines erfüllten Berufswunsches im sozialen Bereich tätig zu sein. Die Probandin nutzt die nachberufliche Zeit für die Durchsetzung zuvor im Lebenslauf vernachlässigter Interessen (vgl. Frau Hansen: 2975386, 1.MZP).

Als ein beachtenswerter Bereich können ehrenamtliche bzw. nebenberufliche Tätigkeiten nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben betrachtet werden. In der durchgeführten Analyse können Tätigkeiten in Vereinen und Verbänden, wie u.a. Kleingartenverein, Hobbytreffen, Sport-, Kulturverein, oder Aktivitäten in der (Kirchen-)Gemeinde identifiziert werden.

So können beispielsweise in der nachberuflichen Phase nicht wahrgenommene berufliche Entwicklungsbedürfnisse durch eine ehrenamtliche Tätigkeit o.ä. befriedigt werden. Folgende Interviewpassage von Frau Hildebrand verdeutlicht dieses: Die Probandin ist pensionierte kaufmännische Angestellte. Ihre beruflichen Stationen waren nach dem abgebrochenen Besuch des Gymnasiums zuerst die Ausbildung an der hauswirtschaftlichen Berufsschule sowie die Tätigkeit als Helferin im Kindergarten bevor sie schlussendlich eine Umschulung zur kaufmännischen Angestellten gemacht hat. Seit ihrem Eintritt in die nachberufliche Phase ist der verheirateten Mutter eines bereits erwachsenen Kindes „die Decke auf den Kopf gefallen“, so dass sie sich – ebenso wie die zuvor vorgestellte Probandin Frau Hansen – ein anderes Betätigungsfeld bei den „Grünen Damen“ gesucht hat. Im Rahmen dieses Kreises führt die Probandin regelmäßig Gespräche mit alleinstehenden Frauen.

Durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit kann Frau Hildebrand ihr soziales Netzwerk erweitern und erhält neue Lernimpulse, wodurch sich wiederum neue Lerngelegenheiten und womöglich Förderstrukturen eröffnen:

Probandin: „Durch [die] Tätigkeit bei den Grünen Damen bin ich auch wieder in einen anderen Kreis von Frauen hineingekommen. Da wird viel angeboten [...] z.B. da kann man sich einmal im Monat mit einer Psychologin treffen, die dort eine Fort- und Ausbildung gibt“ (Frau Hildebrand: 7315209\1.MZP\_2v6, 00:18:18).

Oftmals wird eine Intensivierung der Freizeit- bzw. Vereinstätigkeit in der nachberuflichen Phase von den Befragten als eine Kompensationsmöglichkeit nach der Aufgabe der beruflichen

---

<sup>320</sup> Siehe Ausführungen zur „späten Freiheit“ im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs*.

Tätigkeit sowie dem Wegfall der damit verbundenen beruflichen Strukturen gesehen<sup>321</sup>, so berichtet beispielsweise ein Proband über seine Vereinsaktivitäten in der nachberuflichen Phase:

Proband: „[So etwas wie] ein Ersatz [für die Berufstätigkeit] war [diese Vereinstätigkeit]. Was halt eben anfällt im Verein, [...] zum Beispiel im Siedlerheim, das ist eine Wirtschaft und da ist eine Grünanlage außen rum, dann [kümmert man sich um die Pflege der Grünanlage], wenn es erforderlich wird. Letztens haben wir [den] Zaun erneuert. Da sind die Pfosten gestrichen worden und der neue Draht ist drangekommen und [...] Lichter haben wir [ein]gebaut [...]. Es ist so ein bisschen [ein] Ersatz für den Beruf [...]“ (Herr Hörmann: 6813579\2.MZP\_1v4, S. 6/Absatz: 12-13).

Ähnliche Bemühungen zur Kompensation des Wegfalls der Erwerbstätigkeit schildert ein Proband folgendermaßen:

Proband: „[...] dann haben sie mir angeboten im Gartenvorstand mitzuarbeiten. Da haben sie einen neuen Gartenvorstand gebildet, und da mache ich dort den Hauptkassierer [...] Ja also, Buchführung [und] Abrechnung. Und damit habe ich mich auch ganz schön beschäftigt, und das hat mir auch geholfen, dass ich doch eine gewisse Aufgabe wieder hatte“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 65/Absatz: 10-12/ Position: 3500-3512).

Auch die gesellschaftliche Teilhabe durch u.a. das Engagement in einer politischen Partei wird vermehrt von den männlichen, ostdeutschen Befragten in der nachberuflichen Phase genannt: D.h. die Probanden aus Ostdeutschland berichteten vermehrt über Tätigkeiten und Mitgliedschaft in Partei(en) als die Probanden aus Westdeutschland. Die Probanden/-innen aus Westdeutschland sind zwar auch politisch interessiert, jedoch hängt nur die Minderheit einer politischen Partei an.

Nicht zu unterschätzen i.S. ehrenamtlicher Betätigungsfelder sind die zahlreichen (ehrenamtlichen) Kinderbetreuungsleistungen innerhalb der Familie, die von der älteren Generation mitunter selbstverständlich geleistet werden (vgl. u.a. Frau Hildebrand: 7315209, 1.MZP). Darüber hinaus berichten Probanden/-innen über Unterstützung bei der Hausaufgabenhilfe der Enkelkinder (vgl. Frau Luther: 2680074, 2.MZP; Frau Hintze: 6321792, 1.MZP).

Wie bereits geschildert gehen mit dem Wegfall der Berufstätigkeit weitreichende Veränderungen einher. So umschreibt ein anderer Proband die Veränderungen und damit verbundenen Schwierigkeiten mit dem ungewohnten Ablauf des Alltags sowie den täglichen Umgang mit der Partnerin seit dem Austritt aus dem Erwerbsleben: Herr Langhans, ein gelernter Handwer-

---

<sup>321</sup> In Bezug auf die Vereinsbeteiligung (Sport- und Freizeitvereine) lässt sich nach Mohr feststellen, dass in der Tendenz die Beteiligung umso höher ist, je mehr Bildung erworben wurde (vgl. Mohr 1984).

ker, der im Verlauf seiner Erwerbsbiografie an zahlreichen Weiterbildungsmaßnahmen partizipiert hat und somit stetig höhere berufliche Positionen besetzen konnte, war stets sehr auf seine berufliche Tätigkeit fokussiert. Daher herrscht eine eher „klassische“ Rollenverteilung im Hause Langhans, seine dritte Ehefrau hat sich primär um die Erziehung des Sohnes und den Haushalt gekümmert. Seit dem Ruhestand von Herrn Langhans – welcher vorzeitig und aufgrund struktureller Veränderungen im Unternehmen stattfand – sind daher sowohl für Herrn Langhans als auch für seine Ehefrau Veränderungen in der Tagesstrukturierung als auch in der partnerschaftlichen Auseinandersetzung entstanden. Herr Langhans besucht regelmäßig und in kurzen zeitlichen Abständen seine ehemaligen Kollegen, die im Unternehmen verblieben sind, um dem häuslichen bzw. partnerschaftlichen Alltag kurzweilig zu entfliehen:

Proband: „[...] ich war das gar nicht gewöhnt, dass ich zu viel mit [meiner Frau] zusammen bin. [Ich] war doch immer arbeiten und jetzt ist man ständig [zusammen]. [...] Da ergeben sich dann Reibungspunkte [...]“ (Herr Langhans: 9324681/1.MZP\_5v8, S. 4-5; vgl. Herr Holm: 5579124, 2.MZP).

In anderen Ausführungen von Probanden/-innen wird an den gewohnten terminologischen Tagesabläufen bzw. dem Beibehalten der Rhythmisierung des Alltags, dominiert von der beruflichen Beschäftigungssituation, festgehalten. So bestehen dem Arbeitsalltags ähnlich starre Zeitfenster für die Ausübung gewisser (nebenberuflicher) Tätigkeiten und relativ feste Zeitfenster für Freizeitaktivitäten (vgl. Frau Luther: 2680074, 1.MZP).

Die oftmals beschriebene große Umstellung der Lebensgewohnheiten und Rhythmisierung des Alltags und deren Aktivitätsstruktur veranlasst wiederum einen Teil der Befragten handlungsorientiert mit dieser Situation umzugehen und sich beispielweise einen kompensatorischen Ausgleich zu suchen.

Als ein Beispiel für die aktive Suche nach kompensatorischen Tätigkeiten für die Erwerbsarbeit in der nachberuflichen Phase ist der Fall von Herrn Ludorf zu nennen: Der Proband stammt aus bürgerlichen Verhältnissen, hat in der Kindheit bzw. Jugend die Oberschule besucht, jedoch ohne einen Schulabschluss zu machen. Nach seiner Lehre im Elektronikbereich heiratet er und gründet eine Familie. Während seiner Tätigkeit im erlernten Beruf hat der Proband versucht, in der Abendschule berufsbegleitend den Hochschulabschluss nachzuholen. Dieses Vorhaben brach er jedoch ab („hatte keine Lust mehr“) und versuchte sich durch unterschiedliche berufliche Qualifizierungsmaßnahmen fortzubilden. Mit dem Eintritt in den Vorruhestand traten für den Probanden erhebliche – mitunter unerwartete – Veränderungen auf. Jene tiefgreifenden Veränderungen in seiner Freizeitstruktur veranlassten Herrn Ludorf, sich ein anderweitiges,

vertrautes Betätigungsfeld zu suchen. Neben der Übernahme von Haushaltsaufgaben kompensiert er den Verlust seiner Arbeitsstelle mit einer verstärkten Betätigung in der Gartenarbeit. Diesbezüglich antwortet Herr Ludorf auf die Frage, inwieweit es für ihn problematisch war aus dem Berufsleben auszuschneiden und in den Vorruhestand zu gehen, folgendermaßen:

Proband: „Na, die erste Zeit [in der nachberuflichen Phase] war es wie mit einem Hammer. Wenn sie die ganze Zeit arbeiten gegangen sind und dann zu Hause sein mussten oder zu Hause waren. Da war es eben, nicht gerade schön. Naja, wenn man noch einen Garten hat – und wir sind damals gleich nach der [Verrentung] umgezogen – da ging das. Man hat sich dann einigermaßen gut eingefunden [in die neuerlangte Freizeit]. Schön war die erste Zeit [...].“ (Herr Ludorf: 4753864\1.MZP\_1v5, S. 16/Absatz: 3-4).

Die Aussage belegt erneut deutlich, dass der Vorruhestand für den Befragten eine große Umstellung bedeuten kann. Der Proband jedoch versucht, die resultierenden Veränderungen wie u.a. die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit und den beruflichen Rollenverlust beispielsweise durch die Beschäftigung im Garten, also bewusst durch Alternativbeschäftigungen bzw. anderweitigen Interessen, auszugleichen. Ähnliche Kompensationsstrategien, andere Betätigungsfelder oder eine Intensivierung von bestehenden Betätigungsfeldern nutzen auch viele der übrigen Befragten. Hierbei stehen Gartenarbeit, handwerkliche Arbeiten und sportliche Aktivitäten zu den am häufig genannten „Ausgleichsaktivitäten“ (vgl. auch Herr Haack: 3579246\1.MZP\_2v6, S. 12/Absatz: 2-3; vgl. Frau Liebbach: 8910547, 2.MZP).

Zudem kann auch der Wegfall von Aufgaben bzw. Tätigkeiten im privaten Bereich die Probanden/-innen dazu veranlassen, kompensatorische Beschäftigungen aufzunehmen. Etwa, wenn die Ausübung einer Freizeitaktivität aufgrund des schrumpfenden sozialen Netzwerkes nicht mehr möglich ist, dann neigen handlungsorientierte Personen tendenziell eher dazu, sich aktiv einen Ausgleich zu suchen – im Vergleich zu lageorientierten Personen, die eher als veränderungsresistent beschrieben werden können und somit auch schlecht aktiv auf Veränderungen reagieren können bzw. andere eher „passive“ Strategien, wie Verschiebung, Vermeidung o.ä. zum Einsatz bringen. So schildert ein Befragter dieses:

Proband: „[...] Wir sind [beim Kegeln] zu wenige [Personen] geworden. Ersatz hat man dann keinen mehr gefunden und [...] dann [ist es] aufgegeben worden [...]. Ich habe Ausgleichshobbys, ich habe in der Zwischenzeit in den letzten fünf Jahren [...] einen Malkurs – [...] Aquarellmalerei – gemacht. Habe mal so ein [paar] Kenntnisse genommen in Seidenmalerei [und] Bauernmalerei“ (Herr Hörmann: 6813579\2.MZP\_1v4, S. 2/Absatz: 1-3).

Nicht außer Acht zu lassen sind zudem die positiven Äußerungen der Befragten bezüglich der nachberuflichen Phase. Insbesondere im gesundheitlichen Bereich (subjektives Wohlbefinden)<sup>322</sup> werden vermehrt Verbesserungen genannt (berufsbedingte Verschleißerscheinungen der Gelenke etc.) (vgl. Frau Hofstedt: 9864297\1.MZP\_4v6, S. 12/ Absatz: 2-6; vgl. Frau Hiller: 6125891, 1.MZP).

Des Weiteren wird das Entbunden sein aus der beruflichen Pflicht und den zeitlichen Zwängen von einigen Befragten als durchaus positiv erlebt, auch wenn es sich hierbei um die Minderheit der Befragten handelt. So berichtet eine Probandin über ihren Ruhestand folgendes:

Probandin: „Das Schönste [...] ist eigentlich, dass ich keine direkten Verpflichtungen mehr habe, dass ich ungebunden [bin und] Zeit [habe] und dass ich eigentlich so leben kann, wie ich mir es selber einrichte. Also die Freiheit, dass mir niemand mehr [etwas] vorschreibt, [...] das finde ich jetzt sehr schön“ (Frau Lippert: 2724689\2.MZP\_3v3, S. 9/Absatz: 8-9).

Eine Umorientierung bzw. die Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf veränderte Lebensbedingungen einzustellen, werden von bildungsaktiven Personen als „weniger problematisch“ empfunden. Dies kann darin begründet sein, dass bei „Bildungsgewohnten“ eine lebenslange Beteiligung an Bildung selbstverständlich ist, dadurch ein größeres Interessensfeld entwickelt wird und sie somit auf Veränderungen flexibel reagieren können – vielmehr diese als Herausforderung begreifen.

Die Aussagen der Befragten unterscheiden sich aufgrund der zuvor beschriebenen Heterogenität der Stichprobe, jedoch zeichnet sich mehrheitlich in der untersuchten Alterskohorte ab, dass der Eintritt in die nachberufliche Phase als eine Art kritisches Lebensereignis betrachtet wird. Mitunter führen an diese Phase gekoppelte Fehleinschätzungen zum Ausmaß der damit einhergehenden Veränderungen. Daher machen es die geschilderten Veränderungen erforderlich, diesen nicht veränderungsresistent und lageorientiert zu begegnen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine frühzeitige planvolle Vorbereitung der Gestaltung des Ruhestandes an eine Vielzahl von Faktoren geknüpft ist. Zumal mit dem Wegfall der Erwerbstätigkeit in der nachberuflichen Phase veränderte Zeit- sowie Aktivitätsstrukturen und Rollenverluste – beispielsweise die des beruflichen Status und das damit verbundenen berufliche Prestiges – einhergehen. Dies macht eine (Neu-)Orientierung an neue Rollen u.a. im familiären Bereich erforderlich und kann zudem zu Spannungen in der Partnerschaft führen.

---

<sup>322</sup> Siehe hierzu die Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand im Kapitel 11.1.3 *Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten*.

Im Falle eines Probanden führte die **Verwitung** und die darauffolgende Verrentung als (kumulative) biografischer Wendepunkt zu einem Rollenwechsel verbunden mit einem Aufgabenverlust sowohl im beruflichen als auch privaten Bereich:

Proband: „[...] vorgestellt habe ich gar nichts, wie das mal wird [im Ruhestand]. Das es dann so drastisch war, dass meine Frau auch nicht mehr da war. [...] du sitzt [jeden Morgen allein dort] trinkst Kaffee. [Ein Gefühl], dass man jeden Morgen die Kaffeetasse aus dem Fenster rausschmeißen könnte. Dass man sich sagt den Tag vorher: Ach morgen mache ich das, morgen streiche ich da oben usw. Am nächsten Morgen sitzt man dann da und sagt, so was mache ich heute. Mache ich dort weiter, wo ich gestern aufgehört habe. Nix, ich habe einfach keine Lust. Ich mache gar nichts. Ich mache gar nichts, da streunt man so ziellos durch die Straße, setzt sich [ziellos] auf das Fahrrad [...] und guckt man dann schon wieder um zwölf Uhr auf die Uhr: Ah, ich muss Heim mein Enkelsohn kommt. Ja, das ist das Einzige, das ist das Schreckliche“ (Herr Hartwig: 4681357\1.MZP\_2v7, S. 8/Absatz: 10/Position: 112-113).

Die emotionale Verarbeitung, insbesondere durch den Verlust der Partnerin verlangt von dem Probanden eine Neuorientierung sowie eine (Re-)Aktivierung von Kompensationsstrategien der wegfallenden Aufgaben. In diesem Beispiel gelangt es dem Probanden jedoch nur schwer die tiefgreifenden Ereignisse selbst zu bewältigen. Durch die erfahrene Unterstützung und damit verbundene Stärkung der Selbstwirksamkeit aus dem familiären Umfeld sowie die Einbindung in neue Aufgaben (in diesem Falle durch die starke Einbindung in die Enkelkinderbetreuung) schildert der Proband einen Suizidversuch, nachdem seine Ehefrau verstorben ist:

Proband: „Ich wollte mich umbringen, nachdem [meine] Frau gestorben war. [Ich] denke, das Sterben ist nicht schwer. Das Sterben muss was Schönes sein. Ich war so verzweifelt und [ich] denke mir das kann ich meiner Mutter nicht antun, meinen Geschwistern nicht. Ich habe den [Enkelsohn], ich habe die Tochter. Aber es kam immer wieder durch, wenn ich jetzt nicht mehr wäre, die kämen wieder drüber weg [...]“ (Herr Hartwig: 4681357\1.MZP\_2v7, S. 9/Absatz: 13/Position: 131).

Als ein weiteres kritisches Lebensereignis bzw. Wendepunkt wird oftmals **die Erkrankung des Partners** genannt und die damit einhergehenden lebensbereichsübergreifenden Veränderungen. So beschreibt etwa eine Probandin familiäre Streitigkeiten als auch die nachlassenden gemeinsamen Aktivitäten, die aus der (Sucht-)Erkrankung ihres Mannes resultieren, wie folgt:

Probandin: „[...] [mein Mann] hat schon immer ein bisschen getrunken, aber [mit] Ausnahmen. Ausschlaggebend war, als seine Tochter nicht mehr Heim kam [also ausgezogen ist] [...]. Da hat mein Mann mit Alkohol [angefangen]. [...] Die beiden haben sich nicht mehr vertragen [...] und dann kam das Kind und [...] wie unsere Tochter in Schwangerschaft war, da ist sie ausgezogen [...]“ (Frau Hoffmann: 1864297\1.MZP\_3v4, Position: 30-37, S. 2/Absatz 9-15).

„[Ich würde mir wünschen], dass mein Mann nicht mehr trinkt [...], dass es [ihm] besser geht oder, dass er mal mitfährt in den Urlaub. Der will halt nicht.“

Interviewer: „Machen Sie denn überhaupt noch etwas zusammen in ihrer Freizeit?“

Probandin: „An und für sich gar nicht. Der will ja nicht mit, der geht [nirgendwo]



mit“ (Frau Hoffmann: 1864297\1.MZP\_3v4, S. 6/Absatz: 9-11/Position: 125-130).

Durch Veränderungen im beruflichen als auch privaten Bereich werden von den Probanden/-innen solche Erlebnisse beschrieben, die sie als besonders einschneidend erlebt haben. Beispielsweise nannten die Befragten den Statusverlust bedingt durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oder die Pflege der Eltern bzw. des Partners sowie Beeinträchtigungen durch alters-/gesundheitsbedingte Veränderungen oder auch den Auszug der Kinder als Ereignisse mit hohem Veränderungsdruck. Für die alleinerziehende Probandin Frau Laske stellte der Auszug des Kindes einen biografischen Wendepunkt dar:

Probandin: „[...] das war schon eine Umstellung vor allen Dingen, dass eben dann abends keiner da ist, mit dem man reden kann, auch mal um Rat zu fragen kann oder auch bei bestimmten Dingen mal hilft. Das ist schon nicht so einfach“ (Frau Laske: 9087328\1.MZP\_5v8, 00:06:54).

Auch die beiden weiteren Beispiele verdeutlichen die Befürchtungen und weitere Rollenverluste, welche durch den **Auszug der Kinder** bzw. des letzten Kindes bei den Probanden/-innen hervorgerufen wird:

Probandin: „ [Der Auszug des Kindes] war furchtbar. Ja, das war furchtbar, das [Haus] war so leer, so hohl. Mein Mann hat sich da nichts draus gemacht, der hat sich hingeworfen und hat getrunken, und das war alles dann. Die Männer machen sich doch nichts draus“ (Frau Hoffmann: 1864297\1.MZP\_3v4, S. 2/ Absatz: 21/Position: 42-43).

Ein weiterer Proband, Herr Lohmann, schildert die Veränderungen durch den Auszug des letzten Kindes wie folgt:

Proband: „Mhm, wir [ich und meine Ehefrau] haben uns eingebildet, dass wir durch den Nachzügler sehr viel Kontakt hatten. Wir hatten einen großen Freundeskreis gehabt und wir haben uns eingebildet, dass wir durch ihn ziemlich jung geblieben sind. Weil ja immer Leben war in der Wohnung. Und hier haben sie auch immer ihre Feten gefeiert und so weiter. [...] Da war das eine ganz schöne Umstellung, das eben keiner mehr kam, keine Freunde mehr kamen, [sondern] bloß mal ein Anruf. [...] Und dann hat es uns ganz schön hart getroffen, als der nun nach Ulm ging.“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, Position: 5252-5280).

In anderen Fällen der Analyse wird jedoch der Auszug des letzten Kindes aus dem Elternhaus nicht generell als tiefgreifend einschneidend empfunden.

Zudem kann die **Pflege und Betreuung** der hilfebedürftig gewordenen Eltern bzw. Schwiegereltern nachhaltige lebensbereichsübergreifende Veränderungen mit sich bringen. Häufig bringt die Pflege der Eltern auch Veränderungen in der partnerschaftlichen Beziehung mit sich. In

diesen Zusammenhang schildert eine Probandin die Veränderungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Partnerschaft, welche bei der häuslichen Pflege (gemeinsamer Haushalt) der Eltern entstehen können, folgendermaßen:

Probandin: „[Die Pflege der Schwiegermutter war] Tag und Nacht. [Die] klopfte ja dann nachts, und dann musste man raus und [mein Mann und ich] waren nie alleine. Das hat [die Beziehung zwischen meinem Mann und mir] ein bisschen überschattet, also das, wie soll ich mal sagen, da wäre vielleicht manche Ehe dran gescheitert. [...] [Mein Mann] hatte die Tür zugemacht, da ging die Tür auf und dann war die Schwiegermutter da, so war das, wo sie noch laufen konnte, die Treppe runter kam. [...] wir waren nie alleine. Also, wenn wir alleine sein [...] und etwas besprechen wollten, mussten wir ins Bett gehen oder spazieren. [...] Also da muss man schon eine gute Ehe führen, dass man das durchsteht. Das war [...] ein Prüfstein [...]“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_3v6, S. 9/Absatz: 9).

Als markante Wendepunkte, Impulse für lebensbereichsübergreifende Veränderungen im biografischen Verlauf schildern Probanden/-innen häufig auch Veränderungen bzw. Schwierigkeiten in der Partnerschaft.

So implizierte beispielsweise eine Ehescheidung für einen Probanden nicht nur Veränderungen im privaten Bereich, sondern diese hatte auch weitreichende Auswirkungen auf seine berufliche Entwicklung:

Proband: „Ja [durch die Ehescheidung] habe ich meine selbständige Tätigkeit aufgegeben und bin als Angestellter [tätig gewesen]. Hatte also [wieder] mehr Zeit gehabt. Ich musste mich ja um das Kind kümmern, ein ganz anderer Lebensabschnitt“ (Herr Hübner: 5792468\1.MZP\_2v4, S. 14/Absatz: 3-4).

Ein anderer Proband sieht für seine **gesundheitliche Entwicklung** die partnerschaftlichen Schwierigkeiten als ursächlich an. Der Proband Herr Langhans ist in eine Art Abwärtsspirale geraten: Er hat nach der Scheidung ein massives Alkoholproblem entwickelt und wurde nach dem Austritt aus dem Berufsleben rückfällig:

Proband: „[...] das Elend [also das Alkoholproblem] kam eigentlich erst später – etwa als es nun Wirklichkeit geworden war [der vorzeitige Austritt aus dem Berufsleben]. Ich war ja noch drin als [ich] diese Gedankenspiele hatte und die Entscheidung treffen musste. [...] das ganze Umfeld zerstört beziehungsweise nicht mehr, da traten die Probleme auf. Die naja, wie soll ich denn sagen, du hattest das Gefühl, dass du eben zur Bedeutungslosigkeit verurteilt warst. Hast nichts mehr zu melden, hast nicht mehr das Sagen, das Engagement fehlte. [Meine] Triebfeder war meine Tätigkeit, dass ich das hatte. Jetzt wollte [meine Arbeitskraft] niemand mehr haben. Das war das Allerschlimmste, das hat sich natürlich auch psychologisch ausgewirkt [...] in chronische Niedergeschlagenheit, Resigniertheit. Habe immer wieder [nachgedacht] über die ganze Geschichte, aber bisher immer wieder die Kurve gekriegt, indem ich mir sagte, was wäre wenn“ (Herr Langhans: 9324681\1. MZP\_3v8, S. 10-11).

Als eine sehr entscheidende Weichenstellung in der jeweiligen Biografie empfinden die Befragten mehrheitlich ihre zuletzt ausgeführte berufliche Tätigkeit vor dem Eintritt in die nachberufliche Phase. Dies soll beispielhaft folgende Interviewpassage verdeutlichen:

Probandin: „[...] also eine Weiche in dem Sinne [hat] meine letzte Tätigkeit gestellt, würde ich sagen. Das hat bei mir einschneidend mein Leben umgekrempelt irgendwie. Das Verständnis [...], nachdem ich andere Berufswünsche begraben musste. [...] das war ja, was ich überhaupt nicht gehnt hätte, dass ich das jemals machen würde. Das hat mich auch geprägt, auch ich könnte mir denken, in meinem Wesen, in meinem Umgang mit den Menschen, würde ich schätzen [...]“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_2v6, S. 4/Absatz: 5).

Als ein weiterer biografischer Wendepunkt wird von den ostdeutschen Probanden/-innen überwiegend die mit der deutschen Wiedervereinigung einhergehenden **gesellschaftspolitischen Veränderungen** bzw. damit einhergehende Befürchtungen und (Zukunfts-)Ängste genannt. Diese Befürchtungen und Ängste der Befragten, welche aus der Wiedervereinigung resultieren, begrenzen erheblich das Verhalten und die Entwicklungsmöglichkeiten:

Proband/in: „[...] ich meine, man muss es akzeptieren und ich hadere auch nicht. Es ist nun mal so, aber ich bin enttäuscht von der Brutalität und der Gewalt, die man auch zu sehen kriegt jeden Tag und die man auch miterlebt, ob das in der Straßbahn ist oder auf der Straße. Man sieht es ja, das macht mich krank und das ist auch das, was uns ein bisschen die Lebenslust, also in der Richtung [Unternehmungen nimmt]. [Es] findet jetzt eigentlich nur in unserer kleinen Welt statt und das ist unser Zuhause, das ist unsere Insel [...]“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_2v6, S. 11/Absatz: 7).

Insbesondere die Angst vor einer zunehmenden Kriminalität in der Gesellschaft und ein dadurch eingeschränktes (Freizeit-)verhalten wird von den Befragten angeführt:

Proband: „[...] [seit der Wiedervereinigung] geht man ja abends kaum noch fort [aus Angst vor Gewalt] [...], denn früher, da sind wir von irgendwelchen Veranstaltungen dann zu Fuß durch den Park nach Hause gegangen. Das kann man heutzutage gar nicht mehr machen“ (Herr Lange: 3642975\1.MZP\_4, S. 8/Absatz: 11-13/Position: 118-121).

Die im Zuge der deutschen Wiedervereinigung gewonnene Freiheit geht häufig mit Unsicherheiten und Ängsten bei den Probanden einher. Diese Befürchtungen beziehen sich insbesondere auf eine (vermutete erhöhte) Kriminalität, welche auch beispielsweise Herrn Lose daran hindert in einem größeren Ausmaß am sozialen, gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. Folgende Interviewpassage zeichnet dieses Bild in Ausschnitten nach:

Proband: „[...] die Interessen, ja sie sind weniger geworden. Wollen wir mal so sagen, man ist häuslicher geworden und trotzdem will man nicht vermissen, dass man immer etwas unternimmt. [...] nicht bloß nach Hause kommen oder überhaupt zu Hause sein und nur im häuslichen [sein] [...]“ (Herr Lose: 5429753\1.MZP\_6v7, S.1/Absatz: 8-9).

Diese geschilderten Einschränkungen der außerhäuslichen Aktivitäten, wie eine geringe kulturelle Teilhabe trotz bestehendem Interesse, resultieren laut Befragten aus der zuvor geschilderten Angst und führen häufig zu einer „Fixierung auf das häusliche Umfeld“ (vgl. u.a. auch Frau Lippert: 2724689, 1.MZP).

Ferner können die geschilderten biografischen Wendepunkte im Lebenslauf – sowohl kritische Lebensereignisse, welche sowohl negativ als auch positiv besetzt sein können – Anlass zur persönlichen Weiterentwicklung bieten. In einigen Fällen führt etwa eine Verwitwung nach Erkrankung bzw. Pflege des Partners, i.d.R. ein tiefgreifendes negatives Ereignis, zu einer Ermöglichung i.S. der Befriedung des Nachholbedarfs verpasster Chancen aufgrund z.B. struktureller Gegebenheiten (vgl. Frau Hildebrand: 7315209, 1.MZP).

Generell ist eine starke Rhythmisierung des Tagesablaufes in der nachberuflichen Phase bei der Mehrheit der Befragten zu beobachten, das heißt, es existieren sowohl selbstgewählte relativ starr reglementierte Zeitfenster für bestimmte alltägliche, pflichtbestimmte Aktivitäten als auch für „freie Zeit“ sowie für potenzielle Freizeitaktivitäten. Dieser in der nachberuflichen Phase zu beobachtende rhythmisierte Tagesablauf, der sich häufig stark an den bisherigen Arbeitszeiten während der Erwerbsphase orientiert, findet in den alltäglichen Arbeiten im Haushalt, handwerklichen Tätigkeiten oder auch ehrenamtlichen Tätigkeiten seinen Ausdruck (vgl. u.a. Frau Hagen: 7579246, 1.MZP; Herr Limberg: 1781357<sup>323</sup>). Häufig wird als Ausgleich und zur Orientierung in einer neuer Lebensphase der Alltag an ähnliche Strukturen gegliedert wie beispielsweise im bisherigen Erwerbsleben, um damit eine Stabilität und Sicherheit durch gewohnte Strukturen, Abläufe, Rhythmen zu erlangen. Ferner versuchen die meisten Probanden/-innen, ihre neu gewonnene Freizeit im Ruhestand beispielsweise durch Intensivierung oder Aufnahme von Freizeitaktivitäten oder ehrenamtlichen Tätigkeiten bzw. Engagement zu füllen. So berichtet ein Proband über diese bewusst angestrebte Verlagerung der Aktivitäten in den Freizeitsektor als kompensatorisches Mittel zum Wegfall der Erwerbstätigkeit sowie zum Auszug der erwachsenen Kinder.

Seit dem Auszug des letzten Kindes versucht beispielweise der Proband Herr Herrmann seine

---

<sup>323</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zum Probanden Herrn Limberg (ID: 1781357) unter Appendix 10.

„freie“ Zeit neu zu organisieren, indem er verstärkt seinen Freizeitinteressen – wie Schwimmen, Gymnastik, Radfahren oder Gartenarbeit – nachgeht (vgl. Herr Herrmann: 8135792, 1.MZP).<sup>324</sup>

Die geschilderten biografischen Wendepunkte der Probandinnen und Probanden und die daraus resultierenden Impulse bieten unterschiedliche Lernanlässe. Bei der Ergreifung von Lerngelegenheiten bzw. im Prozess der aktiven Auseinandersetzung mit Herausforderungen spielt die grundsätzliche Basiskonstitution – beispielsweise eine stärkere Ausprägtheit von Lage- oder Handlungsorientiertheit – eine wichtige Rolle.

### **11.1.2 Lernmodi: Formelle und informelle Bildungsaktivitäten unter der Berücksichtigung des Lernens in sozialen Beziehungen**

#### **11.1.2.1 Formelle Bildungsaktivitäten**

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zum Lernen in formellen Kontexten<sup>325</sup> der qualitativen Interviewanalyse in der ausgewählten Stichprobe dargestellt. Zu Beginn werden die Analyseergebnisse zu den formellen Lernaktivitäten im Beruf vorgestellt. Im Anschluss wird auf formelle Lernaktivitäten in der Freizeit eingegangen.

Die Teilnahme an formellen Bildungsmaßnahmen zur beruflichen Qualifikation (insbesondere an innerbetrieblicher Weiterbildung) wurde von der Mehrzahl der befragten Probanden/-innen vermehrt im ersten Drittel und in unregelmäßiger Form im zweiten Drittel des Erwerbslebens in Anspruch genommen.

Jedoch ist an dieser Stelle auf die große Heterogenität innerhalb der untersuchten Alterskohorte zu verweisen, welche durch verschiedene Faktoren (Bildung, soziodemografische Faktoren etc.) bedingt wird: Während einige Befragte im Verlauf ihrer Erwerbsphase regelmäßig an Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben – so berichteten die Probanden/-innen beispielsweise von der Teilnahme an innerbetrieblichen Lehrgängen bis hin zu einer Weiterführung bzw. Vertiefung der Weiterbildung im Freizeitsektor<sup>326</sup> – haben andere Befragte hingegen nur geringfügig an beruflicher Weiterbildung teilgenommen. Als möglichen Grund für eine durchschnittlich abnehmende formelle Weiterbildungsbeteiligung (vornehmlich im Sektor der beruflichen Weiterbildung) über den Lebenslauf konnten anhand des vorliegenden Interviewmaterials neben

---

<sup>324</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zum Probanden Herr Herrmann (ID: 8135792) unter Appendix 10.

<sup>325</sup> Siehe zur (Weiter-)Bildungsbeteiligung mit zunehmendem Lebensalter im Kapitel 8.1 *Lernen in Bildungseinrichtungen*.

<sup>326</sup> Beispielhaft ist der Besuch von VHS-Kursen zum Aufbau bzw. zur Entwicklung der beruflichen Kompetenzen zu nennen.

dem kalendarischen Alter sowie dem sozioökonomischen Status weitere lernhemmende Faktoren identifiziert werden, die dazu beitragen können, dass sich mitunter starre Lernbarrieren verfestigen, welche eine mögliche Weiterbildungsabstinenz zur Folge haben können. So scheint eine wesentliche Barriere für die Teilnahme an formeller Weiterbildung<sup>327</sup> (insbesondere im beruflichen Sektor) laut Aussagen der Befragten das kalendarische Alter zu sein.

Exemplarisch ist hierfür folgende Interviewpassage eines Probanden anzuführen:

Proband: „[...] wenn man ein gewisses Alter erreicht hat, dann will man nicht mehr [an Weiterbildung teilnehmen]“ (Herr Hegemann: 2468135\ 1.MZP\_2468135\_2v5, S. 4 /Absatz: 20-23/Position: 89-92).

Sozioökonomische Rahmenbedingungen scheinen einen erheblichen Einfluss bei der Chancengleichheit auf Bildung sowie auf das Ergreifen von Lernimpulsen bzw. -anlässen zu haben. So benennen die Probanden/-innen häufig die sozioökonomischen Rahmenbedingungen mitunter als ein Hemmnis zur Aufnahme oder Fortführung der beruflichen Entwicklung im frühen und zum Teil auch im mittleren Erwachsenenalter.

Insbesondere in der Phase der Familiengründung im frühen Erwachsenenalter (bei der Alterskohorte 1930 bis 1932) werden finanzielle Aspekte als zielführend für die Entscheidung in Hinsicht auf die berufliche Entwicklung angesehen. Dies verdeutlicht beispielhaft nachfolgende Interviewpassage von einem Probanden, der sein Hochschulstudium zum geplanten Zeitpunkt aus finanziellen Gründen nicht aufnehmen konnte:

Proband: „Weil das eine Zielrichtung war, also, wo man keine großen Voraussetzungen braucht. [...] da war ich auch schon aufgenommen und wollte [im] September 1957 mit dem [vierjährigen] Studium anfangen. Meine Frau hat als Lehrerin gearbeitet und dann als Hortnerin und dann mussten wir feststellen, dass das zweite Kind unterwegs ist [...]. Und [sie] sagte, [du] kannst doch [jetzt] nicht studieren. Jetzt muss ich aussetzen mit der Arbeit und so weiter. Da habe ich dort abgesagt.“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 36/Absatz: 8-12/ Position: 1918-1931).

Zudem nannten die Probanden/-innen als einen entscheidenden Grund der Abstinenz von Weiterbildungsmaßnahmen den (vermeintlich) fehlenden „Verwendungszweck“ bzw. Nutzen, eine fehlende Motivation, ein geringes Interesse sowie u.U. finanzielle Aspekte. Insbesondere durch den Wegfall der Erwerbstätigkeit im höheren Lebensalter bestehen oftmals (eine Ausnahme stellt die Qualifizierung für eine ehrenamtliche Tätigkeit in der nachberuflichen Phase dar) keine beruflichen Karrierebestrebungen. Ein weiterer Hinderungsgrund für die Teilnahme an

---

<sup>327</sup> Siehe hierzu Ausführungen im Kapitel 11.1.2.1 *Formelle Bildungsaktivitäten*.

Weiterbildungsmaßnahmen im Allgemeinen stellt der Zeitfaktor dar: Fehlende Zeit für die Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten wurde insbesondere von Frauen genannt. Begründet werden kann dies vermutlich mit der „weiblichen Doppelbelastung“ von Familie und Beruf, aber auch fehlenden Angeboten oder nicht wahrgenommenen Möglichkeiten<sup>328</sup> bis hin zur Weiterbildungsabstinenz. Letzteres ist vermutlich auf eine Kontinuität bzw. Weiterführung der Lerngewohnheiten bzw. der Weiterbildungsabstinenz in der nachberuflichen Phase sowie in der allgemeinen Aktivitätsstruktur der Probanden/-innen zurückzuführen.<sup>329</sup>

Demzufolge scheinen neben sich aktuell ereigneten Veränderungen im Umfeld, wie beispielsweise der zuvor genannte Auszug des Kindes aus dem Elternhaus und eine dadurch „neu gewonnene Freizeit“, auch lebenslang entwickelte (Lern-)Gewohnheiten einen Einfluss auf das Ausmaß sowie die Intensität von (Bildungs-)Aktivitäten zu haben.

Zum zweiten Punkt lässt sich folgendes feststellen: Hinsichtlich der Lerngewohnheiten als auch des Lernverhaltens zeichnet sich eine durch im Lebenslauf (früh) gesammelte Bildungserfahrung (Schule, Ausbildung etc.) Einstellungsprägung gegenüber dem Lernverhalten ab, welches sich bei dem überwiegenden Teil der Probanden/-innen auch in den späteren Jahren fortsetzt. Auch wenn die zum Teil durch Gewalt geprägte Schulerziehung negative Schul- bzw. Bildungserfahrungen mit sich bringt, setzt sich eine daraus resultierende unter Umständen abweisende Haltung (Veränderungsresistente, Bildungsabstinenzler) nicht zwangsläufig im Lebenslauf fort, sondern erscheint durchaus wandelbar. Insbesondere die berufliche Ausbildung, die Erwerbstätigkeit sowie das damit verbundene Weiterbildungsverhalten scheinen vornehmlich einen erheblichen Einfluss auf das spätere Bildungsverhalten und die Einstellung gegenüber institutionellen Bildungseinrichtungen sowie der Lernhaltung zu haben.

Bezüglich der präferierten Lerngewohnheiten berichten die Probanden/-innen von unterschiedlichen Strategien der Kompetenzentwicklung. Die intensive und *durchdringende* thematische Auseinandersetzung kann beispielsweise durch eine im Vorfeld systematisch geplante Vorbereitung auf ein bestimmtes Thema sowie unter Einbeziehung unterschiedlicher Lernformen erfolgen. Eine Probandin umschreibt ihre Strategie der Kompetenzentwicklung im Hinblick auf die Vorbereitung auf eine bevorstehenden Reise (in diesem Falle einer England-Reise): Sie befasst sich zuvor in unterschiedlichen Lebensbereichen und thematischen Feldern mit dem zu bereisenden Land sowie mit dessen kulturellen, politischen, geschichtlichen Hintergründen, um ein subjektiv adäquates Bewertungs-, Zuordnungsmuster zu entwickeln. Benannte Probandin Frau Hiller liest daher vor Reisebeginn Romane, deren Handlung sich in der zu bereisenden

---

<sup>328</sup> Gründe für die Nichtteilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen sind in Abhängigkeit von der beruflichen Position zu betrachten.

<sup>329</sup> Siehe hierzu „Erwartungen an eine Weiterbildung & Motive zur Teilnahme“ aus der [OrTe]-Befragung in Wienberg 2012.

Region abspielen, um dadurch Hintergrundinformationen über landeskulturelle Gegebenheiten zu erfahren. Des Weiteren bereitet sich Frau Hiller mit einem VHS-Fremdsprachenkurs sowie mit Hilfe eines PC-Fremdsprachenprogramms gezielt auf informellem Wege vor. Auch beim Erlernen einer weiteren Fremdsprache (Französisch) folgt Frau Hiller strikt ihrer Lernstrategie (vgl. Frau Hiller: 6125891, 1.MZP).

Den zuvor erwähnten Lern- und Bildungserfahrungen aus institutionellen Bildungseinrichtungen kann – mit unterschiedlicher Wirkungsweite – ein durchaus prägender Einfluss zugesprochen werden. Vor dem Hintergrund des damaligen pädagogischen Bildungsverständnisses und der früheren Lehr-Lern-Methodik, welche mitunter auch körperliche Züchtigung einschloss, zeichnet sich nach Schilderungen der Befragten hinsichtlich ihrer Bildungserfahrungen und ihrer beeinflussenden Wirkung auf weiteres Lernverhalten ein divergentes Bild ab: Zum einen haben negative Bildungserfahrungen einige Probanden/-innen nicht zwangsläufig davon abgehalten ein offenes Bildungsverständnis zu entwickeln und ihren Lebenslauf eher bildungsaktiv zu gestalten. Zum anderen können bereits früherfahrene Bildungserfahrungen eine weitreichende Einflussnahme auf im Lebens(ver)lauf folgende Bildungsaktivitäten ausüben und die Haltung bzw. das Bildungsverständnis nachhaltig prägen. Demnach können Bildungserfahrungen zukünftige Bildungsaktivitäten und Motivation moderieren und somit auf der einen Seite Weiterbildungsbarrieren errichten, aber auf der anderen Seite auch Befürchtungen bzw. Hemmnisse abbauen.

Einige Probanden/-innen berichten über eine gewaltdominierte Schulerziehung, welche sie jedoch vor dem Hintergrund damaliger Umstände abschwächen und dessen ungeachtet größtenteils von einer positiven Schulzeit sprechen.

Wie auch in der Analyse einzelner Lebensphasen deutlich wird, ist das Ausmaß an Bildungsaktivitäten bzw. das Lernverhalten großenteils geprägt durch bisherige Bildungsgewohnheiten – bedingt u.U. durch restriktive Opportunitätsstrukturen im (Weiter-)Bildungsbereich<sup>330</sup> – und ist häufig durch eine große Kontinuität über die Lebensphasen des Erwachsenenalters hinweg gekennzeichnet.

So zeigt sich auch in der längsschnittlichen Perspektive<sup>331</sup> über die Lebensphasen des jungen, mittleren und hohen Erwachsenenalters in Abbildung 13, dass diejenigen Probandinnen und Probanden, die bereits in jungem Erwachsenenalter eine hohe (Weiter-)Bildungsbeteiligung<sup>332</sup>

---

<sup>330</sup> Siehe im Zusammenhang mit den Bildungschancen auch Ausführungen im Kapitel 10.1.2 *Exkurs: Historische Zusammenhänge (Kohorte 1930 -1932)* zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und bestehenden Schulsystemen.

<sup>331</sup> Siehe zu den formellen Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf im Anhang weitere längsschnittliche Analyse unter Appendix 11.

<sup>332</sup> Das Ausmaß der formellen Bildungsaktivitäten wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:



aufweisen, auch größtenteils im mittleren Erwachsenenalter in formellen Kontexten bildungsaktiv sind.<sup>333</sup> Generell ist eine zunehmende Tendenz der formellen Bildungsbeteiligung mit zunehmendem Lebensalter zu erkennen. Eine steilere Abnahme von formellen Bildungsaktivitäten ist tendenziell erst im hohen Erwachsenenalter zu verzeichnen – welches häufig mit dem Austritt aus der Erwerbstätigkeit und dem Wegfall der beruflichen (Weiter-)Qualifizierung im Zusammenhang steht.

Zudem zeichnet sich in der längsschnittlichen Betrachtung eine Kontinuität über den Lebenslauf ab; eine drastische Änderung der (Weiter-)Bildungsbeteiligung findet jedoch i.d.R. selten statt. Das Ausmaß des Bildungsverhaltens in formellen Kontexten kann somit – mit Ausnahme durch tiefgreifende biografische Veränderungen, wie beispielsweise eine phasenweise Reduzierung oder den Wegfall formeller (beruflicher) Bildungsaktivitäten während der Phase der Familiengründung, wie sie insbesondere bei Frauen zu finden ist – als kontinuierlich bzw. als relativ stabil angesehen werden.

Eine abnehmende Tendenz der Weiterbildungsbeteiligung über die Lebensspanne zeichnet sich erst im höheren Lebensalter ab.

Hierbei ist zu differenzieren, dass die Bildungsbeteiligung in formellen Kontexten insbesondere im beruflichen Sektor, aufgrund u.a. eines fehlenden Nutzens, eine Abnahme erfährt. Jedoch lässt sich dieser Trend bei den sogenannten „weiterbildungsaktiven“ Probandinnen und Probanden zu einem späteren Zeitpunkt erkennen.

Als Motiv für eine kontinuierliche Weiterbildung im beruflichen Sektor (in Form von Teilnahme an formellen Weiterbildungsmaßnahmen als auch dem Selbststudium durch Fachliteratur und -zeitschriften sowie der aktiven Suche nach Informationen) nennen die sogenannten „Weiterbildungsaktiven“ häufig das Interesse, sich persönlich weiterzuentwickeln bzw. die persönliche Entfaltung.

---

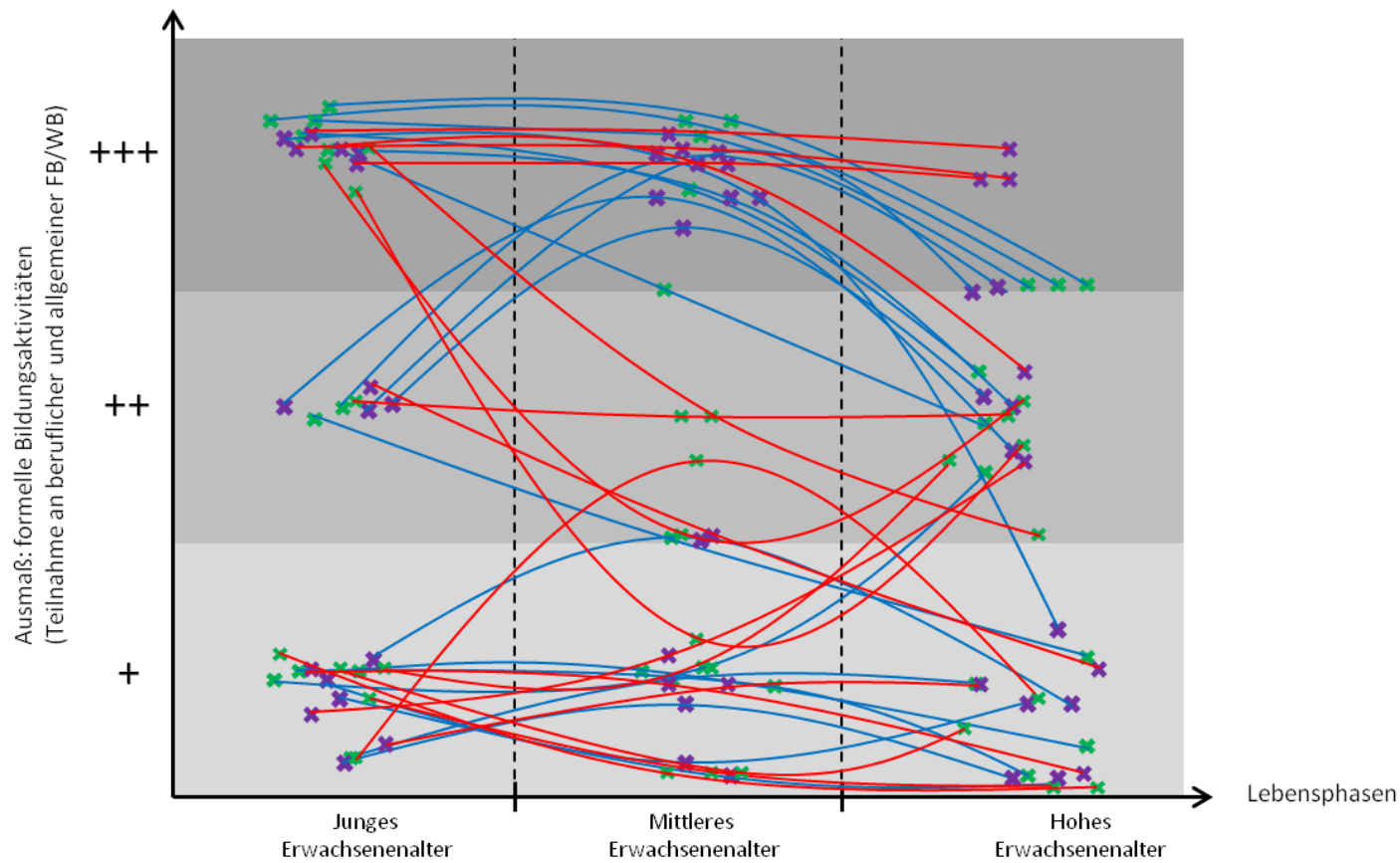
+: Seltene Teilnahme an formellen Fort- und Weiterbildungen (formelle Lernaktivitäten im Beruf und/oder in der Freizeit), eher beruflich verpflichtende Weiterbildung (z.B. vorgeschriebene Sicherheitsschulungen), im Freizeitsektor wird kaum bis keine formelle Weiterbildung besucht.

++: Unregelmäßige bis regelmäßige Teilnahme an formellen Fort- und Weiterbildungen (formelle Lernaktivitäten im Beruf und/oder in der Freizeit), geht über die beruflich verpflichtende Weiterbildung hinaus, im Freizeitsektor wird mindestens ein Interesse in formeller bzw. institutionalisierter Form nachgegangen.

+++ : Häufige und regelmäßige Teilnahme an formellen Fort- und Weiterbildungen (formelle Lernaktivitäten im Beruf und/oder in der Freizeit), sowohl berufliche als auch freizeitbezogene Weiterbildung wird als „Lebensstil“ als selbstverständlicher und lebensbegleitender Bestandteil des Lebens verstanden.

Siehe zur begrifflichen Bestimmung formellen Lernens auch im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs* und im Kapitel 8.1 *Lernen in Bildungseinrichtungen*.

<sup>333</sup> Die Kategorien des Erwachsenenalters werden in den Abbildungen wie folgt gefasst: Junges Erwachsenenalter entspricht etwa der Zeitspanne zwischen dem 18. bis 35. Lebensjahr, das mittlere Erwachsenenalter ist etwa der Zeitraum zwischen dem 35. bis 65. Lebensjahr und das hohe Erwachsenenalter lässt sich etwa zwischen dem 65. bis 80. Lebensjahr eingrenzen. Ab dem 80. Lebensjahr wird häufig vom hohen Alter gesprochen (Oerter/Montada 2008: 336, 366). Siehe zur Kategorisierung der Lebensphasen ergänzend im Kapitel 3.1 *Chronologisches Alter*.



\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen & Probanden der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: rot= Frauen; blau=Männer  
 Grünes Kreuz= HD; violettes Kreuz= LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 13: Formelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters\* unter Berücksichtigung des Geschlechts (gesamte Substichprobe)

Ein Beispiel einer „weiterbildungsaktiven“ Person ist der Proband Herr Heinrich. Er ist verheiratet und Vater einer Tochter. Herr Heinrich hat in den 1930er und 1940er Jahren die Volksschule besucht und sich während der Ausübung unterschiedlicher beruflicher Tätigkeiten in seiner Freizeit stets im steuerrechtlichen Bereich qualifiziert sowie schließlich eine Weiterbildung zum Steuerfachangestellten absolviert. Der Proband engagiert sich ehrenamtlich in Vereinen, u.a. bietet er in diesem Rahmen seine Expertise bei steuerrechtlichen Fragen an.

Herr Heinrich hat nach seinem Austritt aus der Erwerbstätigkeit weiterhin aus privatem Interesse an Steuerkursen teilgenommen, er hat sich stetig eigenmotiviert weitergebildet, um seinen Professionalitätsansprüchen im steuerrechtlichen Bereich gerecht zu werden und somit auch im Ruhestand ehrenamtlich weiter tätig sein zu können. Der Proband hat lebensbegleitend kontinuierlich sowohl an Weiterbildung teilgenommen als auch in Phasen der Erwerbstätigkeit selbst als Dozent für Weiterbildungskurse im Bereich Steuerrecht fungiert. In der Antwort auf die Interviewfrage, aus welcher Motivlage heraus er die zahlreichen Weiterbildungsmaßnahmen in Anspruch genommen hat, wird das Bildungsverständnis des Befragten deutlich:

Proband: „[...] ich habe [die Weiterbildung] für mich persönlich gemacht. Wenn [...] Steuerkurse waren [...], die habe ich natürlich besucht, das ist gar keine Frage. [Ich beziehe [...] seit zwanzig Jahren ein Fachmagazin zum Thema Steuerrecht [Beck'sche Loseblattsammlung], [ich lese] den Kommentar zu den Gesetzen und eben die Wirtschaftsnachrichten. Ich [...] bilde mich selbst [fort]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_3v7, S. 2/Absatz: 3-4/Position: 18-19).

In der zitierten Interviewpassage lässt sich erkennen, dass Bildungsaktivitäten – sowohl in formellen als auch informellen Kontexten – für den Probanden ein lebensbegleitender, selbstverständlicher und somit wichtiger Bestandteil seiner Biografie darstellt.

Interessante Befunde lassen sich im Geschlechtervergleich festhalten: Im Folgenden der Darstellung der Analyseergebnisse wird daher eine Differenzierung zwischen den Geschlechtern angestellt.

Wie in den Abbildungen 14 und 15 zu den formellen Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf in der geschlechtsdifferenzierten Perspektive ersichtlich wird, weisen Männer durchschnittlich eine stärkere Abnahme der formellen Bildungsbeteiligung als die Frauen in der ausgewählten Substichprobe auf. Durch die Hinzuziehung soziodemografischer Merkmale zu den Verlaufsdaten der Entwicklung der formellen Bildungsbeteiligung über das Erwachsenenalter kristallisiert sich heraus, dass auch innerhalb der Kohorte der männlichen Befragten Unterschiede hinsichtlich des formellen Bildungsverhaltens bestehen.

Die Daten liefern Hinweise darauf, dass der formale Bildungsstand einen erheblichen Effekt

auf die formelle Weiterbildungsbeteiligung über die Lebensspanne hat: So lässt sich eine höhere Bildungsaktivität in formellen Kontexten bei jenen Probanden feststellen, die über einen hohen oder mittleren Bildungsabschluss verfügen. Die untersuchten Probanden mit einem niedrigen Bildungsstand sind demzufolge weniger bildungsaktiv in formellen Kontexten. Es lässt sich jedoch in diesem Zusammenhang anmerken, dass sich bei den eher „bildungspassiven“ Probanden die Abnahme der Weiterbildungsbeteiligung im höheren Erwachsenenalter (insbesondere beim Austritt aus der Erwerbstätigkeit) daher auch in einem nicht so großem Ausmaß i.S. eines Rückgang der Weiterbildungsaktivität bemerkbar macht.

Ähnlich verhält es sich unter der Berücksichtigung der beruflichen Position: Auch hier besteht insbesondere bei den Probanden, die eine hohe oder mittlere berufliche Position bekleiden, eine erhöhte Weiterbildungsteilnahme über die Lebensphasen des jungen und mittleren bis hin zum hohen Erwachsenenalter. Im Verlauf des Erwachsenenalters zeichnet sich jedoch auch hier – außer bei den Probanden mit einem hohen Bildungsstand und einer hohen beruflichen Position – eine abnehmende Tendenz im höheren Lebensalter ab.

Im regionalen Vergleich gibt es Hinweise, dass sich bei den Befragten aus Westdeutschland eine etwas flachere abnehmende Entwicklungskurve hinsichtlich der formellen Weiterbildungsbeteiligung über die Lebensspanne hinweg als bei den ostdeutschen Probanden abzeichnet. Ansonsten sind keine gravierenden regionalen Unterschiede bei der männlichen Kohorte festzustellen.

In der Gegenüberstellung zu den untersuchten Probandinnen hinsichtlich der formellen Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf werden folgende Abweichungen ersichtlich: Bei den Frauen lässt sich bei einigen ein kontinuierlicher bzw. flacherer Abnahmetrend der formellen Bildungsaktivitäten über das Erwachsenenalter als bei den männlichen Befragten feststellen.

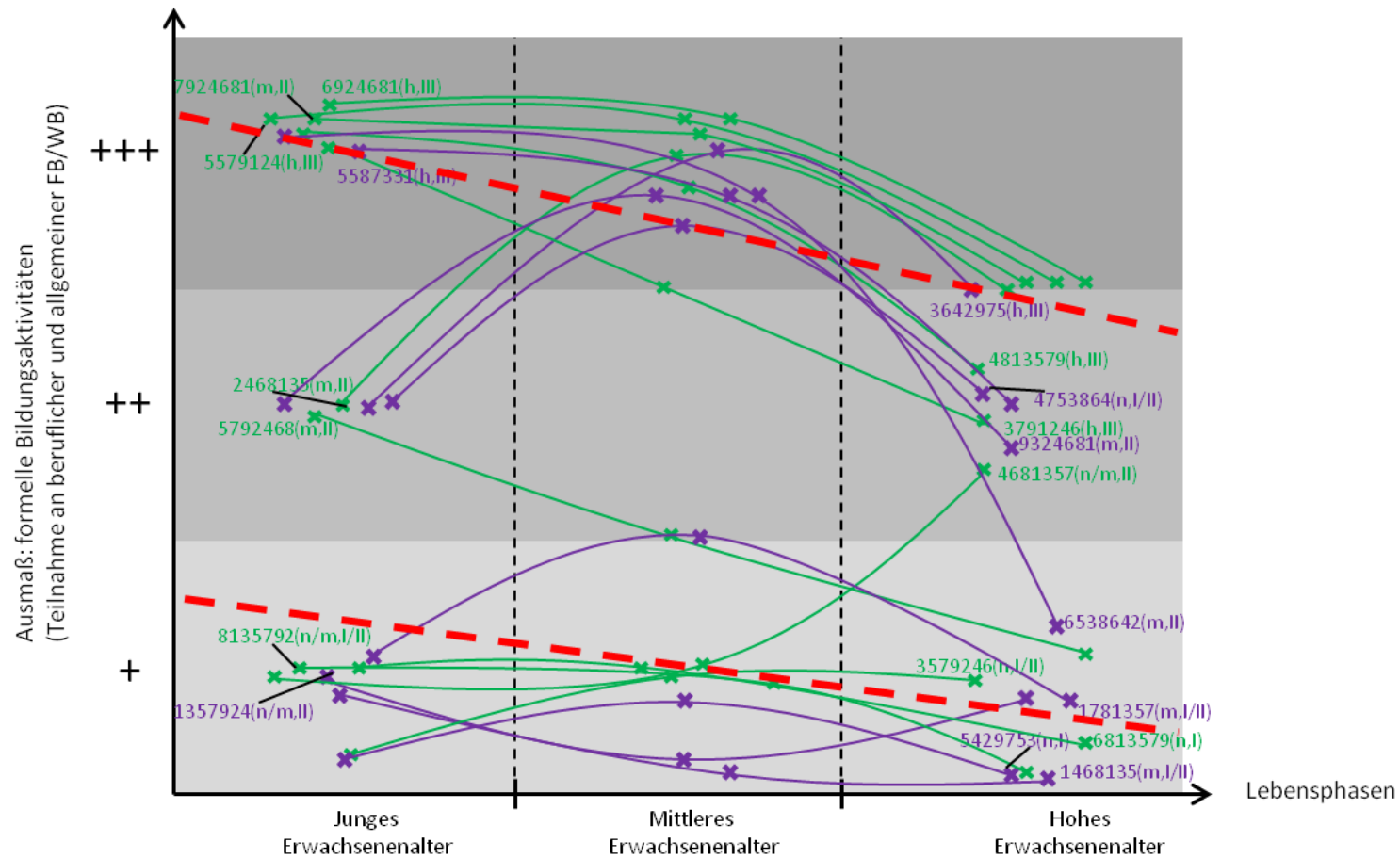
Es lässt sich vermuten, dass dieses darauf zurückzuführen ist, dass die Mehrheit der Frauen in der untersuchten Substichprobe in einem geringeren Ausmaß an (insbesondere beruflicher) formeller Weiterbildung partizipiert haben und sich die Weiterbildungsaktivitäten auf der beruflichen Ebene eher auf „verpflichtende“ bzw. „notwendige“ Weiterbildungsteilnahmen beschränkt hat. Im Freizeitbereich tritt parallel zudem häufig eine Abnahme bzw. bei geringer Weiterbildungsbeteiligung eine Stagnation auf; ursächlich hierfür könnte die zuvor genannte Doppelbelastung der Frauen in der Rolle zwischen Beruf und Familie in der Phase der Familiengründung im jungen bis Anfang mittleres Erwachsenenalter sein.

Jedoch zeigt sich vereinzelt bei den Probandinnen eine Zunahme der formellen Bildungsbeteiligung im (späten) mittleren bis höheren Erwachsenenalter. Mögliche Gründe für dieses Phänomen kann zum einen in der nachweislich höheren Beteiligung<sup>334</sup> an allgemeiner Weiterbildung (insbesondere im Freizeitsektor) in der nachberuflichen Phase bei Frauen zu sehen sein. Zum anderen kann aufgrund einer Kumulation von Lebensereignissen, welche insbesondere bei Frauen im höheren Lebensalter vorzufinden sind, eine Doppelbelastung (wie der Pflege des Partners oder der Eltern) und der (weiblichen) Singularisierung des Alters resultieren. Diese Umstände lassen vermuten, dass es aufgrund des Veränderungsdrucks oder -wunsches vermehrt zu einer Neugestaltung bzw. -orientierung der Lebensphase kommt und demzufolge die Frauen veranlasst, sich u.a. formell sowohl im beruflichen Bereich als auch im Freizeitsektor weiterzubilden. Gründe für die Weiterführung oder Aufnahme von beruflichen formellen Weiterbildungsaktivitäten können neben dem Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung bzw. dem „freiwilligen“ Qualifizierungswunsch somit auch aufgrund finanzieller Motive bei alleinstehenden bzw. verwitweten Frauen sein.

Ansonsten verhält es sich ähnlich wie bei den männlichen Befragten: Die berufliche Position übt einen erheblichen Einfluss auf die formelle Weiterbildungsbeteiligung über die Lebensspanne aus. Hierbei besteht insbesondere bei Probandinnen mit einer hohen und mittleren beruflichen Position eine erhöhte Bildungsbeteiligung. Im Verlauf über das Erwachsenenalter ist eine abnehmende Tendenz festzustellen – außer bei den ostdeutschen Probandinnen mit einem hohen Bildungsstand und einer hohen beruflichen Position, deren Bildungsverhalten auch im mittleren und hohen Erwachsenenalter einen kontinuierlichen Verlauf nimmt. Begründet sein kann dies durch eine höhere Anzahl an berufstätigen Frauen der untersuchten Kohorte in Ostdeutschland.

---

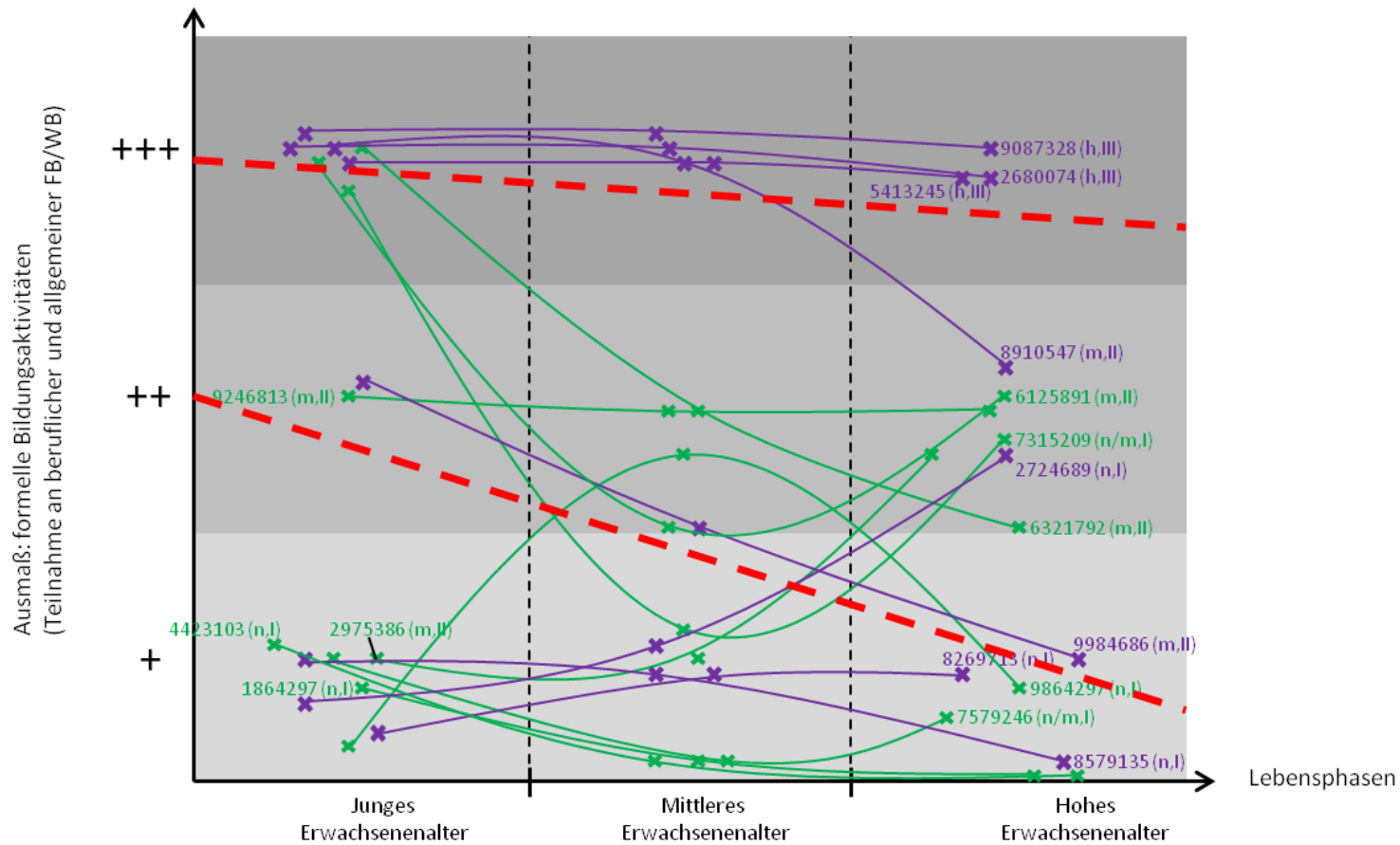
<sup>334</sup> Siehe zur formellen Weiterbildungsbeteiligung ausführlicher im Kapitel 8.1 *Lernen in Bildungseinrichtungen*.



\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 14: Formelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters\* unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Männer)



\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 15: Formelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters\* unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Frauen)

Bei der Untersuchung der Lernaktivitäten in der Freizeit in formellen Kontexten zeichnet sich bei den analysierten Interviews demzufolge folgendes Bild ab:

Als Motiv zur Teilnahme an formellen Bildungsmaßnahmen in der Freizeit wird von den Befragten die berufliche Kompetenzentwicklung außerhalb den (innerbetrieblichen) beruflichen Weiterbildungsbemühungen bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten genannt.<sup>335</sup>

Jedoch dienen die in der Freizeit besuchten Bildungsmaßnahmen nicht ausschließlich der Freizeitgestaltung und zur persönlichen Entwicklung bzw. als Herausforderung, sondern werden auch zusätzlich oder allein zur beruflichen Qualifizierung genutzt. Insbesondere nannten die Befragten EDV-Schulungen, die sie in eigenem Interesse in ihrer Freizeit besucht haben, um sich an die Anforderungen in der Arbeitswelt frühzeitig anzupassen bzw. sich auf technische Neuerungen einstellen zu können. Als ein Grund einer selbstgewählten sowie freiwilligen beruflichen Weiterbildung in der Freizeit wurden größtenteils ein mangelndes Angebot bzw. fehlende (Zugangs-)Möglichkeiten vom Arbeitgeber genannt (vgl. Frau Hiller: 6125891, Frau Hildebrand: 7315209; Frau Luther: 2680074).

Die Motivlage, die eine Person dazu veranlassen kann auch in der Freizeit im beruflichen Sektor bildungsaktiv zu sein, wird am Beispiel des Probanden Herrn Hegemann deutlich:

Jener Proband entstammt einer Arbeiterfamilie mit zehn Kindern, er selbst ist verheiratet und Vater von zwei Söhnen.

Herr Hegemann bewohnt mit seiner Ehefrau sowie seinem erwachsenen Sohn und dessen Lebensgefährtin ein gemeinsames Haus.

Als wichtige Vertrauenspersonen bezeichnet der Proband in erster Linie seine Familie. Neben den familiären Beziehungen verfügt er über einen großen losen Bekanntenkreis. Feste Freundschaften pflegt Herr Hegemann nicht. Er hat sich im jungen und mittleren Erwachsenenalter primär in kollegialen Kreisen aufgehalten und vornehmlich berufliche Beziehungen gepflegt, die nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben zum größten Teil weggefallen sind.

Daher bieten für den Probanden primär familiäre Beziehungen die Möglichkeit des Austausches sowie der emotionalen Unterstützung.

Darüber hinaus kann die Bildungs- bzw. Berufsbiografie des Probanden als nicht gradlinig bezeichnet werden, da er nach dem Hauptschulabschluss Mitte der 1940er Jahre und der anschließenden Berufsausbildung über den Lebenslauf hinweg verschiedene berufliche Stationen in unterschiedlichen Berufsbranchen durchlaufen hat.

---

<sup>335</sup> Siehe hierzu „Erwartungen an eine Weiterbildung & Motive zur Teilnahme“ aus der [OrTe]-Befragung in Wienberg 2012.



Die im jungen und mittleren Erwachsenenalter stattgefundenene Konzentration auf den Beruf und die damit verbundenen beruflichen Weiterbildungsaktivitäten haben Herrn Hegemann folglich einen Aufstieg in höhere berufliche Positionen ermöglicht. Der Proband hat sich über die Lebensspanne vom branchenfremden Hilfsarbeiter im Schichtdienst durch fortwährende formelle Weiterbildungsaktivitäten zum Facharbeiter qualifiziert und letztlich sogar eine Meisterprüfung abgelegt.

Proband: „Es gab gar keine Aufstiegsmöglichkeiten in der Zeit, in der ich in der Mühle war. [Ich] habe etliche Volkshochschulkurse mitgemacht. Ja, ich habe ständig versucht, mich weiterzubilden, nur war zu jener Zeit [...] noch nicht so ein großes Angebot wie heute. Ich war in der Volkshochschule. Ich habe Englisch gemacht, ich habe Rechenkurse belegt. Computer gab es ja noch keine. Also ich war ständig [in der Volkshochschule und] hatte irgendeinen Kursus am Hals. Von mir aus habe ich [das] gerne gemacht, weil ich wusste [...], dass mein Wissensstand nicht ausreicht, um irgendetwas anderes zu tun. Ich habe auch Zertifikate bekommen. Ich habe die Schulen fertig gemacht. Ich habe die Handelsschule besucht mit Buchführung und so weiter.“ (Herr Hegemann 2468135\1.MZP\_1v5, S. 16/Absatz: 19-23/Position: 386-390).

Freizeitkurse, welchen primär kein berufliches Motiv zugrunde liegt, sind beispielsweise Fremdsprachenkurse (teilweise werden auch altershomogene Gruppen bevorzugt: „Senioren-Englisch“), Studienreisen und EDV-Kurse. Im Fremdsprachenbereich werden überwiegend die Volkshochschulen oder auch kirchliche bzw. gemeinnützige Anbieter von den Probanden/-innen in Anspruch genommen (vgl. beispielweise Frau Hintze: 6321792; Frau Liebbach: 8910547).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Motivlagen und damit verbunden die Bildungsbeteiligung in formellen Kontexten mit zunehmendem Alter verringern und sich tendenziell eher auf das Freizeitinteresse verschieben. Insbesondere das Lernen in informellen Kontexten gewinnt in der nachberuflichen Phase zunehmend an Bedeutung. Es scheint, dass diejenigen, die formelle Bildungsangebote in Anspruch nehmen und als die sogenannten „Weiterbildungsaktiven“ gelten, auch tendenziell eher mit der Bewältigung von (neuen) Anforderungen im Alltag oder mit Veränderung von gewohnten Strukturen flexibler und resilienter umgehen können.

### 11.1.2.2 Informelle Bildungsaktivitäten

In diesem Abschnitt der Darstellung der Befunde zum Lernen in informellen Kontexten erfolgt – synchron zur Ergebnispräsentation der formellen Bildungsaktivitäten – zum Ersten die Darstellung der Analyseergebnisse zu den informellen Lernaktivitäten im Beruf und als Zweites jene zu den informellen Lernaktivitäten in der Freizeit.

Über Lernaktivitäten „on-the-job“ bzw. „near-the-job“ berichtet beispielsweise der Proband Herr Hartwig, dass er sich während seiner Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf Baustellen das handwerkliche Vorgehen durch Beobachtung und Nachahmung bei den Facharbeitern angeeignet hat:

Proband: „Ich habe daheim [...] sehr viel [...] gemacht im Haus. [Wir haben ein] großes Wohnhaus und [dort ist] immer was zu machen gewesen. [Ich habe] alles neu gemacht und alles allein gemacht ohne Handwerker im Haus. Das Geld hat man dazu nicht gehabt. Das habe ich dann selber machen müssen. [...] Ich muss sagen, ich bin handwerklich [...] sehr begabt, ich lege Fliesen, ich tue mauern, ich mache alles was kommt. Ich mache komplette Heizungsanlage, obwohl ich das gar nicht gelernt habe. Vom Kessel stellen bis [zur] kompletten [Montage] mache ich das [alles] - oder Installationen jeglicher Art“

Interviewer: „Wie haben Sie sich das beigebracht?“

Proband: „[...] man guckt sich vieles ab, [ich bin] auf dem Bau ständig gewesen. Ich habe auch größere Baustellen gehabt. Mit zwanzig Mann täglich, wo man aussortieren muss, morgens schon wer kommt. Ja und da eignet man sich das an, da schaut man zu, guckt zu und fragt, hör mal zu, wie macht man das. Dort hört man mal wieder was und dann probiert man das selbst mal daheim [aus] und es geht [dann] ganz einfach“ (Herr Hartwig: 4681357\1.MZP\_2v7, S. 7/Absatz: 13-15).

So wird der Austausch mit Fachleuten während der Erwerbstätigkeit vielfach tatsächlich als eine Form der Weiterbildung verstanden:<sup>336</sup>

Proband: „[...] ich hatte Kontakt halt mit Fachleuten, wenn sie das [...] Fortbildung nennen, das hatte ich“ (Herr Hoppe: 6924681\1.MZP\_2v6, S. 4/Absatz: 4); vgl. auch Frau Hofstedt: 9864297\1.MZP\_4v6, S. 9/Absatz: 3; Frau Hintze: 6321792).

Des Weiteren wird nach Angaben der Befragten der Kollegenkreis oftmals bei persönlichen Berufsentscheidungen beratend (hinsichtlich der Karriereentwicklung bzw. beruflichen Weichenstellung) einbezogen, insbesondere bei einem fehlenden bzw. nicht unterstützenden sozialen Netzwerk und/oder fehlenden Ansprechpartner/-innen zu beruflichen Themen. So berichtet u.a. eine Probandin davon, dass sie in ihrem Kollegenkreis die Entscheidung zur weiteren Qualifizierung intensiv diskutiert und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung erfahren habe (vgl. Frau Luther: 2680074).

---

<sup>336</sup> Siehe hierzu auch im Kapitel 11.1.2.2.1 *Lernen in sozialen Beziehungen*.

In der nachberuflichen Phase kann dieses soziale Netzwerk der Unterstützung teilweise wegfallen, teilweise bleibt es jedoch in anderer Form und/oder Intensität bestehen (vgl. Frau Haas: 9246813\1.MZP\_3v7, S. 9/Absatz: 3+7; Herr Hoppe: 6924681\1.MZP\_3v6, S. 10/Absatz: 7). Die Unterstützung beschränkt sich mit dem Eintritt in die nachberufliche Phase i.d.R. auf den Freizeitbereich. Nach Berichten der Befragten ermöglicht der Austausch mit ehemaligen Kollegen/-innen die Erschließung neuer Interessensfelder, wodurch Lernimpulse gegeben und neue Themengebiete in der Freizeit eröffnet bzw. bestehende Interessen und Freizeitaktivitäten gemeinschaftlich intensiviert werden können.

Das Beispiel von Herrn Hörmann verdeutlicht im Folgenden, dass durch den Austausch mit Kollegen/-innen, Bekannten, Freunden etc. neue Interessensfelder eröffnet bzw. neue Lernimpulse gegeben werden und dadurch mitunter gemeinschaftliche Aktivitäten entstehen können. Jener Proband ist verheiratet und Vater von drei Töchtern sowie heute ein Großvater von vier Enkelkindern. Herr Hörmann ist selbst in einer Großfamilie mit sieben weiteren Geschwistern in damals eher ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen. So war es ihm nur möglich, die Volksschule zu besuchen und dann eine (fremdbestimmte) handwerkliche Ausbildung zu machen. Herr Hörmann war lebenslang sehr vielseitig interessiert und in sehr unterschiedlichen Vereinen engagiert bzw. in seiner nachberuflichen Phase sogar ehrenamtlich tätig, wodurch er sich einen großen heterogenen Bekanntenkreis aufgebaut und dadurch vielseitige Anregungen für Aktivitäten erhalten hat. Beispielhaft wäre hier zu nennen, dass er durch sein soziales Netzwerk bzw. durch einen befreundeten Kollegen aus der ehrenamtlichen Tätigkeit angeregt worden ist, sich mit dem Hobby Modelleisenbahnbau (gemeinsam) zu beschäftigen. Zudem hat er einige im privaten Bereich organisierte Malkurse, welche von einem ehemaligen Kollegen initiiert worden sind, besucht. Heute – nachdem dieser befreundete Kollege verstorben ist – hat Herr Hörmann die Organisation und Durchführung der Malkurse übernommen und findet in der Malerei zugleich einen Ausgleich sowie neue Inspiration für weitere Tätigkeitsbereiche (Herr Hörmann: 6813579\2.MZP\_1v4, S. 2/Absatz: 9).

Informelles berufliches Lernen findet größtenteils durch Beobachten und Ausprobieren am Arbeitsplatz und insbesondere durch den Austausch mit Kollegen/-innen statt (Tippelt et al. 2009: 64ff.). Hierbei handelt es sich bei den meisten berufsbezogenen Aktivitäten – im Gegensatz zu Alltagsaktivitäten – um intentionales Lernen (Tippelt et al. 2009: 69).

In Ergänzung zu den dargestellten Ergebnissen zu den Lernaktivitäten im beruflichen Kontext soll nun im Folgenden explizit auf Lernaktivitäten in der Freizeit eingegangen werden:

Eine bedeutende Lernquelle stellt in der Freizeit das Lesen von Büchern, Fachzeitschriften, Tageszeitungen etc. dar. So scheint über das Freizeitinteresse hinaus das kontinuierliche Verfolgen und Lesen von Fachliteratur auch dazu dienlich, um in seinem spezifischen (ehemals) beruflichen Sektor auf dem Stand der fachlichen bzw. bereichsspezifischen Entwicklungen zu sein (vgl. Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_3v7, S. 2/Absatz: 3-4/Position: 18-19; vgl. Frau Laske: 9087328). Beispielsweise liest eine Probandin aus eigenem Interesse (im Selbststudium) regelmäßig und intensiv aus beruflichem Interesse Fachlektüre, recherchiert in Fachzeitungen und sammelt und archiviert diese Artikel (vgl. Frau Laske: 9087328). Dieses entspricht dem verbreiteten Bildungsverständnis der hier sogenannten „Bildungsaktiven“ i. S. einer selbstverständlichen Weiterbildung, um „auf dem Laufenden“ zu sein und pflichtbewusst seiner Tätigkeit nachgehen zu können. Um das fachliche Wissen, die Fähigkeiten und die Fertigkeiten (Potenziale) nutzen zu können und i.S. von Selbstwirksamkeit bekleiden die „bildungsaktiven“ Probanden/-innen in der nachberuflichen Phase oftmals ein Ehrenamt oder engagieren sich im Freundes- und Bekanntenkreis und bringen dort bei konkreten Problemstellungen bzw. Anforderungen ihr bereichsspezifisches Wissen und Können ein.

Es scheint, dass die Interessen über den Lebenslauf mehrheitlich relativ stabil bleiben und nicht beim Eintritt in die Nacherwerbsphase verblassen: Auf die Interviewfrage, ob sich das Interesse im Verlauf des Lebens verändert hat (und eine bewusste Wahrnehmung erfolgte) ergibt sich ein differenziertes Bild. Die Interessen haben sich im Lebenslauf laut Aussagen der Befragten überwiegend weniger stark bis geringfügig verändert, was jedoch nicht zwangsläufig zu einer Intensivierung geführt hat, sondern stark von externen Faktoren wie etwa der gesellschaftlich auferlegten Stereotypisierung, Befürchtungen, soziökonomischen Rahmenbedingungen, sozialen Netzwerkstrukturen oder auch den gesundheitlichen (altersbedingten) Zustand und der eigenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung etc. determiniert wird. Demnach hat sich die tatsächliche Ausführung der Interessen oder auch das Ausmaß der Aktivitäten mit zunehmendem Alter verändert.

Der überwiegende Teil der Probanden/-innen äußert sich hinsichtlich einer vermeintlichen Interessenveränderung im Lebenslauf, dass sie keine erheblichen Interessenverlagerungen wahrnehmen (vgl. u.a. Frau Lukas: 5413245<sup>337</sup>, 1.MZP; Herr Hoppe: 6924681, 1.MZP; Frau Laske: 9087328, 1.MZP). Hingegen äußern sich einige Probanden/-innen diesbezüglich, dass sich ihre Interessen und das damit verbundene Freizeitverhalten mit zunehmendem Alter im Lebenslauf divergent entwickelt haben: Beispielhaft in diesem Zusammenhang ist der Interessenwandel

---

<sup>337</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zur Probandin Frau Lukas (ID: 5413245) unter Appendix 10.

von Herrn Lose zu nennen: Jener Proband stammt aus einer „klassischen“ siebenköpfigen Arbeiterfamilie. Nach der Beendigung der Volksschule absolvierte der Proband eine Handwerkslehre. Seine Berufsbiografie ist durch zahlreiche Unterbrechungen bzw. Berufswechsel gekennzeichnet. Während seiner Erwerbstätigkeit hat Herr Lose an keiner Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen, bevor er frühzeitig und relativ unvorbereitet aus betrieblichen Gründen in den Ruhestand eingetreten ist. Im privaten Bereich lassen sich ähnlich wie in der beruflichen Biografie Brüche erkennen. Herr Lose war mehrfach verheiratet, hat mehrere Kinder sowie Stiefkinder der jeweiligen Lebensgefährtinnen. Sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich lässt sich in der Lebenslaufperspektive ein Rückgang der Interessenvielfalt identifizieren und zugleich eine einhergehende Konzentration der Aktivitäten auf den häuslichen Bereich. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein Rückzug ins häusliche Umfeld bzw. eine Verlagerung der Aktivitäten in den häuslichen Bereich mit zunehmendem Alter durch veränderte Bedürfnis- und Motivlagen oder auch kohortenspezifische Einflüsse, wie u.a. der Bildungsstand oder fehlende Gelegenheitsstrukturen sowie eingeschränkte Mobilität im höheren Lebensalter, zu begründen ist (Kolland/Klingenberg 2011: 31).

Auch wenn sich die Interessen nicht zwangsläufig mit den beruflichen Interessen decken müssen, so kann insbesondere bei den höher qualifizierten Probanden/-innen eine bessere Vereinbarkeit der Interessen bzw. eine Deckung der Interessen beobachtet werden. Das heißt, die Verschmelzung von beruflichen und persönlichen Interessen ist tendenziell eher bei höher qualifizierten Probanden/-innen zu finden, welche z.B. ihre Berufswahl nach persönlichen Interessen gewählt haben bzw. wählen konnten. Es ist jedoch nicht bei allen Befragten der Fall, denn Interesse ist keine Frage des Bildungsstandes oder des Berufsstatus. So zeigt die Analyse, dass bei eher gering qualifizierten Personen eine Fortführung der beruflichen Interessen durchaus besteht, diese sind überwiegend im handwerklichen Bereich zu finden, sie betreffen jedoch auch andere Themenfelder.

Der Verlauf der Bildungsaktivitäten im informellen Kontext in dessen Gesamtheit<sup>338</sup> wird in den folgenden Abbildungen im Geschlechtervergleich über die Phasen des Erwachsenenalters differenziert dargestellt:

---

<sup>338</sup> In den Abbildungen 16 und 17 werden die informellen Bildungsaktivitäten in deren Gesamtheit abgebildet. Das bedeutet, es werden sowohl die informellen Bildungsaktivitäten im beruflichen Bereich als auch im Freizeitsektor dargestellt.

Die Abbildung 16 veranschaulicht in einer längsschnittlichen Perspektive die informellen Bildungsaktivitäten<sup>339</sup> über die einzelnen Phasen des Erwachsenenalters der männlichen Befragten hinweg. Im regionalen Vergleich kristallisiert sich heraus, dass die westdeutschen Probanden mit einem hohen Bildungsstand und einer hohen beruflichen Position ein großes Ausmaß an informellen Bildungsaktivitäten auf einem sehr hohen Niveau über alle Phasen des Erwachsenenalters aufweisen. Hier lässt sich ein relativ konstanter Verlauf erkennen bzw. das Beibehalten des informellen Bildungsverhaltens auch in späteren Lebensphasen. Es ist jedoch zu vermuten, dass sich – wie zuvor erläutert – im unterschiedlichen Ausmaß eine Verlagerung von beruflichen zur stärkeren Intensivierung von freizeitbezogenen informellen Bildungsaktivitäten vollzieht. Ansonsten kann bei den westdeutschen Probanden – neben der zuvor beschriebenen Kontinuität bzgl. des Ausmaßes von informellen Bildungsaktivitäten bei den höher Qualifizierten über das junge, mittlere und spätere Erwachsenenalter – ein Anstieg der informellen Bildungsaktivitäten bis ins spätere Erwachsenenalter festgestellt werden. Ähnlich verhält es sich bei den ostdeutschen Probanden: Im Durchschnitt kann auch hier ein Anstieg der informellen Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters konstatiert werden. Nur in Ausnahmefällen ist eine Abnahme zu verzeichnen, jedoch fällt diese eher gering aus. Jene Probanden befinden sich immer noch auf einem hohen bis sehr hohen Aktivitätsniveau und gelten als informell bildungsaktiv.<sup>340</sup> Zurückgeführt werden kann jener seltener Abnahmetrend u.U. durch den Wegfall der Erwerbstätigkeit, welche in diesen Fällen u.U. nicht (gleich) einen Ausgleich bzw. eine Verlagerung oder Intensivierung im Freizeitsektor mit sich gebracht zu haben scheint. Generell konnte aus der untersuchten Substichprobe der Probanden abgeleitet werden, dass jene Befragten mit einem höheren Bildungsstand und der damit häufig verbundenen höheren beruflichen Position auch in informellen Kontexten die Bildungsaktivsten sind. Die Analyseergebnisse zu den geringer qualifizierten Probanden komplementieren die bereits erläuterten Befunde: Das heißt, die Probanden mit einem niedrigen Bildungsstand und häufig einer niedrigeren beruflichen Position sind hinsichtlich des Ausmaßes ihrer informellen Bildungsaktivitäten im unteren Teil der Abbildung 16 angesiedelt und somit als eher geringer (informell) bildungsaktiv einzustufen.

---

<sup>339</sup> Das Ausmaß der informellen Bildungsaktivitäten wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:

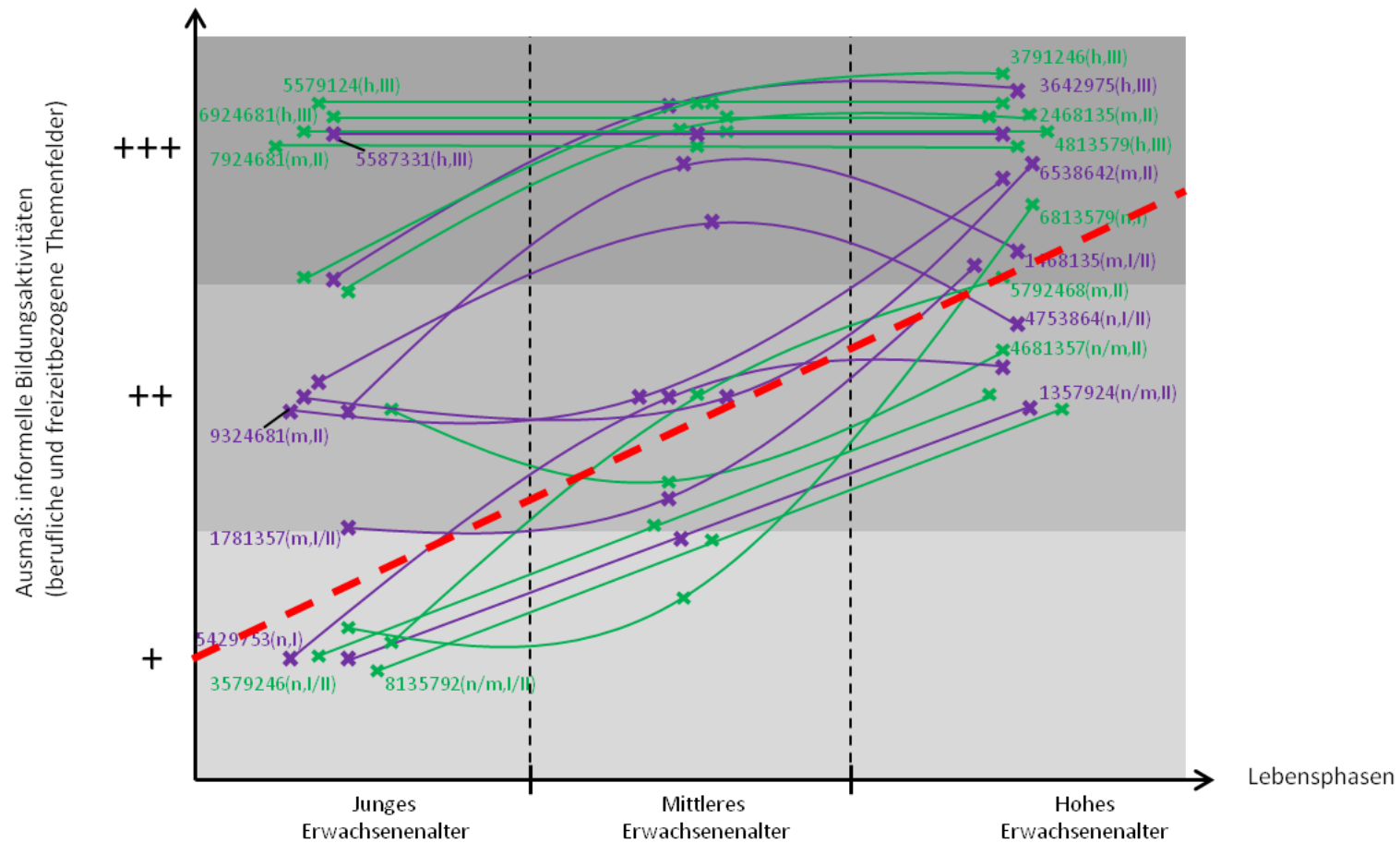
+: Es wird selten beruflichen und/oder freizeitbezogenen Bildungsaktivitäten im informellen Kontext nachgegangen.

++: Es wird (un)regelmäßig beruflichen und/oder freizeitbezogenen Bildungsaktivitäten im informellen Kontext nachgegangen.

+++ : Es wird häufig und regelmäßig beruflichen und/oder freizeitbezogenen Bildungsaktivitäten im informellen Kontext nachgegangen.

Siehe zur begrifflichen Bestimmung informellen Lernens auch im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs* und auf Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter*.

<sup>340</sup> Eine Ausnahme stellen folgenden Fälle dar: Zum einen der Proband Herr Ludorf (ID: 4753864), welcher sowohl im informellen als auch formellen Kontext bildungsaktiv ist, zum anderen der Proband Herr Ludwig (ID: 468135), der hingegen nur im informellen Kontext als bildungsaktiv bezeichnet werden.



\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 16: Informelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters\* unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Männer)

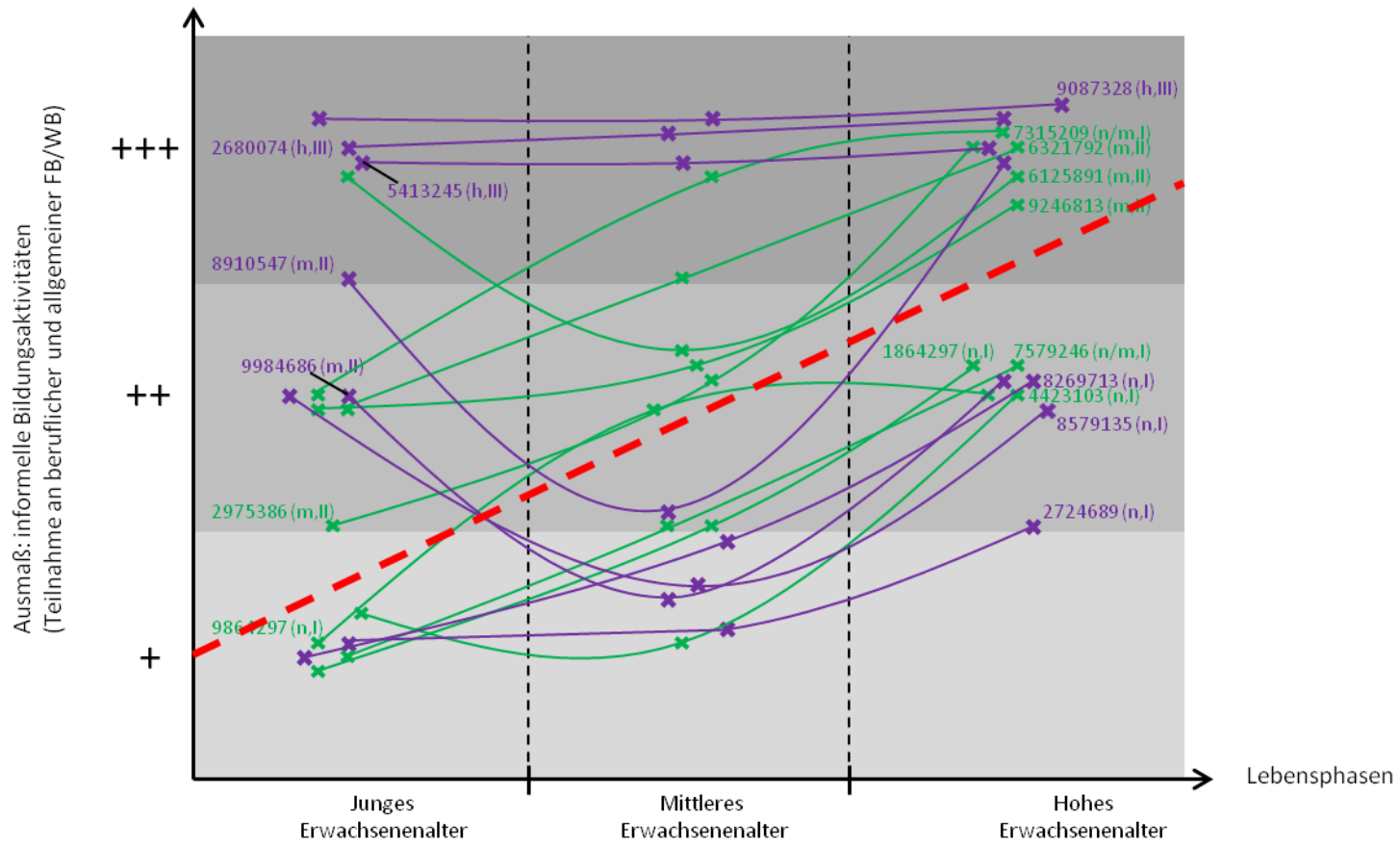
Im Hinblick auf die Entwicklung bzw. den Verlauf der informellen Bildungsaktivitäten über die einzelnen Phasen des Erwachsenenalters wird in der Gegenüberstellung mit den untersuchten Probandinnen Folgendes deutlich:

Ähnlich wie in der männlichen Substichprobe zeigen sich auch im Vergleich bei den Probandinnen regionale Unterschiede: Die (sehr) hoch gebildeten ostdeutschen Probandinnen weisen neben einem durchschnittlich höheren Bildungsstand und einer höheren beruflichen Position ein verhältnismäßig großes Ausmaß informeller Bildungsaktivitäten auf – bedingt wird dieses vermutlich durch eine höhere Quote der erwerbstätigen Frauen aus Ostdeutschland (vgl. hierzu die damals vorherrschenden Rahmenbedingungen im Kapitel 10.1.2 *Exkurs: Historische Zusammenhänge (Kohorte 1930 -1932)*).

Im Geschlechtervergleich bezüglich der Parallelen im Verlauf der informellen Bildungsaktivitäten verhält es sich ähnlich wie bei den zuvor beschriebenen Probanden: Insgesamt lässt sich ein Anstieg der informellen Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters auch bei den Frauen beobachten. Jedoch skizziert sich der Verlauf divergent: Frauen weisen im Verlauf über die Phasen des jungen, mittleren und späteren Erwachsenenalters – mit Ausnahme der sehr hoch Qualifizierten, die auf hohem Niveau ihre informellen Bildungsaktivitäten konstant pflegen – im mittleren Erwachsenenalter eine Abnahme auf, erst im späteren Erwachsenenalter konnte in der Analyse wieder eine Zunahme ermittelt werden. Mögliche Gründe für diesen nichtlinearen Anstieg, also einer Abnahme der informellen Bildungsaktivitäten in der Phase des mittleren Erwachsenenalters, können u.U. in der damals oftmals vorherrschenden „klassischen“ Rollenverteilung innerhalb familiärer Strukturen gesehen werden, d.h. Frauen waren tendenziell eher von einer Doppelbelastung – zwischen Kindererziehung, Haushaltspflichten und Berufstätigkeit – betroffen. Es ist zu vermuten, dass sich erst in der Phase des späteren Erwachsenenalters – mit dem Wegfall der Doppelbelastung eine Ungebundenheit aufgrund z.B. geänderter familiärer „Verpflichtungen“ (Betreuung sowie Erziehung der Kinder) und u.U. durch den Wegfall der Erwerbstätigkeit – die Probandinnen mehr Zeit für die persönliche Entfaltung bzw. der Selbstverwirklichung einräumen.

Häufig stellt die Intensivierung oder die (Neu-)Aufnahme einer Freizeitbeschäftigung einen Großteil der informellen Bildungsaktivitäten dar.





\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 17: Informelle Bildungsaktivitäten über die Phasen des Erwachsenenalters\* unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Frauen)

So ist bei der Gesamtheit der untersuchten Substichprobe eine Fortsetzung der Interessen im Freizeitsektor deutlich zu erkennen.

Ein bereits pensionierter Sprach- und Kunstwissenschaftler berichtet beispielsweise über seine weiterhin zahlreichen Aktivitäten im Ruhestand: Der Proband besucht VHS-Kurse (kunsthistorischer Kurs) und nimmt an Studienreisen für Senioren teil, bereitet sich auf VHS-Kurse systematisch vor und recherchiert und verfasst Texte, eignet sich autodidaktisch Fachvokabular an etc. (vgl. Herr Haberstroh: 4813579).

Auch in der nachfolgenden Interviewpassage veranschaulicht ein Proband, seine Bemühungen sich kontinuierlich autodidaktisch weiterzubilden sowie seine Strategie der Wissensaneignung und Annäherung an den Lerngegenstand:

Proband: „[...] ich [bin] Autodidakt. Das habe ich [mir] dann alles [selbst beigebracht].“ (Herr Hornberger: 3791246\1MZP\_1v3, S. 17/Absatz 7).  
„[...] zum Beispiel, wenn man [sich in einer anderen Sprache Fachvokabular aneignen möchte] ist es am besten, schriftliche Unterlage [wie] Katalog einer ausländischen Konkurrenzfirma [heranzuziehen]. [...] nehmen Sie an, Sie haben eine Drehbank, dann müssen sie sich von ähnlichen Drehbankherstellern das Prospekt und Katalogmaterial beschaffen und was die schreiben und drucken. [...] das können sie auch verwenden und nicht, was in den Wörterbüchern steht. Da können sie sich noch lange nicht drauf verlassen. [Ich] beschaffe [mir] immer die Texte aus anderen Ländern“ (Herr Hornberger: 3791246\1.MZP\_2v3, S. 2/Absatz: 18-19 bis S. 3/Absatz: 1-2).

In den analysierten Interviews wird deutlich, dass insbesondere auf dem autodidaktischen Lernweg verstärkt eine Kompetenzentwicklung stattfindet (vgl. u.a. Frau Hintze: 6321792, 1.MZP).

Darüber hinaus wird neben dem Lesen von fachspezifischer Lektüre fast übereinstimmend das regelmäßige Lesen der Tageszeitung genannt; einen geringeren Stellenwert hat bei den Befragten das regelmäßige Lesen von Illustrierten. Hier ist anzumerken, dass das Lesen von (Fach-)Literatur, die Nutzung des Internets sowie der Besuch kultureller Einrichtungen als stark bildungsselektiv angesehen werden kann. Eine Bildungsselektivität hinsichtlich der Nutzung von Medien hat bereits Hyman in den 1970er Jahren nachweisen können. Seine Untersuchungen bestätigen das Ergebnis der qualitativen ILSE-Interviews, dass z.B. das Lesen von Zeitungen als auch Magazinen und Büchern überwiegend von höheren Bildungsschichten ausgeübt wird. Jedoch scheinen die Aktivitäten wie Fernsehschauen und Radiohören in der Gruppe der Älteren nicht mit Bildung zu korrelieren (vgl. Hyman 1975).

Das Lesen von Literatur unterschiedlicher Formate und Genres wird von den Befragten häufig genannt, hierbei unterscheiden sich auch die Regelmäßigkeit und das Ausmaß an Zeitverwendung für das Lesen von Büchern. Bestimmte Anlässe wie z.B. die anstehende Urlaubsplanung führt bei den Befragten zu erhöhtem Zeitaufwand für das Lesen als auch Recherchieren. Wie beispielweise der Proband Herr Heinrich, der ein großes Interesse an kulturellen länderspezifischen Gegebenheiten hat und im Rahmen der Urlaubsplanung eine intensive und großangelegte Recherche diesbezüglich betreibt:

Proband: „[...] wenn man sich so mit Urlaubern unterhält, da [...] heißt es meistens nicht: Hast du das oder haben Sie das gesehen? Wir waren dort und wir waren dort gewesen. Meine Frau und ich, wir kaufen uns dann entsprechende Bücher über die Gegend, und dann wird gut ein viertel Jahr vorher alles genau durchgelesen und dann machen wir unseren Plan, was wir alles sehen wollen. [Es geht] nicht nur [daraus im] Urlaub [...] gewesen zu sein, sondern die Kultur, den Landabschnitt oder die Gegend kennenzulernen [...]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_7v7, S. 9/Absatz: 5).

Oder auch bevorstehende Renovierungsarbeiten in der Wohnung bzw. am Haus veranlassen die Befragten häufig, sich autodidaktisch handwerkliche Fertigkeiten mittels entsprechender Fachliteratur angeeignet zu haben:

Proband: „[...] da waren keine Kacheln [bzw.] Tapete. Aber das hat so ausgesehen. Man musste ganz nahe ran [...] ich habe vom ADAC so ein Praktikerbuch [bekommen] und da lese ich so einige Handgriffe mir durch und dann [probiere ich es]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_7v7, S. 7/Absatz: 2).

Neben dem Selbststudium durch Fachliteratur und -zeitschriften wird nur vereinzelt die Nutzung von Medien, wie z.B. das Internet zwecks Rechercharbeiten, von der untersuchten Alterskohorte genannt; sehr viel seltener wird das Internet als Kommunikationsplattform genutzt. Die Nutzung von Medien wie Fernsehen, Rundfunk oder auch der soziale Austausch werden unabhängig von Bildungsabschlüssen stark genutzt. Eine Untersuchung von Schiersmann (2006) konnte ebenfalls belegen, dass eine geringere Nutzung von Medien zur Kompetenzentwicklung sowie zum Austausch nicht ausschließlich alters- bzw. kohortenabhängig zu interpretieren ist. Auch wenn vermutlich einem größeren Teil der nachfolgenden Generationen der „Älteren“ eine größere Medienkompetenz oder -affinität zugesprochen werden kann als den heutigen Senioren, so kann es sich auch um präferierte Lern- und Austauschformen handeln (vgl. Schiersmann 2006).

Über die Fernsehgewohnheiten ergibt sich ein differenziertes Bild: Die Spannweite des täglichen Konsums weist eine große Streuung auf. Mehrheitlich präferieren die Befragten jedoch

als regelmäßigen Fernsehkonsum Nachrichtensendungen, politische Sendungen, Reiseberichte/Kultursendungen, Tier- und Naturdokumentationen, Talkshows, Quizsendungen, Sportsendungen und Unterhaltungsshow. Insbesondere Quiz- bzw. Ratesendungen werden vielfach genannt, wobei ein gewisser „Mitmacheffekt“ i.S. von Aktivität genannt wird (Herr Herrmann: 8135792\1.MZP\_7v8, S. 2/Absatz: 8).

Ebenso wurden vereinzelt durch das regelmäßige Schauen von Fitness-Sendungen (Tele-Gym) Probandinnen zum aktiven Ausführen gymnastischer Übungen animiert (vgl. Frau Hiller: 6125891).

Das gemeinsame Schauen von (Video-)Filmen mit Freunden und anschließende Diskussion und Reflexionen über das gemeinsam Erlebte wird von einigen Probanden/-innen im Zusammenhang mit sozialen Austauschmöglichkeiten genannt (vgl. Herr Haberstroh: 4813579<sup>341</sup>; Frau Hintze: 6321792).<sup>342</sup>

Fast ausschließlich finden die befragten Älteren ein spezielles Seniorenprogramm im Fernsehen überflüssig bzw. nicht wünschenswert. Nur eine Probandin äußert sich als Befürworterin für ein seniorenrechtliches bzw. -spezifisches Fernsehprogramm; insbesondere durch die Werbung fühlt sie sich nicht angesprochen und würde „zielgruppengerechte“ Werbung für u.a. Mode und Kosmetikprodukte speziell für Ältere präferieren (vgl. Frau Leuschner: 8269713).

Vereinzelt wird auch das gezielte Verfolgen spezieller Rundfunksendungen – z.B. das Kulturprogramm im Hörfunk – genannt. Ein Beispiel der regelmäßigen Nutzung des Hörfunks zu Informations- bzw. Bildungszwecken stellt der Fall von Herrn Hornberger dar:

Der Proband ist als Einzelkind in gutbürgerlichen Verhältnissen aufgewachsen. Nach der Erlangung der allgemeinen Hochschulreife hat Herr Hornberger eine Ausbildung zum Exportkaufmann gemacht. Einige Jahre später war er dann selbstständig als technischer Übersetzer und Dolmetscher tätig. Diesen Berufswechsel konnte der Proband nur vollziehen, da er sich sehr engagiert autodidaktisch zum technischen Übersetzer weitergebildet hatte. Aus dieser Zeit berichtet der Befragte, dass er viel durch das Hören von Radiobeiträgen – insbesondere von ausländischen Radiosendungen – gelernt bzw. sich Wissen angeeignet habe.

---

<sup>341</sup> Herr Haberstroh (ID: 4813579) markiert sich z.B. gezielt Sendungen im Fernsehprogramm, die er sich anschauen möchte oder er nimmt diese mit dem Videorekorder auf (Kultur-, Geschichtssendungen). Zudem nutzt er gemeinsame Fernsehende mit seiner Ehefrau als Anlass sich über eine Thematik auszutauschen und diese weiterführend zu diskutieren. Mitunter erhält der Proband durch bewusst ausgewählte Fernsehsendungen Anreize sich im Anschluss in einer Art Selbstrecherche thematisch sein Wissen auszubauen.

<sup>342</sup> Siehe hierzu auch im Kapitel 11.1.2.2.1 *Lernen in sozialen Beziehungen*.

Herr Hornberger ist ledig, hat keine Kinder und lebt allein. Er geht aktiv seiner Freizeitbeschäftigung des Amateurfunks sowie Aktivitäten in unterschiedlichen Vereinen nach. Sein Bekanntenkreis besteht ausschließlich aus Vereinskollegen, Freundschaften pflegt er keine.

Nach dem Austritt aus der Erwerbstätigkeit hat sich der Proband vermehrt seinem Hobby des Amateurfunks sowie dem gezielten Verfolgen von speziellen Radiosendungen gewidmet. Durch den Wegfall der Berufstätigkeit und somit einer Flexibilisierung seines Tagesablaufes ist es seitdem Herrn Hornberger möglich, auch zu nächtlichen Zeiten diverse Radiokanäle über Funk zu hören und sich so umfangreich über die nationalen Grenzen hinweg zu informieren.

„[...] ich habe viel vom Radio gelernt und von Menschen natürlich auch [...]. Rundfunk ist ein sehr gutes Mittel, wenn man den ganzen Tag nämlich Radio hört [...]“  
(Herr Hornberger: 3791246\1.MZP\_1v3, S. 19/Absatz: 6).

Zudem wird aber auch das beiläufige Hören von den Befragten als wichtiges Informationsmedium genannt. Beispielweise berichtete die Probandin Frau Löffner: Sie komme aus eher einfachen Verhältnissen und sei das Jüngste von fünf Kindern in der Familie. Frau Löffner ist verheiratet und hat eine Tochter aus einer vorherigen Partnerschaft. Der schulische und berufliche Werdegang der Probandin verlief so, dass sie nach dem Abschluss der Volksschule anschließend eine Hauswirtschaftsschule besucht hat. Ihre darauffolgenden beruflichen Beschäftigungen sind auch bis zur Rente in diesem Sektor anzusiedeln. Neben der Ausübung des Berufs hat sie die Pflege ihrer Eltern übernommen. In ihrer Freizeit und insbesondere bei der Ausübung ihrer hauswirtschaftlichen Tätigkeiten hört sie fast den ganzen Tag nebenbei Rundfunksendungen und eignet sich auf diesem Wege „en passant“ zahlreiche Informationen bzw. Wissen an (vgl. Frau Löffner: 8579135).

Ein ähnlicher Fall stellt Frau Hagen dar: Frau Hagen ist verheiratet, Mutter einer Tochter sowie Großmutter eines Enkelkinds. Frau Hagen verfügt über keine Berufsausbildung und hat daher bis zum Eintritt in die Nacherwerbsphase als ungelernete Hilfskraft in verschiedenen Berufsbranchen gearbeitet. Die Probandin hört ebenfalls wie Frau Löffner tagsüber nebenbei Radio. Sie interessiert sich insbesondere für Kochrezepte und verfolgt gezielt Rundfunksendungen zu kulinarischen Themen. Nach ihren Angaben erhält sie so Anregungen und Tipps zur Nachahmung (vgl. Frau Hagen: 7579246; vgl. auch Frau Laske: 9087328).

Laut Angaben der Probanden/-innen wird zudem der PC oder das Internet sowohl in der Freizeit zwecks Archivierung von Sammlerstücken als auch zum Gebrauch von Anwendungsprogrammen im Kontext zur Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit (Buchführung im Verein o.ä.) genutzt. Nur vereinzelt wird auf elektronischem Wege (E-Mail) mit anderen kommuniziert:

Proband: „[...] wir telefonieren nicht nur, sondern wir schreiben [und] schicken [uns] Bilder. Bilder von [anderen Bekannten], und sie kriegen Bilder von uns, von jedem Wochenendausflug wo wir sind, wenn wir in der Schweiz sind oder in Frankreich [...]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_5v7, S. 4/Absatz: 11).

Auch dem Verreisen wird insbesondere in der nachberuflichen Phase ein hoher Stellenwert beigemessen. Hierbei ist wieder zwischen verschiedenen Aktivitätsniveaus zu unterscheiden, um differenzierte Aussagen treffen zu können: Reisen bzw. Urlaub bedeutet für manche Probanden/-innen ein Aktivurlaub (Sport, Kulturreisen), andere streben eher einen Erholungsurlaub zur Entspannung an, d.h. es werden durchaus unterschiedliche Urlaubsformen präferiert. Das Aktivitätsniveau, die Häufigkeit sowie die Dauer einer Reise bzw. eines Urlaubs verändert sich mit zunehmendem Alter: Vor dem vierten Lebensalter sind diese Veränderungen nur in einer steigenden Häufigkeit und in einer Veränderung des Aktivitätsniveaus sichtbar, es ist ab dem vierten Lebensalter vermehrt durch eine eigene Beeinträchtigung oder die Beeinträchtigungsabhängigkeit vom Lebenspartner oder der Lebenspartnerin stark reduziert bzw. eingeschränkt. Generell, so scheint es, wird mit zunehmendem Alter mit befreundeten bzw. nahestehenden Personen oder mit Vereinskollegen/-innen (organisierte Gruppenurlaube) oder mit Verwandten verreist (insbesondere beim Auszug der Kinder, „*empty nest*“).

Das kulturelle Interesse wird neben den Studienreisen durch Theater-, Cabaret-, sowie Museumsbesuche bedient. Zudem nannten die Befragten als wichtige und zeitintensive Freizeitbeschäftigungen in der nachberuflichen Phase neben der Pflege des kulturellen Interesses auch die Aktivitäten in Vereinen, Seniorentreffs, Gemeinschaften und Gemeinden.

In Vorbereitung auf geplante Reisevorhaben stellt der Fremdsprachenbereich der VHS laut Statistik einen stark frequentierten Sektor<sup>343</sup> für Senioren/-innen dar. Jedoch lässt sich aus diesen Zahlen nicht auf ein generell zunehmendes Fremdspracheninteresse im Alter schließen, sondern vielmehr handelt es sich oftmals um das Fortführen der bestehenden Interessen, wobei bei vielen Befragten der Zeitfaktor im Erwerbsleben bei der Ausübung bzw. dem Nachgehen des Interesses eher hinderlich war. So kann bei einigen Probanden/-innen mitunter von einem Nachholbedarf (auch oft bei verwehrteten Möglichkeiten bzw. Chancen in der Kindheit, ein Musikinstrument zu lernen) i.S. eines Selbstverwirklichungsbestrebens ausgegangen werden. Dem Fremdspracheninteresse wird auch in non-formellen und informellen Lernkontexten nachgegangen, wie folgende Interviewpassage verdeutlicht:

---

<sup>343</sup> Siehe zu Themen der Weiterbildung in der [OrTe]-Befragung in Wienberg 2012.

Proband: „Wir [ich und meine Ehefrau] sprechen gerne spanisch zusammen und natürlich [an] Kunstgeschichtlichem sind wir interessiert [und] wandern“ (Herr Hoppe: 6924681\1.MZP\_3v6, S. 7/Absatz: 8).

Weitere häufig genannte informelle Freizeitaktivitäten, denen regelmäßig nachgegangen wird, stellen für die Probanden/-innen mitunter die Pflege des Gartens<sup>344</sup>, handwerkliche Arbeiten im Haus bzw. in der Wohnung<sup>345</sup>, das Handarbeiten<sup>346</sup>, das Lösen von Kreuzworträtseln sowie das Puzzeln dar. Als eine eher gesellschaftliche Form zeigen sich regelmäßig organisierte Spielabende oder Kegeltreffs mit Freunden.<sup>347</sup>

Konkludierend wird an dieser Stelle die dargestellte Befundlage aus der Analyse sowohl zum „Lernen in formellen Kontexten als auch zum „Lernen in informellen Kontexten“ in Verbindung gebracht: In der nachfolgenden Abbildung 18 werden die Bildungsaktivitäten der untersuchten Probanden/-innen – welche die Gesamtheit der erfassten formellen sowie informellen Aktivitäten umfasst – unter Berücksichtigung ihres formal erworbenen Bildungsabschlusses bzw. Berufsstatus abgebildet.<sup>348, 349</sup>

Aus der Grafik wird ersichtlich, dass sich mehrheitlich diejenigen in einem größeren Umfang an informellen Lernprozessen beteiligten, die auch über eine höhere formale Bildung bzw. berufliche Position verfügen.<sup>350</sup>

Es ist anzunehmen, dass eher gering Qualifizierte weniger an Bildungsaktivitäten partizipieren, u.a. aufgrund ungünstigerer Rahmenbedingungen, welche weniger Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Bildungschancen bieten. Zudem lässt sich vermuten, dass neben dem Einfluss des formalen Bildungsniveaus und der damit verbundenen erhöhten Teilnahme am Lernen in informellen Kontexten, auch ein Gendereffekt bestehen kann:

Die Frauen der untersuchten Alterskohorte verfügen durchschnittlich über einen geringeren Berufs- bzw. Ausbildungsabschluss und besetzen demzufolge weit seltener hohe berufliche Positionen als die männlichen Angehörigen dieser Kohorte. Die bereits zuvor erwähnte bestehende „klassische“ Rollenverteilung ist in dieser Generation häufig vorzufinden, sodass Frauen durch-

---

<sup>344</sup> Die Freizeitaktivität Pflege des Gartens wurde sowohl von den weiblichen als auch männlichen Befragten häufig genannt.

<sup>345</sup> Die Freizeitaktivität handwerkliche Arbeiten am Haus und in der Wohnung wurden von einigen männlichen Befragten genannt.

<sup>346</sup> Die Freizeitaktivität Handarbeiten und Basteln (Dekoration) wurde von einigen Probandinnen genannt.

<sup>347</sup> Die Auflistung der erfragten Freizeitaktivitäten ist eine Auswahl und entspricht nicht der Vollständigkeit.

<sup>348</sup> Anmerkung zu den Abbildungen 18, 29, 30 und 31: Die verblindeten ID-Nummer dienen der Nachverfolgung sowie Verortung des jeweiligen Probanden/-innen.

<sup>349</sup> Die ILSE-Erhebung stellt – wie bereits im Kapitel 10.1 *Datensatz und Erhebungsverfahren* erläutert – keine repräsentative Stichprobe hinsichtlich des Bildungsniveaus dar. In der Studie besteht ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt.

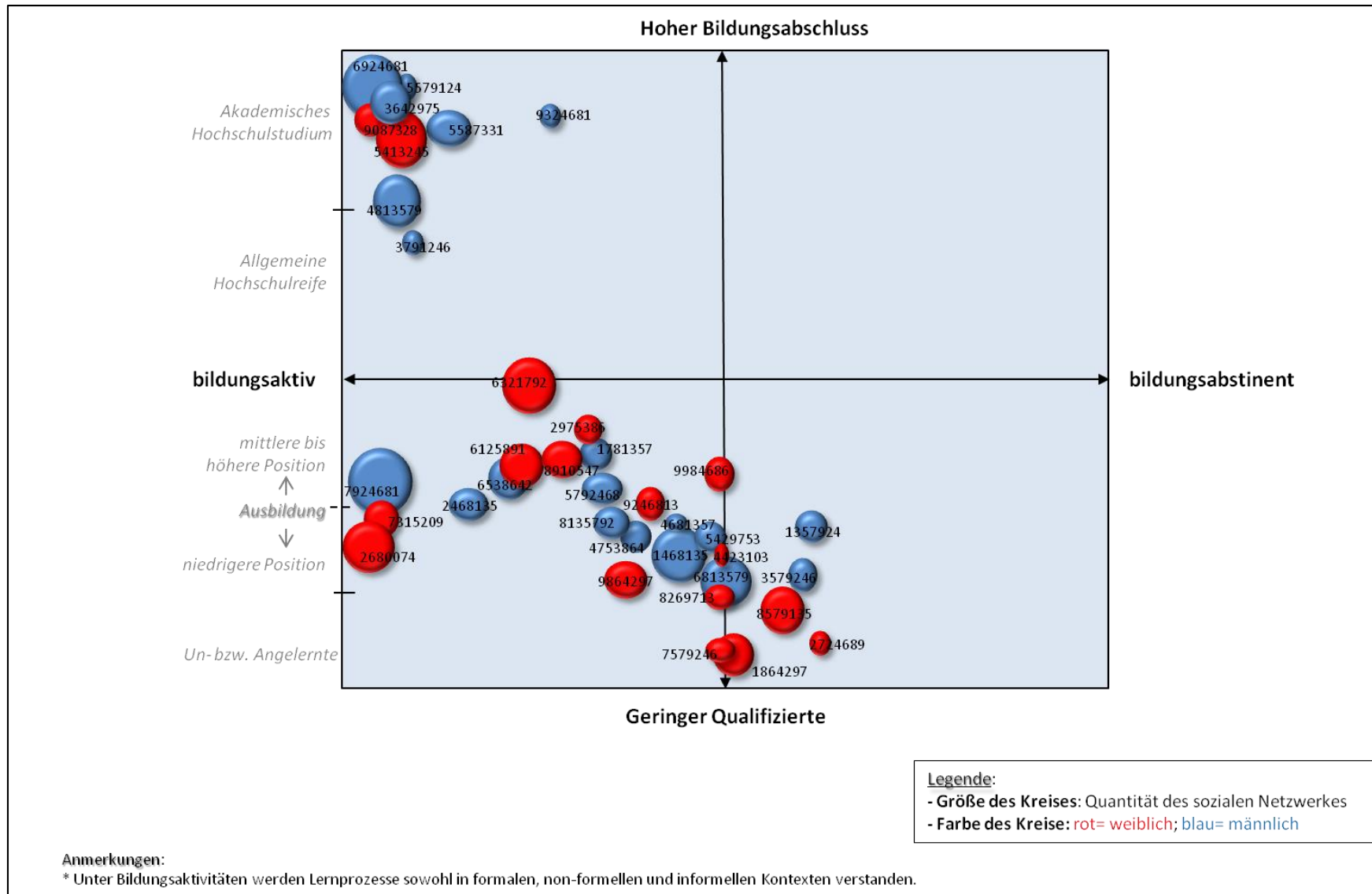
<sup>350</sup> Vgl. hierzu den bereits dargestellten „Matthäus-Effekt“ im Kapitel 3.1.2.2.3 *Trainingseffekte* sowie im Kapitel 7. *Konzeptionelle Verankerung von Bildung in entwicklungspsychologischen und gerontologischen Modellen*.

schnittlich weit weniger Zeit in ihre berufliche Aus- und Weiterbildung sowie in Bildungsaktivitäten zur persönlichen Entfaltung investieren (können).

In Bezug auf das Ausmaß der Bildungsaktivitäten in Abhängigkeit zur Größe des sozialen Netzwerkes wird in der Abbildung ersichtlich, dass die Anzahl der sozialen Beziehungen einen geringeren Effekt auf die Bildungsaktivität der Probanden/-innen zu haben scheint. Dieser Aspekt wird im folgenden Kapitel intensiver geprüft und bewertet.

Als Erkenntnisgewinn zu diesem Kapitel kann festgehalten werden, dass das Ausmaß der Bildungsaktivitäten im informellen Kontext mit der formellen Bildungsteilnahme sowie dem formalen Bildungsstand bzw. dem beruflichen Status korreliert. Im Hinblick auf Bildungsaktivitäten im informellen Kontexten kann dem Lernen in sozialen Beziehungen eine große Wirkungsstärke zugesprochen werden: Zum einen werden durch jene (gemeinschaftliche) Aktivitäten neue Lernimpulse und daraus resultierende Lerngelegenheiten geboten, zum anderen nimmt das soziale Netzwerk eine unterstützende Funktion insbesondere in Umbruchsituationen für das Individuum ein – beispielsweise bei der Entwicklung von handlungsorientierten Bewältigungsstrategien und im Zusammenhang mit der Kompensation von Belastungen sowie der Herausbildung von Resilienz.





**Abb. 18: Verortung der Probanden/-innen: formaler Bildungsabschluss & Bildungsaktivitäten\* (eigene Darstellung)**

### 11.1.2.2.1 Lernen in sozialen Beziehungen

Wie vorangegangene Ausführungen deutlich machen, werden von den Befragten unterschiedlichen Lernanlässe bzw. -impulse in verschiedenen Kontexten wahrgenommen bzw. aktiv aufgegriffen. In diesem Zusammenhang nimmt das Lernen in sozialen Beziehungen eine entscheidende Rolle ein.

Aufgrund dessen wird in der qualitativen Analyse den sozialen Netzwerkstrukturen eine besondere Bedeutung zugesprochen, hierzu werden u.a. Angaben zum Weiterbildungsverhalten, zur Freizeitgestaltung sowie zum Gesundheitsverhalten herangezogen. Es konnten sich sowohl Lernimpulse als auch Lernbarrieren in den Interviews identifizieren lassen, welche im Folgenden dargestellt werden. In diesem Zusammenhang können soziale Netzwerke als Motiv und auch als Barriere für Weiterbildung bzw. Lernen betrachtet werden.

Orte des Lernens können unterschiedlicher Art sein, wie beispielsweise die Familie, der Arbeitsplatz oder der Verein (Feld 1981: 1016). Nach Krapp (2006) kann davon ausgegangen werden, dass in Interaktionen in sozialen Netzwerkbeziehungen, welche nicht planvoll initiiert werden, beiläufig bzw. „en passant“ gelernt werden kann (vgl. Krapp 2006), was somit zur Kompetenzentwicklung – z.B. zur Handlungskompetenz – sowie zur gesellschaftlichen Integration bzw. Partizipation im höheren Alter beitragen kann.

In der durchgeführten Analyse konnten verschiedene Lernanlässe und -impulse identifiziert werden, die jedoch in Abhängigkeit der jeweiligen Förderkulturen zu betrachten sind – i.S. von lernförderlichen sowie restriktiven Faktoren – an denen die Probanden/-innen in sehr unterschiedlicher Weise angeknüpft haben.

So kann beispielweise der Austausch mit Freunden und Bekannten als informelle Lernform an unterschiedlichen Orten wie u.a. in Vereinen, Seniorentreffs oder im Austausch mit den Nachbarn stattfinden. Ein derartiger Rahmen eröffnet den Befragten über den eigentlichen Anlass der Zusammenkunft hinaus eine gegenseitige Austauschplattform (Rat, Trost etc.) für unterschiedliche Anliegen. Des Weiteren führt es laut Aussagen der Befragten häufig zu einer Ausweitung des Freundeskreises durch die gemeinsame Ausübung einer Aktivität oder die Interessen für denselben Gegenstand. Der Zusammenschluss, welcher durch ein gemeinsames Interesse geleitet ist, bietet zum einen die Möglichkeit, Beziehungen und gemeinsame Aktivitäten zu intensivieren. Zudem fördert das Kollektiv die soziale Integration, die sich auch auf andere Lebensbereiche auswirken und somit das Verhalten sowie den Lebensstil nachhaltig beeinflussen kann.

Wie bereits einführend erwähnt lassen sich Lernanlässe i.S. des Aufnehmens von Aktivitäten durch Anreize der Freunde, etwa zu gemeinsamen Unternehmungen, häufig in den Schilderungen der Befragten finden. Exemplarisch soll an dieser Stelle folgende Interviewpassage angeführt werden:

Proband: „[Unsere Freunde – ein befreundetes Ehepaar] holen uns immer mal raus, weil die Radsportler sind. Also, Freizeitradfahrer und auch früher aktiv gewesen. Ja, und die nehmen uns dann auch mit zu den Touren.“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 96/Absatz: 28/Position: 5212-5219). „[...] durch den Freundeskreis und so weiter haben wir doch mit denen einiges unternommen und [...] Gartentätigkeit, nun ja.“

Interviewer: „Sie haben sich also praktisch neue Tätigkeitsfelder [in der nachberuflichen Phase] gesucht?“

Proband: „Ja.“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 99/Absatz: 2-8/Position: 5329-5345).

Aus ähnlichem Anlass schildert die Probandin Frau Hiller ihre Ernährungsumstellung, zu welcher sie aufgrund des Austausches mit einer neuer Freundin veranlasst worden ist „[Freundin] gibt dem Leben mal ein paar andere Impulse“. So beschäftigt sich Frau Hiller, durch ihre Freundin angeregt, mit buddhistischen Übungen bzw. Gesundheitsbewegungsübungen und führt ein diszipliniertes Gesundheitsverhalten. Durch das geweckte Interesse erfolgte eine bewusste Ernährungsumstellung und eine intensive Beschäftigung mit Kochbüchern über gesunde Zubereitungsformen (vgl. Frau Hiller: 6125891\2.MZP\_1v4, 00:06:56).

So wird dem Freundeskreis eine wichtige beratende Funktion insbesondere bei u.a. beruflichen Entscheidungen zugesprochen. Einige Probanden/-innen betonen diese Bedeutung i.S. einer Förderrolle in ihren Ausführungen mehrfach, indem sie beschreiben, wie sie sich an ihren Freunden orientieren und sich mit ihnen thematisch austauschen (vgl. Herr Hoppe: 6924681, 1.MZP; Herr Lange: 3642975, 1.MZP).

Neben dem Freundeskreis können auch – insbesondere in Umbruchsituationen bzw. im Prozess der Entscheidungsfindung im Hinblick auf die Ergreifung von Bildungschancen – sogenannte „Vorbildcharaktere“ eine Unterstützung bzw. Orientierungshilfe bieten und einen prägenden

Einfluss auf das (Lern-)Verhalten, i.S. der Entwicklung bzw. des Erfahrens der eigenen Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit Erfolgs- oder Misserfolgsbefürchtungen<sup>351</sup> und daraus resultierenden prägenden Lernerfahrungen, ausüben. Ähnlich können auch Personen aus dem direkten Umfeld eine Art Mentorenfunktion einnehmen, welche sich lernförderlich auswirken kann: Insbesondere in der Ausbildungszeit bzw. in der Phase der Grundqualifizierung scheinen Vorbilder, Förderer i.S. eines/einer Mentors/Mentorin einen entscheidenden Einfluss auf die weiterführende berufliche Entwicklung zu nehmen. So beschreibt folgender Proband die Rolle seines damaligen Berufsschullehrers (als Förderer) wie folgt:

Proband: „[In der] Berufsschule dort hatten wir auch einen sehr guten Lehrer Herrn Meyer. Der hat uns also vieles beigegeben und der hatte dann sicherlich nachher auch den Wunsch in mir geweckt, selbst auch mal Lehrer, also Berufsschullehrer, zu werden“ (Herr Lange: 3642975\1.MZP\_2, S. 2/Absatz: 11/ Position: 21).

Diese Förderung und das Aufzeigen von Bildungsmöglichkeiten haben den Probanden dazu veranlasst, sein Hochschulstudium aufzunehmen und den im Folgenden beschriebenen Weg einzuschlagen:

Proband: „[...] [die Aufnahme eines Hochschulstudiums] hing [mit meinem Berufsschullehrer] zusammen. Ich habe ihnen ja schon gesagt, wir hatten also einen sehr guten Berufsschullehrer, und bei dem bin ich ja nun zweimal auch gewesen: Einmal während meiner Lehre als Schmied und [...] bei der Umschulung. Es waren also auch schon andere Lehrkameraden dort, die inzwischen [...] eine Ausbildung vorgenommen hatten. Und zwar war damals die Ausbildung in Berlin noch, und wir hatten dann auch in Berlin [den Unterricht]. Ich hatte sogar schon eine Studentebude und dann wurde das [umdisponiert]. Es sollte dann in Magdeburg sein, und in Magdeburg war das dann auch nicht. Es war dann [schlussendlich] in Greifswald. Ja, unser Berufsschullehrer hat uns da sicherlich ein bisschen beeinflusst in der Beziehung, das war also ein ausgezeichneter Fachmann, ein ausgezeichneter Lehrer und auch als Mensch ein hervorragender Mann und der hat [...] uns hier beeinflusst [...]“ (Herr Lange: 3642975\1.MZP\_2, S. 6/Absatz: 8-11/Position: 57- 60).

Demzufolge „bedienen“ bzw. orientieren sich die Probandinnen und Probanden situationsadäquat bzw. kontextabhängig in den jeweiligen Lebensphasen an verschiedenen Informations-

---

<sup>351</sup> Die Motivationsforscher McClelland und Atkinson et al. (vgl. u.a. McClelland/Atkinson et al. 1953) haben eine Unterscheidung zwischen den Motivierungstendenzen „Hoffnung auf Erfolg“ und „Furcht vor Misserfolg“ getroffen. Die Ergebniserwartungen beinhalten, welches Verhalten zu einem Erfolg bzw. Misserfolg führen kann. Hingegen implizieren die Wirkungserwartungen die Überzeugung des Lernenden, die Fähigkeit zu besitzen, das angestrebte Ziel erfolgreich zu erreichen (Rost 2006: 16, 693, 697). Eine geringe Erfolgszuversicht kann u.U. in den hohen vorherrschenden Misserfolgsbefürchtungen begründet sein, was Versagensängste, Lernschwächen, Lernbarrieren sowie mangelndes Erleben positiver Lernerfahrungen implizieren kann. Eine eher niedrige Misserfolgsbefürchtung kann gekoppelt sein an eine hohe Erfolgszuversicht. Mögliche Erfolgszuversicht fördernde Faktoren können u.a. anhand einer hohen Anwendbarkeit des Gelernten in der Arbeitspraxis verdeutlicht werden. Generell ist jedoch nicht von einer ausschließlich negativen bzw. lernhemmenden Wirkung von Misserfolgsbefürchtungen auszugehen, da erlebte Misserfolge Unterschiede i.S. einer Lernzielorientierung auch eine Herausforderung darstellen können (Rost 2006: 881).

quellen und Unterstützungsmöglichkeiten. Diese Unterstützung wird – wie bereits einige analysierte Interviewausschnitte verdeutlicht haben – in unterschiedlicher Intensität sowie in dessen sequentieller Nutzung in Anspruch genommen. Neben prägenden Personen i.S. von Mentoren wie aus dem vorangegangenen Beispiel, werden überwiegend Personen aus dem direkten familiären Umfeld wie der Lebenspartner genannt. Zudem werden Personen aus dem Freundeskreis zum Austausch sowie zu praktischen Unterstützungsleistungen häufig herangezogen. Wobei i.d.R. zwischen den Befragten innerhalb des Freundeskreises ein relatives Gleichgewicht von kommunikativen Austauschmöglichkeiten und Unterstützungsleistungen besteht. Eine Probandin schildert die erhaltenden Austauschmöglichkeiten und Unterstützungsleistungen von einer Freundin wie folgt:

Probandin: „[...] [ich gehe] am Wochenende immer [mit einer Freundin] zusammen wandern. Sie hat ein Auto, da können wir irgendwo rausfahren. Wir gehen mal in das Konzert oder in das Theater [...]. Das ist sehr angenehm für mich, will ich mal sagen [...]. [Meine Freundin] hat mich auch gut versorgt, als ich mit meinem Fuß nicht laufen konnte, [da] hat sie [für mich] immer gekocht und eingekauft und so [...]“ (Frau Haas: 9246813\2.MZP\_1v2, S. 1/Absatz: 2-5).

In den Interviews werden vermehrt Personen aus dem Freundeskreis benannt, die den Befragten eine große Stabilität bzw. Sicherheit im Alltag geben, indem sie sich gegenseitig emotional als auch praktisch bei der Alltagsbewältigung oder bei dem Umgang mit tiefgreifenden Ereignissen und/oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen unterstützen (vgl. Frau Hintze: 6321792, 1.MZP). Die gemeinsame Betätigung mit Freunden beispielsweise in einem Verein kann zudem das Zugehörigkeitsgefühl fördern und zur Bestärkung der Selbstwirksamkeit führen und darüber hinaus eine Plattform des kommunikativen Ausrausches darstellen. So beschreibt ein Proband, dass er durch seine Freunde und Bekannten aus dem Vereinsleben das Gefühl (Selbstwirksamkeit, Produktivität) gebraucht zu werden erhält:

Proband: „[...] das heißt nicht, dass ich zweimal in der Woche schieße. Es passiert manchmal, dass ich vier Wochen überhaupt nicht schieße, aber ich bin da. Es geht um die Fachsimpelei. Es geht darum, dass ich unter Menschen bin“ (Herr Lanz: 6538642\2.MZP\_3v4, 00:29:20).

Nach Aussagen der Befragten gestaltet sich der nachbarschaftliche Austausch äußerst unterschiedlich. Es reicht vom sehr intensiven regelmäßigen Austausch bis hin zum fehlenden Kontakt. Die Mehrheit der Befragten pflegt jedoch einen relativ regelmäßigen nachbarschaftlichen Kontakt, welcher sich größtenteils jedoch auf praktische Unterstützungen sowie auf eine geringe Anzahl und Intensität von Gesprächsthemen (wie u.a. Garten- bzw. alltagsbezogene Themen) beschränkt. Hierfür sind folgende Interviewauszüge exemplarisch anzuführen:

Proband: „[...] sagen wir mal so, wir [mit den Nachbarn] tauschen Fachgespräche oder Fachsimpeleien [über] den Garten [aus]. Gibt [es] bei ihr mehr Obst [dann] sagt sie, bei mir kannst du Pflaumen holen. [Sie] wissen wie das ist. Oder hüte mal das Haus [...]“ (Herr Lose: 5429753\1.MZP\_5v7, S. 7/Absatz: 7).

Die meisten Probanden/-innen beschreiben übereinstimmend die aktive Rat- bzw. Unterstützungssuche als sehr zielgerichtet und spezialisiert, d.h. für die jeweiligen Gesprächsthemen bzw. Problematiken werden (in unterschiedlicher Intensität) Freunde und Bekannte zu Rate gezogen. Am häufigsten wird zu den Themen der beruflichen bzw. nachberuflichen Tätigkeit, Gesundheit, Familie – insbesondere Kinder und Enkelkinder – der Austausch innerhalb des zuvor beschriebenen sozialen Rahmens gesucht, wobei im nachbarschaftlichen Kontext oftmals ausschließlich praktische Ratschläge ausgetauscht werden. Spezifische Gesprächsthemen innerhalb von Freundes- und Bekanntenkreis werden in der Interviewpassage von Herr Haack deutlich: Der Proband stammt aus einer kinderreichen Arbeiterfamilie und tat es seinem Vater gleich und durchlief eine Handwerkslehre. Die Berufsbiografie von Herrn Haack ist durch zahlreiche Diskontinuitäten bzw. Brüche gekennzeichnet, das heißt, er hat nach Phasen der Arbeitslosigkeit in unterschiedlichen Branchen verschiedene Tätigkeiten ausgeübt. Als Familienvater mittlerweile von drei erwachsenen Söhnen sowie als mehrfacher Großvater dient ihm sein großes familiäres Netzwerk als Informations- und Austauschquelle. So fragt Herr Haack, wenn er Rat benötigt, zielgerichtet Familienmitglieder zu speziellen Themenbereichen.

Exemplarisch für die Auswahl von bestimmten Ansprechpartnern im Hinblick auf spezifische Themengebiete sind folgende Interviewpassagen von den Befragten anzuführen:

Proband: „[...] wie soll ich das sagen, wenn ich jetzt irgendwie ein technisches Problem mit dem Elektrischen hätte, dann würde ich ja lieber meinen Sohn anrufen, der Elektriker ist, bevor ich dann irgendwie [...] woanders hinginge. In Bezug auf Finanzen [würde ich] unseren Robert [...] als Bankkaufmann [fragen]“ (Herr Haack: 3579246\1.MZP\_4v6, S. 11/Absatz: 14).

Sowie die Antwort eines weiteren Probanden auf die Frage, an wen er sich wenden würde, wenn er einen Rat oder eine Information bräuchte:

Proband: „Der Karl weiß es auch nicht. Gut es gibt ja Sachen, sagen wir Sachen über das Auto, dann frage ich meinen Schwager: Peter hör mal zu, so und [...] der fährt ja jahrelang und geschäftsmäßig Mercedes. Ich fahre privat Mercedes, aber trotzdem weiß der immer mehr, weil er auch in die Werkstätten kommt, und da wende ich mich immer an [Peter].“ (Herr Haberstroh: 4681357\1.MZP\_5v7, Position: 137-144).

Als Weiteres kann zur Veranschaulichung der Fall von Herrn Heinrich, eines sich bereits im Ruhestand befindlichen Freiberuflers, angeführt werden. Der Proband ist verheiratet und Vater eines erwachsenen Kindes. Herr Heinrich kann auf ein großes außerfamiliäres Netzwerk zurückgreifen. Nach den Aussagen des Probanden bieten sich für ihn eine Auswahl an speziellen Ansprechpartnern für die jeweilige individuelle Problemlage. Diese Inanspruchnahme von „themenspezifischen“ Unterstützungsleistungen bzw. Beratungsmöglichkeiten ermöglicht ihm einen gezielten fachspezifischen Austausch und hilft bei der (raschen) Entwicklung von Lösungsansätzen:

Proband: „[...] wenn ich irgendwelche rein juristische Zweifelsfragen habe. Ich habe zwar das BGB, nicht aber eben das Juradeutsch. Das ist so kompliziert geschrieben, und dann rufe ich an. [Dann] sage ich Peter oder Falko, wer gerade Zeit hat, ich habe das und das Problem zu lösen. Kannst du mal gucken [...]“ (Herr Heinrich: 7924681\1.MZP\_5v7, S. 9/Absatz: 20/Position: 178-181).

Diese systematisch gewählte themenspezifische Informationssuche wird in den Aussagen des Großteils der Befragten bestätigt.

In ähnlicher Form schildert eine Probandin ihr persönliches „Informationsbeschaffungssystem“. Frau Hauser ist verheiratet, Mutter einer Tochter und mittlerweile in den Vorruhestand eingetreten. Ihre berufliche Laufbahn erfährt nach der erfolgreichen Erlangung des Schulabschlusses (welcher vergleichbar mit dem heutigen Realschulabschluss ist) einen Einbruch, da sie keine Möglichkeit erhält, eine Lehrstelle anzutreten. Daher arbeitet Frau Hauser als ungelernete Arbeitskraft in prekären Arbeitsverhältnissen, zum Teil im Schichtdienst. Betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten blieben der Probandin verschlossen.

Die Probandin hat jedoch gelernt, wie sie eigenständig in ihrem sozialen Netzwerk zielgerichtet an sehr unterschiedliche Informationen gelangt. Frau Hauser bringt diese aktive Informationssuche im sozialen Umfeld wie folgt auf den Punkt:

Probandin: „[...] man braucht immer verschiedene Personen für solche Bereiche [und] für jene Bereiche“ (Frau Hauser: 4423103\2.MZP\_2v2, 00:11:05).

Auch der Proband Herr Hornberger antwortet auf die Frage, wie seine Informationssuche aussieht, dass er sich gezielt bei fachkundiger Stelle Rat sucht:

Proband: „Dann gehe ich da hin, wo die [Information] gespeichert ist. Dann hole ich mir den Rat, da wo er liegt. Das kann eine Bibliothek [sein], das kann irgendein Amt oder eine Behörde [sein]. Ich hole mir das schon, da wo es ist [...]. Ich hole mir die Informationen, die ich brauche“ (Herr Hornberger: 3791246\1.MZP\_3v3, S. 2/Absatz: 4-5).

Hinsichtlich der Veränderungen innerhalb des sozialen Netzwerkes führen die Auswertungen zu einer inkonsistenten Befundlage. Einige, wenn auch die deutliche Minderheit der Befragten haben angegeben, dass es sowohl hinsichtlich der Größe als auch der Qualität bzw. Intensität der Kontakte innerhalb ihres sozialen Netzwerkes nur geringfügig bis gar nicht zu Veränderungen gekommen sei und verweisen im Falle eines nachlassendes Kontaktes auf die Möglichkeit einer aktiven Beeinflussung des persönlichen sozialen Netzwerkes (vgl. Frau Liebbach: 8910547, 1.MZP; Frau Hiller: 6125891, 1.MZP\_5v7).

Mehrheitlich werden allerdings deutliche Veränderungen hinsichtlich der Qualität, aber insbesondere der Quantität des sozialen Netzwerkes von den Probanden/-innen wahrgenommen. Deutliche Veränderungen in Übergangsphasen – wie etwa der Eintritt in die nachberufliche Phase – bringen in vielen Fällen ein Wegfall von kollegialen Beziehungen mit sich. So erklärt ein Proband nach dem Wegfall der beruflichen Kontakte Folgendes:

Proband: „[...] [Ich] nutze den Freundeskreis jetzt intensiver aus [als] früher, wo man im Berufsleben war [...]“ (Herr Haack: 3579246\2.MZP\_1v4, S. 2/Absatz: 3).

Zudem stellt die Mobilität einen entscheidenden Einflussfaktor dar, welche mit zunehmendem Alter zum einen durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und zum anderen durch eine mangelnde Infrastruktur insbesondere in ländlichen Regionen eingeschränkt sein kann. Zu beobachten ist ferner eine Intensivierung familiärer Beziehungen, die sich nicht ausschließlich auf die Partnerschaft sowie die eigenen Kinder bzw. Enkelkinder beschränkt, sondern oftmals eine Intensivierung der Geschwisterbeziehung im höheren Alter bewirkt. Bedingt wird dieses Phänomen u.a. unter den Umständen der Verwitwung, des Auszugs der Kinder („empty nest“) oder auch der Auflösung zuvor existierender beruflicher Netzwerkstrukturen. Entsprechend der Metapher des „sozialen Konvois“ (vgl. Antonucci/Akiyama/Takahashi 2004) von einer (den Umständen entsprechenden) lebensphasenbezogenen Zu- bzw. Abnahme und/oder Stabilisierung von sozialen Beziehungen, bedingt durch Todesfälle, Verwitwung, Herausbildung andersgelagerter Interessen etc., berichtet ein Proband über den Wandel seines sozialen Netzwerkes im Lebenslauf, dass sich sein soziales Netzwerk sowohl strukturell bzw. quantitativ als auch qualitativ in seiner Gesamtheit im Lebenslauf divergent gewandelt hat (vgl. Herr Holm: 5579124, 1.MZP).<sup>352</sup>

Wie bereits auch am Beispiel der Schilderungen von Herrn Holm beschrieben, treten Veränderungen innerhalb der Zusammensetzung des Freundeskreises im Lebenslauf bei allen Probanden/-innen in unterschiedlichem Ausmaß auf. Das heißt, neue Kontakte werden erschlossen

---

<sup>352</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zum Probanden Herrn Holm (ID: 5579124) unter Appendix 10.



(Erschließung neuer Kontakte z.B. durch Freunde, Vereinstätigkeit etc.), manche Kontakte hingegen brechen ab bzw. verlieren kurz- oder langfristig (lebensphasenbezogen) an Qualität und Intensität (vgl. Herr Lange: 3642975, 3.MZP; Herr Haberstroh: 4813579, 1.MZP). Der Proband Herr Langhans beschreibt in seinem Interview die Entwicklung der Beziehungsstrukturen im jungen und mittleren Erwachsenenalter, eine Phase, die häufig durch beruflich bedingte Veränderungen dominiert wird und folglich auf das soziale Netzwerk Auswirkungen hat, wie folgt:

Proband: „Es gab mal eine Zeit lang einen festen Bekanntenkreis und der veränderte sich aber ständig, weil mal wieder neue [Bekannte] hinzukamen. Man konnte das auch nicht immer ausführen, weil es räumlich bedingt war.“ (Herr Langhans: 9324681\1.MZP\_4v8, S. 14).

Insgesamt sind mehrheitlich mit zunehmendem Alter weitreichende Veränderungen hinsichtlich der Quantität als auch Qualität der Beziehungen zu verzeichnen: Wie bereits erwähnt, reduziert sich die Anzahl der tatsächlichen Beziehungen i.d.R. durch den Wegfall der beruflichen Kontakte in der nachberuflichen Phase. Familiäre Beziehungen werden größtenteils intensiviert, und es wird ihnen ein größeres Gewicht zugesprochen, z.B. zur Kompensation wegbrechender beruflicher Kontakte in der nachberuflichen Phase.

Ähnliche Schicksale und das Erfahren kumulativer kritischer Lebensereignisse mit zunehmendem Alter können dazu beitragen, dass durch die Betroffenheit die Zugehörigkeit zu neuen Gruppen und somit neuen Kontakten eröffnet wird. Dies stellt eine Probandin beispielhaft im Interview nach ihrer Verwitwung dar: Frau Hauser beschreibt, wie sie neue Freunde mit ähnlichen Schicksalen durch die gemeinsame Trauerbewältigung kennengelernt hat, die ihr Unterstützung gegeben haben (vgl. Frau Hauser: 4423103, 3.MZP).

Es lässt sich jedoch konstatieren, dass bei der deutlichen Mehrheit der Befragten ein mit dem Alter sich zunehmend verkleinerndes soziales Netzwerk festzustellen ist, welches eine rapide Einbuße hinsichtlich der Anzahl von Beziehungen beim Austritt aus der Erwerbsphase erfährt. Dieses sich i.d.R. verkleinernde Netzwerk im Alter und die damit einhergehende soziale Isolation sowie mangelnde gesellschaftliche Integration – durch Veränderungen in den Aktivitäten – beschreibt eine Probandin folgendermaßen:

Probandin: „[...] Das ist ein Problem für mich [...], weil ich manchmal nicht recht weiß [...], ob ich mich da richtig verhalte. Ob ich vielleicht zu viel in ihn [also in meinen Mann] reinsehe oder [so]. Das bedrückt mich manchmal. Die Welt wird ja immer kleiner [...], wenn man älter wird. Der Umkreis, [der] einen wirklich bewegt, sagen wir mal, [wird immer kleiner]“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_4v6, S. 5/Ab-satz: 15).

Die Probanden/-innen berichten explizit von Veränderungen ihres sozialen Netzwerkes in qualitativer Hinsicht. So antwortet eine Probandin auf die Frage, ob sich ihre Beziehung zu ihrem Freundeskreis in den letzten Jahren insbesondere durch den Eintritt in die nachberufliche Phase verändert hat, wie folgt:

Probandin: „Ich will mal sagen, ich habe [meinen Freundeskreis] bewusst gepflegt [...] einige Jahre vor der Pensionierung. Gerade mit der einen [Freundin], wo ich sagte, die ist jetzt siebzig, [...] ich möchte Kontakt mit [meinem Freundeskreis] halten [...]“ (Frau Haas: 9246813\1.MZP\_5v7, S. 9/Absatz: 2-3).

Diese Aussage bestätigen auch andere Befragte, die in der nachberuflichen Phase den Kontakt zu Freunden intensiviert haben, veranlasst durch ein Bewusstwerden der Bedeutung der Stabilisierung sozialer Beziehungen im Alter. Die Aussagen verdeutlichen, dass sich das soziale Netzwerk seit dem mittleren Erwachsenenalter in seiner Quantität relativ konstant verhalten hat, jedoch die Beziehungen im qualitativen Sinn sich teilweise verbessert haben. Insbesondere Beziehungen im familiären Bereich sind häufig intensiviert worden. Zugleich ist ein Wegfall von Kontakten im beruflichen Bereich durch die Verrentung zu erkennen (vgl. Herr Landmann: 135724, 1.MZP).

Im Hinblick auf die Größe von sozialen Netzwerken veranschaulichen die Interviewausschnitte, dass nicht die Anzahl der sozialen Beziehungen, sondern vielmehr die Qualität der sozialen Kontakte Effekte im Lernprozess nachdrücklich beeinflussen. Ebenso sind die Dichte, Heterogenität und Multiplexität sozialer Kontakte entscheidende Kriterien sozialer Netzwerkstrukturen (vgl. Wagner/Wolf 2001). Im Zusammenhang mit sozialen Netzwerken kann davon ausgegangen werden, dass „Quantität nicht gleich Qualität“ ist: Daher sollten mögliche negative Effekte von sozialen Netzwerken – wie Konfliktpotenziale, Einschränkungen unterschiedlicher Art oder auch die Förderung erlernter Hilflosigkeit – stets berücksichtigt werden.

So können die Unterstützungsleistungen und Austauschmöglichkeiten durch den Partner/-in in vielfältiger Weise und Ausmaß zum Tragen kommen: Zum Beispiel durch die emotionale und praktische Unterstützung bei der Verwirklichung des beruflichen Karrierebestrebens, hiervon haben überwiegend die männlichen Probanden der befragten Alterskohorte aufgrund der genderspezifischen klassischen Aufgabenverteilung in der Geburtskohorte profitiert. Lebensbereichsübergreifend weisen jedoch genderunabhängig die Befragten ein relativ ausgeglichenes Ausmaß an Unterstützung bzw. Austauschoptionen auf.

In der Interviewanalyse kommen ferner hinsichtlich der Rat- und Informationssuche und des damit verbundenen themenspezifischen Austausches erneut genderspezifische Aspekte zum Ausdruck, so schildert ein Proband den Austausch mit seiner Partnerin wie folgt:

Proband: „[...] vor allen Dingen seit [meine Frau und ich] ein bisschen krank sind, ist sie sehr auf Gesundheitsfragen ausgerichtet. [...] damit beschäftige ich mich nicht so sehr, das macht alles meine Frau, was die Ernährung angeht und diese Dinge. Das hat sie [...] ganz in der Hand und da bildet sie sich auch weiter. Das ist sehr schön“ (Herr Hoppe: 6924681\1.MZP\_3v6, S. 12/Absatz: 1).

Hierbei wird in der Analyse auch über den Einzelfall hinaus unverkennbar, dass gesundheitsorientierte Lebensbereiche und Fragestellungen eher der weiblichen Rolle zugeschrieben werden, die ihr Wissen eine Art Multiplikator in die Familie einbringt, wovon in diesem Falle der Proband durchaus profitiert.

Die partnerschaftliche Beziehung kann u.U. kommunikative Kompetenzen fördern; dies verdeutlicht folgendes Beispiel: Herr Haberstroh führt in seiner Partnerschaft regelmäßig kontroverse Diskussionen. Demzufolge hat er durch die Auseinandersetzung mit seiner Frau eine Methode der Problembewältigung entwickelt. Im Streitfall und bei Diskussionen mit seiner Ehefrau zu aktuellen Geschehnissen recherchiert bzw. schlägt der Proband den Streitpunkt in der Literatur o.ä. nach. Herr Haberstroh sieht es als selbstverständlich an, über aktuelle und bedeutende zurückliegende Geschehnisse sowie über technische Neuerungen informiert zu sein. Er lebt nach der Prämisse: „Wenn man aufhört zu lernen, dann ist man alt“ (4813579, 1.MZP).<sup>353</sup> Ähnlich wie Herr Haberstroh berichtet der Proband Herr Lange über die Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten in seiner Partnerschaft: Herr Lange ist ein bereits pensionierter Pädagoge mit voriger handwerklicher Ausbildung im elterlichen Betrieb. Kennzeichnend in seiner Berufsbiografie ist, dass sein beruflicher Ausbildungsweg in den ersten Jahren der Jugend bzw. des jungen Erwachsenenalters im hohen Maße fremdbestimmt war, da sein beruflicher Werdegang durch den elterlichen Handwerksbetriebes vorbestimmt wurde. Eine Qualifikation in einem anderen Berufsfeld erlangte Herr Lange über ein Hochschulstudium und konnte somit dem Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung nachkommen. Im Gegensatz zu den in der Jugend und jungen Erwachsenenalter bestehenden entwicklungshemmenden Strukturen, bieten seine familiären Beziehungen seit der eigenen Familiengründung – insbesondere zu seiner Ehefrau – dem Probanden ein sehr lernförderliches Umfeld. Unterstützung bezüglich seiner beruflichen Karrierebestrebungen in beratender Form erhielt der Proband von seiner Ehefrau. Dadurch wurde Herr Lange zu reflexiver Auseinandersetzung durch sein familiäres Umfeld angeregt. Ihm wurden dadurch neue Lerngelegenheiten eröffnet. So berichtet der Proband:

„[...] in früher Zeit hat [meine Frau] mir dann manchmal Recht gegeben auch, wenn ich vielleicht Unrecht hatte. Gerade wenn ich Ärger hatte [...], hat sie mir dann aber hinterher doch so durch die Blume beigegeben, dass ich doch nicht so ganz Recht

---

<sup>353</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zum Probanden Herrn Haberstroh (ID: 4813579) unter Appendix 10.

gehabt habe, und das hat sie [mir] schön auf eine geschickte Art und Weise [...] beigebracht.“ (Herr Lange: 3642975\1.MZP\_4, S.4/ Absatz: 145-146).

Eine partnerschaftliche Beziehung bietet oftmals einen gemeinsamen Raum des Austausches und der Reflexion, der wiederum Impulse zur Ausübung und Entdeckung gemeinsamer Interessen geben kann, beispielsweise das Erlernen einer Fremdsprache:

Probandin: „[...] , dass man das Selbstbewusstsein mal aufmöbelt, durch diese Sachen, die wir [nebenbei] machen, dass wir Sprachen lernen und so [...], dass man sagt, das können wir jetzt. Das ist doch prima“ (Frau Luther: 2680074\3. MZP, 00:29:19).

Dies kann sich motivationsfördernd auf den Lernprozess auswirken.

Neben der Partnerschaft als wichtige Austauschmöglichkeit gewinnt – wie bereits erwähnt – die Geschwisterbeziehung mit zunehmendem Alter häufig an Bedeutung und erfährt oftmals eine stärkere Intensivierung und Sequenzierung im Alter. Ursächlich für diese Entwicklung ist zum einen die Singularisierung im Alter, insbesondere betrifft dieses Frauen durch die höhere Mortalitätsrate von Männern und somit einer größeren Wahrscheinlichkeit der Verwitwungsrate von Frauen im Alter. Zum anderen kann die Reflexion und Bewusstmachung des Alters und der eigenen Endlichkeit des Daseins dafür verantwortlich sein. Demzufolge geht damit häufig eine Intensivierung der familiären Beziehungen einher, wobei oftmals die Probanden/-innen eine emotionale Stabilisierung und Unterstützung von den Geschwistern erfahren (auch im Hinblick auf ein sich verkleinerndes Netzwerk nach dem Wegfall der beruflichen Kontakte; vgl. Frau Liebbach: 8910547, 1.MZP). Zudem wird durch (Wieder-)herstellung oder Belebung der Geschwisterbeziehungen durch gemeinsame Unternehmungen das Aktivitätsniveau tendenziell angehoben (vgl. Frau Leuschner: 8269713, 2.MZP).

Im Gegensatz zu der Entwicklung von Geschwisterbeziehungen im höheren Lebensalter verhält es sich mit den Beziehungen zwischen unterschiedlichen Generationen – wie das der untersuchten Alterskohorte zu ihren Kindern und Enkelkindern – anders:

Das Gleichgewicht im Rahmen von Tauschbeziehungen hinsichtlich Rat- und Trostspendern sowie praktischer Unterstützungsleistungen besteht gemeinhin zwischen den Generationen und ist i.d.R. ein unausgewogenes. Ein Wechsel der Tauschverhältnisse erfolgt, wenn die eigene ältere Generation betreuungs- bzw. pflegebedürftig wird. Die „jungen Alten“ übernehmen häufig die Aufgabe der Enkelkinderbetreuung und stellen Ratgeber und Trostspender oder praktischer Helfer/-in für die Kinder als auch die Enkelkinder dar. Einen wichtigen Tätigkeitsbereich

der älteren Generation in der nachberuflichen Phase stellt sowohl die Betreuung der Enkelkinder sowie der intergenerative Austausch über erzieherische Fragen als auch die Teilhabe am Erfahrungswissen der Älteren dar:

Proband: „[...] wo man dann auch gefragt wird, wie ist es denn so bei deinen Kindern oder wie reagierst du darauf oder wie tatest du darauf reagieren [sollen]. Das sind dann halt so Sachen, wo man merkt, die wollen trotzdem etwas von einem wissen, wenn man auch schon zum alten Eisen, auf Deutsch gesagt, gehört. Oder, dass auch mal [gefragt wird], wir wollen das und das machen, hast du einen Vorschlag. Wie könnte man das machen [...]“ (Herr Hermann: 8135792\1.MZP\_3v8, S. 3/Absatz: 5).

Ferner unterstützen die Mehrheit der Befragten ihre Kinder bei praktischen, insbesondere handwerklichen Tätigkeiten. Im Gegenzug nimmt die befragte Alterskohorte wiederum das Wissen der jüngeren Generation bei technischen (EDV-)Fragen, welche einem raschen Wandel unterliegen, beratend in Anspruch:

Proband: „[...] mein Schwiegersohn kommt oft und dann [sitzen] wir gemeinsam [am Computer und], er bringt mir das dann bei. Ja, wenn man es nämlich nicht immer macht, vergisst man das schnell wieder, also ich wenigstens [...]“ (Herr Hübner: 5792468\1.MZP\_5792468\_3v4, S. 13/ Absatz 12; vgl. auch Herr Hegemann: 2468135\3.MZP, 00:24:40).<sup>354</sup>

Prinzipiell erhalten die Befragten bei technischen Problemstellungen Unterstützungsleistungen von der jüngeren Generation, was die Interviewpassage folgender Probandin verdeutlicht:

Probandin: „[Meine Tochter] sagt mir die modernen Sachen (Internetbuchung etc.), und ich sage ihr die guten alten Sachen [u.a. Haushaltstipps, Kochrezepte, Kindererziehung, i.S. von Lebensweisheiten]“ (Frau Lippert: 2724689\3.MZP, 01:33:43), vgl. auch Frau Leuschner: 8269713, 2.MZP).

Die Unterstützung durch soziale Netzwerke, welche sich in ihrem quantitativen als auch qualitativen Ausmaß stark unterscheiden, kann beispielweise in Form von emotionaler sowie praktischer Unterstützungsleistung, die wiederum in einer unterschiedlichen Sequenzstärke bzw. Kontinuität, erfolgen.

Insbesondere biografische Wendepunkte und kritische Lebensereignisse in den einzelnen Lebensphasen erfordern – in Abhängigkeit von den Persönlichkeitsmerkmalen, Motivation etc., d.h. internalen und externalen Faktoren – ein unterschiedliches Ausmaß und Formen von Unterstützungsleistungen. Im Erwerbsverlauf bzw. in Phasen der Erwerbslosigkeit können men-

---

<sup>354</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zum Probanden Herrn Hübner (ID: 5792468) unter Appendix 10.

tale oder auch gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Unterstützung aus dem Umfeld abgedeckt werden und des Weiteren einen entscheidenden Einfluss auf das zukünftige Verhalten sowie auf die Entwicklung von Handlungsstrategien haben.

In der Befragung wird ersichtlich, dass die Betreuung von Enkelkindern ein (ehrenamtliches) Tätigkeitsfeld ist und der Isolation Älterer vorbeugt. Dadurch wird intergenerative Unterstützung geleistet. Zudem kann die verstärkte Einbindung in die Enkelkinderbetreuung in der nachberuflichen Phase nach Aussagen der Befragten u.a. zu einer Verstärkung der Selbstwirksamkeit führen:

Proband: „[Mein Enkelkind] das ist jetzt meine Lebensaufgabe. Da bin ich als Großvater hoch angesehen [...]“ (Herr Hübner: 5792468\1.MZP\_3v4, S. 2/Absatz: 15).

Des Weiteren wird die Bedeutung von stabilen und stützenden Beziehungen von den Probanden/-innen betont, welche es den Befragten ermöglichen, beispielsweise in der Ausbildungs- und Erwerbsphase ihren beruflichen Bestrebungen nachzugehen und dabei Unterstützung in unterschiedlicher Form zu erhalten.

Die Unterstützung durch Rat und Trost aus dem sozialen Netzwerk erstreckt sich laut Aussagen der Befragten über die unterschiedlichsten Themenbereiche, wobei oftmals für gewisse Gesprächsthemen gezielt „Experten“ als themenspezifische Auswahl der Gesprächspartner aus dem sozialen Netzwerk aufgesucht werden. Aufgrund dessen, dass durch soziale Netzwerke vermehrt Impulse gegeben werden, wird das Aufnehmen bzw. Fortsetzen neuer Interessen bzw. Aktivitäten gefördert.

Insbesondere bei Erkrankung oder Tod einer nahestehenden Person oder des Lebenspartners kann ein stabilisierendes soziales Netzwerk sich positiv auf das psychische Wohlbefinden der Probandin auswirken (vgl. u.a. Frau Hildebrand: 7315209, 1.MZP).

Die Kehrseite der Medaille ist, dass soziale Netzwerkbeziehungen auch durchaus lernhemmend wirken können. Unabhängig von der Netzwerkgröße kann der Netzwerkqualität ein Wirkmechanismus auf potenziell lernfördernde aber auch durchaus lernhemmende Umgebungen zugesprochen werden.

In diesem Zusammenhang ist exemplarisch der Fall von der Probandin Frau Hofstedt anzuführen: Die Probandin ist bereits in zweiter Ehe verheiratet. Aus erster Ehe stammen sechs Kinder. Frau Hofstedt hat damals vor der ersten Eheschließung die Berufsschule abgebrochen und nahm die Rolle der Mutter und Hausfrau ein. Dann erlitt ihr damaliger Ehemann schwere Verletzungen bei einem Verkehrsunfall. Zu diesem Zeitpunkt war die Probandin erneut schwanger und

übernahm neben dem Haushalt und der Versorgung der Kinder zusätzlich die Pflege ihres Mannes. Nach Aussagen von Frau Hofstedt hat diese Situation, in der sie sich allein gelassen gefühlt hat, viel Kraft gekostet.

Nach dem Tod ihres ersten Ehemannes hat Frau Hofstedt nach 40-jähriger Tätigkeit als Hausfrau, aus finanziellen Gründen, eine Berufsausbildung im Altenpflegebereich angefangen.

Frau Hofstedt verfügt zwar über ein vergleichsweise großes familiäres sowie außerfamiliäres Netzwerk, jedoch hat sie kaum Unterstützung, i.S. einer Ansprechperson mit beratender Funktion, erhalten:

Probandin: „[...] ich habe alles selbst runterschlucken müssen [...]“ (Frau Hofstedt: 9864297\1.MZP\_3v6, S. 10/Absatz: 7-9).

Die Probandin fühlt sich allein, und hat nicht die Möglichkeit, sich auszusprechen – trotz vorhandener zahlreicher Netzwerkbeziehungen. Der Probandin fehlt eine Art „kritische/r Freund/-in“, der/die zur Reflexion anregt, wie sie das indem Zitat auch situationsbewusst deutlich ausspricht.

Einige Probanden/-innen schlagen einen Austausch trotz vorhandener (vermeintlich qualitativer) Möglichkeiten aus und vermeiden bewusst eine konkrete Aussprache, da sie primär versuchen, durch einen selbstreflexiven Prozess oder auch durch Verdrängungs- sowie Vermeidungsstrategien Schwierigkeiten zu begegnen. Beispielsweise äußert sich ein Proband wie folgt:

Proband: „[...] [bei Kummer und Trost würde ich] zu niemandem, wenn ich Probleme habe, muss ich damit selber fertig werden. Ich würde mir eventuell bei bestimmten Problemen versuchen, einen guten Rat zu holen, aber im Prinzip löse ich Probleme selber“ (Herr Lanz 6538642: 1. MZP, 4v5, 00:13:14).

Jener Proband, der zuvor zitierten Interviewpassage, kann als sehr bildungsaktiv bezeichnet werden. Er verfügt zugleich über eine sehr durch Wechsel gekennzeichnete Berufsbiografie. Nach seiner handwerklichen Berufsausbildung wechselte Herr Lanz in ein ganz anderes Tätigkeitsfeld aufgrund monetärer Vorzüge. Diese Tätigkeit war jedoch körperlich sehr kräfteaufwendend, so dass er sich nach einer gewissen Zeit und besuchten Fortbildungen beruflich erneut umorientierte. Nach einigen berufsbegleitenden Qualifizierungen in seinem ursprünglich erlernten Beruf, machte er sich in diesem Sektor selbstständig. Im privaten Bereich hat der Proband von seiner Ehefrau in Phasen der Karriereplanung den Rücken freigehalten bekommen, um seinen beruflichen Aufstieg realisieren zu können. Auch in der Familie Lanz gab es eine – wie zu damaligen Zeiten (stärker) verbreitete – klassische Rollenverteilung des „male-bread“-

Verdieners und der Rolle der Mutter und Hausfrau. Als starkes „Fundament“ der Familie und gemäß dem damals vorherrschenden geschlechtsspezifischen Rollenbild versucht der Proband sowohl seine Familie als auch den Bekanntenkreis mit seinen eigenen Problemen nicht zu belasten und sich daher eher an außerfamiliärer Stelle themenspezifisch zu informieren bzw. beraten zu lassen.

Auch die folgende Fallbeschreibung verdeutlicht, dass das bloße Vorhandensein von (großen) Netzwerkstrukturen nicht zwangsläufig deren Inanspruchnahme mit sich bringt bzw. Unterstützungsmöglichkeiten oder Lernimpulse bietet. So verfügt die Probandin Frau Hoffmann über ein großes familiäres Netzwerk; dieses umfasst u.a. ihren Ehemann und ihre vier Kinder sowie einige Enkelkinder. Es lässt sich vermuten, dass dieser Probandin eine Auswahl familiärer Unterstützungsleistungen zur Verfügung steht. Jedoch setzt sich ihr familiäres Netzwerk aus nichtintakten bzw. konfliktbeladenden Beziehungen zusammen. Aufgrund fehlender unterstützender Beziehungen war Frau Hoffmann häufig (psychischen) Belastungen allein ausgesetzt. Exemplarisch zeigt der dargestellte Fall, dass strukturelle Netzwerkgegebenheiten kein Garant für Unterstützung sind, vielmehr wirkt sich hier das familiäre Netzwerk sogar teilweise stark belastend und hemmend auf die Probandin aus.

Auch wenn nicht jeder über unterstützende soziale Beziehungen verfügt bzw. jene in Anspruch nimmt, stellen soziale Netzwerke und deren Unterstützungsleistungen mehrheitlich positive Ressourcen dar, auf die bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen oder bei der Verarbeitung von Belastungen zurückgegriffen werden kann (Albe 2007: 75).

Es ist demnach generell anzunehmen, dass vorhandene soziale Netzwerke größtenteils eine unterstützende beratende, emotional stabilisierende, impulsgebende, flexibilitätsfördernde und lernförderliche Funktion erfüllen. Jedoch können diese hingegen auch lernhemmende Wirkungen erzeugen und eher eine veränderungsresistente sowie lageorientierte Verhaltensweise fördern.

So konnten gewisse Netzwerkstrukturen identifiziert werden, die u.U. entwicklungshemmend wirken und das Wohlbefinden mitunter enorm einschränken können.

In der untersuchten Alterskohorte stellt für einige Probandinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein konfliktbelasteter Aspekt dar.

Als ein Beispiel für flexibilitäts- und lernförderliche soziale Beziehung ist jedoch die Biografie von Frau Luther anzuführen: Sie ist verheiratet und Mutter von drei Kindern. Die Probandin hat im Erwachsenenalter in einem Abendlehrgang die allgemeine Hochschulreife nachgeholt



und anschließend ein Hochschulstudium begonnen, dem die ausführliche wissenschaftliche Beschäftigung im Rahmen einer Promotion folgte. Die skizzierte berufliche Entwicklung von Frau Luther war nur durch die Übernahme familiärer Aufgaben seitens ihres Ehemannes möglich. Eine Verschiebung der zuvor im jungen und mittleren Erwachsenenalter gelebten ausgeglichenen Aufgabenteilung ist seit dem Eintritt in den Ruhestand wieder in Richtung einer „klassischen“ Rollenverteilung eingetreten (vgl. Frau Luther: 2680074, 1.MZP).

Bezogen auf das weibliche Geschlecht kann die Wirkung von sozialen Netzwerken erheblich durch bestehende (Fremd- sowie Eigen-)Erwartungen beeinflusst werden: Auf der einen Seite den familiären Verpflichtungen gerecht zu werden, den (vermeintlich) auferlegten gesellschaftlichen bzw. selbstgewählten Rollenzuschreibungen und zum anderen dem Konflikt mit zum Teil konträren Einstellungen des Lebenspartners hinsichtlich des beruflichen Verwirklichungsbestrebens der Frauen auszuloten.

Beispielhaft für lernhemmende Wirkungen, die aus sozialen Netzwerken resultieren können, soll an dieser Stelle der Fall von Frau Liebbach beschrieben werden: Die Probandin ist in einer Großfamilie in der „Sandwichposition“ unter den Geschwistern aufgewachsen. Frau Liebbach war bereits in Kindesjahren mit der Betreuung und Erziehung ihrer jüngeren Geschwister betreut worden. Die Unterstützung bzw. Förderung seitens der Eltern, z.B. dass die Probandin einen Schulabschluss erlangt, fanden nicht statt. Frau Lanz arbeitete demnach schon in jungen Jahren als ungelernete Arbeitskraft in einer Fabrik. Um den prekären Verhältnissen zu entkommen, bildete sich Frau Liebbach berufsbegleitend fort und konnte dann nach einigen Jahren eine Ausbildung zur Krankenschwester beginnen. Eine Stagnation erhielt ihre berufliche Entwicklung mit der Heirat ihres Mannes und der Phase der Familiengründung.

Frau Liebbach hat während der Familienphase und dem darauffolgenden mittleren Erwachsenenalter, aufgrund der starken Eingebundenheit in vorhandene Strukturen und Verpflichtungen, keinen Sport mehr betrieben oder ist anderen Freizeitaktivitäten nachgegangen. Zudem war die Probandin beruflich stark eingespannt und familiär u.a. mit der Pflege der Mutter beschäftigt. Die Rückkehr in den Beruf gelang der Probandin, jedoch hatte der Ehemann ein Problem damit, dass seine Frau eine bessere berufliche Stellung als er selbst besetzte. Frau Liebbach hat sich bis zur Scheidung von ihrem Mann in beruflicher Hinsicht stark „gebremst“ gefühlt.

In diesem Zusammenhang ist auf Untersuchungen zur Freizeitverwendung und Bildungsbeteiligung Älterer hinzuweisen.<sup>355</sup> Es gibt Hinweise, dass insbesondere für die zurückliegenden Generationen geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen. So haben Frauen – wie auch in dem erläuterten Beispiel von Frau Liebbach – die Tendenz, ihre eigenen Freizeitinteressen zum „Wohle der Familie“ für Betreuungspflichten der Kinder oder der eigenen Eltern zurückzustellen und zu verzichten. Kolland & Klingberger (2011) sehen für dieses geschlechtsspezifische Verhalten, also den Verzicht der eigenen Freizeitbedürfnisse und der Priorisierung der Angehörigen, eine (dem damaligen Frauenbild entsprechende anerzogene) Einstellung als ursächlich (Kolland/Klingenberg 2011: 31).

Ein weiteres Fallbeispiel für die einschränkende Wirkung auf die eigenen Entwicklungspotenziale durch das nahstehende soziale Umfeld stellt die Probandin Frau Hiller dar: Sie war mehrfach verheiratet und ist Mutter eines Sohnes. Sowohl der damalige Ehemann als auch die nachfolgenden Lebenspartner der Probandin waren über 20 Jahre älter. Dieser Altersunterschied und damit verbundene unterschiedliche Erwartungen an den/die Partner/-in haben sich in ihren Beziehungen einschränkend auf die Entwicklung von Frau Hiller ausgewirkt. Zudem bestand eine finanzielle Abhängigkeit zum Ehemann bzw. durch die vom Ehemann verursachten Schulden, so dass die Probandin ihre Bedürfnisse zurückgestellt hat und zum „Wohle der Familie“ länger in der Beziehung verblieben ist.

Sie beschreibt ihre zurückliegende Partnerschaft als äußerst lernhemmend und hat daher für sich gelernt:

Probandin: „[...] ich [habe] gelernt, auch meine Bedürfnisse, ob ich nun fortgehe oder das mache, zu sagen und auch zu tun“ (Frau Hiller: 6125891, 1.MZP, 5v7, 00:21:18).

Die gelernte Buchhalterin hat im späteren Verlauf ihres Lebens den Wiedereinstieg ins Berufsleben gefunden bzw. aufgrund finanzieller Engpässe wieder finden müssen und konnte somit aber auch ihre Freiheit zurückgewinnen. Seit 1995 lebt Frau Hiller in keiner Partnerschaft mehr. Sie versucht, sich auf ihre eigene Person zu besinnen und ihren Bedürfnissen nachzukommen bzw. zukünftig Chancen zu ergreifen.

Insbesondere Frauen der untersuchten Alterskohorte befinden sich oftmals in der sogenannten „Sandwich-Position“, d.h. es entsteht ein Spannungsfeld durch die Doppelbelastung zwischen der Pflege der Eltern oder auch des Partners, der Versorgung der Familie und den persönlichen

---

<sup>355</sup> Siehe zur Zeitverwendung älterer Menschen weiterführend u.a. in Engstler et al. 2004 und Menning 2006 sowie zu den geschlechtsspezifischen Besonderheiten der Zeitverwendung älterer Menschen in Sellach/Enders-Drägässer/Libuda-Köster 2004.

Entwicklungsbestreben z.B. in beruflicher Hinsicht. Dieser Situation sind primär Frauen in der Alterskohorte ausgesetzt („Pflege ist weiblich“). Zudem resultieren oftmals aus der Pflege und/oder des Zusammenlebens mit einem Elternteil Spannungen und Konflikte, welche u.U. belastend auf die eigene Partnerschaft einwirken.

Im Folgenden soll exemplarisch eine Biografie dargestellt werden, in der jene beschriebene Doppelbelastung ein zentrales Element ist: Es handelt sich um die aus ärmlichen Verhältnissen stammende Probandin Frau Lippert. Sie hat nach dem Besuch der Mittelschule, keine Berufsausbildung machen können, weil ihre Eltern sie sehr früh in einer Fabrik zum Arbeiten schickten, damit der damalige Familienunterhalt gesichert werden konnte. Ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung ging Frau Lippert als ungelernete Arbeitskraft unterschiedlichen niedrigschwelligen beruflichen Tätigkeiten nach. Nachdem die Probandin geheiratet und eine eigene Familie gegründet hat, übernahm sie nach einigen Jahren die Pflege der Schwiegereltern. Nach dem Tod des Schwiegervaters nahmen die Probandin und ihr Mann die Schwiegermutter zur Pflege in ihrem Haus auf. Frau Lippert empfand die Pflege der Schwiegereltern – bzw. der Schwiegermutter – als enorme Belastung. Sie erfuhr eine drastische zeitliche Einschränkung ihres eigenen Familienlebens sowie einer Beschneidung ihrer Freizeit. Als es zu einer Intensivpflege der Schwiegermutter kam, musste die Probandin ihre berufliche Tätigkeit aufgeben. Frau Lippert bezeichnete die Betreuung der Schwiegereltern, als „Klotz am Bein“.

So wie in vorigen Schilderungen deutlich wurde, war die Probandin in der Pflege der Schwiegereltern zeitintensiv eingebunden, worauf sie in Folge ihre eigentlichen sowohl persönlichen als auch beruflichen Ziele vernachlässigt hat:

Probandin: „Irgendwann schon, aber das hing eben von den Ganzen, da war noch gar kein Land in Sicht, weil ich das immer mit den Eltern [hatte]. Ich hatte eigentlich, ich möchte bald sagen, [die Eltern] wie ein Klotz am Bein, und die waren ja vorwiegend von mir betreut worden. Mein Mann hatte da ja gar nicht so viel mit zu tun, weil er ja auch nicht da war“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_2v6, S. 7/Absatz: 10; vgl. auch Frau Hintze: 6321792, 1.MZP).

Die Beziehung zu den Eltern, in diesem Falle der Mutter, zeigt sich auch in einem anderen Kontext als problematisch i.S. von lernhemmend für eine Befragte, wie folgender Textauschnitt verdeutlichen soll:

Interviewer: „Und die Mutter hat Sie nicht unterstützt?“  
Probandin: „[...] im Gegenteil [meine Mutter] hat mir eher Steine in den Weg gelegt. Wenn auch bloß verbal. [...] einen psychischen Druck [hat sie] immer auf mich ausgeübt“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_3v6, S. 5/Absatz: 12-15).

Nicht nur die Pflege der Eltern oder Schwiegereltern, sondern auch die Pflege bzw. Betreuung des Partners wird überwiegend von Frauen übernommen, wodurch die eigene Mobilität und Flexibilität zugleich stark eingeschränkt ist. Eine Probandin, die ihren gesundheitlich beeinträchtigten Partner betreut, formuliert dies so:

Probandin: „[...] dann ist [mein Ehemann] gesundheitlich nicht mehr so ganz auf [der Höhe] gewesen. Da habe ich mir Sorgen gemacht und da hatte ich dann auch nicht die nötige Ruhe irgendwo hinzugehen. Ich habe mich um ihn gesorgt und wollte da sein, wenn er kommt und so weiter. Und was die Kultur angeht [...] alleine macht es auch nicht allzu viel Spaß. Ja, der ist ja ausgelaugt, erst mal wenn er abends schon viele Kämpfe gehabt mit dem Betrieb, dass sie ihn erhalten können und so weiter und so fort. Dass [mein Mann seine] Arbeit behalten [kann]. [...] Die Zeit hat uns ein bisschen krank gemacht, muss ich ehrlich sagen“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_2v6, S. 7/Absatz: 1).

Dieses wirkt sich mitunter lernhemmend auf die Entwicklung der Probandin aus:

Probandin: „[...] aus Rücksicht auf seinen gesundheitlichen Zustand [...] er ist nicht krank, aber auch nicht ganz gesund. [Daher] setze ich meine Meinung nicht durch und versuche eigentlich, ihn nicht aufzuregen [...] und stecke dann lieber wieder zurück, damit ich ihn mir recht lange erhalte, das ist wichtig“ (Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_4v6, S. 3/Absatz: 12).

In den analysierten „ILSE“-Interviews konnten unterschiedliche Lernanlässe, i.S. von Lernimpulsen und Lernmodi durch soziale Netzwerke, identifiziert werden. Es zeigte sich aber auch, dass in Abhängigkeit der jeweiligen Förderkulturen – i.S. von unterstützenden sowie restriktiven Faktoren – die Lernimpulse unterschiedlich aufgegriffen werden (können).

Zusammenfassend kommt die durchgeführte Analyse zu den Veränderungen und Wirkung von sozialen Netzwerken mit zunehmendem Lebensalter zu vergleichsweise ähnlichen Befunden wie in der „EdAGE“-Studie. Die untersuchten „ILSE“-Probanden/-innen nannten Personen aus ihrem direkten familiären Umfeld als wichtige informelle Lernquelle bzw. Impulsgeber i.S. von Lernanlässen, aber auch Freunde werden zum beratenden Austausch häufig herangezogen, jedoch in zunehmenden Alter mit abnehmender Tendenz. Demnach verstärkt sich die Netzwerk- ausrichtung mit zunehmendem Alter – welches häufig durch Einschränkungen der sozialräumlichen Mobilität gekennzeichnet ist – in Hinblick auf das Lernen auf das direkte familiäre Umfeld. Hierbei können Geschwisterbeziehungen als zeitlich überdauernde familiäre Beziehungen angesehen werden (Fooker 1999: 231). Insbesondere Schwestern intensivieren im Hinblick auf die Kontakthäufigkeit als auch auf die Unterstützungsleistungen im Alter ihre Geschwisterbeziehung (Clemens 2001: 507; Bollmann 2012).

Wie die Auswertungen verdeutlichen, sind familiäre Beziehungen oftmals multifunktional und reichen von emotionaler bis hin zu alltagspraktischen Unterstützung. Im Umkehrschluss impliziert dieses, dass fehlende familiäre Netzwerkbeziehungen zu einer erheblichen Reduzierung der Handlungs- und Kontaktspielräume führen können (Clemens 2001: 504). Aus der sozialen Netzwerkforschung ist bekannt, dass im Geschlechtervergleich Männer tendenziell eine geringere Anzahl verwandtschaftlicher Beziehungen aufweisen, jedoch hingegen über einen größeren außerfamiliären Freundeskreis verfügen (Wagner/Wolf 2001: 547f.). Zu außerfamiliären Beziehungen wie Freundschaften liegen konträre Forschungsbefunde vor: Auf der einen Seite scheinen Freundschaften im höheren Alter in ihrer Bedeutung hinter den Familienbeziehungen und erwerbsarbeitsbezogene Beziehungen zu stehen. Auf der anderen Seite ergaben Untersuchungen, dass Freundschaften auch im Erwachsenenalter als eine wichtige Beziehungsform – im Hinblick auf das gemeinsame Erleben und die Reflexion von Ereignissen (Stiehler 2009: 392f.) – angesehen werden können (vgl. Stiehler 2009). Des Weiteren können soziale Beziehungen zu (ehemaligen) Arbeitskollegen/-innen als wichtige Netzwerkpartner angesehen werden, die zur Bewältigung von arbeitsbedingten Belastungen als auch zur Stressreduzierung genutzt werden (Sickendiek 2009: 477f.). Diese Unterstützung, die durch das berufliche Umfeld geleistet wird, tritt insbesondere bei dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und dem Wegfall der Strukturen ins Bewusstsein und erfährt im Nachhinein einen Bedeutungszuwachs.

Im Hinblick auf die nachberufliche Phase, wenn sich die Zeitstrukturen verändern und das Raum-Zeit-Inventar für Freizeit- und häusliche Aktivitäten zunimmt, gewinnen soziale Kontakte zu Vereinskollegen/-innen oder auch zu Nachbarn an Bedeutung und können sowohl als Informationsquelle als auch zur Aufgabenbewältigung dienen (vgl. Günther 2009).

Es konnte anhand des analysierten „ILSE“-Interviews deutlich gemacht werden, dass erhebliche Wirkungen von sozialen Beziehungen auf das Lernen bestehen. Hierbei kann der Netzwerkgröße eine geringere Wirkung als der subjektiv wahrgenommenen Qualität der sozialen Beziehungen zugesprochen werden.

Laut den Analyseergebnissen stellen strukturell gegebene familiäre als auch außerfamiliäre Netzwerkstrukturen keinen Automatismus für Unterstützungsleistungen dar. Die in dieser Arbeit dargestellten Fallbeispiele konnten indessen veranschaulichen, dass Beziehungsstrukturen sowohl lernförderlich als auch -hemmend wirken können.

Als lernfördernde Aspekte sozialer Beziehungen konnte in den analysierten Interviews der Austausch von Wissen, Reflexion und Feedback sowie emotionale Unterstützung benannt werden.

Es ließen sich jedoch auch lernhemmende Aspekte identifizieren – wie beispielsweise fremd-einwirkende Kontrollmechanismen in Form von Bevormundung oder auch Gewaltandrohungen (Mayr-Kleffel 1991: 278ff.) – die auf das Wohlbefinden und damit mitunter auf die Lernmöglichkeiten belastend Einfluss nehmen können. Diese Formen der Kontrolle und Bevormundung können auf psychischer Ebene zum Abbau der Selbstwirksamkeit(serwartung) und auf der Handlungsebene bzw. physischen Ebene zum Kompetenzabbau bis hin zum Autonomieverlust führen, was Seligman als „erlernte Hilflosigkeit“ beschreibt (vgl. Seligman 1979).

Einen weiteren Aspekt stellt das sich wandelnde Beziehungsgefüge zwischen den Generationen dar, i.S. einer veränderten Gewichtung intra- und intergenerationaler „Unterstützungsverhältnisse“ und dem damit einhergehenden Rollenwechsel innerhalb der Netzwerkstrukturen.

Abschließend lässt die durchgeführte Interviewauswertung die Schlussfolgerung zu, dass insbesondere im Hinblick auf biographische Wendepunkte eine Integration, Partizipation und Wertschätzung innerhalb der jeweiligen sozialen Netzwerke einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von Handlungskompetenz i.S. von Resilienz einnimmt. Zudem haben die Fallbeispiele verdeutlicht, dass sich aus Situationen der aktuellen Bewältigung wiederum Impulse für weitere Lernprozesse entwickeln können.

So konnte in den analysierten Interviews insbesondere das soziale Netzwerk als ein lernfördernder als auch lernhemmender Faktor im Hinblick auf Motivation, Volition und Unterstützung identifiziert werden.

Demzufolge kann die Integration und Partizipation in soziale Netzwerke dadurch einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitsstatus Älterer nehmen, dadurch dass die Möglichkeit der Gestaltung sozialer Rollen besteht sowie die erfahrene Unterstützung durch soziale Beziehungen zur Gesundheitsförderung beitragen kann.

Im Rückblick auf die Forschungsfrage kann in diesem Zusammenhang Bildung eine protektive Funktion eingeräumt werden. Formelle als auch informelle Lern- und Bildungsaktivitäten in sozialen Netzwerken können nachweislich einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden zugeschrieben werden.<sup>356</sup>

Zum einen kann sich bei vorhandener sozialer Unterstützung die Krankheitsdauer verringern. Zum anderen können Lernprozesse in der Gemeinschaft nachweislich gesundheitsfördernd wirken und somit das Risiko von Depressionen, Herz- und Demenz-Erkrankungen reduzieren. Wie

---

<sup>356</sup> Als Prädiktor für die Zufriedenheit hat sich die Qualität sozialer Aktivitäten besser bewährt als die Quantität (vgl. Field et al. 1993).

auch die Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Analyse der ILSE-Probandinnen und Probanden zeigen, scheinen in Bildungsprozesse inkludierte Menschen häufiger auf ihr eigenes Wohlbefinden zu achten, so dass Bildung bzw. Bildungsaktivitäten ein protektiver Effekt im Hinblick auf die Gesundheit zugesprochen werden kann. Im Umkehrschluss bedeutet dieses, dass durch eine mangelnde bzw. fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld im höheren Lebensalter nur schwer eine langfristige erfolgreiche Verhaltensänderung i.S. von Vermeidung von Risikoverhalten o.ä. erlangt werden kann.<sup>357</sup>

Es kann bilanziert werden, dass sich Bildungsaktivitäten in sozialen Netzwerken aktivitätsfördernd auf andere Lebensbereiche auswirken, d.h. diese lebensbereichsübergreifende Impulse für weitere Lernanlässe bzw. -gelegenheiten bieten, die häufig über die unmittelbare Krisenbewältigung hinausgehen. Darüber hinaus scheinen Bildungsaktivitäten eine positive Auswirkung auf die Kognitive Reserve im Alter zu haben sowie somit zur Entwicklung von handlungsorientierten Bewältigungsstrategien beizutragen und dadurch ein autonomes, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben im Alter fördern.

Demzufolge kann die Integration, Partizipation und Wertschätzung innerhalb von sozialen Netzwerken eine erhebliche bzw. impulsfördernde Wirkung auf die Entwicklung von Handlungskompetenz i.S. von Resilienz ausüben.

### **11.1.3 Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten**

In diesem Abschnitt der Untersuchung soll explizit der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich Bildungsaktivitäten – sowohl im formellen als auch informellen Kontext – protektiv auf ein gesundes Altern auswirken. In diesem Zusammenhang soll insbesondere das Lernen durch Krisenerfahrungen und Wendepunkte i.H. auf das Gesundheitsverhalten betrachtet werden.

Beginnend soll im Kapitel 11.1.3.1 der Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den objektiven und insbesondere subjektiven Gesundheitszustand anhand des analysierten Interviewmaterials mittels qualitativ angelegten Inter- und Intragruppenvergleiche untersucht werden. Anschließend soll im Kapitel 11.1.3.2 geprüft werden, inwieweit sich das Ausmaß von Bildungsaktivitäten auf das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten auswirkt, um dadurch u.U. Hinweise zur präventiven Gesundheitsförderung im Rahmen von Bildungsinterventionen sowie im Besonderen zu (Unterstützungs-)Möglichkeiten des lebensbegleitenden Lernens zu erhalten.

---

<sup>357</sup> Siehe hierzu Ausführungen im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.

### 11.1.3.1 Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand

Der in der Untersuchung verwendete Terminus des objektiven Gesundheitszustandes umfasst jenes gesundheitliche Befinden, welches auf einer ärztlichen Diagnose gründet. Im Gegensatz zur objektiven Fremdbeurteilung, basierend auf medizinischen Tests und Untersuchungen, impliziert der subjektive Gesundheitszustand, welcher in dieser Arbeit auch synonym mit dem Begriff des subjektiven Wohlbefindens verwendet wird, die subjektive körperliche, psychische bzw. emotionale Selbstbewertung des Gesundheitszustandes bzw. des Wohlbefindens der Probandinnen und Probanden. Der objektive und speziell der subjektive Gesundheitszustand werden im Folgenden in Abhängigkeit vom Ausmaß der (formellen und informellen) Bildungsaktivitäten und soziodemografischen Einflüsse, wie dem Bildungsstand und dem beruflichen Status, in der Analyse dargestellt.

Im Intragruppenvergleich der Kohorte der Frauen zum objektiven Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstands und beruflicher Position<sup>358</sup> wird ersichtlich, dass geringfügig mehr ostdeutsche Frauen in der Phase des jungen Erwachsenenalters einen besseren objektiven Gesundheitszustand (diagnostisch) aufweisen als die westdeutschen Probandinnen der Substichprobe. Wie in Abbildung 19 erkennbar ist, lässt sich generell eine Abnahme des objektiven Gesundheitszustandes<sup>359</sup> mit zunehmendem Lebensalter feststellen. Diese Entwicklung folgt entweder einem kontinuierlichen Abnahmetrend über die Lebensspanne oder aber auch jenem Trend, dass sich der Gesundheitszustand im jungen und mittleren Erwachsenenalter relativ konstant verhält und erst in der Phase des späteren Erwachsenenalters gesundheitliche Einbußen bzw. Einschränkungen auftreten. In den geschilderten Entwicklungen des Gesundheitszustandes über die Phasen des Erwachsenenalters lassen sich im regionalen Vergleich keine signifikanten Unterschiede bzgl. des Verlaufs erkennen.<sup>360</sup> Auch in Abhängigkeit des formalen Bildungsstandes und der beruflichen Position (Diese bedingen sich wechselseitig: Formal höher Gebildete bekleiden überwiegend auch eine höhere berufliche Position.) lassen sich zudem im

---

<sup>358</sup> Wie bereits erwähnt ist anzunehmen, dass der Bildungsstand und der sozioökonomische Status korrelieren. Das heißt ein hoher Bildungsstand geht mehrheitlich mit einem besser gestellten beruflichen Status einher und nimmt weitreichenden Einfluss auf sozioökonomische Faktoren bzw. die gesellschaftliche und ökonomische Lage einer Person (siehe hierzu in Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*).

<sup>359</sup> Die objektive Gesundheit wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:

+: Laut ärztlicher Diagnose liegen keine bis wenige chronische Erkrankungen vor.

++: Laut ärztlicher Diagnose liegen einige (mehr als zwei) chronische Erkrankungen vor.

+++ : Laut ärztlicher Diagnose liegt eine Vielzahl chronischen Erkrankungen vor (Multimorbidität).

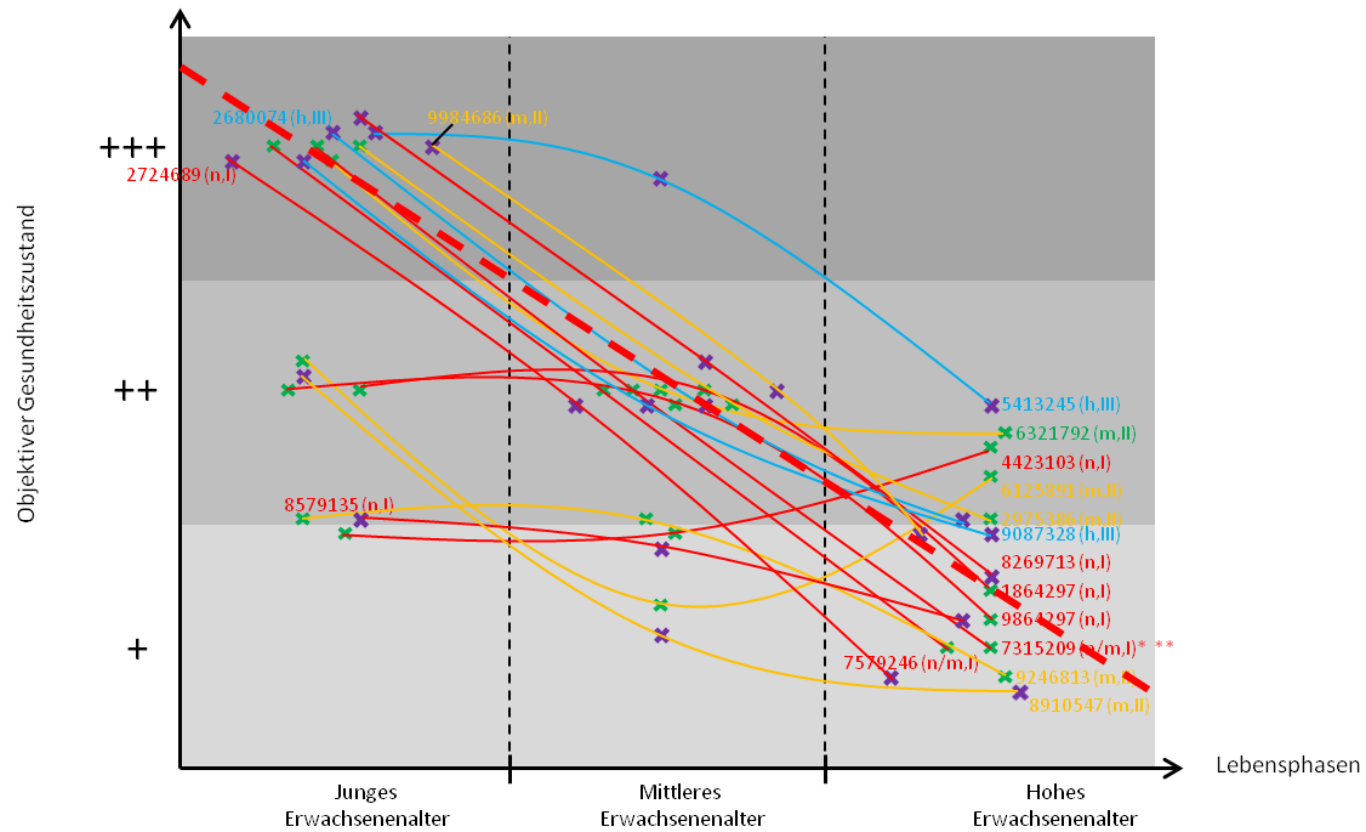
Siehe hierzu ergänzend im Kapitel 4.1 *Definition von Gesundheit*.

<sup>360</sup> Siehe zu den regionalen Unterschieden in den Abbildungen zum *objektiven Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position* unter Appendix 12-14.



Intragruppenvergleich der Frauen bezüglich des objektiven Gesundheitszustandes keine maßgeblichen Unterschiede feststellen.

Innerhalb der Untersuchungsgruppe der Männer verhält es sich wie folgt: Hier zeigen – wie in Abbildung 20 deutlich wird – die westdeutschen Probanden einen geringfügig besseren objektiven Gesundheitszustand als die ostdeutschen Untersuchungsteilnehmer der Substichprobe. Hinsichtlich der Entwicklung des objektiven Gesundheitszustandes über die einzelnen Lebensphasen des Erwachsenenalters ist auch hier – ähnlich wie bei den Untersuchungsteilnehmerinnen – ein abnehmender Trend über die Lebensphasen zu verzeichnen. Jedoch verläuft diese Tendenz bei den Männern größtenteils in einer flachen Abnahme, d.h. der objektive Gesundheitszustand verhält sich bis etwa zum mittleren Erwachsenenalter stabil (eine sogenannte „sanfte“ Abnahme) und erfährt im späteren Erwachsenenalter ebenso Funktionseinbußen.



\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Der Bildungsstand der Probandin ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als ihr beruflicher Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Typen: Bildungsstand/berufliche Position:  
 Rot=geringer Bildungsstand/berufliche Position  
 Gelb= mittlerer Bildungsstand/berufliche Position  
 Blau= hoher Bildungsstand/berufliche Position  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 19: Objektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Frauen)

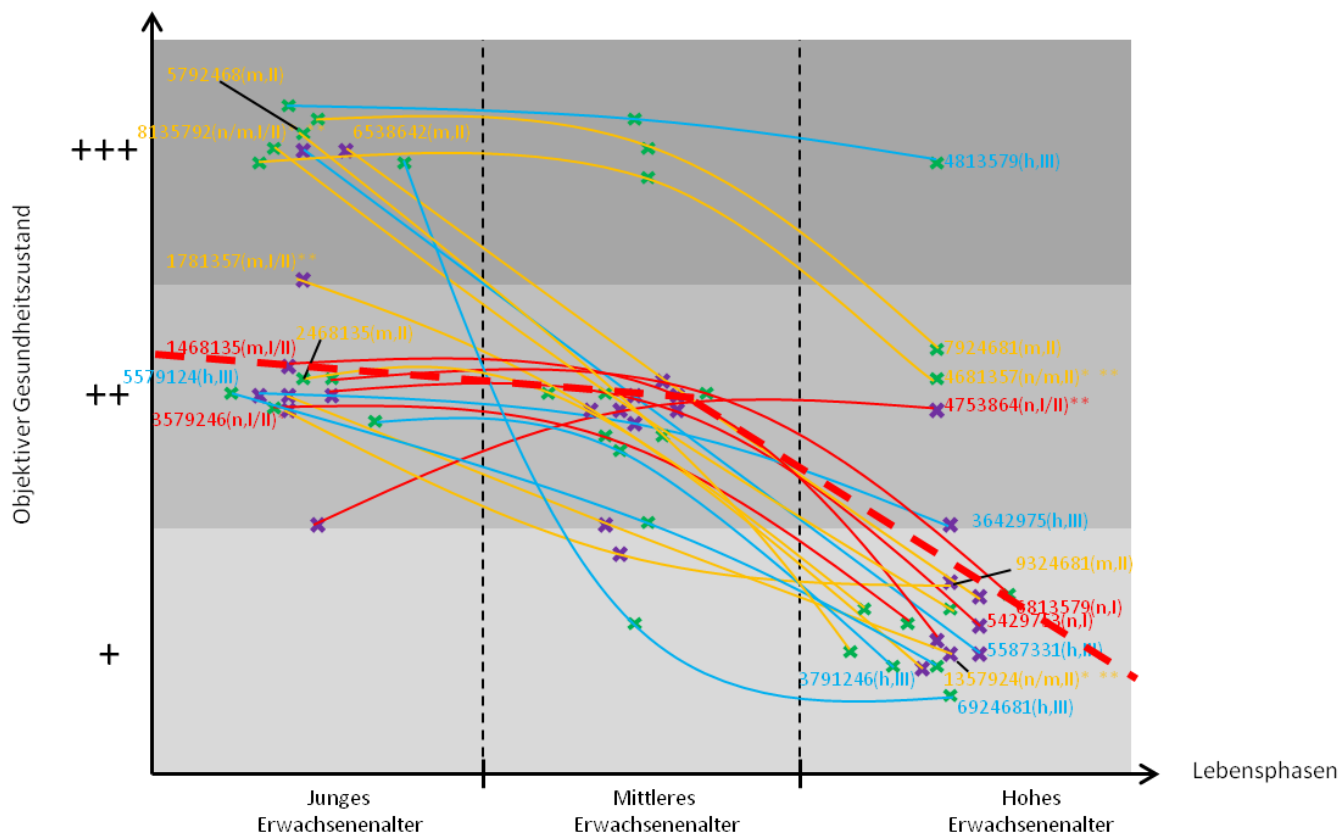
Insgesamt lässt sich konstatieren, dass im geschlechtsspezifischen Vergleich der objektive Gesundheitszustand bei den Männern durchschnittlich besser ausfällt. Grund hierfür kann zum einen ein vermeintlich besserer Gesundheitszustand sein, gemäß der These, dass höher Gebildete über eine bessere Gesundheit verfügen und in der Substichprobe die Männer durchschnittlich höher qualifiziert sind als die untersuchten Probandinnen. Zum anderen kann es darin begründet sein, dass Männer statistisch seltener einen Arzt konsultieren bzw. medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Frauen (bzw. in einem Stadium, in dem die Erkrankung bereits fortgeschritten ist).<sup>361</sup> Unter Einbeziehung des formalen Bildungsstands und der oftmals damit verbundenen beruflichen Position lässt sich hinsichtlich des objektiven Gesundheitszustandes bei den untersuchten Probanden jedoch folgende Abweichung ausfindig machen: Personen mit einer niedrigen beruflichen Position weisen einen guten bis weniger guten objektiven Gesundheitszustand auf. Innerhalb der Gruppe der mittleren bis höher Gebildeten bzw. jener Personen, die eine mittlere bis höhere berufliche Position einnehmen, zeigen sich signifikante Unterschiede mit großen Abweichungen.<sup>362</sup> Demzufolge zeigt sich primär der Einfluss von Positions- und Statureffekten auf die Gesundheit in Form eines geringeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei höher Gebildeten. Demgegenüber korreliert ein niedrigeres Bildungsniveau mit schweren körperlichen Beschwerden und der Chronifizierung von Erkrankungen.<sup>363</sup>

---

<sup>361</sup> Weiterführend siehe hierzu die Ergebnisse der Meta-Analyse zu den Wechselwirkungen von Bildung und Gesundheit (vgl. Wienberg 2010): Es bestehen konsistente Hinweise, dass neben der Geschlechts- auch die Kulturzugehörigkeit einen erheblichen Einfluss auf das eigene Gesundheitsverständnis/-bewusstsein und somit die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausübt. Zudem weist die Befundlage aus unterschiedlichen Untersuchungen (siehe hierzu die Ergebnisse aus der Metaanalyse in Wienberg 2010) zum geschlechtsspezifischen (und kulturgebundenen) Gesundheitsverhalten daraufhin, dass in der untersuchten Kohorte vermehrt eine klassisch vertretene Rollenverteilung verbunden mit geschlechtsspezifischen Attribuerungen vorliegt, welche den Männern oftmals eine geringere Vulnerabilität zuschreibt und nach männlichen Stereotype eine (frühzeitige und nicht erst bei dem Auftreten von akuten Symptomen) gesundheitliche Vorsorge getroffen bzw. eine Behandlung in Anspruch genommen wird, (selbstattribuierend) als „Schwäche“ unterstellt.

<sup>362</sup> Siehe hierzu auch die differenzierten Darstellungen im Anhang unter Appendix 15 und Appendix 16 zum *objektiven Gesundheitszustand unter Berücksichtigung formeller Bildungsaktivitäten*, unter Appendix 17 und Appendix 18 zum *objektiven Gesundheitszustand unter Berücksichtigung informeller Bildungsaktivitäten* sowie unter Appendix 19 und Appendix 20 zum *objektiven Gesundheitszustand unter Berücksichtigung formeller und informeller Bildungsaktivitäten*.

<sup>363</sup> Siehe hierzu Ausführungen im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.



\*Der Proband befindet sich mit seinen Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Der Bildungsstand des Probanden ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein berufliche Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Typen: Bildungsstand/berufliche Position:  
 Rot=geringer Bildungsstand/berufliche Position  
 Gelb= mittlerer Bildungsstand/berufliche Position  
 Blau= hoher Bildungsstand/berufliche Position  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 20: Objektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstands und der beruflichen Position (Männer)

Im Hinblick auf physische Beeinträchtigungen (motorische/sensorische) werden am häufigsten Gelenkbeschwerden (tätigkeitsabhängige Verschleißerscheinungen), Arthrose, Bandscheibenbeschwerden, Rheuma, Diabetes, Cholesterin, Herzbeschwerden, erhöhter/niedriger Blutdruck, Prostata-Beschwerden genannt, durch die sich die Probanden/-innen in ihrer Mobilität – jedoch in unterschiedlichem Maße unabhängig vom „objektiven“ Gesundheitszustand bzw. medizinisch attestierter Diagnose – subjektiv eingeschränkt fühlen.

Die genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen zu einer eingeschränkten Mobilität, was wiederum zu einer Intensivierung des nahen Umfeldes führt, also eine Konzentration auf den häuslichen Bereich und das Nachlassen von sozialen Austauschmöglichkeiten wie Seniorentreffs, Sportvereine etc. impliziert (z.B. Frau Liebbach: 8910547, 3.MZP).

Zu den psychischen Beeinträchtigungen, die bisweilen zu psychosomatischen Beschwerden führen, werden neben Erscheinungen der „Midlife-Crisis“ auch beispielweise psychische Belastungen resultierend aus Phasen der Erwerbslosigkeit und andere belastende Bedingungen gezählt. So berichtet ein Proband in diesem Zusammenhang über seine belastenden Lebensbedingungen während einer längeren Phase der Erwerbslosigkeit und der anlastenden Selbstattribuierung, die zu einer Lageorientierung geführt hat und schlussendlich in einer Alkoholsucht mündete:

Proband: „[...] mein Zustand [hat sich] auf Grund der Arbeitslosigkeit und so weiter [verschlimmert]. Dass [ich] die Fehler nur bei mir [gesucht habe] als bei meiner Frau [...]“

Interviewer: „... Sie haben die Fehler bei sich gesucht?“

Proband: „Ja, ich habe auch dann später, wo ich das dann überwunden habe, gesagt, alles klar, sage ich, du hast es schwer gehabt [...]. Und [mein Sohn] dann auch noch zu Hause rumgelungert hat und keine richtige Arbeit gehabt [...]. Also ich war [...] ganz schön angekratzt [...] psychisch“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 64/Ab-satz: 10-20/Position: 3440-3468).

Eine weitere Probandin ist nach einem biografischen Wendepunkt, Trennung vom Lebenspartner, mit ihrem Kummer allein gewesen und hat sich i.S. eines „Selbstbetrugs“ vorgetäuscht, die belastende Situation psychisch verarbeiten zu können. Dieses endete jedoch u.a. in einer Suchtproblematik (vgl. Frau Liebbach: 8910547, 1.MZP).

Zudem führen Belastungen, die durch berufliche Stresssituationen entstanden sind, häufig zu einer Chronifizierung der Symptomatik. So entstand bei einer Probandin z.B. ein chronisches Asthma-Leiden:

Probandin: „[...] unter dieser großen Stresssituation, unter der ich damals stand, da fing [meine Asthma-Erkrankung an]. Vielleicht wäre es nie [dazu] gekommen, wenn ich damals ein ausgeglichenes Leben gehabt hätte [...], aber ich stand ja ständig unter Stress“ (Frau Hintze: 6321792\1.MZP\_4v7, 00:46:09).<sup>364</sup>

Im Zuge der Umstellung des Alltags, bedingt beispielsweise durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder auch den Eintritt in die nachberufliche Phase, wird der Umgang mit Schlafstörungen aufgrund von Veränderungen im Alltag (Rhythmisierung) als auch in manchen Fällen krankheitsbedingt, von den Befragten als belastend geschildert. Häufig werden von den Befragten Schlafstörungen nach sogenannten Umbruchsituationen und damit verbundenen Verarbeitungsprozessen geschildert. Der Proband Herr Lose beschreibt derartige Belastungen und daraus resultierende Schlafstörungen wie folgt:

Proband: „Ich schlafe [nachts] nur durch, wenn ich absolut problemlos ins Bett [komme]. [Ich] mich wälze [im Bett herum], wenn ich mit Problemen [ins Bett gehe] [...]“ (Herr Lose: 5429753\1.MZP\_6v7, S. 8/ Absatz: 10; vgl. u.a. auch Frau Haas: 9246813\1.MZP\_5v7, S. 10/Absatz: 7-8; Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_3v6, S. 14/Absatz: 14 und S. 15/Absatz 2; Frau Hauser: 4423103, 2.MZP).

Der Bewältigung bzw. dem Umgang mit psychischen Schlafstörungen, welche nicht organisch bedingt sind, wird laut Darstellungen der Befragten sehr unterschiedlich begegnet: Sie erstreckt sich von Verdrängung bis hin zur aktiven Auseinandersetzung bzw. Selbstreflexion. Eine eher aktive, bewusste Auseinandersetzung mit der Problematik kann im positiven Fall zu einer bewussten Abgrenzung von beispielsweise beruflich bedingten Stresssituationen und dem Privatleben (i.S. einer „bewusste Auszeit“ nehmen) führen (Frau Hansen: 2975386, 1.MZP).

Weiterführend wurden die Angaben der Probanden/-innen zu ihrem jeweiligen subjektiven Gesundheitszustand sowie Veränderungen der Gesundheit über die Phasen des Erwachsenenalters explizit betrachtet. Hierbei ergibt sich bei Analyse innerhalb der Kohorte der Frauen ein divergentes Bild: Häufig wird von einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens mit zunehmenden Lebensalter berichtet (u.U. unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand). In der differenzierten Betrachtung der einzelnen Phasen des Erwachsenenalters wird ersichtlich, dass sich der Verlauf unterschiedlich darstellt:

Wie in Abbildung 21 zu sehen ist, schließt sich bei der Mehrheit der untersuchten Probandinnen nach einem positiv bewerteten subjektiven Wohlbefinden<sup>365</sup> im jungen Erwachsenenalter eine

---

<sup>364</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zur Probandin Frau Hintze (ID: 6321792) unter Appendix 10.

<sup>365</sup> Die subjektive Gesundheit wird in den Abbildungen wie folgt erfasst: +: Negative Bewertung der subjektiv erlebten Gesundheit, geringes Wohlbefinden. ++: Differente Bewertung der subjektiv erlebten Gesundheit, (teilweise) zufriedene Bewertung des Wohlbefindens. +++: Sehr positive Bewertung der subjektiv erlebten Gesundheit bzw. des Wohlbefindens. Siehe hierzu ergänzend im Kapitel 4.1 *Definition von Gesundheit*.

Verschlechterung dieses Zustandes im mittleren Erwachsenenalters (vermutlich aufgrund von bereits erläuterten Doppelbelastungen und der sog. „rush hour“ des Lebens sowie der in Einklang zu bringenden Work-Life-Balance)<sup>366</sup> an, bevor das subjektive Wohlbefinden im späteren Erwachsenenalter wieder eine Zunahme erfährt.

Jedoch lässt sich in einigen Fällen hinsichtlich der Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens über die Lebensspanne auch beobachten, dass das zunehmende Lebensalter mit einer stetigen Verschlechterung des subjektiven Wohlbefindens einhergeht (häufig verbunden mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparats bzw. der Motorik, die eine eingeschränkte Mobilität zur Folge haben und sich somit negativ auf die Partizipation am gesellschaftlichen Leben bzw. auf soziale Teilhabe auswirken können, was wiederum einen negativen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden nehmen kann).

In Einzelfällen gibt es einen relativ stabilen Zustand des subjektiven Wohlbefindens über das gesamte Erwachsenenalter auf einem hohen Niveau (mit leichter Abnahmetendenz).

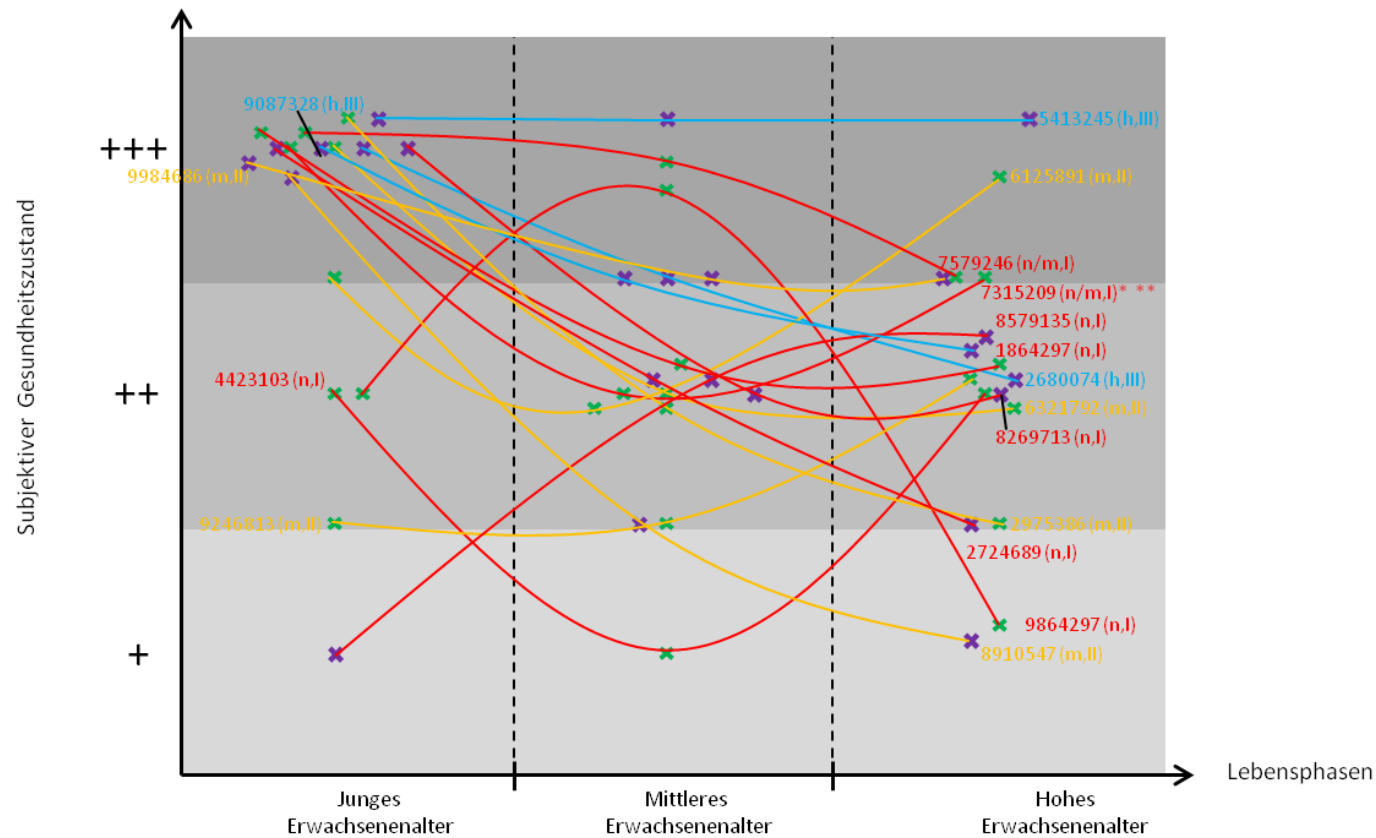
Darüber hinaus beschrieben einige Probandinnen, dass es nach einem eher schlechten bis gut bewerteten Wohlbefinden im jungen Erwachsenenalter eine Verbesserung im mittleren Erwachsenenalter und sogar mit zunehmendem Lebensalter zu einer weiteren Steigerung des Wohlbefindens kommt.

Im regionalen Intragruppenvergleich der Probandinnen wurde ersichtlich, dass es bei den westdeutschen Probandinnen vermehrt zu einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens im späteren Erwachsenenalter kommt, während sich hingegen bei den ostdeutschen Befragten über die Phasen des Erwachsenenalters durchschnittlich eher ein abnehmender Trend abzeichnet.<sup>367</sup>

---

<sup>366</sup> Es lässt sich vermuten, dass Mehrfachbelastungen und widersprüchliche Rollenerwartungen – was insbesondere Frauen betrifft – in der mittleren Lebensphase zu Spannungen, Belastungen und zur Vernachlässigung der eigenen Gesundheit führen können.

<sup>367</sup> Siehe im Anhang zu den regionalen Unterschieden unter Appendix 21 und Appendix 22 zum *subjektiven Gesundheitszustand*.



\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Der Bildungsstand der Probandin ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als ihr berufliche Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Typen: Bildungsstand/berufliche Position:  
 Rot=geringer Bildungsstand/berufliche Position  
 Gelb= mittlerer Bildungsstand/berufliche Position  
 Blau= hoher Bildungsstand/berufliche Position  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 21: Subjektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Frauen)

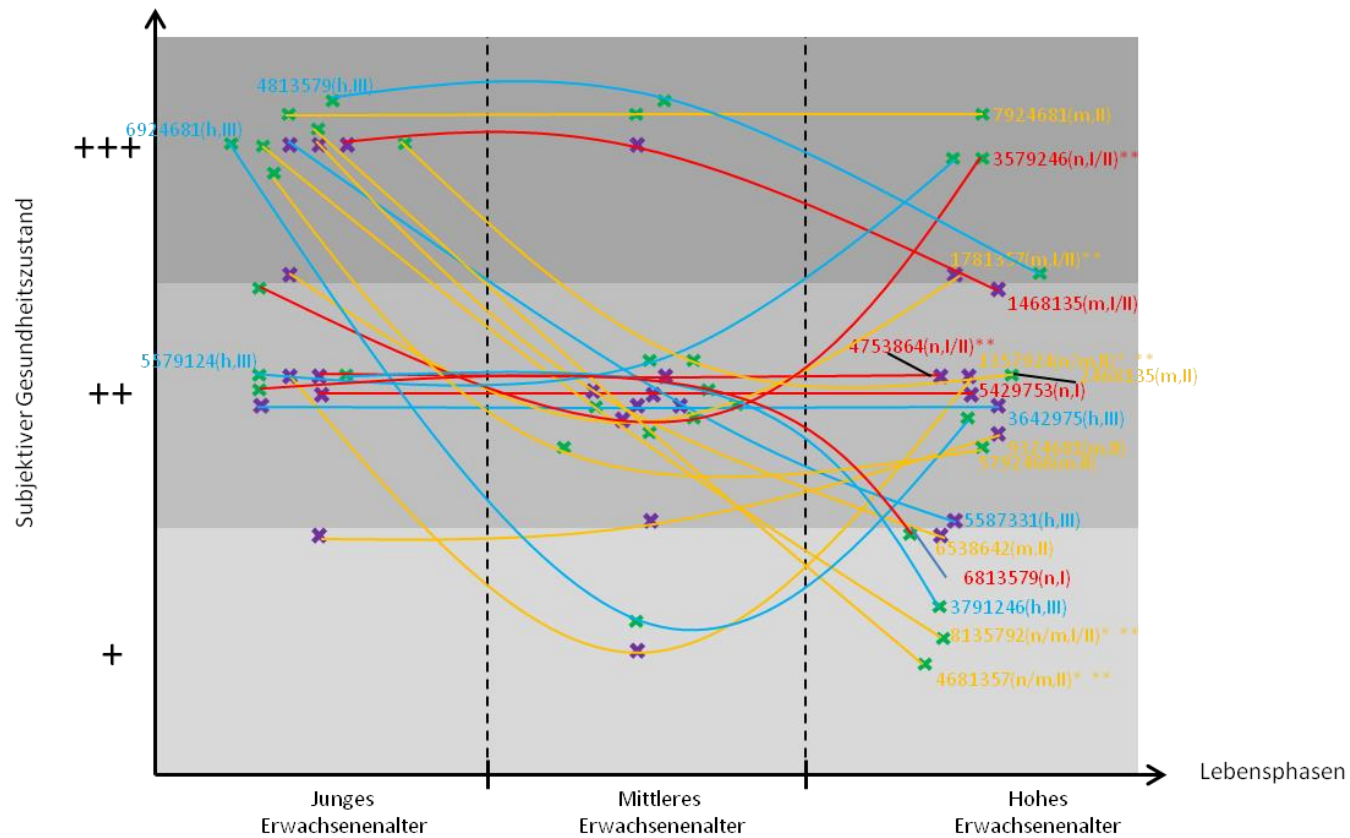


Unter Berücksichtigung des formalen Bildungsstands sowie des beruflichen Status in der Analyse lassen sich darüber hinaus folgende Aspekte ableiten: Probandinnen, die über einen höheren formalen Bildungsabschluss verfügen und zugleich eine höhere berufliche Position einnehmen, stufen ihre subjektive Gesundheit auch im höheren Lebensalter (relativ) hoch ein. Die Bewertungen des subjektiven Wohlbefindens verhalten sich sowohl in der Gruppe der Frauen, die über einen mittleren formalen Bildungsabschluss verfügen bzw. deren berufliche Position im mittleren Bereich einzuordnen ist, als auch in der Gruppe der weiblichen Befragten, die in einer eher niedrigen beruflichen Position tätig sind bzw. waren, äußerst divergent und lassen daher keine generalisierende Aussage zu. So scheint – ausgenommen die Gruppe der hochqualifizierten Probandinnen – das subjektive Wohlbefinden unabhängig vom formalen Bildungsstand bzw. der beruflichen Position und damit verbundenen Arbeitsbedingungen, Tätigkeitsanforderungen sowie möglichen Beschwerden bzw. gesundheitlichen Spätfolgen im höheren Lebensalter, welche bedingt werden durch die Belastungen in der Phase der Erwerbstätigkeit, von anderen Einflussfaktoren determiniert zu werden. Im Intragruppenvergleich der Männer bezüglich der Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens über die Lebensspanne zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Eine Besonderheit bei den Probanden spiegelt sich (siehe Abbildung 22) jedoch darin wider, dass einige Befragte (ostdeutsche Probanden, die einen niedrigen beruflichen Status haben) eine hohe Stabilität des Wohlbefindens vom jungen bis ins spätere Erwachsenenalter aufweisen.<sup>368</sup> Als mögliche Ursache für den als „gut“ bewerteten stabilen Gesundheitszustand über die Phasen des Erwachsenenalters kann u.a. darin gesehen werden, dass trotz fortschreitendem Lebensalter die Mobilität, aufgrund des Ausbleibens bzw. eines verminderten Auftretens von Funktionseinbußen, gegeben ist und es somit zu keiner gravierenden Reduzierung der Aktivitäten führt. Zum anderen kann das Wohlbefinden auch im Falle (frühzeitig) bestehender (chronischer) Beeinträchtigungen als stabil empfunden werden, da gelernt wurde, den Umgang mit lebensbegleitenden bzw. „mitalternden“ Krankheiten kompensatorisch auszugleichen.<sup>369</sup>

---

<sup>368</sup> Überdies sind im regionalen Vergleich der Probanden aus West- und Ostdeutschland keine signifikanten Abweichungen festzustellen.

<sup>369</sup> Siehe zu „mitalternden“ Krankheiten auch im Kapitel 3.2.1 *Biologisch-körperliches Altern*.



\*Der Proband befindet sich mit seinen Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

\*\* Der Bildungsstand des Probanden ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein berufliche Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

**Geschlecht:** alle Probanden der Substichprobe

**Typen:** Bildungsstand/berufliche Position:

Rot=geringer Bildungsstand/berufliche Position

Gelb= mittlerer Bildungsstand/berufliche Position

Blau= hoher Bildungsstand/berufliche Position

**Untersuchungszentrum:** Markierungen (Kreuz): grün=HD; violett=LE

**Formaler Bildungsstand:** niedrig=n; mittel=m; hoch=h

**Berufliche Position:** niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 22: Subjektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Männer)

Erstaunlicherweise weist die Befundlage – bei der Hinzuziehung der Variablen des formalen Bildungsstands und der beruflichen Position – darauf hin, dass sich die männlichen Befragten, welche sich in der Gruppe derjenigen mit einer niedrigen beruflichen Position befinden, ihren subjektiven Gesundheitszustand gut bis sehr gut einschätzen. Vergleichbar mit den Ergebnissen des Intragruppenvergleichs der Frauen, ergibt sich innerhalb der Gruppe der mittleren als auch höher qualifizierten Probanden ein sehr unterschiedliches und nicht generalisierbares Bild hinsichtlich der Bewertung des Wohlbefindens in Abhängigkeit des formalen Bildungsstandes bzw. der beruflichen Position.

Bezüglich der Wirkung formeller Bildungsaktivitäten scheint im Intragruppenvergleich sowohl bei den Probadinnen als auch bei den männlichen Befragten das Ausmaß an formellen Bildungsaktivitäten keinen signifikanten Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden zu nehmen. Das heißt, dass die weniger formell bildungsaktiven Probanden/-innen ihr subjektives Wohlbefinden nicht schlechter als die formell bildungsaktiven Untersuchungsteilnehmer/-innen einstufen.<sup>370</sup>

Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und dem Ausmaß der informellen Bildungsaktivitäten kann festgehalten werden, dass sowohl die weiblichen als auch die männlichen Befragten im informellen Kontext als mäßig bis hoch bildungsaktiv gelten. Eine geringe informelle Bildungsaktivität weist kein/e Untersuchungsteilnehmer/-in auf, so dass die Klassifizierung „geringe informelle Bildungsaktivitäten“ in diesem Analysepunkt entfällt.<sup>371</sup>

Bei den männlichen Befragten lässt sich hinsichtlich eines positiv bewerteten subjektiven Wohlbefindens eine leichte Mehrheit innerhalb der Gruppe der Bildungsaktiven im informellen Bereich ausfindig machen. Komplementär hierzu verhält es sich mit jenen Probanden, die ihren subjektiven Gesundheitszustand etwas geringer einschätzen, welche in der Gruppe mit mittleren informellen Bildungsaktivitäten verortet sind.<sup>372</sup> In der Substichprobe der Untersuchungsteilnehmerinnen lassen sich keine Auffälligkeiten erkennen bzw. generalisierende Aussagen treffen.

---

<sup>370</sup> Siehe hierzu in den Abbildungen *zum subjektiven Gesundheitszustand (formelle Bildungsaktivitäten)* im Anhang unter Appendix 23 und Appendix 24).

<sup>371</sup> Siehe hierzu im Kapitel 10.2 *Auswahl und Beschreibung der gewählten Substichprobe*.

<sup>372</sup> Siehe hierzu in den Abbildungen *zum subjektiven Gesundheitszustand (informelle Bildungsaktivitäten)* im Anhang unter Appendix 25 und Appendix 26.

Ebenso wie bei der Analyse, in der die informellen Bildungsaktivitäten geschlechtsunabhängig keine Zuordnung in die Klassifikation der „geringen informellen Bildungsaktivität“ zuließen, entfällt in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und den formellen sowie informellen Bildungsaktivitäten – aufgrund der zuvor beschriebenen Stichprobencharakteristika im Kapitel 10.2, in dem in der gewählten Substichprobe eine über den Bundesdurchschnitt hohe Bildungsaktivität ersichtlich wird – bei dieser Gruppe (in der Gesamtheit der formellen und informellen Bildungsaktivitäten).

Daher lassen sich auch in der Gesamtschau der Bildungsaktivitäten der Substichprobe keine (hoch)signifikanten Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Bildungsaktivitäten und der Bewertung des Wohlbefindens feststellen.<sup>373</sup>

Ergänzend zu der Entwicklung des Gesundheitszustandes über die Lebensspanne hinweg wurden die Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer explizit zu ihrem jeweiligen (subjektiven als auch objektiven) Gesundheitszustand sowie Veränderungen der Gesundheit in der nachberuflichen Phase befragt:

Über eine Verbesserung des subjektiven (größtenteils auch objektiven) Gesundheitszustandes berichtet die Mehrheit der befragten Probanden/-innen. Insbesondere durch den Wegfall von tätigkeitsbezogenen Beanspruchungen, welche beispielsweise die Gelenke belasten, werden Verbesserungen sowohl im subjektiven als auch im objektiven Gesundheitszustand geschildert (Herr Ludorf: 4753864\1.MZP\_2v5, S. 1/Absatz: 5-6; Herr Hoppe: 6924681\1.MZP\_2v6, S. 7/Absatz: 10; Herr Hörmann: 6813579\1.MZP\_3v6, S. 5/Absatz: 2-4/Position: 63-65; Herr Haack: 3579246\1.MZP\_6v6, S. 5/Absatz: 15; Herr Landmann: 1357924, 1.MZP; Frau Haas: 9246813, 1.MZP; Frau Hiller: 6125891, 1.MZP).

Scheinbar hat nicht nur der bloße Wegfall der tätigkeitsbezogenen Belastungen und Verpflichtungen zu Verbesserungen des Gesundheitszustandes geführt, sondern teilweise auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverhalten und der selbstbestimmten Einteilung der „freien nachberuflichen Zeit“. So konnten gesundheitsfördernde Maßnahmen identifiziert werden, die die Befragten zudem zu einer Reflexion des eigenen Alters und der Endlichkeit veranlassen (vgl. u.a. Herr Hörmann: 6813579\1.MZP\_4v6, S. 8/Absatz: 8/Position: 133; Herr Hegemann: 2468135\1.MZP\_2v5, S. 10/Absatz: 7-8 Position: 219-220).

---

<sup>373</sup> Siehe hierzu in den Abbildungen zum *subjektiven Gesundheitszustand (formelle und informelle Bildungsaktivitäten)* im Anhang unter Appendix 27 und Appendix 28.

Wiederholt werden von einigen Befragten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes genannt. Diese betreffen insbesondere psychosomatische Beschwerden, welche durch Veränderungen des Alltags auftreten können. Ein Proband schildert diese psychosomatischen Beschwerden nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben wie folgt:

Proband: „Das kam natürlich ein bisschen hoch, und Aufregungen gehen mir sehr oft auf den Magen. [Ich] habe dann an Appetitslosigkeit gelitten und keinen richtigen Hunger gehabt, auch vielleicht weil man nicht ausgelastet war“ (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, S. 65/Absatz: 2/Position: 3484-3488).

Eine andere Probandin berichtet über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes in der nachberuflichen Phase in Form von allergischen Reaktionen sowie psychosomatischen Beschwerden und begründet dieses durch die einhergehenden Veränderungen mit Eintritt in die nachberufliche Phase und Umstellung des Körpers auf einen neuen Rhythmus (Wegfall fester Struktur im Ruhestand) (Frau Lindner: 9984686, 1.MZP). Ähnlich beschreibt ein Befragter seine gesundheitliche Entwicklung nach der Erwerbsphase und schildert eine gesundheitliche Verschlechterung:

Proband: „[...] ich würde sagen [mein Gesundheitszustand] ist ein bisschen schlechter geworden. [...] die Kraft hat ein bisschen nachgelassen und wie ich in Pension gegangen bin, da hatte ich noch Kraft, und das merkt man halt, von Jahr zu Jahr merkt man das mehr [...]. Es könnte aber vielleicht sein, weil man eben doch ein bisschen ruhiger geworden ist, man [spannt] die Muskeln nicht mehr so an. Ja, wenn man das eben berufsmäßig hat machen müssen und [in der Rente] das nicht mehr braucht“ (Herr Hörmann: 6813579\2.MZP\_1v4, S. 12/Absatz: 1).

Über einen unveränderten Gesundheitszustand im Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter berichten die Befragten nur vereinzelt (Herr Lohmann: 5587331\1.MZP, Position: 6983-6993; Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_2v6, S. 11/Absatz: 3).

Abschließend lässt sich konstatieren, dass Aussagen zum Gesundheitsbefinden, insbesondere im Hinblick auf den Wandel im Lebenslauf, überwiegend in Verbindung mit Veränderungen beim Eintritt in die nachberufliche Phase genannt wurden. Wie zuvor beschrieben stellen Brüche, Wendepunkte und kritische Lebensereignisse in der Lebensgeschichte oftmals Anlass zur Verhaltensänderung und eine häufig nachhaltige Verbesserung oder auch Verschlechterung der objektiven Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens dar. Etwa durch die tätigkeitsbezogenen Belastungen, wodurch Gelenkbeschwerden o.ä. auftreten können oder, durch den Wegfall dieser (einseitigen) Belastungen können sich u.U. Symptome verringern. Durch die neu „gewonnene Freiheit“ (Ruhestand) können Personen zu einer reflexiven Auseinandersetzung

mit dem eigenen Alter, Altern und der Endlichkeit veranlasst werden und u.U. ihr (vermeintliches) Risikoverhalten ändern sowie aktiv präventive Maßnahmen aufnehmen.

Um auf die zuvor geschilderten Veränderungen im sowohl kognitiven als auch physischen Funktionsbereich, welche sich aufgrund altersspezifischer Entwicklungen oder pathologischer Beeinträchtigungen ereignen können, adäquat reagieren zu können, ist eine (Re-)Aktivierung oder Entwicklung bestimmter Bewältigungsstrategien erforderlich.

Wie auch die durchgeführte Analyse bekräftigt, besteht eine nachweislich signifikante Korrelation zwischen dem Bildungsstand bzw. dem beruflichen Status der (Weiter-)Bildungsbeteiligung, das heißt je höher die jeweilige Qualifikation desto häufiger wird an (Weiter-)Bildung partizipiert. Zudem scheinen diejenigen, die vermehrt an formeller Weiterbildung partizipieren auch im informellen Kontext tendenziell bildungsaktiver zu sein. Erhöhte formelle und informelle Bildungsaktivitäten können wiederum einen förderlichen Einfluss auf das Aktivitätsniveau in anderen Lebensbereichen ausüben und beispielsweise durch den Austausch in sozialen Netzwerken impulsgebend, lernförderlich wirken sowie zur Lernoffenheit bzw. -bereitschaft und kognitiver Flexibilität beitragen. Generell kann ein erhöhtes Maß an Bildungsaktivitäten sich positiv auf die soziale Integration, die gesellschaftliche Partizipation auswirken, was wiederum das subjektive Wohlbefinden erhöhen kann.

Zwar kann ein Kausalzusammenhang zwischen Bildung und dem subjektiven Wohlbefinden nicht evident nachgewiesen werden. Es ist dagegen eher eine Vielzahl von Faktoren, die einen Einfluss auf die sowohl objektive als auch subjektive Gesundheit nimmt.<sup>374</sup> Es lässt sich jedoch vermuten, dass die sogenannten Bildungsaktiven von den „Nebeneffekten“ von höher Gebildeten bzw. Personen, die einen hohen beruflichen Status einnehmen und den dadurch entstehenden Rahmenbedingungen (Einflussnahme auf andere „günstige“ soziodemografische Merkmale, Opportunitäten, etc.) und Chancen profitieren. Demzufolge kann der Gesundheitszustand im höheren Lebensalter als Resultat eines lebenslang praktizierten Lebensstils angesehen werden. Hierbei tragen (regelmäßige) Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf dazu bei, die Kognitive Ressource i.S. einer lebenslang begleitenden bzw. auszubauenden Ressource zu entwickeln.

---

<sup>374</sup> Siehe hierzu auch in Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.

### 11.1.3.2 Der Einfluss von Bildungsaktivitäten auf das Gesundheitsverhalten

Wie im vorherigen Kapitel bereits erläutert bestehen mitunter erhebliche Unterschiede bezüglich des subjektiven Wohlbefindens, welches sich teilweise unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand ergibt. Sowohl der objektive als auch der subjektive Gesundheitszustand werden zum einen durch direkte (strukturelle) Einflussfaktoren (wie u.a. Blutfettwerte, Glucose-Stoffwechselwerte, Blutdruckwerte, Körpergewicht, freie Radikale und hirnanatomische Veränderungen – wie u.a. eine Hirnschädigung, Anzahl der Synapsen, Untergang von Neuronen, Gehirndurchblutung, Plastizität und die Reservekapazität) bestimmt. Zum anderen wird die Gesundheit im höheren Lebensalter im erheblichen Ausmaß auf der behavioralen Ebene von Lebensgewohnheiten bzw. dem individuellen Gesundheits- und Risikoverhalten – wie lebenslange Ernährungsgewohnheiten sowie die Ausübung eines bestimmten Lebensstils (u.a. Bildungsaktivitäten) – determiniert.<sup>375</sup>

Im Rahmen der durchgeführten Auswertung stellen im Hinblick auf das Risikoverhalten insbesondere der Nikotinkonsum an sich als auch der Alkoholkonsum in schädlicher Dosis sowie ungesunde, d.h. fettreiche, vitaminarme, unausgewogene Ernährungsgewohnheiten und mangelnde körperliche Aktivitäten beachtenswerte Risikoquellen für ein gesundes Leben dar.<sup>376</sup>

Als präventive Maßnahmen hinsichtlich ihres Ernährungsverhaltens nennen die meisten Probanden/-innen eine gesunde und bewusste Ernährung wie vitaminreiche und fettarme Kost (viel Gemüse und Obst, wenig Fleisch, Vollkornprodukte) sowie maßvollen Konsum von Genussmitteln (Schokolade, Alkohol etc.) (vgl. u.a. Herr Hübner: 5792468\1.MZP\_2v4, S. 15/Absatz: 8).

Ergänzend zu einer vitaminreichen Ernährung werden auch vereinzelt Vitaminpräparate o.ä. eingenommen, Entschlackungskuren, Kneippsche Anwendungen oder Saunabesuche durchgeführt. Als problematisch wird – insbesondere von alleinstehenden Probanden/-innen angemerkt, dass es schwer sei – konsequent einen gesunden Ernährungsstil einzuhalten (vgl. Frau Lieblich: 8910547, 1.MZP).

Soziodemografische Merkmale wirken demzufolge beträchtlich auf die Prävalenz von Multimorbidität im höheren Lebensalter ein. Es lässt sich erkennen, dass durchschnittlich mit abnehmender sozialer Schichtzugehörigkeit ein erhöhtes Risikoverhalten – in Form vom Tabakkonsum, geringer sportlicher Aktivität und einem selteneren Zugang zu qualitativ hochwertiger

---

<sup>375</sup> Siehe hierzu ausführlicher im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.

<sup>376</sup> Siehe zu den Risikoquellen „gesunden“ Alterns die Erläuterung im Kapitel 4. *Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns*.

Gesundheitsversorgung – und eine steigende Krankheitshäufigkeit zu beobachten sind.

Wie sich in der Untersuchung bezüglich eines „erfolgreichen“ Alterns zeigte, scheint es eine Gradwanderung zwischen einer konsequent gesunden Lebensführung (gekennzeichnet durch u.U. (subjektiv empfundene) Einschränkungen, welche mitunter zu einer Reduzierung der Lebenszufriedenheit führen können) und der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Wohlbefinden zu sein, was nicht zwangsläufig zum gleichen Resultat führen muss. In theoretischen Konzepten lassen sich sehr unterschiedliche Kriterien<sup>377</sup> finden, anhand deren die Qualität i.S. eines „guten“ Lebens fest gemacht werden kann (vgl. Noll 2000).

Erfährt die Lebensqualität bei einer konsequent gesundheitsadäquaten Lebensführung und der Vermeidung jeglicher Risiken vielleicht sogar Einbußen? Oder anders formuliert: Bedarf es einer „gut“ dosierten „Unvernunft in Maßen“? Ein in diesem Sinne „ausgewogenes Risikoverhalten“ bringt die Probandin Frau Lippert wie folgt auf den Punkt:

Probandin: „[...] [mein Ehemann und ich] rauchen alle beide gerne mal eine [Zigarette]. Das habe ich ihnen schon gesagt, und das wollen wir uns eigentlich auch nicht nehmen lassen, weil ich finde, das gehört auch mit zur Zufriedenheit [...]“ (Frau Lippert: 2724689\1MZP\_5v6, S. 10/Absatz: 3).

Demnach lässt sich die These aufstellen, dass ein gesunder Lebensstil mehr als die Vermeidung von Risikoverhalten implizieren kann. Darüber hinaus können scheinbar – wie bereits im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern* angeführt – individuelle mentale und psychosoziale Ressourcen und „Sense of coherence“ eine entscheidende Wirkung auf die Gesundheit zugesprochen werden.

Bei der genauen Betrachtung des Gesundheitsverhaltens über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung des jeweiligen Bildungsstands und des beruflichen Status lässt sich aus der durchgeführten Analyse der Interviews ableiten, dass sich generell unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit eine Zunahme gesundheitsbewussten Verhaltens (Bewegung, Ernährung, medizinische Vorsorge, Vermeidung von Risikoverhalten etc.) über die Phasen des jungen, mittleren und späten Erwachsenenalter beobachten lässt.

Eine Sensibilisierung für die eigene Gesundheit spiegelt sich auch im konkreten Verhalten wider. Am häufigsten gehen die Befragten folgenden (partnerschaftliche) Aktivitäten nach: Radfahren, Spaziergehen, Schwimmen, Gartenarbeit, handwerkliche Tätigkeiten, Gymnastik, Frühsport, Walking-Kurs, Wandern oder sie sind anderweitig im Sportverein aktiv. Eine be-

---

<sup>377</sup> Nach Tartler hat beispielsweise nur derjenige ein „zufriedenes“ oder „erfolgreiches“ Leben, der aktiv ist, produktiv und sich von der Gesellschaft gebraucht fühlt.



wusste Lebensführung schließt demzufolge neben einem gewissen Maß an körperlichen Aktivitäten rege kognitive Aktivitäten ein. So entwickelt sich das durchschnittliche Gesundheitsverhalten bezüglich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen über das Erwachsenenalter in der Stichprobe wie folgt: Die Mehrheit der Befragten nimmt regelmäßig medizinische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, nur einige der Befragten treffen unregelmäßig oder auch in Ausnahmefällen gar keine Vorsorge. In den meisten Fällen lässt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen ab dem Ende des mittleren Erwachsenenalters identifizieren.

Generell erfährt das Gesundheitsverhalten im späteren Erwachsenenalter seinen Höhepunkt; mit zunehmenden Alter tritt jene beschriebene Sensibilisierung für die eigene Gesundheit ein, häufig verursacht aufgrund des Auftretens von Erkrankungssymptomen, einer gestiegenen Vulnerabilität im höheren Lebensalter sowie der Bewusstwerdung der eigenen Endlichkeit.

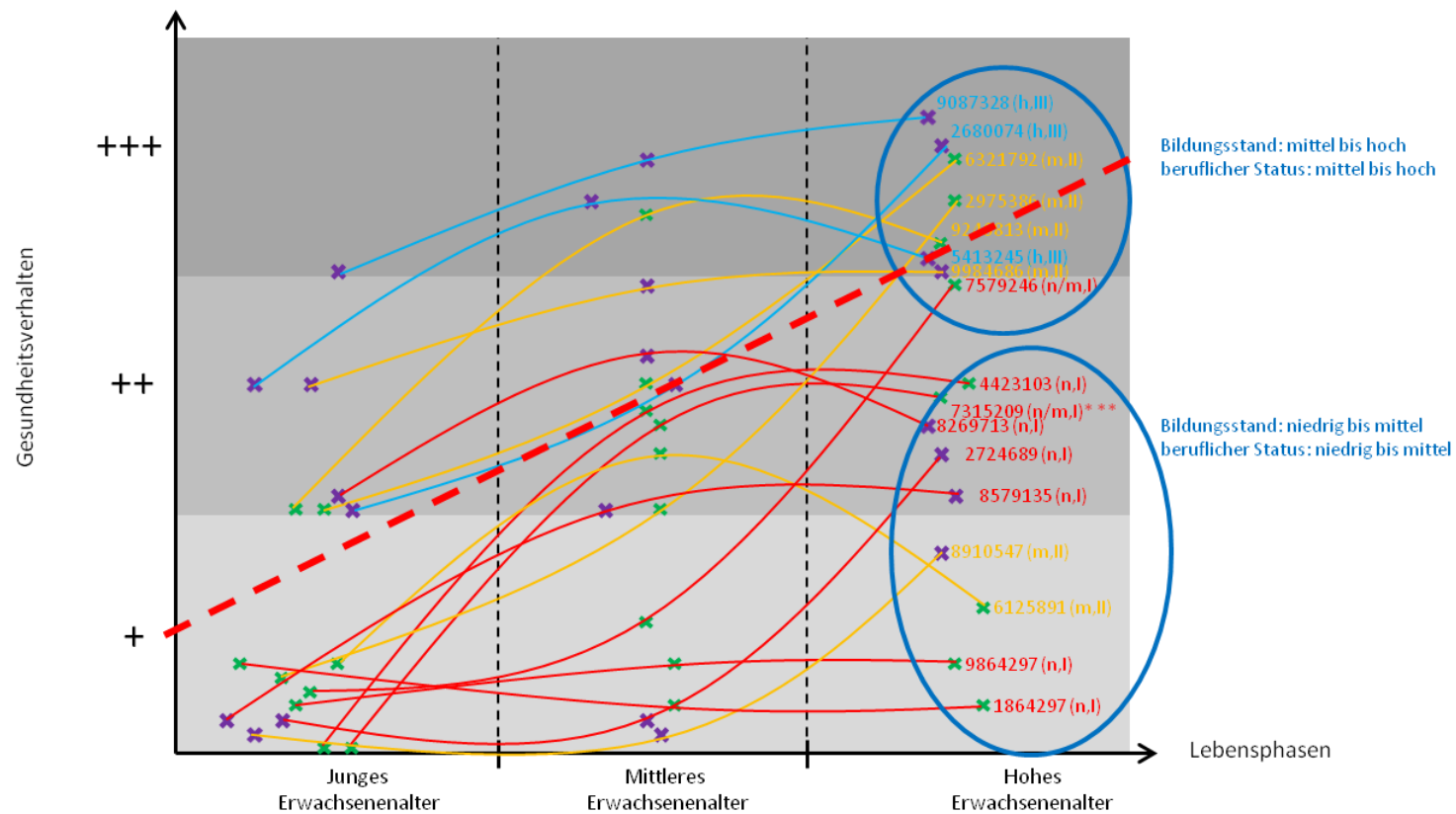
Den Ergebnissen folgend verhalten sich Frauen mit zunehmenden Lebensjahren, die über einen mittleren bis höheren Bildungsstand bzw. beruflichen Status verfügen, vergleichsweise (sehr) gesundheitsbewusst. Wie in der Abbildung 23 zudem ersichtlich wird, weisen jene Probandinnen, deren Gesundheitsverhalten<sup>378</sup> als mittel bis gering eingestuft werden konnte, einen niedrigen bis mittleren Bildungsstand auf bzw. bekleiden im Intragruppenvergleich der Frauen eine niedrigere berufliche Position. Im regionalen Intragruppenvergleich konnten keine signifikanten Abweichungen innerhalb der Kohorte der Frauen festgestellt werden.<sup>379</sup>

---

<sup>378</sup> Das Gesundheitsverhalten wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert: +: **Risikoreicher Lebensstil** (unausgewogene Ernährung und/oder wenig Bewegung und/oder keine (bis unregelmäßige) Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie präventiver Maßnahmen und/oder überwiegend keine (konsequente) Vermeidung von Risikoverhalten). ++: **Eher gesunder Lebensstil** (überwiegend ausgewogene Ernährung und/oder (un)regelmäßige Bewegung und/oder (un)regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie präventiver Maßnahmen und/oder eher Vermeidung von Risikoverhalten). +++: **Gesunder Lebensstil** (ausgewogene Ernährung und/oder regelmäßige Bewegung und/oder regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie präventiver Maßnahmen und/oder (größtenteils) Vermeidung von Risikoverhalten.

Siehe hierzu ergänzend im Kapitel 4. *Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns.*

<sup>379</sup> Siehe zu den regionalen Unterschieden innerhalb der Kohorte der Frauen im Anhang unter Appendix 29.



\* Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Der Bildungsstand der Probandin ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein beruflicher Status.  
 \*\*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichem Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Typen: berufliche Position:  
 Rot=geringer Bildungsstand/berufliche Position  
 Gelb= mittlerer Bildungsstand/berufliche Position  
 Blau= hoher Bildungsstand/berufliche Position  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig=I; mittel=II; hoch=III

Abb. 23: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters\*\*\* unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Frauen)

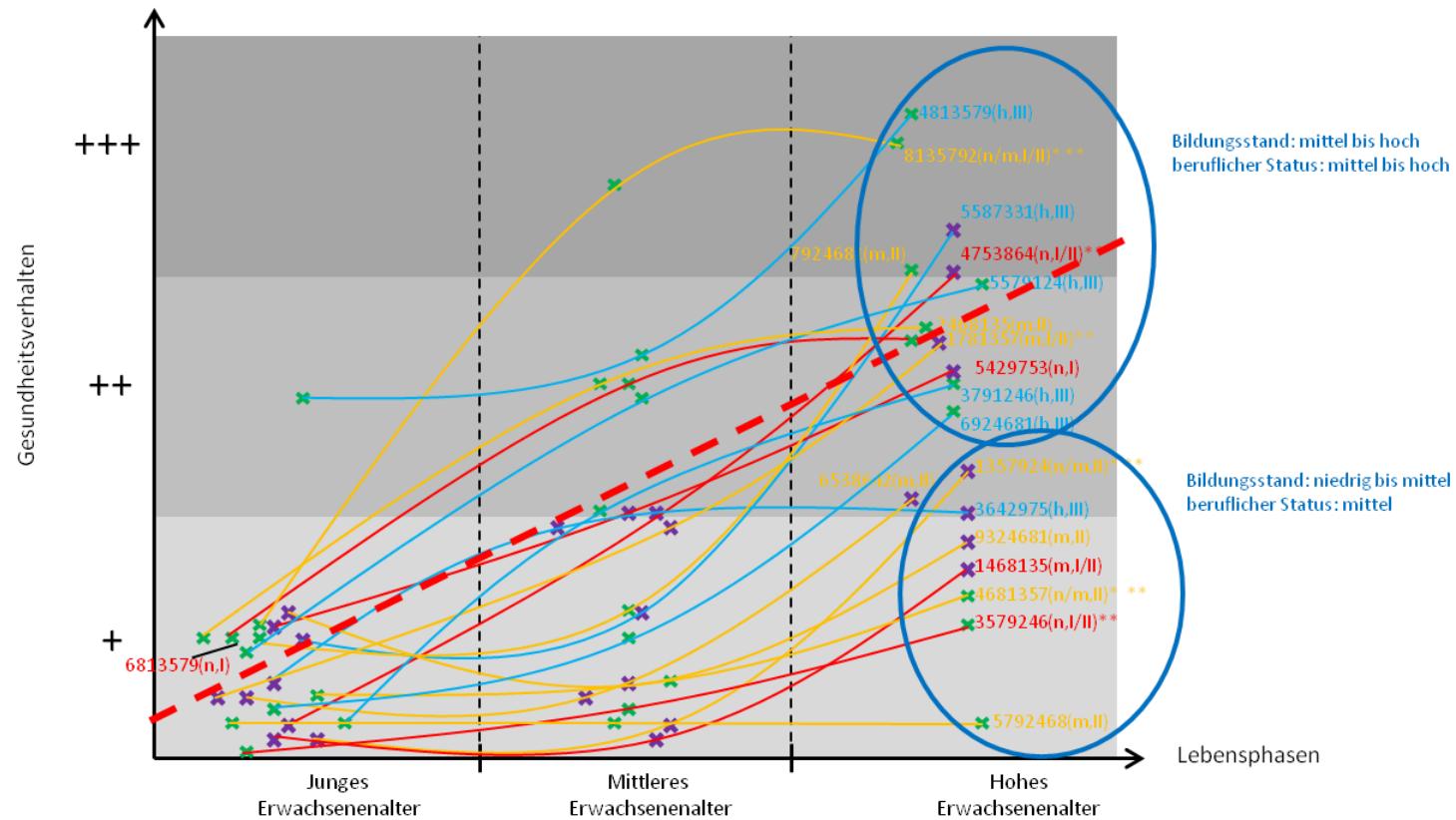
Wie in Abbildung 24 deutlich wird, zeigen die formal höher gebildeten Probanden mit einer mittleren bis hohen beruflichen Position mit zunehmenden Lebensjahren auch ein (sehr) gesundheitsbewusstes Verhalten. Dem konträr weisen jene Probanden, die über einen niedrigen bis mittleren Bildungsstand bzw. einen mittleren beruflichen Status verfügen, ein vergleichsweise höheres Risikoverhalten auf.

Auffällig ist, dass die Probanden aus Heidelberg im Intragruppenvergleich ein deutlich besseres Gesundheitsverhalten als die Leipziger Probanden zeigen.<sup>380</sup> Dieses Phänomen lässt sich vermutlich zum einen aufgrund (damaliger) bestehender Unterschiede (welche heute eine Angleichung oder in manchen Bereichen sogar eine Nivellierung erfahren/erreicht haben) u.a. in den Lebensverhältnissen, in der gesundheitlichen Versorgung sowie in den divergenten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den alten und neuen Bundesländern – i.S. von Versorgungsdefiziten, die in der DDR etwa hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren bei chronischen Alterserkrankungen bestanden, die sich stärker auf die männliche als auf die weibliche Bevölkerungsgruppe in Ostdeutschland auswirkten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004; Scholz/Maier 2003). Im Hinblick auf die Anpassungsfähigkeit und die gesundheitsfördernde Lebensgestaltung konnten diesbezüglich auch in der Untersuchung von den Psychologen Lang und Wagner (2010) keine generellen Unterschiede zwischen den ost- und westdeutschen Probanden feststellen, jedoch lassen sich die skizzierten Abweichungen im Gesundheitsverhalten der männlichen Befragten im regionalen Vergleich vermutlich auf konkrete Erfordernisse und Anforderungen bestimmter sozio-struktureller Rahmenbedingungen des jeweiligen Untersuchungszentrums zurückführen (Lang/Wagner 2010: 114).

Zum anderen lässt sich ein Grund für diesen Befund in den Stichprobencharakteristika finden: Alle ostdeutschen Probanden der gewählten Substichprobe weisen entweder zum ersten oder aber spätestens zum zweiten Messzeitpunkt chronische Erkrankungen auf, in der männlichen Heideberger Kohorte liegen hingegen nur bei etwa der Hälfte der Probanden chronische Erkrankungen vor. Ein Erklärungsmodell liefern Müller und Heinzel-Gutenbrunner, deren Hypothese unterstellt, dass bereits vorhandene Beeinträchtigungen dazu führen, dass Personen beispielsweise seltener sportlichen, gesundheitsfördernden Aktivitäten nachgehen (Müller/Heinzel-Gutenbrunner 2001: 182).

---

<sup>380</sup> Siehe zu den regionalen Unterschieden innerhalb der Kohorte der Männer im Anhang unter Appendix 30.



\* Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Der Bildungsstand des Probanden ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein beruflicher Status.  
 \*\*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Typen: Bildungsstand/berufliche Position:  
 Rot=geringer Bildungsstand/berufliche Position  
 Gelb=mittlerer Bildungsstand/berufliche Position  
 Blau=hoher Bildungsstand/berufliche Position  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze):grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig=I; mittel=II; hoch=III

Abb. 24: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters\*\*\* unter Berücksichtigung des Bildungsstandes und der beruflichen Position (Männer)

In Abbildung 25 wird das Gesundheitsverhalten der weiblichen Befragten unter Berücksichtigung des Ausmaßes der jeweiligen formellen Bildungsaktivitäten veranschaulicht. Weniger formell bildungsaktive Probandinnen zeigen im Durchschnitt ein geringes bis mittleres gesundheitsbewusstes Verhalten. Zu den Frauen, die ein mittleres Ausmaß an formellen Bildungsaktivitäten aufweisen, lässt sich hingegen keine generelle Aussage über ihr Gesundheits- bzw. Risikoverhalten treffen, da ihr Gesundheitsverhalten sehr heterogen ausfällt und somit diesbezüglich eine hohe Streuung vorliegt. Das Gesundheitsverhalten von formell sehr bildungsaktiven Untersuchungsteilnehmerinnen spiegelt durchschnittlich einen eher gesundheitsbewussten Lebensstil wider.

Grundsätzlich konnte in der Analyse festgestellt werden, dass Frauen im Durchschnitt eine gesündere Lebensweise, d.h. eine ausgewogene Ernährung, Bewegung, Inanspruchnahme regelmäßiger medizinischer Vorsorgeuntersuchungen, als die männlichen Befragten aufweisen. Hinweise auf einen Einfluss bzw. eine mögliche Korrelation zwischen dem Ausmaß formeller Bildungsaktivitäten (ist wie bereits erläutert an einen höheren Bildungsabschluss bzw. beruflichen Status gekoppelt) und dem Gesundheitsverhalten konnte nur bei der weiblichen Kohorte beobachtet werden.

Im Gegensatz hierzu zeigen die männlichen Untersuchungsteilnehmer in der Gesamtschau ein tendenziell geringer ausgeprägtes Gesundheitsverhalten.

Bei der Prüfung des Zusammenhangs zwischen dem Ausmaß formeller Bildungsaktivitäten und dem praktizierten Gesundheitsverhalten zeigt sich hingegen bei der männlichen Kohorte, wie in Abbildung 26 skizziert, dass sich die Angehörigen der Gruppen der formell gering sowie formell hohen Bildungsaktiven hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens nicht einheitlich einer Ausprägung des Gesundheitsverhaltens zuordnen lassen, da eine breite Streuung innerhalb der Kohorte besteht.

Vermeintliche Geschlechtsunterschiede der untersuchten Kohorte lassen sich u.U. auf die Rahmenbedingungen bzw. Ermöglichungsstrukturen zurückführen – insbesondere unter der Berücksichtigung der unterschiedlichen Bildungssysteme im regionalen Vergleich und der höheren Erwerbstätigkeitszahlen unter den ostdeutschen Frauen. Dieses lässt auf eine Perpetuierung von Bildungsungleichheiten über den Lebenslauf schließen.

Demzufolge kann als ursächlich für eine gesundheitliche Aufwärts- bzw. Abwärtsspirale die über die Lebensspanne hinweg erworbene Bildung und die damit verbundenen soziodemografischen Merkmale angesehen werden.

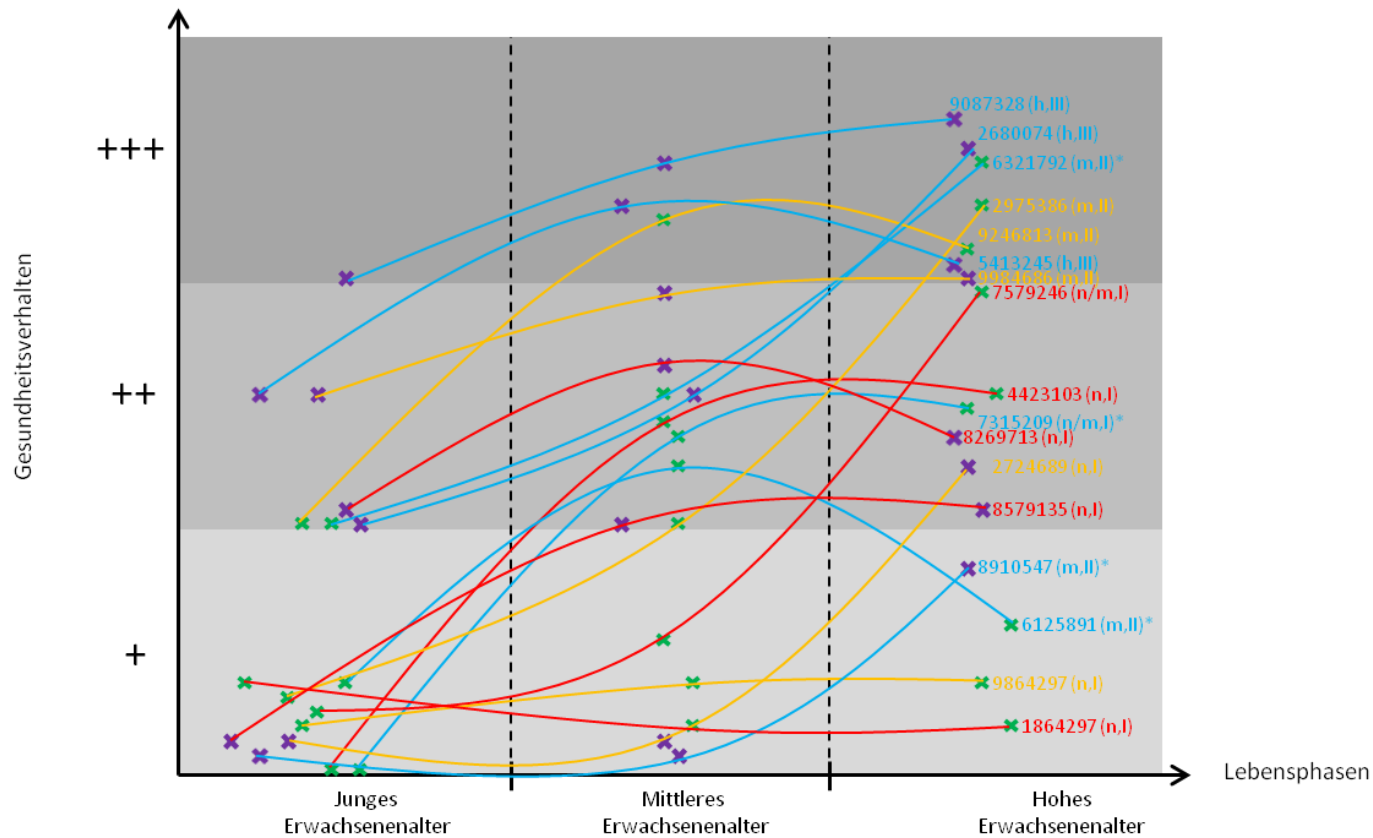
In diesem Zusammenhang lässt sich mehrheitlich eine Fortsetzung der Kumulation sozialer Ungleichheit über die Lebensspanne auch in den analysierten Fällen im Alter beobachten.

Wie bereits andere Studien<sup>381</sup> valide Hinweise geben konnten, scheint das Bildungsverhalten einen beachtlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten – i.S. einer aktivitätsfördernden lebensbereichsübergreifenden Wirkung – zu haben. Beispielsweise weisen in der durchgeführten Untersuchung jene Probandinnen und Probanden ein hohes Ausmaß an Bildungsaktivitäten auf, die auch in anderen Bereichen produktiven bzw. gesundheitsfördernden Tätigkeiten nachgehen, d.h. die jeweiligen Aktivitätsmuster stehen in Abhängigkeit von dem Bildungsverhalten.

Zudem wurde in der durchgeführten Analyse deutlich, dass die persönliche Entwicklung durch Bildungsaktivitäten in einem stützenden Zusammenhang mit komplexen Veränderungen und somit der Entwicklung von Kompensationsstrategien steht.

---

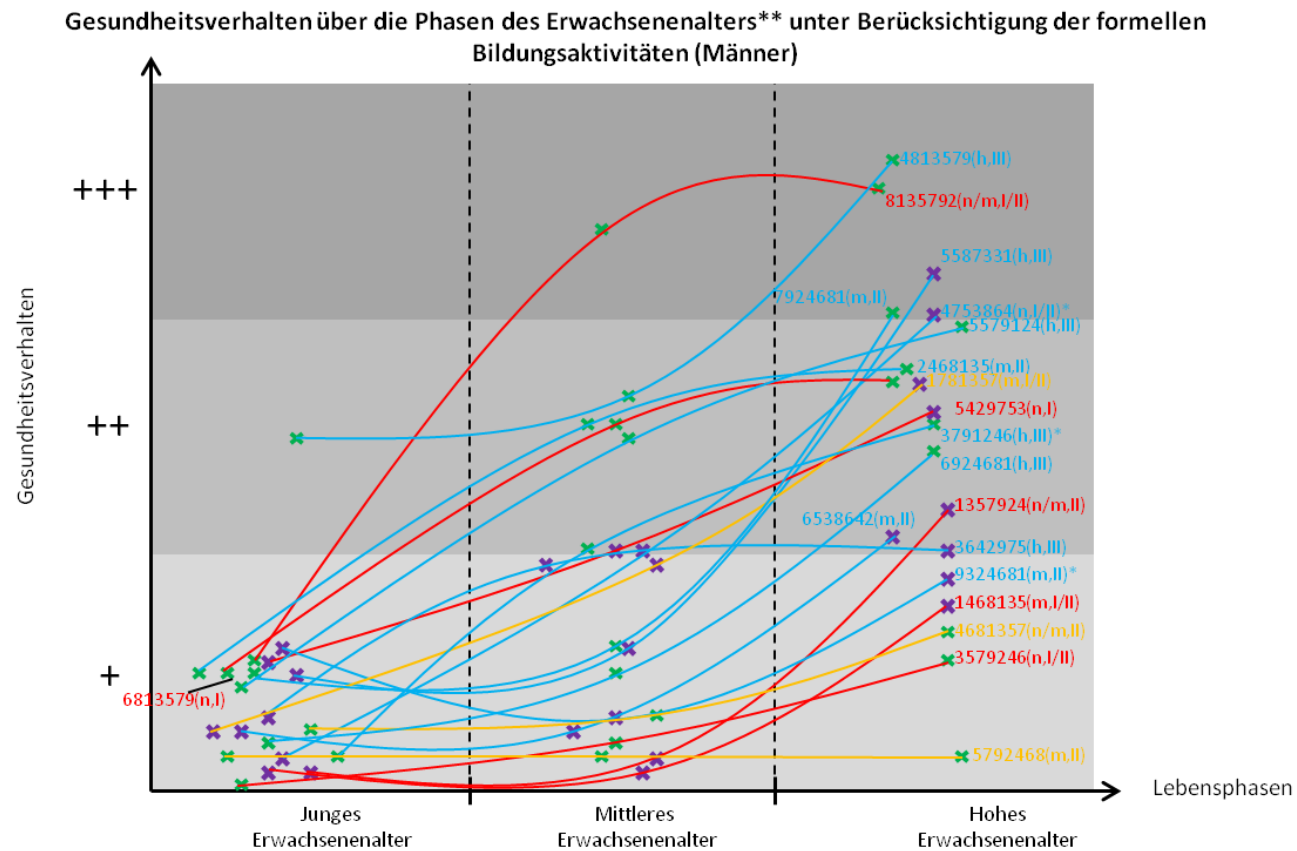
<sup>381</sup> Siehe zu den Studien im Kapitel 4.2. *Einflussfaktoren auf das Altern.*



\* Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Typen: Weiterbildungsaktivitäten (formell) über den Lebenslauf:  
 Rot=geringe formelle Bildungsaktivitäten  
 Gelb= mittlere formelle Bildungsaktivitäten  
 Blau= hohe formelle Bildungsaktivitäten  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 25: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters\*\* unter Berücksichtigung der formellen Bildungsaktivitäten (Frauen)



\* Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

\*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichem Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

**Geschlecht:** alle Probanden der Substichprobe

**Typen:** Weiterbildungsaktivitäten (formell) über den Lebenslauf:

Rot=geringe formelle Bildungsaktivitäten

Gelb= mittlere formelle Bildungsaktivitäten

Blau= hohe formelle Bildungsaktivitäten

**Untersuchungszentrum:** Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE

**Formaler Bildungsstand:** niedrig=n; mittel=m; hoch=h

**Berufliche Position:** niedrig= I; mittel= II; hoch= III

**Abb. 26: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters\*\* unter Berücksichtigung der formellen Bildungsaktivitäten (Männer)**



Bei der gesamten Substichprobe entfällt in der Analyse zur Prüfung des Zusammenhanges zwischen dem Ausmaß der informellen Bildungsaktivitäten und dem Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters die kategoriale Zuordnung der Untersuchungsteilnehmer/-innen in jene Gruppe, in der informelle Bildungsaktivitäten in einem geringem Maße praktiziert werden.

**Informelle Bildungsaktivitäten:** Jene Probandinnen, die sehr bildungsaktiv im informellen Kontext sind, zeigen im Verlauf der Phasen des Erwachsenenalters durchschnittlich einen zunehmenden gesundheitsfördernden Lebensstil.

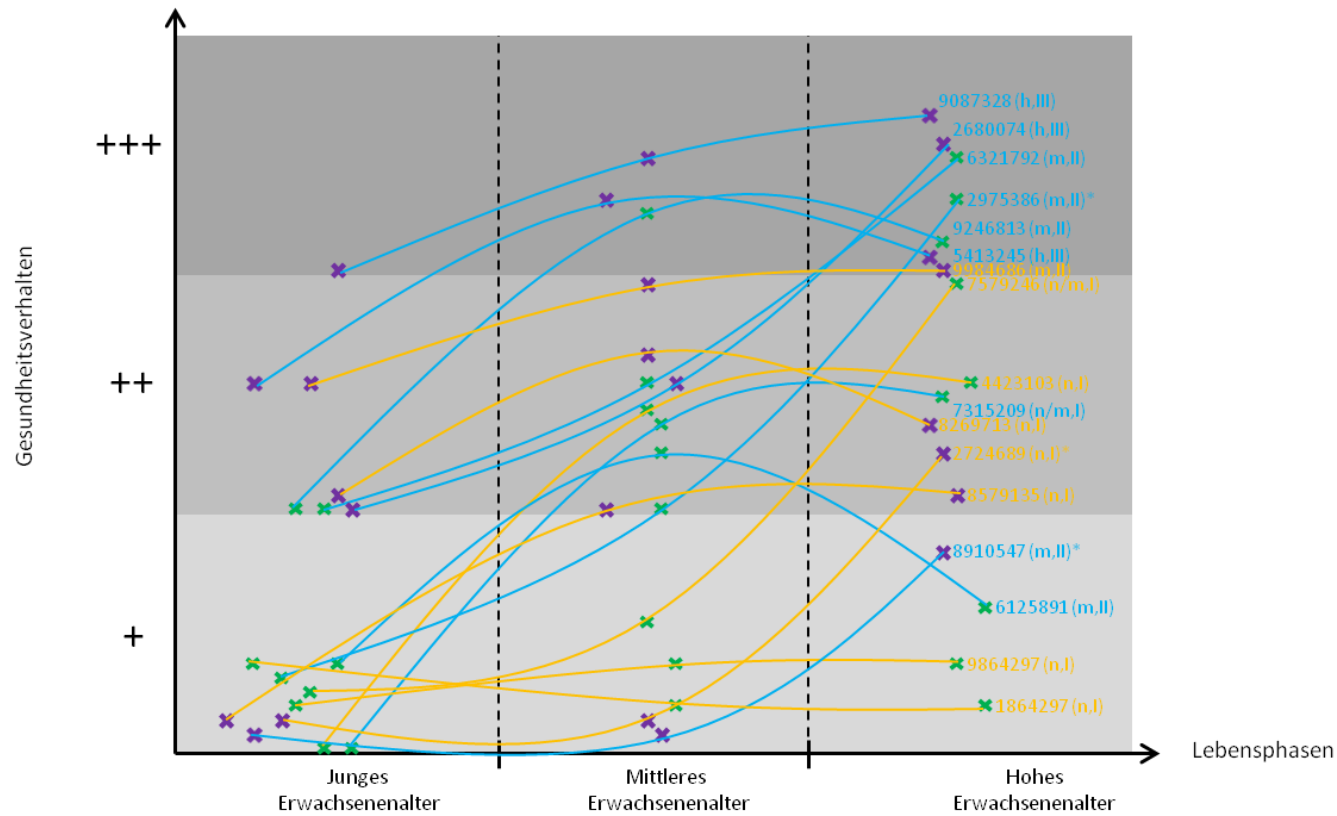
Wie in den Abbildungen 27 und 28 lässt sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern insbesondere im späteren Erwachsenenalter eine Sensibilisierung für die eigene Gesundheit erkennen, welche die Befragten dazu veranlasst gesundheitsfördernde (präventive) Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Jedoch belaufen sich die Unterschiede hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Lebensstils zwischen den Ausprägungen der informellen Bildungsaktivitäten gering, d.h. die Unterschiede zwischen mittlerer und hoher Ausprägung informeller Bildungsaktivitäten scheinen einen geringeren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten zu nehmen.

Das Ausmaß der sowohl formellen als auch informellen Bildungsaktivitäten scheint in der Gesamtschau über die Phasen der untersuchten Lebensspanne den förderlichen (indirekten) Einfluss von Bildungsaktivitäten auf das Gesundheitsverhalten zu bestätigen.<sup>382</sup>

Es ist anzunehmen, dass informelle Bildungsaktivitäten als impulsfördernd gelten und sich somit aktivierend auf andere Lebensbereiche bzw. Aktivitätsbereiche auswirken können. Beispielsweise können sie einen Anreiz für vermehrte Bewegung bzw. sportliche Aktivitäten in sozialen Zusammenschlüssen bieten oder auch der aktiven Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Krankheitsthemen dienlich sein (u.a. zum Informationsaustausch bzw. -gewinnung bezüglich gesunder Lebensweisen und Aufklärung über potenzielle Folgen von Risikoverhalten).

---

<sup>382</sup> Siehe hierzu im Anhang die geschlechtsspezifischen Abbildungen zum *Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung der formellen und informellen Bildungsaktivitäten* unter Appendix 31 und Appendix 32.



\* Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

\*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

**Geschlecht:** alle Probandinnen der Substichprobe

**Typen:** Weiterbildungsaktivitäten (informell) über den Lebenslauf:

Rot = geringe informelle Bildungsaktivitäten

Gelb = mittlere informelle Bildungsaktivitäten

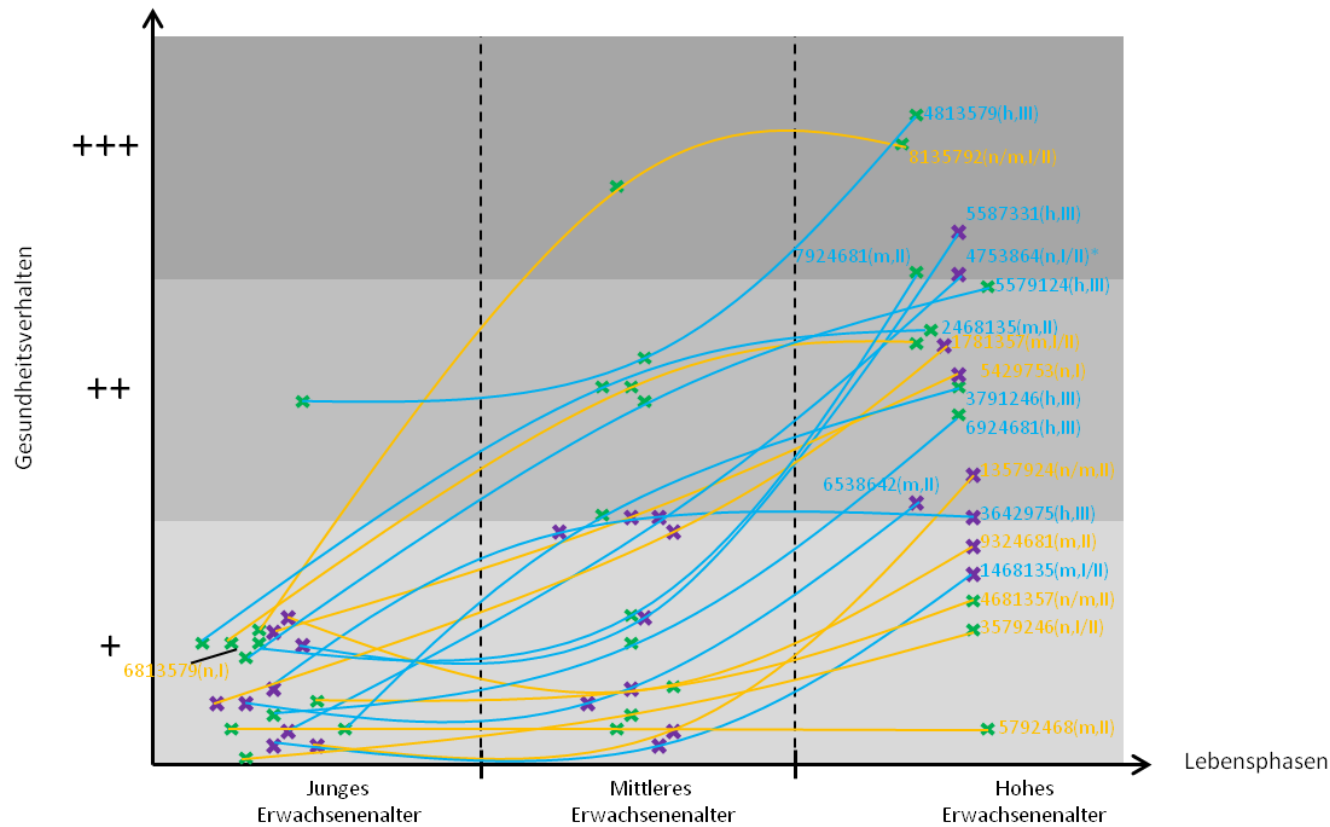
Blau = hohe informelle Bildungsaktivitäten

Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE

Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h

Berufliche Position: niedrig=I; mittel=II; hoch=III

Abb. 27: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters\*\* unter Berücksichtigung der informellen Bildungsaktivitäten (Frauen)



\* Der Proband befindet sich mit seinen Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Typen: Weiterbildungsaktivitäten (informell) über den Lebenslauf:  
 Rot=geringe informelle Bildungsaktivitäten  
 Gelb= mittlere informelle Bildungsaktivitäten  
 Blau= hohe informelle Bildungsaktivitäten  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

Abb. 28: Gesundheitsverhalten über die Phasen des Erwachsenenalters\*\* unter Berücksichtigung der informellen Bildungsaktivitäten (Männer)

Eine erhebliche Veränderung in den Interessenlagen<sup>383</sup> sowie eine bezüglich der Ausübung körperlicher und kognitiver Aktivitäten in einer Lebenslaufperspektive kann von den Befragten nur in Ausnahmefällen benannt werden. Größtenteils bestehen Interessen und Freizeitaktivitäten auch mit dem Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit weiter. Lediglich ihre Intensität sowie Sequenzierung der Ausübung erfährt, u.U. durch eine veränderte Rhythmisierung des Alltags und „gewonnene Zeit“, einen Wandel. So berichtet der Proband Herr Haack – wie die Mehrheit der Befragten – über eine geringfügige Umstrukturierung der Freizeitinteressen, jedoch habe sich der zeitliche Aufwand dafür geändert. Auf die Frage, ob sich seine Interessen und Hobbies über einen längeren Zeitraum verändert haben bzw. ob neue Freizeitbeschäftigungen dazukommen und/oder andere aufgegeben werden antwortet er:

Proband: „Naja, Spaziergehen, Radfahren, Schwimmen was man ja früher nicht während der Arbeitszeit [...] betreiben konnte wie jetzt [im Ruhestand]. Also das ist schon eine Änderung gewesen, denn wenn ich jetzt zum Beispiel Lust habe, dass ich außer montags, mittwochs und freitags auch noch donnerstags schwimmen gehen will, dann gehe ich halt auch donnerstags schwimmen, weil ich ja nicht gebunden bin. [Ich] bin [...] an sich unabhängig“ (Herr Hack: 3579246\1.MZP\_6v6, S. 1/Absatz: 4-5).

Hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens ergibt sich ein zwiespältiges Bild: Auch, wenn die Befragten übereinstimmend für einen „gesunden“ Lebensstil plädieren, so weisen die Ausführungen der Probanden/-innen eine große Variabilität hinsichtlich des Gesundheitsverständnisses in der Antwortspanne auf. Das heißt es handelt sich überwiegend um eine Fortführung gewohnter Verhaltensweisen. Nur in seltenen Fällen werden Probanden/-innen u.U. durch ein einschneidendes Erlebnis (der Renteneintritt und/oder die eigene Erkrankung oder die Erkrankung einer nahestehenden Person o.ä.) zu einer Verhaltensänderung und zu einer grundlegenden Veränderung des (Gesundheits-) Bewusstseins veranlasst. Das Bewusstwerden der eigenen Vulnerabilität (im Alter) führt häufig zu einer Ablösung der Unbetroffenheit i.S. einer risikoreichen und eher fremdbestimmten Gesundheitsempfehlung, hin zu einer selbstbestimmten gesundheitsbewussten Verhaltensoption (vgl. u.a. Herr Hegemann: 2468135\1.MZP\_4v5, S. 4/Absatz: 20-21/Position: 100-101; Herr Landmann: 1357924, 1.MZP; Herr Hornberger: 3791246, 2.MZP; Herr Herrmann: 8135792, 1.MZP).

---

<sup>383</sup> Siehe zu der Entwicklung der Interessen im (späten) Erwachsenenalter auch im vorangegangenen Kapitel 11.1.2.2 *Informelle Bildungsaktivitäten*.

Andere Probanden/-innen berichten über ein nicht intendiertes und nicht zielgerichtetes Gesundheitsverhalten. Sie agieren vielmehr aus dem Motiv des Spaßes und aus einem Selbstverständnis heraus, regelmäßig körperlichen Aktivitäten und einem ausgewogenen Ernährungsstil nachzugehen (vgl. Frau Hagen: 7579246, 2.MZP).

Zusammenfassend werden von den Befragten unter präventiven Maßnahmen zum Entgegenwirken vermeintlicher altersbedingter Beeinträchtigungen folgende Aspekte verstanden: Eine gesunde Ernährung, gesellschaftliche Teilhabe sowie Integration, ständig aktiv bleiben (ehrenamtliche Aktivitäten z.B. Rollenverluste durch den Austritt aus der Erwerbstätigkeit kompensieren) und seine Interessen sowie den intergenerativen Austausch zu pflegen. Diese präventiven Aspekte werden im Folgenden dem Verhalten beim Eintreten altersbedingter Veränderungen gegenübergestellt, die zum Beispiel bei biografischen Wendepunkten unterschiedliche Strategien hervorrufen.

Im Hinblick auf unterschiedliche Formen des Umgangs und der Bewältigung von physischen als auch psychischen Beeinträchtigungen und/oder einschneidenden Ereignissen berichten die Probanden/-innen, dass (vermeintlich) altersbedingte Veränderungen, wie häufig genannt, nachlassender (sich verschlechternder) Gesundheitszustand (Multimorbidität), verbunden mit einer geringeren physischen (motorisch, sensorisch, z.B. Abnahme der Hör- und Sehfähigkeit) als auch psychischen Belastbarkeit (kognitive Beeinträchtigung, Gedächtnisdefizite und Konzentrationsdefizite), Probanden/-innen dazu veranlasst, unterschiedliche kontext-, personenabhängige Strategien zu entwickeln und diese situationsadäquat einzusetzen (vgl. z.B. Frau Lippert: 2724689\1.MZP\_5v6, S. 8/Absatz: 16-17; Frau Lippert: 2724689\2.MZP\_1v3, S. 11/Absatz: 1-2; Herr Hegemann: 2468135\1.MZP\_5v5, S. 4/Absatz: 21/Position: 106-106; Herr Haberstroh: 4813579, 1.MZP; Herr Herrmann: 8135792, 3.MZP; Frau Haas: 9246813, 3.MZP; Frau Hildebrand: 7315209, 3.MZP; Frau Lindner: 9984686, 3.MZP<sup>384</sup>). Zudem tritt oftmals eine Veranlassung der bewussten Auseinandersetzung bzw. selbstreflexiven Beschäftigung mit dem eigenen Alter und der Endlichkeit ein.

Des Weiteren kann ein biografischer Wendepunkt die Befragten dazu veranlassen, wie beispielsweise aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung (mitunter verbunden z.B. mit reduzierter Mobilität) oder die Erkrankung des/der Partners/-in, sich auf veränderte Situationen einzustellen und Handlungen den gegebenen Umständen anzupassen. Dies kann – trotz potenzieller Beeinträchtigung – zum einen an routinierte Abläufe im Alltag (Frau Hagen: 7579246,

---

<sup>384</sup> Siehe ausführlicher im Kurzportrait zur Probandin Frau Lindner (ID: 9984486) im Anhang unter Appendix 10.

2.MZP; Frau Luther: 2680074, 3.MZP) oder an die enorme Veränderung gewohnter Handlungsmuster im Alltag gebunden sein.

Eine Probandin berichtet nach der Diagnose einer kognitiven Erkrankung ihres Partners von ihrem psychischen Verarbeitungsprozess mit der Krankheit und den einhergehenden Veränderungen (Persönlichkeitsmerkmalen) des Partners. Sie nimmt aufgrund der Beeinträchtigung ihres Partners vermehrt Rücksicht und muss in einem hohen Maße Verständnis aufbringen. Die Probandin umschreibt wie sie u.a. bei Meinungsverschiedenheiten aus Rücksicht die eigenen Bedürfnisse stets zurücksteckt. Ein Kompensationsventil stellt für die Befragte das Tagebuchschreiben dar, da sie aus dem näheren Umfeld keine Gesprächspartner zu diesem Thema hat bzw. ihre Kinder damit nicht belasten möchte:

Probandin: „[...] ich wollte ihn ja dann nicht belasten und ich schreibe mir das nieder. [...] ich hatte eigentlich das was ich ihm sagen wollte, habe ich aufgeschrieben und wo er dann wieder da war, habe ich es zerrissen. Das muss er nicht lesen. Vielleicht bedrückt ihn das, wie ich mich gefühlt habe. Das war eigentlich für mich mehr ein Ventil, sagen wir mal [...], weil er nicht da ist. Ich hatte ja niemanden zum Reden [...]“ (Frau Lippert: 2724689\2.MZP\_2v3, S. 7/Absatz: 6-9).

Neben dem kompensatorischen Tagebuchschreiben über ihre psychische Befindlichkeit versucht die Probandin mittels Entspannungsübungen ihren Ängsten und ihrem Kummer entgegenzuwirken. Frau Lippert stellt sich mittlerweile aus Zeitschriften etc. Tipps zur Entspannung und zum Angstabbau in einer Mappe zusammen und wendet diese Tipps regelmäßig an.

In einem weiteren Beispiel muss eine Probandin mit der Erkrankung ihres Ehemannes umgehen, wobei sie trotz ihres (großen) sozialen Netzwerkes keinerlei Unterstützung erhält. Der Probandin fehlen unterstützende soziale Netzwerke zur Herleitung neuer Handlungsimpulse, um mit der konfliktbeladenden Beziehung zu ihrem Ehemann umgehen zu können. Frau Hoffmann umschreibt ihre Situation wie folgt:

Probandin: „[...] ich habe mit meinen Problemen nicht zu meiner Mutter gehen [können]. [Zu meiner] Hochzeit [hat meine Mutter gesagt]: So wie [du] dich bettest so liegst [du], aber komme mir später nicht nach Hause [und beschwere dich]. Ich hätte mir doch nie getraut zu sagen ich lasse mich scheiden oder sonst was [...]. [Mein Mann] ist mit seiner Krankheit vom Unfall nicht fertig geworden, nicht mehr arbeiten [zu können und] früh pensioniert [zu werden und] nicht mehr zu schaffen. Der ist nicht fertig geworden mit seiner Krankheit“ (Frau Hoffmann: 1864297\1.MZP\_2v4, S. 8/Absatz: 2-6/Position: 142-148).

Auf die Interviewfrage, ob die Probandin ihr Leben gerne noch einmal von vorne beginnen würde, antwortet diese:

„[...] ich könnte es ja gar nicht in dem Sinn, [denn] mein Mann war viel krank und die Kinder haben mich gebraucht.“ (Frau Hoffmann: 1864297\1.MZP\_4/Absatz: 210-212).

Eine Veränderung in ihrer Lebensgestaltung ist für die Probandin nicht (ohne fremde Unterstützung) möglich. Die Interviewpassage macht deutlich, dass die Qualität der sozialen Beziehungen ausschlaggebend für mögliche Unterstützungsleistungen ist, welche wiederum Einfluss auf das eigene Wohlbefinden und die Wertschätzung der eigenen Person nehmen. Zudem lässt sich am analysierten Fallbeispiel erkennen, dass bestehende restriktive Beziehungsstrukturen es der Probandin deutlich erschweren, Anerkennung zu erlangen und neue Lernanlässe aufzugreifen.

Insgesamt wird den Belastungen sehr unterschiedlich begegnet: Zum einen aktiv, handlungsorientiert, Interventionen in Anspruch nehmend, kompensatorische Formen wählend und zum anderen eine Normalisierung der Alltagsrhythmisierung (ist in Abhängigkeit vom Ausmaß der Beeinträchtigung und der subjektiven Wahrnehmung des kritischen Lebensereignisses zu sehen) bis hin zur Verdrängung bzw. Selbsttäuschung in Bezug auf die eigenen Befürchtungen zur gesundheitlichen Entwicklung (z.B. Frau Haas: 9246813, 3.MZP; Herr Langhans: 9324681, 2.MZP). Diesbezüglich werden in den beiden folgenden Abbildungen 30 und 31 die untersuchten Probanden/-innen hinsichtlich ihrer jeweiligen formellen und informellen Bildungsaktivitäten sowie deren Umgang bzw. Bewältigungsstrategien mit Veränderungen oder Beeinträchtigungen dargestellt. In Abbildung 29 lässt sich zudem der Umgang mit Beeinträchtigungen in Abhängigkeit vom formalen Bildungsabschluss ablesen: Formal höher Gebildete weisen in der untersuchten Stichprobe unabhängig der Geschlechtszugehörigkeit im Hinblick auf den Umgang mit Beeinträchtigungen mehrheitlich ein handlungsorientiertes und flexibles Verhalten auf, welches durch offensive Problemlösestrategien gekennzeichnet ist. Im Hinblick auf die Personen, die über einen geringeren formalen Bildungsabschluss verfügen, zeichnet sich bezüglich ihres Umgangs mit Beeinträchtigungen folgendes divergentes Bild ab: Die Verteilung auf dem Kontinuum zu einer eher handlungsorientierten, offensiven Problembewältigung bis hin zu einem eher lageorientierten, veränderungsresistenten Verhalten der sowohl mittleren als auch gering formal gebildeten Probandinnen und Probanden lässt keine generalisierenden Aussagen hinsichtlich ihrer präferierten Bewältigungsformen bei bestehenden bzw. auftretenden Beeinträchtigungen zu.

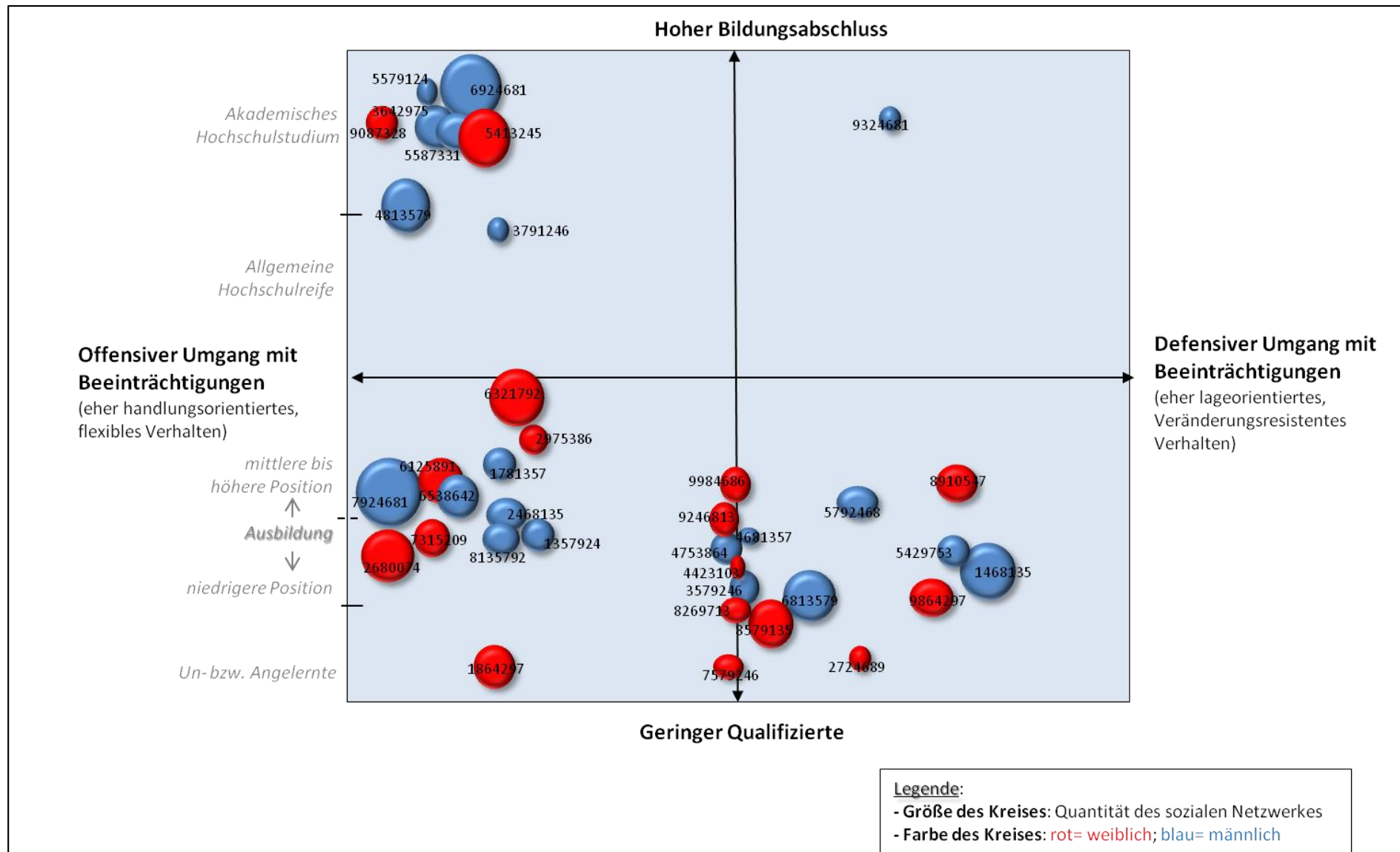


Abb. 29: Verortung der Probanden/-innen: formaler Bildungsabschluss & Umgang mit Beeinträchtigungen (Resilienz) (eigene Darstellung)



Es kann gezeigt werden, dass die sogenannten „Weiterbildungsaktiven“ (im formellen Kontext) auch im Alltag eher ein handlungsorientiertes Verhalten bei auftretenden Veränderungen oder (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen aufweisen. Dieses Phänomen kann u.U. so gedeutet werden, dass sogenannte „Bildungsgewohnte“ vermutlich über ein individuelles Verhaltensrepertoire verfügen mit belastenden Lebensereignissen und mit anderen Stressoren umzugehen, demzufolge auch eine höhere kognitive Flexibilität oder Reserve entwickeln und sich eher (aktiv) auf veränderte Situationen einstellen bzw. anpassen können sowie ein größeres „Kompensationspotenzial“ i.S. der Kognitiven Reserve besitzen. Dieses kognitive Potenzial kann jenen Personen den Vorteil bringen, das sie dadurch ihre Situation besser reflektieren und zielgerichteter Alternativen suchen oder Kompensationsstrategien anwenden können.

Der Annahme folgend, dass die Plastizität des Gehirns aktivitätsabhängig ist und somit eine lebenslange mentale Stimulation die Resilienz des Gehirns gegenüber neurodegenerativen Prozessen im Alter erhöht, tragen regelmäßige kognitive, soziale sowie körperliche Aktivitäten zum Ausbau der Kognitiven Reservekapazität bei.<sup>385</sup>

Zudem ist aus Studien bekannt, dass die (Neu-)Orientierung – beispielsweise nach dem Wegfall der Erwerbstätigkeit – und die Suche nach neuen Lebensaufgaben sowie soziale Rollen „(Weiter-)Bildungsaktiven“ leichter fällt. Begründet werden kann dieses vermutlich u.a. dadurch, dass jene Personen über die gesamte Lebensspanne i.d.R. eine Vielzahl von Interessen entwickelt haben und aus diesem Grund beim Wegfall eines Interessensfeldes alternativ andere Betätigungsfelder besitzen (Albe 2007: 89).

Demzufolge erhöht die Teilnahme an Weiterbildung – wie auch die Untersuchungen von Perrig-Chiello (1997) zeigen – zum einen die Widerstandsfähigkeit, also Resilienz, und zum anderen tragen Lern- und Bildungsaktivitäten maßgeblich zur kognitiven Leistungsfähigkeit bei (vgl. hierzu auch Perrig-Chiello 1997). Daher kann Bildung als eine protektive Ressource für ein „erfolgreiches“ Altern angesehen werden.

---

<sup>385</sup> Wie bereits im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern* erläutert wurde, liegen konsistente Befunde vor, dass höher gebildete Personen im Falle einer hirnanatomischen Schädigung die Funktionseinbußen besser bzw. über einen längeren Zeitraum kompensieren können.

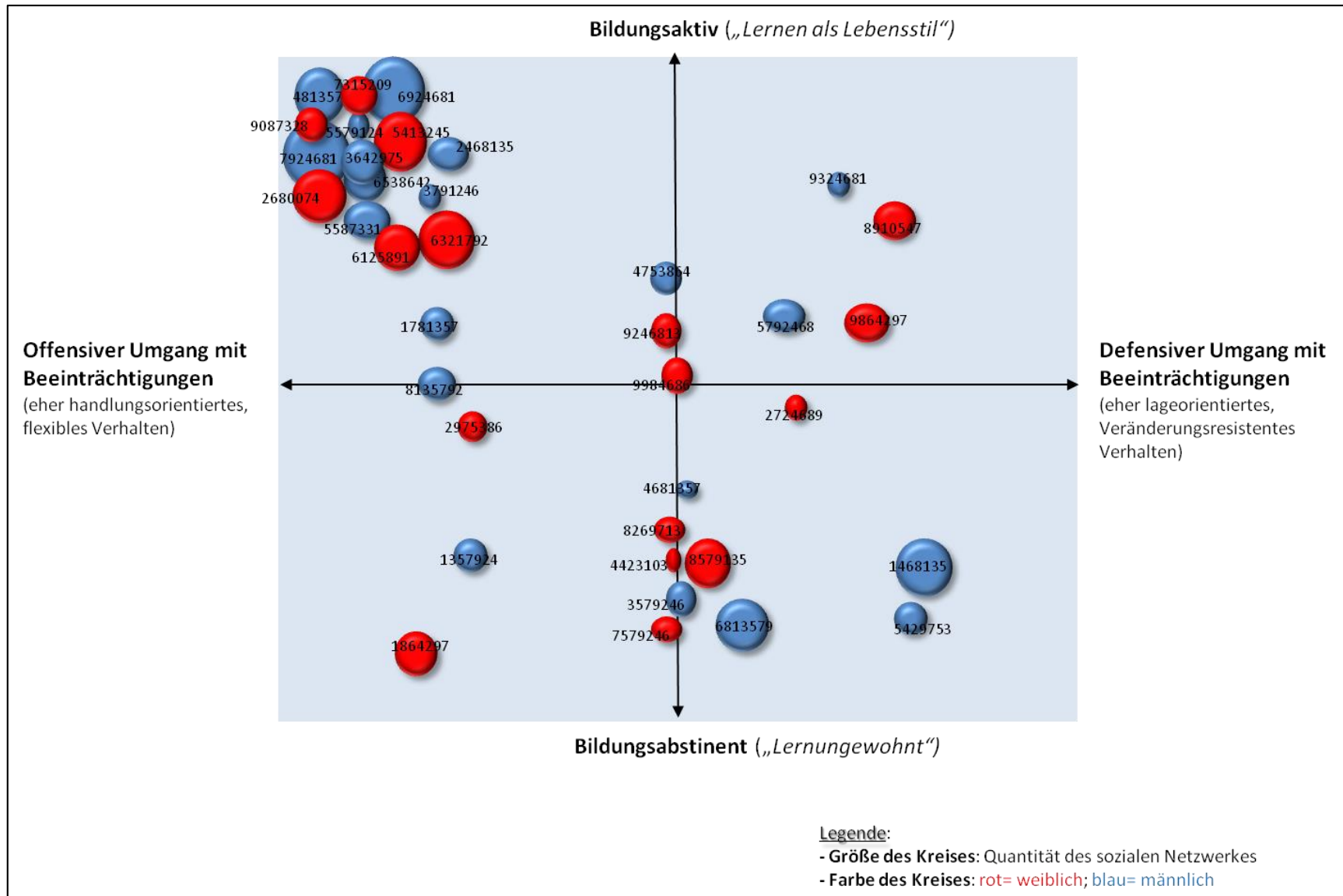


Abb. 30: Verortung der Probanden/-innen: formelle Bildungsaktivitäten & Umgang mit Beeinträchtigungen (Resilienz) (eigene Darstellung)

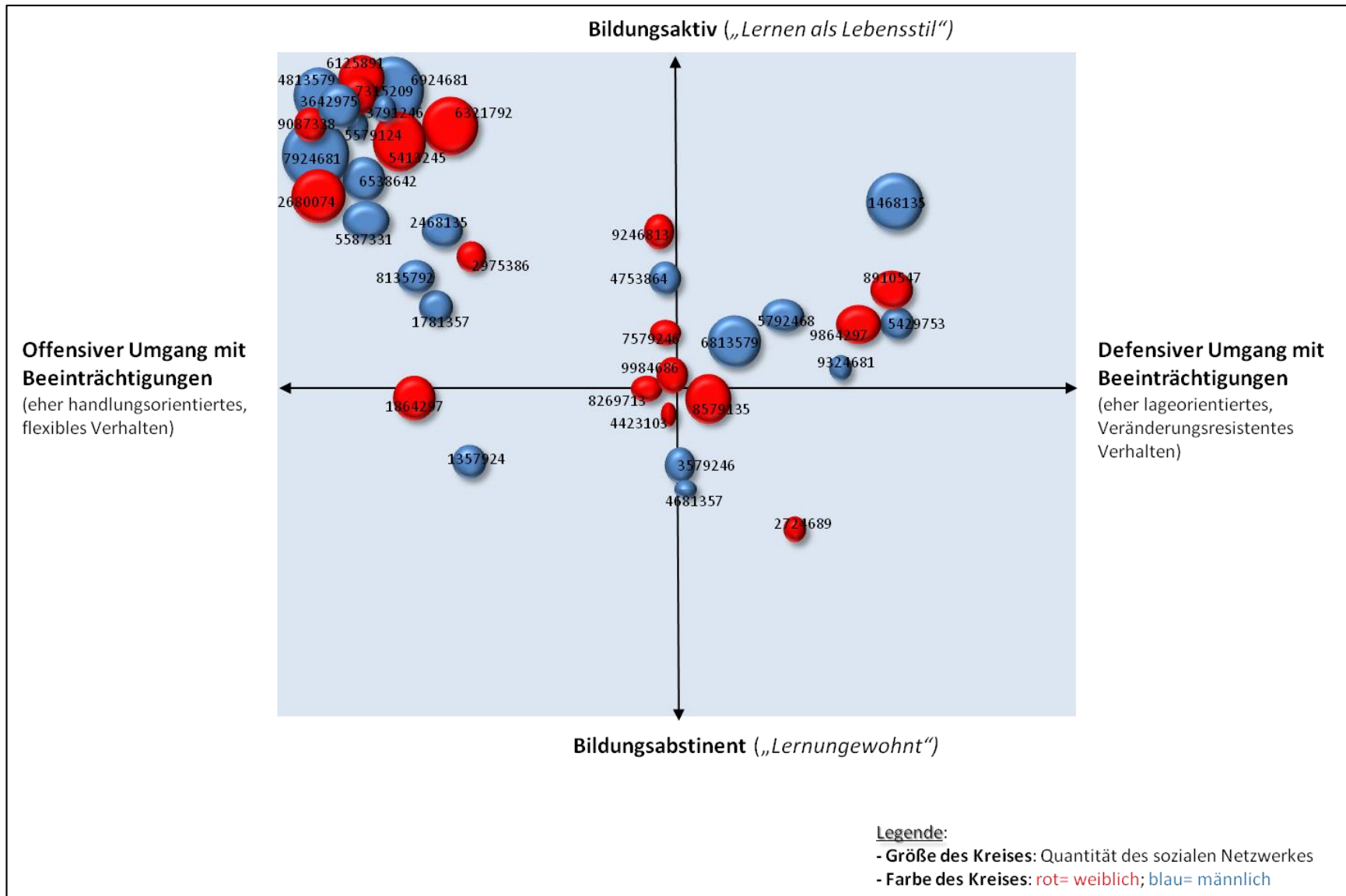


Abb. 31: Verortung der Probanden/-innen: informelle Bildungsaktivitäten & Umgang mit Beeinträchtigungen (Resilienz) (eigene Darstellung)

Überdies gibt es konsistente Hinweise, dass die internale Kontrolle (Selbstwirksamkeit, -bestimmung; Kontrollüberzeugungen etc.) als ein wichtiger Einflussfaktor für die Gesundheit im Alter angesehen werden kann (vgl. hierzu Studie von Lachmann/Weaver 1998). Zu ähnlichen Befunden gelangen Brandstädter & Rothermund (vgl. Brandstädter/Rothermund 1998): Sie bestätigen die Annahme, dass hohe Kontrollüberzeugungen als ein Prädiktor für ein „erfolgreiches“ Altern angesehen werden können. Ihrer Ansicht nach nehmen internale Kontrollüberzeugungen, die durch Lern- und Bildungsprozesse gestärkt werden, eine wichtige Rolle bei dem eigenen Gesundheitsmanagement ein. Personen, die über hohe internale Kontrollüberzeugungen verfügen, können sich aufgrund einer größeren Sicherheit selbstbestimmter und handlungsorientierter verhalten und nehmen somit eher gesundheitsfördernde Interventionen in Anspruch und vermeiden Risikoverhalten (vgl. Rodin 1986). Begründen lässt sich dieser Zusammenhang von Bildung(saktivitäten) und Selbstkontrolle insofern, als dass Bildungsaktive über die Lebensspanne kognitive Ressourcen aufgebaut haben. So kann die Überzeugung über die eigene Selbstwirksamkeit und die Fähigkeit zur selbstbestimmten und autonomen Lebensführung auf die Gesundheit förderlich einwirken (Albe 2007: 79).

#### **11.1.4 Zusammenfassung der Befundlage**

Zusammenfassend konnte anhand des empirischen Datenmaterials transparent gemacht werden, dass sehr unterschiedliche Lernanlässe, Lernmodi und Lernorte genutzt werden.

So konnte gezeigt werden, dass Veränderungsanlässe und daraus resultierend Lernanlässe häufig durch biografische Wendepunkte markiert werden. Welcher Impuls jedoch tatsächlich entscheidend eine Lernaktivität veranlasst – ist wie die Auswertung der Interviews gezeigt hat – von den individuellen personellen und externalen Bedingungen bzw. Ressourcen abhängig. Das subjektiv empfundene Ausmaß, die Intensität und die Wirkungsreichweite eines Veränderungsimpulses sind entscheidend, ob und in welcher Form es zu einer Bewusstmachung der Konsequenzen von Ereignissen oder/und der Änderung der eigenen Verhaltensweisen kommt. Exemplarisch für einen Schlüsselmoment können der unerwartete Berufsaustritt, eine Erkrankung oder aber auch positiv bewertete Ereignisse sein.

Maßgeblich ist der Handlungs- bzw. Veränderungsdruck dafür verantwortlich, ob beispielsweise bei einer bestehenden Lernbarriere die z.B. durch negative Lernerfahrungen verfestigt wurde und schließlich zu einer Lernentwöhnung geführt hat, schließlich größer ist als das innere Veränderungsbedürfnis oder der äußere Handlungsdruck. In der Reibung dieser Komponenten entscheidet sich die letztendliche Einstellungs-/Verhaltensänderung bzw. -starre.

Wie in den Fallbeispielen dargestellt kann es zu einer Irritation bzw. zum Infragestellen bisher vertrauter Handlungs- und Deutungsmuster kommen, denen unterschiedliche Bewältigungsformen folgen, welche wiederum Lernimpulse bieten können.

Kommt es zum Aufgreifen eines Lernimpulses, dann kann die persönliche (Weiter-)Entwicklung in unterschiedlichen Kontexten, Lernmodi und -orten erfolgen.

Wie in der nachfolgenden Abbildung 32 zu den verschiedenen Lernorten veranschaulicht wird, gewinnen insbesondere (auf Freizeithemen bezogene) Lernaktivitäten in informellen Kontexten – aufgrund der gewonnenen Freizeit nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben – mit fortschreitendem Lebensalter progressiv an Bedeutung.<sup>386</sup> Dieses ist darin begründet, dass es im höheren Erwachsenenalter – insbesondere durch den Eintritt in die nachberufliche Phase – oftmals zu einer Neubewertung der (Alltags-)Relevanz bzw. des Nutzens von Bildungsaktivitäten kommt, so dass sich auch die Motivlagen wandeln. Hiermit ist zudem ein Rückgang der Bildungsbeteiligung in formellen Kontexten verbunden, welcher während der Phase der Erwerbstätigkeit größtenteils berufsbezogen war.

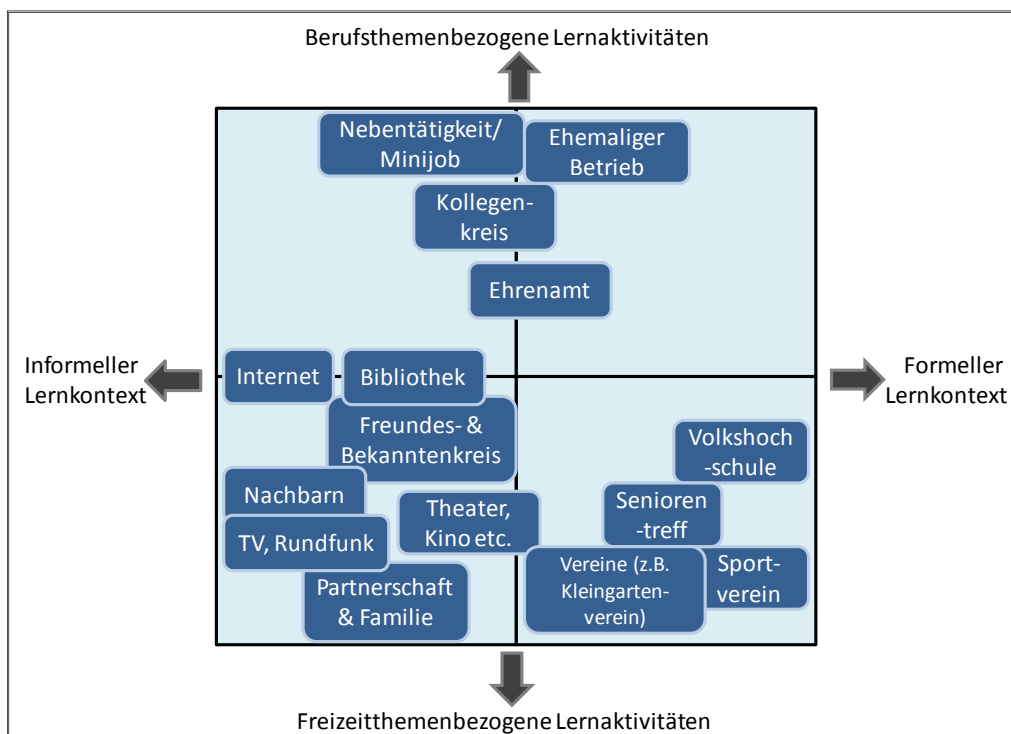


Abb. 32: Berufs- und freizeitthemenbezogene (Lern-)Aktivitäten (eigene Darstellung)

<sup>386</sup> Einschränkung ist anzumerken, dass sich tendenziell im sehr hohen Alter bereichsübergreifend die Teilhabe an (Lern-)Aktivitäten bzw. Bildungspartizipation verringert. Die möglichen Gründe für diese Entwicklung können zum einen in veränderten Bedürfnissen sowie einer veränderten Motivlage und zum anderen in einer größer werdenden Immobilität im höheren Alter gesehen werden.

In der Abbildung 32 ist zu erkennen, dass berufsthemenbezogene Lernaktivitäten, u.a. aufgrund ihres Tätigkeitsbezuges, stark an bestimmte Lernorte gekoppelt sind – an den (ehemaligen) Betrieb bzw. an das Unternehmen, an den (ehemaligen) Kollegen/-innenkreis oder an die in der nachberuflichen Phase ausgeübte Nebentätigkeit sowie das Engagement im Ehrenamt.

Bezogen auf den Freizeitsektor bieten im formellen Kontext insbesondere die Aktivitäten in Vereinen, Sportclubs, Seniorentreffs sowie die Teilnahme an Volkshochschulkursen eine Vielzahl von Lernanlässen.

Des Weiteren konnte die Analyse zeigen, dass das Eigenstudium bzw. die Recherche in ausgewählter Fachliteratur oder im Internet themenübergreifend als vielseitige Lern- und Informationsquelle im informellen Kontext dienen.

Als bedeutendste informelle Lernquelle erwies sich nach Schilderungen der Probanden/-innen jedoch der Austausch in ihrem sozialen Netzwerk – insbesondere der Austausch in der Partnerschaft, der Familie und im Freundeskreis – welcher in vielfältiger Weise Reflexionsmöglichkeiten und neue Lernimpulse bietet. Dadurch können wiederum neue Lerngelegenheiten und womöglich Förderstrukturen eröffnet werden sowie der Prozess der aktiven Auseinandersetzung mit Herausforderungen bzw. in Umbruchsituationen gefördert werden. Häufig wurde von den untersuchten Probanden/-innen eine zielgerichtete und spezialisierte Rat- und Unterstützungssuche angestellt.

Hinsichtlich der Unterschiede sowohl in der sozialen Netzwerkgröße als auch in der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen aus dem sozialen Umfeld wurden in der Analyse geschlechtsspezifische Unterschiede ersichtlich. Darüber hinaus konnten in der Untersuchung neben den größtenteils förderlichen Effekten, die aus dem sozialen Austausch resultieren, auch restriktive Faktoren, die auf den Lernprozess einwirken, identifiziert werden. Eine zu vermutende Korrelation zwischen einem großen Netzwerk und dem Ausmaß an Unterstützung konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr lieferte die Analyse konsistente Hinweise, dass nicht die Quantität sozialer Beziehungen, sondern maßgeblich die Qualität der sozialen Kontakte – neben der Dichte, Heterogenität und Multiplexität sozialer Kontakte – den Lernprozess förderlich beeinflusst.

Neben diesen sozialen Lernquellen, bieten darüber hinaus Medien – wie die Fernseh- und Rundfunknutzung, aber auch, wie bereits erwähnt, die Nutzung des Internets – Anregungen und Lernimpulse für die untersuchte Alterskohorte.

Die Analyse konnte weiterführend zeigen, dass in der nachberuflichen Phase informelle Lernaktivitäten einen großen und bedeutenden Anteil der Bildungsaktivitäten darstellen. Auch wenn sich die Teilnahme an formellen Weiterbildungsangeboten als Prädiktor für das Ausmaß informellen Lernens erwies, so konnte in der Untersuchung verdeutlicht werden, dass mit der Abnahme organisierter bzw. institutionalisierter Weiterbildung im höheren Lebensalter nicht zwangsläufig eine generelle Reduzierung der Bildungsaktivitäten im Alter einhergehen muss. Vielmehr wandeln sich die Bildungssettings über die Lebensspanne. Das heißt neben den „klassischen“ Lernorten gewinnen informelle Lernformen im Alltag, welche durch Selbstbestimmtheit, Selbststeuerung oder Selbstorganisation gekennzeichnet sind, im höheren Lebensalter an Bedeutung. In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass sowohl der Umfang als auch die Intensität informeller Bildungsaktivitäten erheblich vom Bildungsstand und dem Erwerbsstatus bestimmt werden. Zudem steht das Ausmaß der Bildungsaktivitäten interdependent mit anderen soziodemografischen Merkmalen (Gender- oder Kohorteneffekt etc.) in Verbindung, wodurch keine Kausalzusammenhänge und klar abgrenzbare Effektstärken dem Faktor „Bildung“ beigemessen werden können.

Generell lässt sich fast ausnahmslos eine gewisse Kontinuität von Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf erkennen. Kennzeichnend hierfür ist die Fortführung „alter Gewohnheiten“ sowie Zeit- und Aktivitätsstrukturen – also die Beibehaltung einer tendenziell eher lageorientierten Passivität oder eines eher handlungsorientierten Verhaltens, das Lernen als lebendbegleitend i.S. eines „festen“ Bestandteils des Lebens ansieht.

Demzufolge bleiben das Bildungsverständnis und die Interessen über den Lebenslauf relativ stabil und verlieren nicht an Relevanz infolge des Austritts aus dem Erwerbsleben. Insbesondere bei den höher qualifizierten Probanden/-innen konnte eine Vereinbarkeit der Interessen bzw. eine Deckung der Interessen der beruflichen Tätigkeit mit Interessen aus dem Freizeitbereich festgestellt werden. Dieser Befund lässt vermuten, dass eine Verschmelzung von beruflichen und persönlichen Interessen überwiegend bei höher qualifizierten Probanden/-innen zu finden ist, aufgrund dessen, dass sie beispielsweise bezüglich ihrer Berufswahl interessengeleitet und selbstbestimmt waren. Es trifft jedoch bei weitem nicht bei allen Fällen zu, da die Interessenentwicklung nicht an den Bildungsstand oder an berufliche Positionen gekoppelt ist. Auch innerhalb der Gruppe der geringer qualifizierten Probanden/-innen ließ sich eine Fortführung oder Vertiefung der Interessen – zunehmend auf handwerkliche Tätigkeiten bezogen – beobachten.

Des Weiteren scheinen in der nachberuflichen Phase jene Fortführung bzw. Intensivierung der Interessen, welche z.B. in einem Ehrenamt erfolgen kann, kompensatorische Effekte für den

Wegfall der Erwerbsarbeit zu haben. Dieses kann im hohen Maße strukturgebend hinsichtlich der Alltagsgestaltung wirken – verbunden mit veränderten Zeit- und Aktivitätsstrukturen sowie neuer Rollengestaltung – und zugleich internale Kontrollüberzeugungen stärken.

Dieses Bestreben zur Aufrechterhaltung bestehender Rhythmen und Strukturen im Alltag zeichnet sich auch hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens ab, beispielsweise in Form der Fortführung gewohnter gesundheitsfördernder oder risikoreicher und eher fremdbestimmter Verhaltensweisen.

Aufgrund von tiefgreifenden Ereignissen, wie z.B. einer Erkrankung, können Verhaltensänderungen veranlasst werden und mitunter eine Einstellungsänderung herbeiführen. Auch ein nicht die Person direkt betreffendes Geschehnisse, wie die Erkrankung oder der Tod einer nahestehenden Person o.ä., kann demjenigen/derjenigen die eigene Vulnerabilität bewusst machen und alternative Verhaltensmöglichkeiten entwickeln lassen. So konnte in der Untersuchung mehrheitlich ab dem Ende des mittleren Erwachsenenalters eine größer werdende Sensibilisierung für die eigene Gesundheit identifiziert werden. In Abhängigkeit von der sozialen Schichtzugehörigkeit bzw. Status sowie der Geschlechtszugehörigkeit zeigt sich des Weiteren eine Prävalenz von Multimorbidität im höheren Lebensalter bzw. ein erhöhtes Risikoverhalten (Tabakkonsum, geringe sportliche Aktivität, unregelmäßige bis keine Gesundheitsvorsorge und Ernährungsverhalten etc.) mit abnehmendem sozialen Status (Bildungsstand, berufliche Position etc.). Den Befunden zufolge kann dem Bildungsverhalten eine große Effektstärke auf das Gesundheitsverhalten, i.S. einer aktivitätsfördernden und lebensbereichsübergreifenden Wirkung, zugesprochen werden.

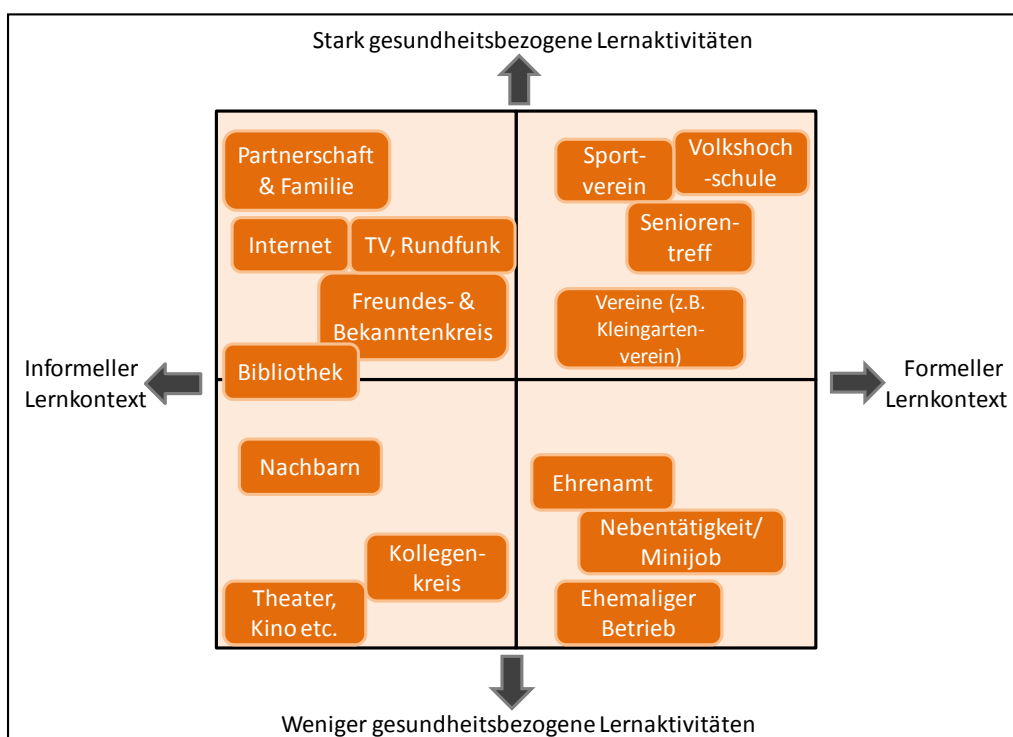
Im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden lässt sich vermehrt eine Verbesserung – unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand – mit zunehmendem Lebensalter (insbesondere in Verbindung mit Veränderungen beim Eintritt in die nachberufliche Phase) feststellen.

Zudem zeigt sich im Intergruppenvergleich keine signifikante Korrelation zwischen dem Bildungsstand bzw. dem beruflichen Status und der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes, mit Ausnahme der Gruppe der höher Gebildeten.

Im Zusammenhang mit einem eher fremd- oder selbstbestimmten Verhalten steht der Einfluss von bereits zuvor genannten Kontrollüberzeugungen, welche in hoher Ausprägung nachweislich als ein Prädiktor für ein „erfolgreiches“ Altern angesehen werden können. Im Hinblick auf das eigene Gesundheitsverhalten spielen internale Kontrollüberzeugungen bezüglich eines selbstbestimmten und handlungsorientierten präventiven Verhaltens eine wesentliche Rolle. Diese werden durch Lern- und Bildungsprozesse aufgebaut und gefestigt.



Die Gelegenheiten, die sich den Probanden/-innen bieten, ihre „Gesundheitskompetenz“ zu entwickeln bzw. Verhaltensweisen zu erlernen, wird in der Abbildung 33 visualisiert. Dabei wird ersichtlich, dass auf institutioneller Ebene – insbesondere die Volkshochschule, zu deren „Kernklientel“ die untersuchte Alterskohorte zu zählen ist – Raum für die Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Themen bietet. Zudem kann ein ehrenamtliches Engagement bzw. die aktive Mitgliedschaft in (Sport-)Vereinen und Seniorentreffs ermöglichen, sich verstärkt mit der eigenen Gesundheit und der gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung auseinanderzusetzen und gegebenenfalls sich im Kollektiv über Alter(n)sthemen auszutauschen sowie gemeinsame sportliche Aktivitäten im formellen Lernkontext nachzugehen.



**Abb. 33: Gesundheitsbezogene (Lern-)Aktivitäten (eigene Darstellung)**

Neben den genannten institutionellen Formen, findet „Gesundheitsbildung“ vermehrt in informellen Kontexten statt: Hierzu werden Personen aus dem Freundeskreis oder „vertraute“ Personen aus dem Bekanntenkreis zu dem durchaus sensiblen und persönlichen Thema der Gesundheit herangezogen.

Des Weiteren stellen Fernseh-, Radiosendungen, Beiträge aus Fachbüchern sowie die Internetrecherche Informationsquellen zu gesundheitsrelevanten Themen für die untersuchte Kohorte dar.

Größtenteils werden die beschriebenen lernförderlichen Lernimpulse themenunabhängig im Austausch innerhalb des jeweiligen sozialen Netzwerks ergriffen. Dessen ungeachtet, können

jedoch soziale Beziehungen auch lernhemmend wirken. Wie die Auswertung des Datenmaterials verdeutlichen konnte, stellen strukturell gegebene familiäre als auch außerfamiliäre Netzwerkstrukturen keinen Automatismus für Unterstützungsleistungen dar. Vielmehr ist auf Grundlage der analysierten Interviews der „Qualitätsaspekt“ von sozialen Beziehungen hervorzuheben. Dieses impliziert sowohl die differenzierte Wahrnehmung der Beziehungsqualität als auch die Anerkennung von Rollenwechsel in Beziehungen, welche insbesondere im höheren Erwachsenenalter einen inter- sowie intragenerativen Wandel durchlaufen.

Demzufolge lassen sich keine validen Aussagen bezüglich der subjektiv wahrgenommenen sozialen Netzwerkqualität und der tatsächlichen Unterstützungsleistung treffen.

Wie bereits an den Fallbeispielen erläutert, können „gut funktionierende“ soziale Netzwerke unabhängig von dessen Größe wie ein „Puffer“ gegenüber negativen bzw. lernhemmenden Einflüssen wirken und entsprechend den Prozess der Entwicklung von Handlungskompetenz i.S. von Resilienz begünstigen, Lernimpulse anbieten sowie zu einer reflexiven Auseinandersetzung anregen.

Es lässt sich abschließend konstatieren, dass soziale Beziehungen sowohl in ihrer Qualität als auch Multiplexität lernrelevant sind und im erheblichen Maße zur gesellschaftlichen Integration und Bildungspartizipation beitragen können.

## **12. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen**

Nachdem im vorigen Kapitel konkludierend die in der Analyse identifizierten Brüche, Wendepunkte und kritischen Lebensereignisse in der Lebensgeschichte der untersuchten Probanden/-innen dargestellt wurden, die Anlass zur Verhaltensänderung bieten und mitunter zu einer nachhaltigen Verbesserung oder auch Verschlechterung der objektiven Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens führen, sollen im Folgenden darauf aufbauend potenzielle Wirkungen von Bildungsprozessen, insbesondere in informellen Kontexten bzw. beim Lernen in sozialen Beziehungen, auf die Gesundheit im Alter diskutiert werden.

Hierzu folgen eine Kurzdarstellung und eine weiterführende Gesamtschau der Ergebnisse:

Die Befunde der qualitativen Analyse haben deutlich gemacht, in welchen Formen bzw. in welcher Hinsicht sich Bildungsaktivitäten in informellen Kontexten insbesondere in sozialen Netzwerken lernförderlich oder auch lernhinderlich und sich letztlich auf ein „erfolgreiches“ Altern auswirken können (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.2.2.1 *Lernen in sozialen Beziehungen*).<sup>387</sup>

---

<sup>387</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 8.2 *Einfluss von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten*.

Die Befundlage zeigt, dass Bildungsaktivitäten in unterschiedlichen Kontexten einen Einfluss auf die Aktivitätsstruktur sowie das (Gesundheits-)Verhalten, welche in Verbindung mit weiteren soziodemografischen Merkmalen zu sehen sind, nehmen (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.3 *Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten*).

Basierend auf den empirischen Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung kann die gestellte Forschungsfrage nach der Wirkungsweise von Bildungsaktivitäten wie folgt beantwortet werden:

Hinsichtlich des Umgangs bzw. der Entwicklung von Bewältigungsstrategien, Anforderungen und Belastungen zu begegnen, kann bei den „Weiterbildungsaktiven“ (im formellen Kontext) ein eher handlungsorientiertes Verhalten bei auftretenden Veränderungen oder (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen im Alltag identifiziert werden. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür bietet die Annahme, dass sogenannte „Bildungsgewohnte“ über ein breiteres individuelles Verhaltensrepertoire verfügen mit belastenden Lebensereignissen und mit anderen Stressoren umzugehen. Der Reservekapazitätsthese zur Folge entwickeln „bildungsaktive“ Personen eine höhere kognitive Flexibilität und somit kognitive Reserve(kapazität), welche Personen dazu befähigt, sich eher (aktiv) auf veränderte Situationen einstellen bzw. anpassen zu können sowie ein größeres „Kompensationspotenzial“ i.S. der Kognitiven Reserve zu bilden. Diese kognitive Flexibilität kann eine Person eher dazu befähigen, effektive Lernstrategien zu entwickeln und die Organisation und Strukturierung neuer Informationen vorzunehmen (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.1 *Biografische Wendepunkte als Lernanlass und -impuls*).

Dieser Annahme folgend kann dieses kognitive Potenzial jenen Personen den positiven Effekt bieten ihre Situation zu reflektieren und situationsadäquatere bzw. zielgerichtete Alternativen oder Kompensationsstrategien auszuwählen. Darüber hinaus kann es zur Herausbildung von Resilienz beitragen, welche gegenüber neurodegenerativen Prozessen des Gehirns im Alter protektiv wirken kann. Gemäß dieser Hypothese fördern sowohl lebenslang nachgegangene kognitive und soziale als auch körperliche Aktivitäten den Erhalt bzw. den Ausbau der kognitiven Reservekapazität.

Ausgehend von der Reservekapazitäts-Hypothese des Konzeptes der Kognitiven Reserve verfügen demzufolge höher gebildete Menschen bzw. „Bildungsaktive“ über eine größere Reservekapazität des Gehirns als Menschen mit niedrigerem Bildungsstand bzw. einem geringeren Ausmaß an Bildungsaktivitäten. Als ursächlich für die Herausbildung dieser Reservekapazität lässt sich vermuten, dass auf neuronaler Ebene ein intensives Lernen die Anzahl der synaptischen Verbindungen erhöht bzw. das Ausmaß im Lebenslauf erfahrener

kognitiver Stimulation sich in Form von Aktivitäten im Gehirn abzeichnet, welche einen nachhaltigen Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessernde hirnanatomische Strukturen nehmen.<sup>388</sup>

Darüber hinaus bietet die Befundlage konsistente Hinweise, dass erhöhte formelle und insbesondere informelle Bildungsaktivitäten einen förderlichen Einfluss auf das Aktivitätsniveau in anderen Lebensbereichen nehmen können. Die analysierten Interviewpassagen konnten in diesem Zusammenhang verdeutlichen, dass der Austausch in sozialen Beziehungen impulsgebend und u.U. lernförderlich wirken kann sowie bestenfalls im erheblichen Maße zur Lernoffenheit bzw. -bereitschaft und kognitiver Flexibilität beiträgt. Demzufolge erfolgt der Prozess der Problemwahrnehmung bzw. Sensibilisierung durch Anregungen oder durch Hinweise aus dem sozialen Netzwerk (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.2.1 *Formelle Bildungsaktivitäten* und im Kapitel 11.1.2.2 *Informelle Bildungsaktivitäten*).<sup>389</sup>

Des Weiteren lässt sich die Korrelation von Bildung(saktivitäten) und Selbstkontrolle durch die Entwicklung der Kognitiven Reserve begründen: Infolgedessen haben lebenslang bildungsaktive Personen ein größeres Ausmaß an einer Kognitiver Reserve aufbauen können, die wiederum förderlich auf die beschriebenen Kontrollfunktionen wirkt. Hier lässt sich der Zusammenhang von Bildungsaktivitäten und Resilienzfähigkeit dadurch erklären, dass die sogenannten „Bildungsaktiven“ über eine größere Kognitive Reserve verfügen, somit kognitiv flexibler agieren bzw. reagieren können und auf diesem Wege eine größere kompensatorische Fähigkeit entwickelt haben.

Es kann desweiteren angenommen werden, dass Bildungsaktivitäten zu einer Komplexitätsreduktion der von der Umwelt ausgehenden „Informationsflut“ sowie zu einer Stabilisierung von bestehenden kognitiven Systemen und vermeintlich „Gewusstem“ bzw. „Geglaubtem“ führt. Diese kann wiederum zur Stärkung der Selbstregulation in Entwicklungsprozessen sowie zur Unterstützung der Reversibilität beitragen – i.S. der Entwicklung von Selbstwirksamkeit.

Zudem verfügen die „Bildungsaktiven“ durchschnittlich über ein größeres Interessenspektrum, so dass vermutlich zahlreiche Anknüpfungspunkte vorhanden sind, um auf Veränderungen von gewohnten Strukturen flexibler und resilienter reagieren zu können und somit „Neu-Erlerntes“ rascher im Handlungsrepertoire zu integrieren.

---

<sup>388</sup> Siehe hierzu Studienergebnisse im Kapitel 7.1 *Konzept der Kognitiven Reserve*.

<sup>389</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung im Alter*.

Die Hypothese, dass ein erhöhtes Maß an Bildungsaktivitäten sich positiv auf die soziale Integration und die gesellschaftliche Partizipation auswirken kann und somit einen Effekt auf das subjektive Wohlbefinden ausübt, kann durch die Ergebnisse bekräftigt werden.

Eine impulsgebende bzw. aktivierende Wirkung von Bildungsaktivitäten auf andere Lebensbereiche bzw. Aktivitätsbereiche, welche wiederum zahlreiche (informelle) Lernanlässe generieren können – wie beispielsweise die Anregung zur vermehrter Bewegung bzw. zu sportlichen Aktivitäten, die Vermeidung von Risikoverhalten, eine ausgewogenere Ernährung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, ein aktiverer Lebensstil in sozialen Zusammenschlüssen oder auch Förderung zu einer aktiven bzw. handlungsorientierten Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Krankheitsthemen – konnten in der Analyse aufgezeigt werden. Insbesondere der Einfluss aus dem direkten sozialen Netzwerk den sogenannten „*linked lives*“<sup>390</sup>, wie dem/der Lebenspartner/-in scheint beachtliche Auswirkungen auf die (gesundheitsfördernde) Lebensführung zu nehmen (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.2.2.1 *Lernen in sozialen Beziehungen*).<sup>391</sup>

Anzumerken ist, dass darüber hinaus sowohl das Aktivitätsniveau als auch das -ausmaß stark an die Morbidität im Alter gekoppelt ist.

Auch wenn auf Grundlage der Daten kein evidenten Kausalzusammenhang zwischen Bildung und dem subjektiven Wohlbefinden geschlossen werden kann, da von Wechselwirkungen zwischen einer Vielzahl von Einflussfaktoren auszugehen ist, so ist anzunehmen, dass gemäß dem „Matthäus-Effekt“ die sogenannten „Bildungsaktiven“ von den „Nebeneffekten“, welche aufgrund von Rahmenbedingungen, die mit einer höheren Qualifikation bzw. einem hohen beruflichen Status einhergehen und deren Opportunitäten profitieren.

Ein Erklärungsmodell könnte sein, dass einem großen Ausmaß an Bildungsaktivitäten eine protektive Funktion im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern aus zuvor genannten Gründen zugesprochen werden kann (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.3.1 *Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand*).

Aus vorangegangenen quantitativen Untersuchungen mit den ILSE-Daten liegen bereits Erkenntnisse vor, dass der formale Bildungsstand mit dem Gesundheitsverhalten korreliert. Das heißt, auch wenn der formalen Bildung eine gewisse Effektstärke zugesprochen werden kann,

---

<sup>390</sup> Nach dem amerikanischen Soziologen und Psychologen Glen Elder bestehen Verknüpfungen der Lebensverläufe unterschiedlicher sich nahestehender Personen, den sogenannten „*linked lives*“, wodurch Wechselwirkungen bzw. Verknüpfungen zwischen Ereignissen, Übergängen und Sequenzen in den Lebensläufen und somit eine gegenseitige Einflussnahme resultieren (vgl. Elder 1973).

<sup>391</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 8.2 *Einfluss von sozialen Netzwerken auf Bildungsaktivitäten*.

die sich u.a. in einer besseren Patienten-Ärzte-Kommunikation und/oder aufgrund eines vermehrten Wissens über gesundheitsbewusste Lebensformen und Präventionsmöglichkeiten äußern kann, ist zu berücksichtigen, dass jener Effekt nicht ausschließlich von der Höhe des formalen Bildungsstands abzuleiten ist, sondern in dieser Korrelation der Faktor „Bildung“ vielmehr als ein Indikator anzusehen ist. Demzufolge scheint nicht ausschließlich „Bildung“ an sich, sondern der damit verbundene Lebensstil protektiv auf den Alternsprozess zu wirken (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.3.2 *Einfluss von Bildungsaktivitäten auf das Gesundheitsverhalten*).<sup>392</sup>

Die Ergebnisse bieten zudem konsistente Hinweise darauf, dass das subjektive Wohlbefinden in einem nicht zu unterschätzenden Maße von ausgeübten Bildungsaktivitäten (und damit wiederum auch von anderen Privilegien sowie Partizipationsmöglichkeiten etc.) abhängig zu sein scheint. Diese festgestellte protektive Funktion von Bildungsaktivitäten auf die Gesundheit und das Wohlbefinden stellt eine Voraussetzung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil dar. Des Weiteren haben die Fallbeispiele zeigen können, dass sich Bildungsaktivitäten positiv auf die gesellschaftliche Teilhabe im Alter auswirken können und häufig einen wichtigen Reflexionsraum der eigenen Lebensgestaltung offerieren (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.3.1 *Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand*).

So können Umbruchsituationen, die häufig mit veränderten Zeit- und Aktivitätsstrukturen sowie neuer Rollengestaltung verbunden sind – wie dem Statuswechsel beim Eintritt in die nachberufliche Phase – implizieren, dass das sogenannte „*feeling of being needed*“<sup>393</sup> aufrechterhalten wird – das heißt hier lässt sich eine Korrelation der Lebenszufriedenheit im Alter vermuten (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.1 *Biografische Wendepunkte als Lernanlass und -impuls*).

Ebenso war in der Untersuchung bei einigen Probanden/-innen eine Verbesserung des Wohlbefindens im Ruhestand festzustellen, dieses Phänomen kann u.U. darauf zurückzuführen sein, dass insbesondere körperliche, tätigkeitsgebundene Belastungen im Ruhestand weggefallen sind und somit zu einer Verbesserung der Symptomatik führen können (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.3.1 *Einfluss von Bildungsaktivitäten auf den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand*).

In der Gesamtschau der Betrachtung muss explizit betont werden, dass das Lernen in informellen Kontexten wie in sozialen Beziehungen nicht als Kompensation formeller, pädagogisch organisierter Weiterbildung begriffen werden soll, sondern die durchgeführte Untersuchung soll

---

<sup>392</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 4.2 *Einflussfaktoren auf das Altern*.

<sup>393</sup> „Der Verlust des einen zieht den Verlust des anderen nach sich und führt zur Abhängigkeit“. Es ist von einer wechselseitigen Einflussnahme zwischen der Gesundheit und der Produktivität auszugehen (Lehr 2012: 244).

vielmehr dazu beitragen, diesen Lernmodus tiefgreifender zu verstehen und damit zu einer besseren Einordnung der empirisch relevanten Formen des informellen Lernens verhelfen. Fundierte Befunde im Bereich des informellen Lernens zu potenziellen Lernanlässen, -gegenständen und -modi sollen dazu beitragen, formelle Interventionen zu entwickeln, die bisher nicht identifizierte Bedarfe sowie Handlungsimpulse zu berücksichtigen und defiziente Rahmenbedingungen des informellen Lernens ergänzend auszugleichen.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage, welche Rolle soziale Beziehungen und Netzwerke für ein „gesundes“ Altern spielen und welche Lernmodi mit zunehmendem Lebensalter an Bedeutung gewinnen, konnte die Analyse verdeutlichen, dass Personen, die in funktionierenden sozialen Netzwerken integriert bzw. aktiv sind, dadurch eine Vielzahl von Lernimpulsen erhalten. Dieses kann sich wiederum stimulierend bzw. aktivitätsfördernd, integrationsfördernd sowie partizipationsfördernd auf andere Lebensbereiche sowie auf das Ausmaß an (formellen und informellen) Bildungsaktivitäten auswirken und über die unmittelbare Krisenbewältigung hinausgehen (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.2.2.1 *Lernen in sozialen Beziehungen*).

Wie bereits erläutert gibt die Analyse konsistente Hinweise, dass Bildungsaktivitäten (insbesondere in sozialen Netzwerken) eine positive Auswirkung auf die Kognitive Reserve im Alter haben und demzufolge förderlich auf die Entwicklung von handlungsorientierten Bewältigungsstrategien wirken, was wiederum ein autonomes, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben im Alter ermöglicht (i.S. einer impulsfördernden Wirkung auf die Entwicklung von Handlungskompetenz bzw. Resilienz) sowie einen erheblichen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand haben. In diesem Zusammenhang kann Bildungsaktivitäten eine protektive Funktion zugesprochen werden.

Darüber hinaus ist jedoch in weiterführenden Untersuchungen zu diskutieren, inwieweit neben den festgestellten positiven und stabilisierenden Förderstrukturen bzw. -kulturen, die von sozialen Netzwerken ausgehen, restriktive Strukturen entstehen können, die negative Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung einnehmen bzw. lernhemmend und mitunter einschränkend bzw. entmündigend wirken sowie u.U. einer erlernten Hilflosigkeit Vorschub leisten. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse bekräftigen die Hypothese, dass unabhängig von der Netzwerkgröße der Netzwerkqualität ein Wirkmechanismus auf potenziell lernfördernde, aber auch durchaus lernhemmende Umgebungen zugesprochen werden kann.

Neben den unterschiedlichen (Bildungs-)Opportunitäten haben sich zudem Unterschiede bezüglich der (Lern-)Voraussetzung herauskristallisiert, da die Alternsprozesse höchst intra- und interindividuell verlaufen und erhebliche Abweichungen innerhalb der untersuchten

Kohorte bestehen. Das bedeutet, die Differenzen der Lernleistung sind innerhalb einer untersuchten Gruppe häufig erheblicher als die Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen.

Des Weiteren kann nachweislich nicht generell von einer sich über die Lebensspanne vollziehende Verschlechterung der Lernfähigkeit ausgegangen werden; vielmehr kann nur im Bezug auf bestimmte Faktoren und Inhalte von altersdeterminierten Veränderungen ausgegangen werden.<sup>394</sup>

Dieses macht eine differenzierte Betrachtung in Form einer umfassenden, lebenslaufanalytischen, interdisziplinären Perspektive zur Erklärung individueller Altersverläufe erforderlich. Es wird davon ausgegangen, dass das Zusammenwirken von verhaltens- und verhältnisbezogenen Faktoren zur Herausbildung der Resilienz beiträgt.

Unter Hinzuziehung der Befunde aus Trainingsstudien zum Erhalt bzw. zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit können Aussagen zu einer möglichen Effektstärke von Bildung bzw. Bildungsaktivitäten mitunter nur sehr undifferenziert getroffen werden: Zum einen lässt sich eine strikte Differenzierung bzw. Trennung in der Hemmung und Aktivierung von Trainingssequenzen nur sehr schwer ziehen. Zum anderen sollten (vermeintliche) Trainingseffekte kritisch beleuchtet werden – beispielweise bezüglich der gewählten Messzeitpunkte, i.S. der Nachhaltigkeit von Trainingseffekten, der Transferierbarkeit auf die Alltagssituation bzw. tatsächliche Anwendbarkeit, dem Einfluss von Stereotypen in Form von Selbst- und Fremdattribuierungen (welche zu möglichen Verzerrungen der Ergebnisse führen können) und schließlich der Unterscheidung zwischen der erbrachten Performanz in einer Trainingssituation und der tatsächlichen Leistungsfähigkeit, welche aufgrund unterschiedlicher Determinanten stark abweichen kann.<sup>395</sup>

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwiefern (informelle) Bildungsprozesse darüber Aufschluss geben, wodurch „schützende“ Ressourcen i.S. einer Kompetenz für ein selbstbestimmtes, autonomes Alter aufgebaut bzw. über die Lebensspanne entwickelt werden können. Um den Aspekt des Ablaufs und der Funktion reflexiver Lernprozesse, die eine selbstbestimmte Auseinandersetzung mit dem Leben im höheren Lebensalter ermöglichen, näher zu beleuchten wurde eine lebenslaufanalytische Perspektive eingenommen. Hierbei offenbarten sich eindeutige Kontinuitäten der Aktivitätsstruktur und der Bildungsbeteiligung sowie der Handlungs- bzw. Lageorientierung über die Lebensphasen des Erwachsenenalters. Durch

---

<sup>394</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 3.2.2.2 *Kognition und Bildung* und im Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter*.

<sup>395</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 3.2.2.3 *Trainingseffekte*.



die Analyseergebnisse ließ sich hinsichtlich der Bildungsbeteiligung bzw. des Bildungsinteresses sowohl in formellen als auch informellen Lernkontexten diese Kontinuität bestätigen. Gemäß des zuvor beschriebenen „Matthäus-Effekts“ bleiben die „Aktiven“ aktiv, die „Passiven“ passiv (siehe Ergebnisse im Kapitel 11.1.2.1 *Formelle Bildungsaktivitäten* und im Kapitel 11.1.2.2 *Informelle Bildungsaktivitäten*).

In Bezugnahme hierzu weisen insbesondere die sogenannten „Bildungsabstinenten“ oder „passiven“ Befragten in der durchgeführten Analyse bezüglich der Kompetenzenentwicklung und Bildung im höheren Lebensalter eine geringe Veränderungsbereitschaft verbunden mit daraus entstandenen Lernbarrieren auf. Insbesondere im höherem Lebensalter – in der/n Phase(n) in der/denen von einer Kumulation von kritischen Lebensereignissen auszugehen ist – nimmt die Bedeutung einer hohen (kognitiven) Flexibilität und Bereitschaft gegenüber „Neuem“ eine wichtige Rolle ein.

In Anbetracht dessen, dass die dominierende Lernform im höherem Lebensalter demzufolge das Anknüpfungslernen an bereits bestehende Wissenstrukturen, aber auch das Umlernen, Anpassungslernen bzw. das kompensatorische Lernen darstellt, ist einer Stagnation und Abwehr gegenüber „Neuem“ entgegenzuwirken und sind unterschiedliche Anknüpfungspunkte auch als Ausgangslage für weitere kompetenzerhaltende und -fördernde (Bildungs-)Aktivitäten zielgerichtet aufzugreifen.<sup>396</sup>

Dieses kann meines Erachtens durch „lebensbegleitende“ Bildungsaktivitäten und durch ein langsames Näherbringen von situationsadäquaten Handlungsoptionen oder/und der Umdeutung bisher als „angemessen“ geltenden Verhaltensweisen bzw. Handlungsstrategien erreicht werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Balance zwischen der Erweiterung eigener Realitätsdeutung und der Sicherung des „Gewussten“ bzw. „altbewährten“ Strategien bzw. Handlungsmustern gegeben sein soll. Darüber hinaus können in der Bildungsbiografie gefestigte Lernwiderstände bzw. -muster auch als Lernpotenziale bzw. -impulse begriffen werden, die es didaktisch zu unterstützen gilt.

Im Hinblick auf die Entwicklung der Kognitiven Reserve und der Resilienz konnte in diesem Zusammenhang festgestellt werden, dass die sogenannten „Weiterbildungsaktiven“, auch tendenziell eher „gelernt“ haben, auf (neue) Anforderungen oder auf mögliche Veränderungen bzw. die Irritation gewohnter Strukturen flexibler und resilienter reagieren zu können. Im Zusammenhang mit der Kompensation von Belastungen und der Krisenbewältigung, dem Rollenwechsel und damit verbundenen Orientierungsprozessen konnte in der durchgeführten

---

<sup>396</sup> Siehe hierzu weitere Studienergebnisse im Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter*.

Untersuchung den sozialen Beziehungen eine unterstützende Funktion eingeräumt werden und ein fördernder Einfluss auf die Entwicklung von Resilienz zugesprochen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Bildungsaktivitäten als Voraussetzung für ein „erfolgreiches“ Altern angesehen werden können, da diese eine Art „Schutzfunktion“ gegenüber (altersspezifischen) Veränderungen der Leistungsfähigkeit einnehmen und die Grundlage für eine autonome und selbstbestimmte Lebensführung darstellt. Es besteht eine konsistente Befundlage, dass formal höher Gebildete (verbunden mit weiteren soziografischen und statusabhängigen Merkmalen und daraus resultierenden Opportunitäten) durchschnittlich länger leben und die Lebensphase(n) Alter in einem besseren Gesundheitszustand verbringen.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, inwieweit sowohl der formellen als auch insbesondere der informellen Bildung eine protektive Funktion für ein gesundes bzw. „erfolgreiches“ Altern zugesprochen werden kann, wurden in einer lebenslaufanalytischen Perspektive behaviorale Einflussfaktoren auf das Altern mit sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen in Verbindung gesetzt, um diese letztendlich in lebensbegleitende präventive Interventionsmaßnahmen integrieren zu können.

Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung lässt sich die Frage inwieweit Bildungsaktivitäten eine Effektstärke beigemessen werden kann, insofern beantworten, dass Bildungsaktivitäten nachweislich zur Aufrechterhaltung kognitiver und physischer Fähigkeiten beitragen und diese somit als Voraussetzung für ein autonomes Leben und die gesellschaftliche Teilhabe im Alter angesehen werden können.

Die durchgeführte Untersuchung konnte zeigen, dass die Wirkungsmechanismen nicht eindimensional auf Bildungsaktivitäten oder formale Bildungsabschlüsse zurückgeführt werden können, dennoch können Bildungsaktivitäten als ein maßgeblicher Einflussfaktor im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern begriffen werden.

Somit bieten sowohl formelle als auch informelle Bildungsaktivitäten einen entscheidenden Ansatzpunkt für Interventionsmöglichkeiten in der Forschung sowohl auf bildungswissenschaftlicher und lerntheoretischer Ebene als auch übergeordnet auf bildungspolitischer Ebene (gemäß der Prämisse des Lebenslangen Lernens).

Mögliche Forschungsdesiderate und Interventionsmöglichkeiten werden im folgendem Kapitel 13. *Ausblick* weiterführend abgeleitet.

### 13. Ausblick

Ausgehend von den dargestellten Forschungsergebnissen zum Einfluss von Bildungsprozessen/-aktivitäten und deren protektiver Funktion für ein „erfolgreiches“ Altern, bei denen Bildungsaktivitäten eine Art Schlüsselfunktion einnehmen und einen entscheidenden Aspekt zur Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben sowie im Hinblick auf ein „erfolgreiches“ Altern“ darstellen, soll abschließend ein Ausblick gegeben sowie mögliche bildungswissenschaftliche Konsequenzen und identifizierte Forschungsdesiderate – auf gesellschaftlicher, bildungswissenschaftlicher und -politischer sowie auf individueller und lerntheoretischer Ebene – benannt werden.

Die demografischen Entwicklungen bringen weitreichende und (lebens-)bereichsübergreifende Veränderungen mit sich: Dieses zeigt sich beispielweise auf dem ökonomischen Sektor (Stellenmarkt, Marktwirtschaft), bei der Prävention bzw. dem Erhalt der Kompetenzen am Arbeitsplatz, in dem Sozialversicherungssystem oder der Gesundheitsversorgung, in der Lebensgestaltung aufgrund der Verschiebung der vertikalen und horizontalen Aktivitäten über den Lebenslauf sowie sich wandelnder gesellschaftlicher Altersbilder und -kategorisierungen und damit verbundenen Altersgrenzen.<sup>397</sup> In diesem Zusammenhang lässt sich eine Verschiebung der Altersgrenzen nach oben beobachten. Dieses Phänomen lässt sich zum einen durch die gestiegene Lebenserwartung (sowie dem diagnostischen Fortschritt in der Früherkennung und Behandlung von chronischen Erkrankungen) und zum anderen aufgrund der Zunahme der aktiven Jahre in der nachberuflichen Phase begründen.<sup>398</sup>

Auf bildungs- und arbeitsmarktpolitischer Ebene impliziert der demografische Wandel, dass die Gruppe der über 60-jährigen Erwerbstätigen stetig anwächst und es somit zu einer Verkehrung des Generationenverhältnisses kommt. Daher ist eine Verbesserung der Beschäftigungsperspektiven der über 50-jährigen Erwerbstätigen anzustreben. Zudem lassen sogenannte „Patchworkbiografien“ lebens- bzw. berufsbegleitende Bildungsaktivitäten bzw. lebenslange Weiterbildung unerlässlich erscheinen (siehe weiterführend zu beschäftigungspolitischen Maßnahmen in Lehr 2012: 221).

---

<sup>397</sup> Der Gesundheitserhalt über den Lebenslauf kann sowohl als individuelle, aber auch gesellschaftliche Verantwortung angesehen werden.

<sup>398</sup> Aufgrund dessen scheint die Phase des mittleren Erwachsenenalters auf der einen Seite von der verlängerten Ausbildungszeit im jungen Erwachsenenalter und auf der anderen Seite durch die Phase der Zugehörigkeit der „Älteren“ eingengt zu werden, oder anderes formuliert in den Worten der Altersforscherin Ursula Lehr: „Der Trend vom BAföG in die Rente kann nicht zukunftsträchtig sein. Wir sind eine Gesellschaft ohne Lebensmitte [...]“ (Lehr 2012: 222f.).

Es gilt den Gewinn der Lebenszeit, im Ruhestand aktiv zu gestalten, welches u.a. auf gesellschaftspolitischer Ebene einen Paradigmenwechsel von einer Defizit- zur Ressourcenorientierung notwendig erscheinen lässt, hin zu einer stärkeren Betonung von Potenzialen des Alters und zugleich realitätsentsprechenden Altersbildern, welche der Vielseitigkeit bzw. Heterogenität (Patchworkbiografien) des „Alters“ gerecht werden.

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass nicht nur das Selbstbild, sondern auch das vorherrschende Gesellschaftsbild und Altersstereotype einen erheblichen Einfluss auf die Lernleistung ausüben. Es bestehen konsistente Hinweise, dass die gesellschaftlichen Erwartungen und Rollenzuschreibungen einen erheblichen Einfluss auf das Selbstbild und somit auch auf die Lernleistung (Performanz) ausüben können, wie z.B. negative Altersstereotype Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit (i.S. selbsterfüllender Prophezeiung). Demnach scheint es erforderlich Altersbilder zu entwickeln, die keine defizitorientierte Sichtweise haben, jedoch auch nicht das „Alter“ beschönigen bzw. verherrlichen und unrealistisch abbilden.

Ausgehend von der Befundlage lassen sich darüber hinaus auf individueller Ebene (bereits früh) im Lebenslauf entwickelte und gefestigte Lernwiderstände bzw. -barrieren identifizieren. Jene Lernwiderstände sind häufig jedoch nicht die Folge einer verminderten Leistungsfähigkeit<sup>399</sup> mit zunehmendem Lebensalter<sup>400</sup>, sondern häufig in einer nicht alltagsrelevanten Anwendung des zu Lernenden, des fehlenden Nutzens bzw. der Plausibilität der Lernanforderung und/oder der persönlichen Lernvermeidungswiderstände gegenüber neuen Lernzumutungen begründet (siehe hierzu auch in Siebert 2009: 38f.).

Um eine Verfestigung der beschriebenen Lernwiderstände über die Lebensspanne zu vermeiden, gilt es, diesen Lernbarrieren frühzeitig durch gezielte Interventionen und Unterstützungsangebote (insbesondere für das Lernen im informellen Kontext) entgegenzuwirken und somit präventiv einer Lernentwöhnung vorzubeugen, so dass auch im höheren Lebensalter „Lernen“ ein selbstverständliches, lebensbegleitendes Element in der alltäglichen Lebensführung wird. Denn nur durch den Aufbau und die Förderung lebenslanger Ressourcen kann ein autonomes und selbstbestimmtes Leben i.S. des Konzeptes eines „erfolgreichen“ Alterns ermöglicht werden.

Im Hinblick auf die Transferierbarkeit und die Sinnhaftigkeit beispielsweise von Erlerntem aus Trainingssequenzen zur Steigerung der kognitiven und physischen Leistungsfähigkeit erscheint es erforderlich, einen größeren Alltagsbezug der Trainingsaufgaben und eine Übertragbarkeit

---

<sup>399</sup> Siehe u.a. zu Defizit-Modellen und zur Adoleszenz-Maximum-Kurve im Kapitel 3.2.1 *Biologisch-körperliches Altern*.

<sup>400</sup> Die Lernfähigkeit nimmt nicht linear mit zunehmendem Lebensalter ab. Im Falle einer verminderten Lernfähigkeit im höheren Lebensalter wird die Lernfähigkeit primär durch auftretende Erkrankungen beeinträchtigt, jedoch nicht durch das kalendarische Alter selbst (Siebert 2009: 38f.).

des Trainierten in alltägliche Handlungsvollzüge sowie eine stärkere Kombination von kognitiv- und motorisch stimulierenden Trainingsequenzen zu gewährleisten – was bereits in aktuellen Konzepten zur Förderung der Kompetenzentwicklung bzw. des -erhalts im höheren Lebensalter berücksichtigt wird. Darüber hinaus sollten gezielte Trainingseinheiten nicht wie bisher (vornehmlich) symptombezogen Anwendung finden, sondern diese sollten bereits in unterschiedlicher Form (Interventionsmaßnahmen) lebensbegleitend und somit präventiv stattfinden.

Wie aus der Erwachsenenbildungs- bzw. Lernforschung bekannt ist, stellen weniger interne Prozesse des Lernens ein bedeutendes Unterscheidungsmerkmal zwischen jüngeren und älteren Kohorten dar. Primär können Lernerfahrungen und Weiterbildungsmotive i.S. der eigenen Verwertbarkeit bzw. Alltagsrelevanz des Gelernten sowie der Selbstwirksamkeit eine maßgebliche Effektstärke im Hinblick auf die Lernleistung im höheren Lebensalter beigemessen werden.

Demzufolge kann zwar von einer Veränderung der Lernfähigkeit mit zunehmendem Lebensalter ausgegangen werden, jedoch nicht zwangsläufig von einer Verschlechterung (mit Ausnahme der Phase der Hochaltrigkeit).

Die demografischen Entwicklungen werden sich weitergehend auch auf Reformprozesse im Bildungswesen auswirken: Es ist erforderlich, der Prämisse des lebenslangen Lernens (tatsächlich) nachzukommen (i.S. einer Ermöglichung und Förderung der Bildungspartizipation über den gesamten Lebenslauf) und eine weitere (internationale) Differenzierung von Weiterbildungsverhalten und -angeboten bei den über 50-jährigen Lernenden vorzunehmen.

Im Hinblick auf konzeptionelle Überlegungen zu Bildungs- und Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe der „älteren“ Lernenden kann demzufolge von keiner generellen Einschränkung der Lernfähigkeit ausgegangen und Hilfsbedürftigkeit unterstellt werden, sondern vielmehr von einer übungs- bzw. gebrauchabhängigen Ressource (vgl. Iller/Wienberg 2010). Der Bildungswissenschaft (und auch anderen interdisziplinär forschenden Wissenschaftsdisziplinen) stellt sich daher vornehmlich die Aufgabe relevante (entwicklungsaufgabenspezifische) Weiterbildungsthemen sowie (alters)spezifische Bedürfnisse der Lebensphase(n) des Alters zu identifizieren und dadurch adäquate Formate zu entwickeln – i.S. von Bildungsprogrammen, welche Lerngelegenheiten und darauf ausgerichtete Unterstützungsangebote bzw.

-strukturen für die Phasen des Erwachsenenalters eröffnen und den individuellen Lernprozess institutionell begleiten (vgl. Iller/Wienberg 2010).

Der Annahme folgend, dass (vermeintlich) altersbedingte Funktionseinbußen durch eine kompensatorische Verlagerung bzw. Optimierung anderer Fähigkeiten und Fertigkeiten, durch eine

besondere „Lernsorgfalt“, Motivation<sup>401</sup>, Erfahrungswissen und Handlungsrouninen nivelliert werden können (Siebert 2009: 38f.), heißt dieses konkret für die Konzeption von Bildungs- und Unterstützungsangeboten auf lerntheoretischer (didaktischer) Ebene, dass individuelle Anknüpfungspunkte für weitere Lernprozesse bzw. Bildungsaktivitäten erschlossen werden und die Motivation (und Volition) im Lernprozess aufrechtgehalten bzw. unterstützt sowie eine Stärkung des Selbstvertrauens bzw. der Selbstwirksamkeit gefördert wird.

Dies impliziert, dass ein „erfolgreiches“ Altern nicht nur genetisch determiniert wird, sondern aktiv durch den individuellen Lebensstil beeinflusst werden kann. Demzufolge können sowohl formelle als auch informelle Bildungsaktivitäten im mittleren und höheren Erwachsenenalter „erfolgreiches“ Altern bzw. kognitiv gesundes Altern positiv beeinflussen.

Aus lernpsychologischer Sicht lässt sich bislang kein generalisierendes didaktisches Konzept deduktiv ableiten, da eine Vielzahl von Faktoren – wie u.a. der Lerninhalt, die Lernziele, die Lernmotivation, die Lerngruppe und die Institution – zu berücksichtigen sind. Dennoch lassen sich einige didaktische Prinzipien für die Konzeption von Bildungs- und Unterstützungsangeboten für „ältere“ Lernende identifizieren: Beispielsweise der vermehrte Einbau von Redundanzen<sup>402</sup>, Aufgaben ohne Zeitdruck, Vertrautheit der Aufgaben oder Anknüpfungswissen (Siebert 2009: 38f.).

In diesem Zusammenhang sind weiterführend Möglichkeiten und Grenzen des selbstbestimmten bzw. -gesteuerten Lernens im höheren Lebensalter zu diskutieren, da Erfahrungslernen als äußerst selektiv angesehen werden kann und eine Ermöglichungsdidaktik bzw. selbstgesteuerte Lernformen voraussetzt, jedoch diese Voraussetzung nicht in allen (Bildungs)schichten als gegeben scheint. Jedoch ist anzunehmen, dass nicht alle „Älteren“ es gewohnt sind, selbstgesteuert zu lernen – insbesondere nicht die sogenannten „Bildungsungewohnten“ oder „Bildungsabstinenten“ (vgl. Faulstich et al. 2005; Grell 2004; Bremer 2004). Des Weiteren präferieren die verschiedenen „Lerntypen“ sehr unterschiedliche „Lernsettings“, Lehrstile und Umgangsformen – was wiederum auch in Abhängigkeit vom sozialen Milieu zu betrachten ist (Siebert 2009: 38f.).

Ungeachtet dessen, dass zunehmend Erkenntnisse in Bezug auf bildungswissenschaftliche Handlungsansätze und Präventionsmaßnahmen zum „erfolgreichen“ Altern bestehen, bleiben

---

<sup>401</sup> Nach Siebert stellt die Motivation einen erheblichen Einflussfaktor auf die Lernleistung dar und das interessensgeleitende Vorgehen ist die Basis für nachhaltige Lernprozesse (Siebert 2009: 38f.).

<sup>402</sup> Der Einbau von Redundanzen soll zur Verbesserung der Lernfähigkeit bzw. der kognitiven Flexibilität beitragen, in der Form, dass sich diese förderlich auf die Vernetzung einzelner Lerninhalte auswirken, damit die strukturelle (semantische) Kodierung der Inhalte vollzogen werden kann (Siebert 2009: 38f.)

eine Vielzahl Forschungsfragen hinsichtlich der Ausgestaltung von Lehr-Lernprozessen und Förderstrukturen sowie Unterstützungsangeboten insbesondere für das Lernen in informellen Kontexten im höheren Erwachsenenalter offen, die in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden sollten. Es wäre zudem wünschenswert, dass im Rahmen der geplanten Erhebung des vierten Messzeitpunktes der ILSE-Studie zusätzliche Fragestellungen zum Lern- und Bildungsverhalten aufgenommen werden. Aufgrund des Kohorten- und Längsschnittdesigns der Studie könnten diese zahlreiche interessante Auswertungsmöglichkeiten im Hinblick für die weiterführende Beantwortung der Forschungsfrage bieten.

Die gemeinsame Forschungstätigkeit im Projekt zum Thema „Alter(n)“ aus unterschiedlichen Wissenschaftsperspektiven hat deutlich gemacht, dass ein interdisziplinärer Zugang zu diesem Thema unerlässlich ist und einen erheblichen Beitrag zur Verständnisbildung für die Verschiedenheit der Forschungsansätze und -schwerpunkte leistet. Es ist daher notwendig, weiterhin interdisziplinäre Forschungsdesigns zu fördern bzw. innovative Forschungskonzepte zu entwickeln, um das breite Spektrum von Einflussfaktoren auf das Altern abbilden zu können und eine Verzahnung von Wissenschaft und Praxis zu ermöglichen.

Die interdisziplinäre Diskussion macht eine Klärung des Bildungsverständnisses bzw. -begriffs erforderlich, da der Bildungsbegriff in entwicklungspsychologischen bzw. gerontologischen Konzepten häufig eine Limitierung erfährt und eine Reduzierung auf den formalen Bildungsstand vorgenommen wird. Daher erscheint es erstrebenswert, den Bildungsbegriff definitorisch breiter zu fassen. Der Annahme folgend, sollte der Bildungsbegriff über den formalen Bildungsstand und über Bildungsaktivitäten in formellen Kontexten hinaus gehen sowie informelle Bildungsaktivitäten stärker berücksichtigen; das heißt, dieser sollte eher als ein Entwicklungsprozess zur Kompetenzentwicklung sowie zur persönlichen Entwicklung begriffen werden, der wiederum zur Bewältigung von Herausforderungen und den sogenannten Entwicklungsaufgaben beitragen kann.

Daher ist es sinnvoll, Entwicklungsaufgaben bzw. lebensphasenspezifische Wendepunkte i.S. von (Lern-)Anknüpfungspunkten, die Lernimpulse bieten und neue Lernanlässe generieren, zu identifizieren, aufzugreifen und unterstützend durch ein umfassendes Bildungsverständnis bzw. -konzept zu begleiten. Hierbei ist neben der Bereitstellung von (Bildungs- und Beratungs-)Angeboten sowie der Schaffung von Strukturen, die in institutionalisierter bzw. organisierter Form Unterstützung leisten können, insbesondere das Lernen in informellen Kontexten – als eine lebensgleitende alltägliche Lernform – zu fördern und zu begleiten.

Zudem ist die Einnahme einer lebenslaufanalytischen Perspektive meines Erachtens unerlässlich, um Bedingungen, wie Lebensstile, Einstellungen, biographische Kontinuität bzw. Diskontinuitäten, Lernerfahrung der Probandinnen und Probanden erfassen zu können.

Ein ganzheitlicher, lebenslaufanalytischer Forschungsansatz, welcher sich nicht ausschließlich auf die Lebensphase(n) „Alter“ konzentriert, sondern alle Lebensabschnitte einbezieht, ist erforderlich, da die Bedingungen und der Zustand im fortgeschrittenem Lebensalter als ein (veränderbares) Resultat der Entwicklung voriger bzw. aller Lebensphasen angesehen werden kann. Das Wissen über vorige Lebensabschnitte hilft Fehlinterpretationen eher zu vermeiden und die Bildungsbiografie ganzheitlich zu begreifen.

Der Forschungsstand zu Bildungsverläufen in der zweiten Lebenshälfte erscheint unzureichend. Vornehmlich werden Interventionsstudien durchgeführt, die das Lernen im höheren Lebensalter insbesondere auf das Training von Kompetenzen zur Alltagsbewältigung reduzieren. Als Forschungsdesiderat lassen sich daher die Fragen identifizieren, inwieweit reflexive Lernprozesse im Alter ablaufen und welche Bedingungen sich förderlich auf eine selbstbestimmte Auseinandersetzung mit dem Leben im Alter auswirken. In diesem Zusammenhang ist eine Erweiterung von klassischen Bildungsformaten und Unterstützungsangeboten erforderlich, das heißt eine größere Einbeziehung des Lernens in informellen Kontexten, welche einen Großteil der Bildungsaktivitäten im höheren Lebensalter darstellen (vgl. Iller/Wienberg 2010). Auch wenn es bereits Forschungsbestrebungen hinsichtlich einer stärkeren Ausrichtung auf informelle Lernprozesse sowie Auswirkungen von sozialen Netzwerken auf die Bildungsaktivitäten gibt, bietet das Forschungsfeld noch zahlreiche Forschungsdesiderate. Die durchgeführte empirische Analyse kann hier nur einen ersten Schritt dazu beitragen. Eine gezielte Befragung der Probanden/-innen zum Lernen in sozialen Netzwerken und nach Möglichkeit auch eine ergänzende Befragung der Beziehungspartner/-innen erscheinen sinnvoll.

Im Hinblick auf Bildungs- und Unterstützungsangebote für ältere Lernende ist eine stärkere (aktive) Mitgestaltung von Älteren bei der Konzeption von altersspezifischen Maßnahmen erforderlich, wodurch die Bedürfnisse und Motive der alternden Gesellschaft besser abgebildet werden können.

In weiterführenden Analysen wäre es interessant, die qualitativ gewonnenen Ergebnisse mit quantitativ erhobenen Daten, wie soziodemographischen Daten und medizinischen Dokumentationen, weitergehend zu ergänzen. Dieses methodische Vorgehen könnte helfen Wirkungszusammenhänge und Indikatoren stichhaltiger zu identifizieren (vgl. Wienberg 2010). Darüber hinaus wäre es sinnvoll, weitere systematische geschlechtsdifferenzielle Auswertungen durchzuführen, um (vermeintliche) geschlechtsspezifische Unterschiede zu untersuchen.



#### **14. Kritische Reflexion der gewählten Methode und Anmerkungen zum Datensatz**

Abschließend sollen in diesem Kapitel Stärken und Schwächen des angewandten Instrumentariums bei der Durchführung der qualitativen Interviewanalyse mit den ILSE-Daten reflektiert werden. Eine grundsätzliche Methodendiskussion wird im Rahmen dieser Arbeit nicht vorgenommen.

Die analysierten halbstandardisierten Interviews der Probanden/-innen der Geburtskohorte der 1930 bis 1932 Geborenen aus dem ILSE-Explorationsteil dienten zur Gewinnung von Informationen über die Entwicklung von Bildungsaktivitäten über die Lebensspanne.

Das im Längsschnitt angelegte Untersuchungsdesign der ILSE-Studie ermöglichte Einblicke in die vorige sowie in die aktuelle Lebensphase.

Anzumerken ist, dass es sich bei der ILSE-Erhebung um keine repräsentativen Daten hinsichtlich des Bildungsstandes handelt.

Eine generelle Problematik stellt der Forschungsbias dar: Bei dem untersuchten Interviewmaterial handelt es sich um retrospektive Daten, welche u.U. zu einer verzerrten Darstellung führen können. Im Hinblick auf die Ergebnisauswertung im Rahmen der Interpretation sollte daher zum einen bewusst reflektiert werden, dass Faktoren, wie beispielsweise der Aspekt der „sozialen Erwünschtheit“, der „Hof-Effekt“<sup>403</sup> oder auch „Stereotyp threat“, einen Einfluss auf den Verlauf und das Ergebnis des Interviews genommen haben kann (Diekmann 2003: 398). Zudem kann ein vermeintlicher Kondensierungs- und Gestaltungszwang in der Interviewsituation, die/den Befragten dazu veranlassen, dass diese/dieser in ihren/seinen biografischen Erzählungen sehr selektiv jene Handlungsabläufe schildert, welche ihres bzw. seines Erachtens „für die Gesamtgestalt eines biografisch-episodalen und/oder historischen Ereignisablaufs an Ereignisknotenpunkten relevant ist“ (Schütz 1982: 575). Des Weiteren sollten Kontexturen, die sich aus dem Interviewsetting herausbilden – beispielsweise dadurch, dass einige Probandinnen und Probanden zum zweiten und/oder dritten Messzeitpunkt innerhalb der ILSE-Befragung in ihrer häuslichen Umgebung interviewt wurden – berücksichtigt werden.

Durch die Hinzuziehung der Audiodaten zu den Transkripten, welche stimmliche Besonderheiten, Betonungen bzw. Untertöne, Ironie, Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund beispielsweise des Dialekts, Abweichungen der Fragetechnik des Interviewers/-in und mögliche externe

---

<sup>403</sup> Der „Hof-Effekt“, ist in der Literatur auch als „Halo-Effekt“ zu finden.

Störfaktoren während der Befragung sichtbar machten, diente der Minimierung von Interpretationsfehlern sowie -verzerrungen und trug folglich zur Validierung der Befunde bei.<sup>404</sup>

Bei der Auswertung der Audiodateien wurde – wie zuvor erwähnt – deutlich, dass die verschiedenen Interviewer/-innen – trotz einheitlicher Schulung zur Interviewtechnik – gelegentlich anders verfahren, das heißt z.T. intensiver Nachfragen als andere Interviewer/-innen und somit möglicherweise einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Probanden/-innen nehmen und somit indirekt andere Antworten produzieren.

Eine Auswahl von relevanten Themenblöcken für die qualitative Analyse konnte nicht vorgenommen werden, da sich die Antworten bzw. Ausführungen der Probanden/-innen zu ihren Lern- und Bildungsaktivitäten durch alle Frageblöcke gezogen haben, das heißt, häufig an dafür nicht vorgesehener Stelle von dem Befragten geäußert wurde. Um jene Anmerkungen in die Analyse berücksichtigen zu können, wurde eine Analyse des kompletten Explorationsteils (auch von irrelevanten Themenbereichen) durchgeführt.

Die Verwendung des modifizierten Categoriesystems des „Adult Education-Survey“ erwies sich als adäquate Methode. Anzumerken ist jedoch die generelle Problematik bei der kategorialen Zuordnung, dass Mehrfachzuordnungen zu einzelnen Codes möglich bzw. u.U. sinnvoll sind und daher eine strikte Abgrenzung zwischen den einzelnen Codes häufig nicht möglich ist und es somit zu „Überschneidungen“ innerhalb der unterschiedlichen Codes gekommen ist.

Generell bot der herangezogene ILSE-Datensatz sowie das Instrument ausreichende Analysemöglichkeiten für die Untersuchung der Fragestellung. So konnten die so ermittelten Interviewergebnisse hinreichende Aufschlüsse über den gegebenen Untersuchungsgegenstand liefern.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass durch die geringe Modifizierung des „Adult Education-Survey“ zukünftig kontrastierende Gegenüberstellungen des Datenmaterials für weitere Untersuchungen ermöglicht. Im Falle der Realisierung eines vierten Messzeitpunktes innerhalb der ILSE-Untersuchung wäre meines Erachtens eine stärkere Einbeziehung der bildungswissenschaftlichen Perspektive wünschenswert und zugleich für zukünftige (interdisziplinäre) Forschungsvorhaben gewinnbringend.

---

<sup>404</sup> Darüber hinaus lässt sich hinsichtlich der Interviewdeutung die Kritik anbringen, dass durch die Analyse von Audiodateien „Nichtaufzeichenbares“ (Gestik, Mimik etc.) nicht wie beispielsweise in einer Beobachtung erfasst werden kann (vgl. Flick 2006).

## 15. Bibliografie<sup>405</sup>

- Abbott, Robert D./White, Lon R./Ross, G. Webster/Masaki, Kamal H./Curb, J. David/Petrovitch, Helen (2004): Walking and dementia in physically capable elderly men. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1447-1453.
- Abteilung für Klinisch-Geriatrie Forschung am Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie (o.J.), URL: [http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatri-sche\\_klinik/leistungsspektrum/lucas](http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatri-sche_klinik/leistungsspektrum/lucas) [Abruf: 21.02.2013].
- Achilles, Peter/Stoffels, Hans (2008): Die Dimension des Pathischen im Gesundheitsverständnis von Viktor von Weizsäcker. In: Grönemeyer, Dietrich/Kobusch, Theo/Schott, Heinz/Welt, Thomas (Hrsg.): *Gesundheit der Disziplinen, Epochen, Kulturen*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Achtenhagen, Frank/Winther, Esther (2008): Wirtschaftspädagogische Forschung zur beruflichen Kompetenzentwicklung. In: Jude, Nina/Hartig, Johannes/Klieme, Eckhard (Hrsg.): *Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern*. Bildungsforschung Bd. 26. Bonn: BMBF, 117-140.
- Ackermann, Andreas/Oswald, Wolf D. (2008): Selbstständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern. In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/ Fleischmann, Ulrich M.: *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer, 129-140.
- Akiyama, Hiroko/Antonucci, Toni C./Takahashi, Keiko/Langfahl, Elisabeth S. (2003): Negative interactions in close relationships across the life span. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(2), 70-79.
- Albala, Celilia/Lebrao, Maria/Diaz, Esther et al. (2005): The Health, Well-being, and Aging (SABE) survey: Methodology applied and profile of the study population. Pan American Health Organization (PAHO).
- Albe, Yvonne (2007): *Der Einfluss der Bildung auf die Lebenszufriedenheit im Alter*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Albert, Marilyn/Jones, Kenneth/Savage, Cary et al. (1995): Predictors of cognitive change in older persons. *Psychology and Aging*, 10, 578-589.
- Alheit, Peter (1992): Biographizität und Struktur. In: Alheit, Peter et al. (Hrsg.): *Biographische Konstruktionen*. Bremen: Universitäts-Buchhandlung.
- Alheit, Peter (1993): Transitorische Bildungsprozesse. Das „biographische Paradigma“ in Weiterbildung. In: Mader, Wilhelm (Hrsg.): *Weiterbildung und Gesellschaft. Grundlagen wissenschaftlicher und beruflicher Praxis in der Bundesrepublik Deutschland*. Universität Bremen, 343-417.
- Alheit, Peter (1996): „Biografizität“ als Lernpotential. Konzeptionelle Überlegungen zum biografischen Ansatz in der Erwachsenenbildung. In: Krüger, Heinz-Herrmann/Marotzki, Winfried (Hrsg.): *Erziehungswissenschaftliche Biografie-forschung*. 2. durchgesehene Auflage. Opladen: Leske + Budrich, 276-307.
- Alheit, Peter (2006): Biografie-/Lebenslaufforschung. In: Krüger, Heinz-Herrmann/Grunert, Cathleen (Hrsg.): *Wörterbuch Erziehungswissenschaft*. Opladen: Budrich.

---

<sup>405</sup> In den Quellen, die vor dem Jahr 2006 erschienen sind, wurde die Orthographie in den Zitaten gegebenenfalls an die aktuell gültige Rechtschreibung angepasst.

- Alheit, Peter/Dausien, Bettina (2002a): Bildungsprozesse über die Lebensspanne und lebenslanges Lernen. In: Tippelt, Rudolf (Hrsg.): Handbuch der Bildungsforschung. Opladen: Leske+Budrich, 565-585.
- Alheit, Peter/Dausien, Bettina (2002b): Bildungsprozesse über die Lebensspanne und lebenslanges Lernen. In: Simon, Gertrud: Lernen und Bildung im Interesse älterer Menschen. Untersuchung der wichtigsten Konzepte zum lebenslangen Lernen im 3. und 4. Lebensalter. Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Endbericht. Graz, 19-23. URL: [http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/9/0/CH0168/CMS1218026915594/simon\\_konzepte\\_zum\\_III\\_im\\_3\\_und\\_4\\_lebensalter%5B1%5D.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/9/0/CH0168/CMS1218026915594/simon_konzepte_zum_III_im_3_und_4_lebensalter%5B1%5D.pdf) [Abruf: 25.01.2011].
- Alheit, Peter/Dausien, Bettina (2002c): Bildung als „biographische Konstruktion“? Nichtintendierte Lernprozesse in der organisierten Erwachsenenbildung. Report. Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, 37, 33-45.
- Almeida, David M./Wethington, Elaine/Kessler, Ronald C. (2002): The daily inventory of stressful events. An interview-based approach for measuring daily stressors. *Assessment*, 9(1), 41-55.
- Amaducci, Luigi/Maggi, Stefania/Langlois, Jean/Minicuci, Nadia/Baldereschi, Marzia/Di Carlo, Antonio/Grigoletto, Francesco (1998): Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of gerontology. Medical Sciences*, 55, 484-490.
- Amann, Anton (1993): Soziale Ungleichheit im Gewande des Alters. Die Suche nach Konzepten und Befunden. In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 319-347.
- American Economic Association (o.J.), URL: [http://www.aeaweb.org/RFE/show-Res.php?cat\\_id=&rfe\\_id=72](http://www.aeaweb.org/RFE/show-Res.php?cat_id=&rfe_id=72) [Abruf: 21.02.2013].
- Anastasi, Anne (1986): Intelligence as a quality of behavior. In: Sternberg, Robert J./Detterman, Douglas K. (Hrsg.): *What is intelligence?* Norwood, NJ: Ablex.
- Anderson, John (1976): *Language memory and thought*. Hillsdale: Erlbaum.
- Andrews, Gary R./Clark, Michael/Luszcz, Mary A. (2002): Successful Aging in the Australian Longitudinal Study of Aging. Applying the Mac Arthur Model Cross-Nationally. *Journal of Social Issues*, 58(4), 749-765.
- Andrews, Gary R./Myers, George C. (2000): *Australian Longitudinal Study of Ageing, Waves 1-5*, University of South Australia & Centre for Ageing Studies.
- Andrews, Gary R./Myers, George C. (2003): *Australian Longitudinal Study of Ageing, Waves 6*, University of South Australia & Centre for Ageing Studies.
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Antonucci, Toni C. (1990): Social supports and social relationships. In: Binstock, Robert H./George, Linda K. (Hrsg.): *The Handbook of aging and the social sciences*. 3. Auflage. San Diego, CA: Academic Press, 205-226.
- Antonucci, Toni C. (2001): Psychology of social support. In: Smelser, Neil J./Baltes, Paul B. (Hrsg.): *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier, 14465-14469.

- Antonucci, Toni C./Akiyama, Hiroko/Takahashi, Keiko (2004): Attachment and close relationship over the life span. *Attachment & Human Development*, 6(4), 353-370.
- Antonucci, Toni C./Jackson, James S. (1990): The role of reciprocity in social support. In: Sarason, Barbara R./Sarason, Irwin G./Pierce, Gregory R. (Hrsg.): *Social support. An interactional view*. New York, NY: Wiley, 173-198.
- Anttila, Tiia/Helkala, Eeva-Liisa/Kivipelto, Miia/Hallikainen, Merja/Alhainen, Kari/Heinonen, Helvi/Mannermaa, Arto/Tuomilehto, Jaakko/Soininen, Hilikka/Nissinen, Aulikki (2002): Midlife income, occupation, APOE status, and dementia: A population-based study. *Neurology*, 59(6), 887-893.
- Arendt, Hannah (1960): *Vita activa oder vom täglichen Leben*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Arnold, Rolf (2011): Entgrenzung des Lernens im Lebenslauf. In: Ders.: *Lernen im Lebenslauf*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 130-144.
- Arnold, Rolf/Gómez Tutor, Claudia (2007): *Grundlinien einer Ermöglichungsdidaktik. Bildung ermöglichen. Vielfalt gestalten*. 1. Auflage. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Backes, Gertrud M. (1983): *Frauen im Alter. Ihre besondere Benachteiligung als Resultat lebenslanger Unterprivilegierung*. 2. Auflage. Bielefeld: AJZ.
- Backes, Gertrud M. (1993): Frauen zwischen „alten“ und „neuen“ Alter(n)sriskien. In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 170-187.
- Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (1998): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim/München: Juventa.
- Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2003): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim, München: Juventa.
- Bäckman, Lars/Ginovart, Nathalie/Dixon, Roger/Robins Wahlin, Tarja-Brita/Wahlin, Åke/Halldin, Christer/Farde, Lars (2000): Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. *American Journal of Psychiatry*, 157, 635-637.
- Baethge, Martin/Achtenhagen, Frank/Arends, Lena/Babic, Edwin/Baethge-Kinsky, Volker/Weber, Susanne (2006): *Berufsbildungs-PISA. Machbarkeitsstudie*. Stuttgart: Steiner.
- Baethge, Martin/Schiersmann, Christiane (1998): Prozessorientierte Weiterbildung. Perspektiven und Probleme eines neuen Paradigmas der Kompetenzentwicklung für die Arbeitswelt der Zukunft. In: QUEM (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung '98*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann, 15-88.
- Bales, Maryann (1996): *Biocultural dimensions of chronic pain. Implications for Treatment of Multi-Ethnic Populations*, New York, NY: State University of New York Press.
- Baltes, Margaret M. (1996): *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, Paul B. (1987): Theoretical propositions of life-span developmental psychology. On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, Paul B. (1990): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Theoretische Leitsätze*. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.

- Baltes, Paul B. (1993): The Aging Mind. Potential and Limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580-594.
- Baltes, Paul B. (1997): On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, Paul B. (1999): Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(6), 433-448.
- Baltes, Paul B. (2003): Das hohe Alter. Mehr Bürde als Würde? *Max Planck Forschung*, Heft 2, 14-19.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1989a): Optimierung durch Selektion und Kompensation – ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85-105.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1989b): Erfolgreiches Altern. Mehr Jahre und mehr Leben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 5-10.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1990): Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (Hrsg.): *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1-34.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1992): Gerontologie. Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin, New York: Walter de Gruyter 1-34.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1994): Gerontologie. Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1-34.
- Baltes, Paul B./Lindenberger, Ulman (1989): On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experiences. 15 years of intervention research. *Behavior Therapy*, 19, 283-300.
- Baltes, Paul B./Lindenberger, Ulman/Staudinger, Ursula M. (1998): Lifespan theory in developmental psychology. In: Lerner, Richard M. (Hrsg.): *Handbook of child psychology*. 5 Auflage. Volume 1. New York: Wiley, 1029-1043.
- Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (1994): *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Baltes, Paul B./Schaie, K. Warner (1979): Die Forschungsparadigmen einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Rückblick und Ausblick. In: Baltes, Paul B. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett-Cotta, 87-109.
- Baltes, Paul B./Smith, Jacqui (2003): New frontiers in the future of aging. From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, Paul B./Sowarka, Doris/Kliegl, Reinhold (1989): Cognitive training research on fluid intelligence in old age. What can older adults achieve by themselves? *Psychology and Aging*, 4, 217-221.
- Barkholdt, Corinna (2004): Potenziale des Alters und das Postulat des Lebenslagen Lernens. Implikationen für Lebenslage und Lebensführung im Alter. In: Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang/Künemund, Harald (Hrsg.): *Lebensformen und Lebensführung im Alter*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 133-149.

- Barnes, Lisa L./Mendes de Leon, Carlos F./Wilson, Robert S./Bienias, Julia L./Evans, Denis A. (2004): Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*, 63, 2322-2326.
- Barz, Heiner/Tippelt, Rudolf (2004): Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland. Bd. 2: Adressaten- und Milieuforschung zu Weiterbildungsverhalten und -interessen. Bielefeld: Bertelsmann.
- Bauer, Joachim/Stadtmüller, Godehard/Qualmann, Jörg/Bauer, Hedwig (1995): Prämorbide psychologische Prozesse bei Alzheimer-Patienten und bei Patienten mit vaskulären Demenzprozessen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 179-189.
- Baumeister, Sebastian/Alte, Dietrich/John, Ulrich (2004): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung? Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). *Gesundheitswesen*, 66(3), 175-179.
- Baumgart, Erdmute (1985): Bildungsklub. Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung an einer Zürcher Modelleinrichtung. Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.
- Bayen, Ute/Hacker, Werner (2008): Was geschieht mit dem Gedächtnis, wenn wir älter werden? *Psychologie Heute – compact*, 20, 72-74.
- Beck, Johannes (1999): Das Verhältnis Mensch. URL: [http://www.pudel.uni-bremen.de/pdf/Beck\\_ua\\_1444id.pdf](http://www.pudel.uni-bremen.de/pdf/Beck_ua_1444id.pdf) [Abruf 08.10.2012].
- Beck, Klaus (1984): Zur Kritik des Lernkonzepts. Ein Plädoyer für die Verabschiedung einer untauglichen pädagogischen Idee. In: Georg, Walter (Hrsg.): *Schule und Berufsausbildung. Gustav Grüner zum 60. Geburtstag*. Bielefeld: Bertelsmann, 247-262.
- Becker, Howard S./Geer, Blanche (1960/1979): Teilnehmende Beobachtung. Die Analyse qualitativer Forschungsergebnisse. In: Hopf, Christel/Weingarten, Elmar (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 139-166.
- Becker, Rolf (1998): Bildung und Lebenserwartung in Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie*, 2, 133-150.
- Bedford, Victoria Hilkevitch (1995): Sibling relationships in middle adulthood and old age. In: Blieszner, Rosemary/Bedford, Victoria Hilkevitch (Hrsg.): *Handbook on aging and the family*. Westport, CT: Greenwood, 201-222.
- Bedford, Victoria Hilkevitch/Volling, Brenda L. (2004): A dynamic ecological systems perspective on emotion regulation development within the sibling relationship context. In: Lang, Frieder R./Fingermann, Karen L. (Hrsg.): *Growing together. Personal relationships across the lifespan*. New York, NY: Cambridge University Press, 76-102.
- Beier, Margaret/Ackermann, Philip (2005): Age, ability, and the role of prior knowledge on the acquisition of new domain knowledge: Promising results in a real-world learning environment. *Psychology and Aging*, 20, 341-355.
- Benner, Dietrich/Brüggen, Friedhelm (2004): Bildsamkeit/Bildung. In: Benner, Dietrich/Oelkers, Jürgen (Hrsg.): *Historisches Wörterbuch der Pädagogik*. Weinheim-Basel: Beltz, 174-215.
- Bergius, Rudolf (1959): Entwicklung als Stufenfolge. In: Thomae, Hans (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie*, 3. Bd. Göttingen: Hogrefe, 104-195.

- Bernien, Maritta (1997): Anforderungen an eine qualitative und quantitative Darstellung der beruflichen Kompetenzentwicklung. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenzentwicklung '97. Berufliche Weiterbildung in der Transformation. Fakten und Visionen. Münster, New York, München, Berlin, 17-84.
- Betula - Aging, Memory and Dementia: Department of Psychology, Umeå University (2005), URL: <http://www.betula.su.se/en/index.html> [Abruf: 19.10.2009].
- Birren, James E. (1965): Age changes in speed of behavior. Its central nature and physiological correlates. In: Welford, Alan/Birren, James E. (Hrsg.): Behavior, aging and the nervous system. Thomas, Springfield, IL, 191-216.
- Birren, James E./Cunningham, Walter (1985): Research on the psychology of aging. Principles, concepts, and theory. In: Birren, James E./Schaie, K. Warner (Hrsg.): The handbook of the psychology of aging. New York: Van Nostrand Reinhold Co. Inc., 3-34.
- Blakemore, Sarah-Jayne/Frith, Uta (2006): Wie wir lernen. Was die Hirnforschung darüber weiß. München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Block, Jeanne Humphrey/Block, Jack (1980): The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In: Collins, W. Andrew (Hrsg.): Development of cognition, affect, and social relations. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 39-101.
- Blossfeld, Hans-Peter (1990): Berufsverläufe und Arbeitsmarktprozesse. Ergebnisse soziokultureller Längsschnittuntersuchungen. In: Mayer, Karl U. (Hrsg.): Lebensverläufe und sozialer Wandel. Sonderheft 31 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, 118-143.
- Blossfeld, Hans Peter (2009): Working Paper Series. Education Across the Life Course. URL: [http://www.ratswd.de/download/RatSWD\\_WP\\_2009/RatSWD\\_WP\\_61.pdf](http://www.ratswd.de/download/RatSWD_WP_2009/RatSWD_WP_61.pdf) [Abruf: 21.02.2013].
- Blüm, Norbert (1997): Die soziale Zukunft mitgestalten. In: Kayser, Friedrich/Uepping, Heinz (Hrsg.): Kompetenz der Erfahrung. Personalmanagement im Zeichen demographischen Wandels. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand, 213-214.
- Boerhaave, Hermann zitiert in Ernst Peter Fischer (o.J.): Vom „Schweigen der Organe“. Eine kleine Geschichte der Gesundheit, 1. URL: <http://w112www1047.webland.ch/upload/Bachmaiers.pdf> [Abruf: 10.10.2011].
- Bögge, Benedikt (2009): Geragogik. Wie weit kann Bildung im Alter gehen? Pädagogik mit Menschen im Vierten Lebensalter. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Böhme, Günther (1982): Der Erfahrungsbegriff in der Erziehungswissenschaft und die pädagogische Erfahrung. Hessische Blätter für Volksbildung, 34, 265-271.
- Böhme, Günther (2006): Verständigung über das Alter oder die Bildung und kein Ende. Eine gerontologische Studie. Idstein: Schulz-Kitchner Verlag.
- Bollmann, Vera (2012): Schwestern. Interaktion und Ambivalenz in lebenslangen Beziehungen. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Boston University. School of Medicine (2012), URL: <http://www.bumc.bu.edu/centenarian/> [Abruf: 21.02.2013].
- Bosworth, Hayden/Schaie, K. Warner (1997): The Relationship of Social Environment, Social Networks, and Health Outcomes in The Seattle Longitudinal Study. Two Analytical Approaches. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B(5), 197-295.



- Botwinick, Jack (1977): Intellectual abilities. In: Birren, James E./Schaie, K. Warner (Hrsg.): Handbook of the psychology of aging, 2nd edition. Van Nostrand Reinhold, New York, 580-605.
- Bourdieu, Pierre (2006): Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik. Hamburg: VSA-Verlag.
- Bourdieu, Pierre (2008): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bozick, Robert/Lauff, Erich (2007): Education Longitudinal Study of 2002 (ELS: 2002). A First Look at the Initial Postsecondary Experiences of the High School Sophomore Class of 2002. National Center for Education Statistics, Washington.
- Brandstädter, Jochen/Greve, Werner (1994): The aging self. Stabilization and protective process. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brandstädter, Jochen/Lindenberger, Ulman (Hrsg.) (2007): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandstädter, Jochen/Renner, Gerolf (1990): Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analyses of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 8, 58-67.
- Brandstädter, Jochen/Rothermund, Klaus (1998): Bewältigungspotentiale im höheren Alter. Adaptive und protektive Prozesse. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Nad 1. Grundlagen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie. Bd. 15. Göttingen: Hogrefe, 223-237.
- Brandstädter, Jochen/Rothermund, Klaus (2002): The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment. A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Breinbauer, Ines Maria (2007): Bildung als Antwort...? In: Ferring, Dieter (Hrsg.): Sozio-Kulturelle Konstruktion des Alters. Interdisziplinäre Perspektiven. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Bremer, Helmut (2004): Der Mythos vom autonom lernenden Subjekt. Zur sozialen Verortung aktueller Konzepte des Selbstlernens und zur Bildungspraxis unterschiedlicher Milieus. Sozialstrukturelle Verschiebungen und Wandlungsprozesse des Habitus. München: Juventa, 189-213.
- Breslow, Lester/Enstrom, James E. (1980): Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine* 9, 469-483.
- Bretschneider, Markus (2007): Kompetenzentwicklung aus der Perspektive der Weiterbildung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. URL: <http://www.die-bonn.de/doks/bretschneider0601.pdf> [Abruf: 21.04.2012].
- Brim, Orville G. (1988): Losing and winning. *Psychology Today*, 9, 48-52.
- Brinkmann, Malte (2008): Lernen, Verlernen und Umlernen im Alter. In: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S. (Hrsg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brödel, Rainer (2008): Entwicklungslinien und erwachsenenpädagogische Implikationen informellen Lernens. In: Gnahn, Dieter/Kuwan, Helmut/Seidel, Sabine (Hrsg.): Weiterbildungsverhalten in Deutschland, Bd. 2. Berichtskonzepte auf dem Prüfstand. Bielefeld: Bertelsmann, 111-121.

- Bruandet, Amélie/Richard, Florence/Bombois, Stéphanie/Maurage, Claude-Alain/Amouyel, Philippe/Pasquier, Florence et al. (2008): Cognitive decline and survival in Alzheimer's disease according to education level. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(1), 74-80.
- Brubaker, Timothy H./Powers, Edward A. (1976): The stereotype of old. *Journal of Gerontology*, 31, 441-447.
- Bruder, Jens (1999): Vergessen und Traurigkeit. Psychische Veränderungen im Alter. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 319-376.
- Bubolz, Elisabeth (1983): *Bildung im Alter. Der Beitrag therapeutischer Konzepte zur Geragogik*. Freiburg bei Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth (1984): *Bildung im Alter. Eine Analyse geragogischer und psychologisch-therapeutischer Grundmodelle. 2., neu gefasste Auflage*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth (1999): Autonomie statt Didaktik? Gegenthesen zum Bildungsinfrastruktur-Ansatz. In: Bergold, Ralph/Knopf, Detlef/Mörchen, Annette (Hrsg.): *Altersbildung an der Schwelle des neuen Jahrhunderts*. Würzburg: Echter, 57-66.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth (2000): Bildung im Alter. Eine Chance zu persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Entwicklung. *BAGSO-Nachrichten*, 6-11.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth/Gösken, Eva/Kricheldorf, Cornelia/Schramek, Renate (2010): *Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth/Mörchen, Annette (2009): Die Lernwerkstatt. Ein Entwicklungsarrangement für Erwachsenenbildner. In: Mörchen, Annette/Tolksdorf, Markus (Hrsg.): *Lernort Gemeinde. Ein neues Format der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann, 103-138.
- Büchel, Christian/Coull, Jennifer T./Friston, Karl J. (2003): The predictive value of changes in effective connectivity for human learning. *Science*, 5407, 1538-1541.
- Bultena, Gordon L./Power, Edward A. (1978): Denial of aging. Age identification and reference group orientation. *Journal of Gerontology*, 33, 748-754.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2011): *Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklungen des Landes*. Berlin: Publikationsversand der Bundesregierung. URL: [http://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/2011/demografiebericht.pdf?\\_\\_blob=publication-File](http://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/2011/demografiebericht.pdf?__blob=publication-File) [Abruf: 12.11.2012].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2003): *Expertise. Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards* (Autoren: Klieme, Eckhard et al.; *Bildungsreform Bd. 1*). Bonn, Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2010): *Bildungsbericht 2010. „Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung stellen sich den Herausforderungen des demografischen Wandels“* (17. Juni 2010; 106/2010).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2012): *Weiterbildungsverhalten in Deutschland. AES 2012 Trendbericht*. Bonn, Berlin.

- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) (1993): Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe Bd. 209. Berlin: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Abruf: 11.11.2009].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht>. Berlin [Abruf: 23.01.2011].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2011): Internetredaktion, Pressemitteilung Nr. 42/2011, Veröffentlicht am 30.05.2011. Thema: Familie, Gleichstellung, Kinder und Jugend, Ältere Menschen, Engagementpolitik.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004): Gesundheit in den neuen Ländern. Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung, Berlin.
- Burger, Sonja/Kugler, Martin (2011): Pumperlgsund ins hohe Alter. Die Presse, 14.05.2011. URL: <http://diepresse.com/home/science/662175/Pumperlgsund-ins-hohe-Alter> [Abruf: 25.05.2011].
- Busse, Edwald W./Maddox, George L. (1985): The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging (1955-1980). Overview of history, design, and findings. New York: Springer.
- Butler, Robert (1969): Age-Is. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Buttler, Günter/Herder-Dorneich, Philipp/Fürstenberg, Friedrich/Klages, Helmut/Schlotter, Hans-Günther/Oettle, Karl/Winterstein, Helmut (1988): Die Jungen Alten. Eine neue Lebensphase als ordnungspolitische Aufgabe. Baden-Baden: Nomos.
- Bynner, John/Butler, Neville/Ferri, Elsa/Shepherd, Peter/Smith, Kate (2000): CLS Cohort Studies working paper 1: The Design and conduct of the 1999-2000 surveys of the national child development study and the 1970 British Cohort Study. Institute of Education University of London.
- Bynner, John/Hammond, Cathie (2004): The benefits of adult learning. The quantitative insights. In: Schuller, Tom/Preston, John/Hammond, Cathie/Brasset-Grundy, Angela/Bynner, John (Hrsg.): *The Benefits of Learning. The Impact of Education on Health, Family Life and Social Capital*. London: Routledge Falmer, 161-178.
- Bynner, John/Schuller, Tom/Feinstein, Leon (2003): Wider Benefits of Education: Skills, Higher Education and Civic Engagement. *Zeitschrift für Pädagogik*, 49(3), 341-361.

- Carstensen, Laura L. (1992): Motivation for social contact across the life span. A theory of socioemotional selectivity. In: Jacobs, Janis E. (Hrsg.): Nebraska symposium on motivation: Developmental perspectives on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 40, 209-254.
- Catell, Raymond (1957): Personality and motivation, structure and measurement. New York: World Book.
- Catell, Raymond (1963): Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54(1), 1-22.
- Cattell, Raymond (1987): Intelligence. Its structure, growth and action. Amsterdam: North Holland.
- Cavanaugh, John (1993): Adult development and aging. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Centre Maurice Halbwachs (o.J.), URL: <http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/lil-0057.xml>; <http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/lil-0182.xml> [Abruf: 21.02.2013].
- Cerella, John (1990): Aging and information-processing rate. In: Birren, James E. /Schaie, K. Warner (Hrsg.): Handbook of the psychology of aging. 3.Auflage. San Diego, CA: Academic Press, 201-221.
- Cerella, John (1991): Age effects may be global, not local. Comment on Fisk and Rogers. *Journal of Experimental Psychology*, 120, 215-223.
- Charité Berlin (2011), URL: <http://bioinformatics.charite.de/gender> [Abruf: 15.01.2012].
- Charité Berlin (2013), URL: <http://www.ama-consortium.de/> [Abruf: 21.02.2013]
- Chomsky, Noam (1965): Aspects of the Theory of Syntax Cambridge, MIT Press.
- Christenson, Bruce/Johnson, Nan (1995): Educational inequality in adult mortality. An assessment with death certificate from Michigan. *Demography*, 32, 215-229.
- Christensen, Helen/Hofer, Scott M./MacKinnon, Andrew J./Korten, Aillsa E./Jorm, Anthony F./Henderson, Scott A. (2001): Age is no kinder to the better educated. Absence of an association investigated using latent growth techniques in a community sample. *Psychological Medicine*, 31, 15-28.
- Cigolle, Christine T./Langa, Kenneth M./Kabeto, Mohammed U./Tian, Zhiyi/Blaum, Caroline S. (2007): Geriatric Conditions and Disability. The Health and Retirement Study. *Annals of Internal Medicine* 2007, 147, 156-164.
- Clemens, Wolfgang (1997): Frauen zwischen Arbeit und Rente. Lebenslagen in später Erwerbstätigkeit und frühem Ruhestand. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Clemens, Wolfgang (2001): Stichwort: Alter. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 489-511.
- College of Public Health. Institute of Gerontology (o.J.), URL: <http://www.publi-chealth.uga.edu/geron/research/centenarian-study> [Abruf: 21.02.2013].
- Conley, James (1984): The hierarchy of consistency. A review and model of longitudinal findings on adult individual differences in intelligence, personality, and self-opinion. *Personality and Individual Differences*, 5, 11-25.

- Conseil national de l'information statistique (2013), URL: [http://www.cnis.fr/cms/Accueil/enquetes/Outil\\_de\\_recherche\\_des\\_enquetes;jsessionid=1716ACAA6E1F154C6D5CBCE62034ECF1?enquete=OPE-DEPP-PANEL-2011-ELEVES-PREMIER-12-W&critere=serviceProducteur&valeur=ORG-DEPP-13-W](http://www.cnis.fr/cms/Accueil/enquetes/Outil_de_recherche_des_enquetes;jsessionid=1716ACAA6E1F154C6D5CBCE62034ECF1?enquete=OPE-DEPP-PANEL-2011-ELEVES-PREMIER-12-W&critere=serviceProducteur&valeur=ORG-DEPP-13-W) [Abruf: 21.02.2013].
- Corral, Montserrat/Rodriguez, Marina/Amenedo, Elena/Sanchez, Julian Luis/Diaz, Fernando (2006): Cognitive reserve, age, and neuropsychological performance in healthy participants. *Developmental Neuropsychology*, 29, 479-491.
- Costa, Paul/McCrae, Robert (1988): Personality in adulthood. A six-years longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Coupland, Nicolas/Coupland, Justine/Giles, Howard/Henwood, Karen (1988): Accommodating the elderly. Invoking and extending a theory. *Language and Society*, 17, 1-41.
- Coyle, Joseph (2003): Use It or Lose It. Do Effortful Mental Activities protect against Dementia? *The New England Journal of Medicine*, 348, 2489-2490.
- Crimmins, Eileen M./Hayward, Mark D./Saito, Yasuhiko (1996): Differentials in Active Life Expectancy in the Older Population of the United States. *Journal of Gerontology*, 3, 111-120.
- Cumming, Elaine/ Henry, William E. (1961): *Growing old. The process of disengagement.* New York: Basic Books.
- Dabel, Gerhard (1981): *KLV, die erweiterte Kinderlandverschickung, KLV-Lager 1940-1945. Dokumentation im Auftrag der Dokumentations-Arbeitsgemeinschaft KLV e.V.* Freiburg: Schillinger.
- Dalstra, Jetty/Kunst, Anton/Borrell, Carme/Breeze, Elisabeth/Cambois, Emmanuelle/Costa, Giuseppe/ Geurts, José/Lahemlma, Eero/Van Oyen, Herman/Rasmussen, Niels K./Regidor, Enrique/ Spadea, Teresa/Mackenbach, Johan (2005): Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases. An overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 316-326.
- Dandekar, Thomas (1999): Warum altern wir? Biologische Aspekte des Älterwerdens. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns.* Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 239-276.
- Danner, David B./Schröder, Heinz C. (1992): Biologie des Alterns (Ontogenese und Evolution). In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung.* Berlin, New York: Walter de Gruyter, 95-123.
- Dausien, Bettina (2008): Lebenslanges Lernen als Leitlinie für die Bildungspraxis? Überlegungen zur pädagogischen Konstruktion von Lernen aus biografiethoretischer Sicht. In: Herzberg, Heidrun (Hrsg.): *Lebenslanges Lernen. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde im Kontext der Erwachsenenbildung.* Frankfurt am Main/Berlin u.a.: Peter Lang Verlag, 151-174.
- Degen, Cathrine (2007): Minding the gap. The construction of old age and oldness amongst peers. *Journal of Aging Studies*, 21, 69-80.
- Dehnbostel, Peter (2001): Perspektiven für das Lernen in der Arbeit. In: QUEM (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung 2001. Tätigsein – Lernen – Innovation.* Münster, 53-93.

- Dehnbostel, Peter (2003): Informelles Lernen. Arbeitserfahrungen und Kompetenzerwerb aus berufspädagogischer Sicht. URL: [http://www.swa-programm.de/tagungen/neukirchen/vortrag\\_dehnbostel.pdf](http://www.swa-programm.de/tagungen/neukirchen/vortrag_dehnbostel.pdf) [Abruf: 27.06.2010].
- Dehnbostel, Peter/Molzberger, Gabriele/Overwien, Bernd (Hrsg.) (2003): Informelles Lernen in modernen Arbeitsprozessen dargestellt am Beispiel von Klein- und Mittelbetrieben der IT-Branche. Berlin 2003: BBJ-Verlag.
- Denzin, Norman K./Lincoln, Yvonna S. (1998): Introduction. Entering the Field of Qualitative Research. In: Denzin, Norman K./Lincoln, Yvonna S. (Hrsg.): Strategies of Qualitative Inquiry. Thousand Oaks: Sage, 1-34.
- Department for Education, UK: LYSPE (o.J.), URL: <https://www.education.gov.uk/il-type/workspaces/public/wiki/Welcome> [Abruf: 21.02.2013].
- Department for Education, UK: YCS (2013), URL: <http://www.education.gov.uk/researchandstatistics/statistics/statistics-by-topic/youthandadolescence/youthcohort-study> [Abruf: 21.02.2013].
- Department of Psychology, Umeå University: Betula (o.J.), URL: <http://www.betula.su.se/en/> [Abruf: 21.02.2013].
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2010): Die Epidemiologie der Demenz. URL: [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_10.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf) [Abruf: 27.09.2011].
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1994): Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Reihe „Zur Sache“, 4/94, Bonn.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2012): Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER). URL: <http://esther.dkfz.org/esther/index.html> [Abruf: 16.07.2012].
- Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg (o.J.), URL: <http://esther.dkfz.org/esther/> [Abruf: 21.02.2013].
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.) (2002): Das hohe Alter. Konzept Forschungsfelder, Lebensqualität. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. I. Hannover.
- Dewe, Bernd (1999): Lernen zwischen Vergewisserung und Ungewissheit. Reflexives Handeln in der Erwachsenenbildung. Opladen: Leske+Budrich.
- Dieck, Margret/Naegle, Gerhard (1993): „Neue Alte“ und alte soziale Ungleichheiten. Vernachlässigte Dimensionen in der Diskussion des Altersstrukturwandels. In: Naegle, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, 43-60.
- Diekmann, Andreas (2003): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 10. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Dietrich, Hartmut (2003): Lebensqualität im Alter. In: Reuter, Uwe (Hrsg.): Lebensqualität für alte Menschen in der Pflege. Mit 18 Tabellen. Bremen: ESI, 13-31.
- Dinkel, Reiner H. (1994): Demographische Alterung. Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklung. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 62-93.

- Dittmann-Kohli, Freya (1989): Erfolgreiches Altern aus subjektiver Sicht. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 301-307.
- Dittmann-Kohli, Freya/Kohli, Martin/Künemund, Harald/Motel, Andreas/Steinleitner, Christina/Westerhof Gerben (1997): Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen. Erhebungsdesign und Instrumente des Alters-Survey. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL) in Zusammenarbeit mit infas-Sozialforschung. *Forschungsbericht* 61, Juni 1997. URL: [http://www.fall-berlin.de/lit/FALL\\_Forschungsbericht\\_61.pdf](http://www.fall-berlin.de/lit/FALL_Forschungsbericht_61.pdf) [Abruf: 21.02.2013].
- Dixon, Roger A./Baltes, Paul B. (1986): Toward life-span research on the functions and pragmatics of intelligence. In: Sternberg, Robert/Wagner, Richard (Hrsg.): *Practical intelligence. Origins of competence in the everyday world*. New York: Cambridge University Press, 202-235.
- Dixon, Roger A./de Friasb, Cindy M. (2004): The Victoria Longitudinal Study. From Characterizing Cognitive Aging to Illustrating Changes in Memory Compensation. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 11(2-3), 346-376.
- Dixon, Robert A./Hertzog, Christopher (1996): Theoretical issues in cognition and aging. In: Blanchard-Fields, Fredda/Hess, Thomas (Hrsg.): *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. Boston, Mass.: Mc Graw Hill, 25-65.
- Doh, Michael (2009): Heterogenität und Veränderungen der Mediennutzung im Alter. Ein Beitrag zur Mediengerontologie auf Grundlage der Massenkommunikationsstudie 2000/2005 und der ILSE-Kohorte 1930-1932. Dissertation, Heidelberg.
- Dohmen, Günther (1996): *Das lebenslange Lernen. Leitlinien einer modernen Bildungspolitik*. Bonn.
- Dohmen, Günther (2001): *Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller*. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Dor, Avi/Sudano, Joseph J./Baker, David (2006): The Effect of Private Insurance on the Health of Older. *Working Age Adults: Evidence from the Health and Retirement Study*. *Health Services Research* 2006 June, 41(3/1), 759-787.
- Dörner, Dietrich (1996): Verhalten und Handeln. In: Dörner, Dietrich/Selg, Herbert (Hrsg.): *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 100-114.
- Dörpinghaus, Andreas/Poenitsch, Andreas/Wigger, Lothar (2006): *Einführung in die Theorie der Bildung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Dreher, Eva (2005): Entwicklungsbedürfnisse von fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen. 1. Europäischer Kongress ‚Quality4Children‘, 1.-2. Juni 2005, Gmunden, Österreich. URL: [http://www.unet.univie.ac.at/~a0401627/LS-Entw\\_3-16\\_11\\_04.pdf](http://www.unet.univie.ac.at/~a0401627/LS-Entw_3-16_11_04.pdf) [Abruf: 08.05.2012].
- Ducan, John/Emslie, Hazel/Williams, Phyllis/Johnson, Roger/Freer, Charles (1996): Intelligence and the frontal lobe. The organization of goal-directed behavior. *Cognitive Psychology*, 30, 257-303.
- Dumont, Gérard-François (2011): Alt und Jung. Neue demografische Landschaften. *Le Monde diplomatique* (deutsche Ausgabe). URL: <http://www.monde-diplomatique.de/pm/2011/06/10.archivhome> [Abruf: 03.10.2011].

- Dyk, Silke van (2007): Kompetent, aktiv, produktiv? Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft. PROKLA Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 37(1), 93-112.
- Ebert, Joachim (1998): Kategoriale Bildung. Zur Interpretation der Bildungstheorie. Hanau: Haab+Herchen.
- Eckensberger, Lutz/Keller, Heidi (1998): Menschenbilder und Entwicklungskonzepte. In: Keller, Heidi (Hrsg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie. Bern/Göttigen/Toronto/Seattle: Huber.
- Egloff, Birte (2009): Biografieorientierte Ansätze (Kap.1: Das Lernen Erwachsener). Erwachsenenpädagogische Lerntheorien. In: Handbuch der Erziehungswissenschaften, Bd. 2., 893-901.
- Ehmer, Josef (2009): Ein homogenes Altersbild aufbrechen. Josef Ehmer im Interview mit der Akademiegruppe Altern in Deutschland. URL:[http://www.altern-in-deutschland.de/de/info/alterbilder/ehmer\\_altersbilder\\_ehmer.html](http://www.altern-in-deutschland.de/de/info/alterbilder/ehmer_altersbilder_ehmer.html) [Abruf: 28.11.2009].
- Ehmer, Josef/Höffe, Otfried (Hrsg.) (2009): Bilder des Alterns im Wandel. Historische, interkulturelle, theoretische und aktuelle Perspektiven. Altern in Deutschland Bd. 1. Nova Acta Leopoldina N.F. Bd. 99, Nr. 363. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Elder, Glen H. (Hrsg.) (1973): Linking social structure and personality. Sage contemporary social science issues series.
- Engstler, Heribert/Menning, Sonja/Hoffmann, Elke/Tesch-Römer, Clemens (2004): Die Zeitverwendung älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung. Bd. 43 der Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik. Stuttgart: Metzler Poeschel, 216-246.
- Erickson, Kirk I. (2012): Aging, Training, and Brain Plasticity. In: Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hrsg.): Gesund altern. Individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen. Schriften des Marsilius-Kollegs. Bd. 7. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 69-93.
- Erickson, Kirk/Raji, Cyrus A./Lopez, Oscar L./Becker, James T./Rosano, Caterina/Newman, Anne B./Gach, Michael H./Thompson, Paul M./Ho, April J./Kuller, Lewis H. (2010): Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood. The Cardiovascular Health Study. *Neurology*, 75, 1415-1422.
- Erikson, Erik H. (1959): Identity and the life cycle. New York: International University Press.
- Erikson, Erik H. (1966): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, Erik H. (1968): Identity youth and crisis. New York: Norton.
- Erikson, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, Erik H. (1983): Lebenszyklus und die Identität der Menschheit. *Psychologie heute*, 12/1983, 28-31.
- Erikson, Erik H. (1988): Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erlemeier, Norbert (1980): Die Unzufriedenheit mit der „Lebenszufriedenheit im Alter.“ *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 11(4), 310-312.
- Erlemeier, Norbert (1995): Soziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung älterer Menschen mit Belastungen. In: Kruse, Andreas/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): *Psychologie der Lebensalter*. Darmstadt: Steinkopff, 253-262.



- Ernst, Heiko (2008): Gut altern: Eine reife Leistung. *Psychologie Heute – compact*, 20, 44-45.
- Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Forschungsverbund Community Medicine Institut für Community Medicine (o.J.), URL: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship.html>; [http://www.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship/res\\_pub\\_de.html](http://www.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship/res_pub_de.html) [Abruf: 21.02.2013].
- Erpenbeck, John (1996a): Kompetenz und kein Ende? *QUEM- Bulletin*, 1, 9-13.
- Erpenbeck, John (1996b): Synergetik, Wille, Wert und Kompetenz. *Ethik und Sozialwissenschaften*, 7(4), 611-613.
- Erpenbeck, John (1997): Selbstgesteuertes, selbst organisiertes Lernen. In: *Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenzentwicklung '97: Berufliche Weiterbildung in der Transformation. Fakten und Visionen*. Münster: Waxmann, 309-316.
- Erpenbeck, John (2003): KulturKompetenz. Kultur, Werte und Kompetenzen. In: Bering, Kunibert et al. (Hrsg.): *Kultur – Kompetenz. Aspekte der Theorie, Probleme der Praxis*. Oberhausen (Athena), 224-245.
- Erpenbeck, John (2005): Kompetenz, Kompetenzmessung und Kompetenzanalyse mit dem KODE. In: *Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Informelles Lernen. Verfahren zur Dokumentation und Anerkennung im Spannungsfeld von individuellen, betrieblichen und gesellschaftlichen Anforderungen*. Bonn, 41-57.
- Erpenbeck, John/Heyse, Volker (1996): Berufliche Weiterbildung und berufliche Kompetenzentwicklung. In: *Kompetenzentwicklung, 96: Strukturwandel und Trends in der betrieblichen Weiterbildung*. Münster u.a.: Waxmann, 15-152.
- Erpenbeck, John/Heyse, Volker (1999): *Die Kompetenzbiografie. Strategien der Kompetenzentwicklung durch selbstorganisiertes Lernen und multimediale Kommunikation*. Münster, New York, Berlin: Waxmann.
- Erpenbeck, John/Rosenstiel, Lutz von (Hrsg.) (2003): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Stuttgart.
- Europäische Kommission (2000): *Memorandum über lebenslanges Lernen*. Arbeitsdokument der Kommissionsdienststellen, SEK (2000) 1832. Kommission der Europäischen Gemeinschaft, Brüssel.
- Europäische Kommission (2001): *Mitteilung der Kommission. Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen*. URL: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:DE:PDF> [Abruf: 11.11.2009].
- Europäische Kommission (2005): *Europäische Kommission. Auf dem Weg zu einem europäischen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen*, Brüssel.
- European Commission EUROSTAT (2005): *Task force report on adult education survey. Working papers and studies*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission EUROSTAT (2006): *Classification of learning activities – Manual. Methods and Nomenclatures*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission EUROSTAT (2007): *Adult Education Survey (2005-2007)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- European Commission EUROSTAT (2010): Demography Report 2010. URL: <http://epp.eu-rostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf> [Abruf: 13.09.2012].
- Evers, Ralf (1999): *Alter – Bildung – Religion. Eine subjekt- und bildungstheoretische Untersuchung*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Fabriougle, Colette/Lettenneur, Luc/Dartigues, Jean/Zarrouk, Mounir/Commenges, Daniel/Barberger-Gateau, Pascale (1995): Social and Leisure Activities and Risk of Dementia. A Prospective Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 485-490.
- Faulstich, Peter (1996): Qualifikationsbegriffe und Personalentwicklung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 92(4), 366-379.
- Faulstich, Peter (2002): Verteidigung von „Bildung“ gegen die Gebildeten und ihren Verächtern. *Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung*, 25(1), 15-25.
- Faulstich, Peter (2008): Lernen. In: Faulstich-Wieland, Hannelore/Faulstich, Peter (Hrsg.): *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 33-57.
- Faulstich, Peter/Forneck, Hermann J./Grell, Petra/Häßner, Katrin/Knoll, Jörg/Springer, Angela (2005): *Lernwiderstand – Lernumgebung – Lernberatung. Empirische Fundierungen zum selbstgesteuerten Lernen. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann. URL: <http://www.die-bonn.de/doks/faulstich0504.pdf> [Abruf: 12.11.2012].
- Featherman, David L. (1989): Erfolgreiches Altern: Adaptive Kompetenz in einer Ruhestandsgesellschaft. In: Baltes, Margret M./Kohli, Martin/Sames, Klaus (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern, Stuttgart, Toronto, Seattle: Huber, 11-18.
- Feinstein, Leon/Hammond, Cathie (2004): The contribution of adult learning to health and social capital. *Oxford Review of Education*, 30(2).
- Feld, Scott L. (1981): The Focussed Organization of Social Ties. *American Journal of Sociology*, 86(5), 1015 -1035.
- Felden, Heide v. (2006): Lernprozesse über die Lebenszeit. Zur Untersuchung von lebenslangem Lernen mit Mitteln der Biografieforschung. In: Forneck, Herrmann J./Wiesner, Gisela/Zeuner, Christine: *Teilhabe an der Erwachsenenbildung und gesellschaftliche Modernisierung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag, 217-233.
- Felden, Heide v. (2009): Überlegungen zum theoretischen Konzept des lebenslangen Lernens und zur empirischen Rekonstruktion selbstbestimmten Lernens. In: Alheit, Peter/Felden, Heide v. (Hrsg.): *Lebenslanges Lernen und erziehungswissenschaftliche Biografieforschung. Konzepte und Forschung im europäischen Diskurs*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 157-174.
- Fend, Helmut (1993): Self-concept and social competence. Paper prepared for the meeting of Network A of the OECD INES project on Educational Indicators. February 1993, Vilamoura, Portugal.
- Fend, Helmut/Berger, Fred/Grob, Urs (Hrsg.) (2009): *Lebensverläufe, Lebensbewältigung und Lebensglück. Ergebnisse der Life-Studie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ferraro, Richard/Kellas, George (1992): Age-related changes in the effects of target orientation on word recognition. *Journal of Gerontology*, 47, 279-280.

- Ferraro, Kenneth F./Shippee, Tetyana Pylypiv/Schafer, Markus H. (2009): Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In: Bengston, Vern L./Gans, Daphna/Putney, Norella/Silverstein, Merril (Hrsg.): Handbook of theories of aging. New York: Springer, 413-433.
- Field, Dorothy/Minkler, Meredith (1988): Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43, 100-106.
- Field, Dorothy/Minkler, Meredith/Falk, Frank R./Leino, Victor E. (1993): The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age. A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, 18-28.
- Filipp, Sigrun-Heide (Hrsg.) (1981): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg.
- Filipp, Sigrun-Heide. (1993): Kritische Lebensereignisse. 3. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.
- Filipp, Sigrun-Heide/Aymanns, Peter (2005): Verlust und Verlustverarbeitung. In: Filipp, Sigrun-Heide/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie, Bd. 6, Göttingen: Hogrefe, 764-804.
- Filipp, Sigrun-Heide/Mayer, Anne-Kathrin (1999): Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fingermann, Karen L. (2002): Mothers and their adult daughters. Mixed emotions, enduring bonds. New York: Springer.
- Fischer, Corinna (2002): „Das gehört jetzt irgendwie zu mir.“ Mobilisierung von Jugendlichen aus den neuen Bundesländern zum Engagement in einem Umweltverband. Eine Fallstudie am Beispiel der BUNDjugend. Dissertation. Chemnitz.
- Flasse, Maritta/Stieler-Lorenz, Brigitte (2000): Berufliche Weiterbildungsstatistik im Spannungsfeld zwischen Industrie- und Wissensgesellschaft. In: Bosch, Gerhard/Dräger, Horst/Erpenbeck, John/Flasse, Maritta/Frey, Hans Paul et al.: Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft QUEM. Berlin: Waxmann, 185-224.
- Fleischmann, Ulrich M. (1993): Kognitives Training im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Gedächtnisleistungen. In: Klauer, Karl J. (Hrsg.): Kognitives Training. Göttingen: Hogrefe, 343-359.
- Fleischmann, Ulrich M. (2008): Intelligenz, Lernen, Denken. In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/Fleischmann, Ulrich M.: Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer, 27-42.
- Flick, Uwe (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Focault, Michel (o.J.): Eine Ästhetik der Existenz. In: Von der Freundschaft als Lebensweise. Michel Foucault im Gespräch. Berlin, 133-141.
- Folkman, Susan/Lazarus, Richard S./Pimley, Scott/Novacek, Jill (1987): Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.

- Fooker, Insa (1991): Kritische Lebensereignisse. In: Oswald, Wolf D./Herrmann, Werner M./Kanowski, Siegfried/Lehr, Ursula/Thomae, Hans (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. 2. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 291-304.
- Fooker, Insa (1999): Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2. Opladen, 209-243.
- Förstl, Hans (2001): Demenzen in Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer.
- Forstmeier, Simon/Maercker, Andreas (2009): Die Reservekapazität des Gehirns beeinflusst die kognitive Funktion im Alter. Motivationale, kognitive und körperliche Facetten. Zeitschrift für Neuropsychologie, 20(1), 47-58.
- Fozard, James L. (1990): Vision and hearing in aging. In: Birren, James E./Schaie, K. Warner (Hrsg.): Handbook of the psychology of aging. 3. Auflage. San Diego, CA: Academic Press, 150-170.
- Fozard, James/Metter, E. Jeffrey/Brant, Larry (1990): Next steps in describing aging and disease in longitudinal studies. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45 (Special Issue), 116-127.
- Frank, Stephen (2011): eLearning und Kompetenzentwicklung. Ein unterrichtsorientiertes didaktisches Modell. Dissertation, Heidelberg 2011.
- Franzkowiak, Peter/Lehmann, Manfred (1996): Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d.Selz: Sabo, 53-54.
- Fratiglioni, Laura/Guo, Zhenchao/Viitanen, Matti/Winblad, Bengt/ Zhu, Li (2000): Incidence of stroke in relation to cognitive function and dementia in the Kungsholmen Project. Neurology, 54(11), 2103-2107.
- Fratiglioni, Laura/Wang, Hui-Xin (2007): Brain reserve hypothesis in dementia. Journal of Alzheimer's Disease, 12, 11-22.
- Fredericksen, Renee S. (2006): Work attitudes and values of older US public service employees. Promoting lifelong learning for older workers, CEDEFOP, Chapter 7, 123-139.
- Frensch, Peter/Lindenberger, Ulman/Kray, Jutta (1999): Imposing structure on an unstructured environment. Ontogenetic changes in the ability to form rules of behavior under conditions of low environmental predictability. In: Friederici, Angela/Menzel, Randolph (Hrsg.): Learning. Rule extraction and representation. Berlin: Walter de Gruyter, 139-162.
- Freund, Alexandra M. (2004): Entwicklungsaufgaben. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Bern: Huber, 304-313.
- Freund, Alexandra M. (2007): Selektion, Optimierung und Kompensation im Kontext persönlicher Ziele. Das SOK Modell. In: Brandstadter, Jochen/Lindenberger, Ulman (Hrsg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart: Kohlhammer, 367-388.
- Freund, Alexandra M./Baltes, Paul B. (2005): Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung. In: Philipp, Sigrun-Heide/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Bd. C/V/6. Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Göttingen: Hogrefe, 37-78.

- Frevel, Bernhard (2004) (Hrsg.): Herausforderung demografischer Wandel. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Friebel, Harry/Epskamp, Heinrich/Knobloch, Brigitte/Montag, Stefanie/Toth, Stephan (2000): Bildungsbeteiligung: Chancen und Risiken. Eine Längsschnittstudie über Bildungs- und Weiterbildungskarrieren in der "Moderne". Schriftreihe der Hochschule für Wirtschaft und Politik. Hamburg, Bd. 4. Opladen: Leske+Budrich.
- Friedethal-Haase, Martha (2005): Wissensgesellschaft und lebenslanges Lernen: Zur Neubestimmung des Verhältnisses von Bildung und Lebensalter. In: Otto, Ulrich (Hrsg.): Partizipation und Inklusion im Alter. Jena: Edition Paideia, 19-39.
- Fries, James F. (1980): Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135.
- Fries, James (1989): Erfolgreiches Altern. Medizinische und demographische Perspektiven. In: Baltes, Margret M./Kohli, Martin/Sames, Klaus (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Bern: Huber, 19-26.
- Fröhlich, Werner D. (2000): Wörterbuch Psychologie. 23., aktualisierte, überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Gage, Nathaniel L./Berliner, David C. (1996): Pädagogische Psychologie. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Gärtner, Karla/Grünheid, Evelyn/Luy, Marc (Hrsg.) (2005): Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB, Schriftreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Bd. 36. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gaschke, Susanne (2011): Demografie – Entspann dich, Alter! Deutschland wird dominiert von Menschen über 60. Ihnen geht es gut, sie haben Macht und beklagen sich trotzdem. Warum? *Zeit-Online* 07. April 2011.
- Gaser, Christian/Mietchen, Daniel/Yotter, Rachel/Dahnke, Robert/Franke, Katja/Ziegler, Gabriel (O.J.): Strukturelle Hirnplastizität. Structural Brain Mapping Group. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Universitätsklinikum Jena). Friedrich-Schiller-Universität Jena. URL: <http://www.psychiatrie.uniklinikum-jena.de/U0JNRw%3D%3D.html> [Abruf: 30.07.2012].
- Geiger, Theodor (1972) (zuerst 1932): Die soziale Schichtung des deutschen Volkes. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Geissler, Karlheinz A. (1994): Erwachsenenbildung zwischen Geld und (Zeit-)Geist. In: Lenz, Werner (Hrsg.): Modernisierung der Erwachsenenbildung. Wien, Köln, Weimar: Böhlau, 103-124.
- George, Linda (1996): Social factors and illness. In: Binstock, Robert/George, Linda/Marshall, Victor/Myers, George/Schulz, James (Hrsg.): Handbook of aging and the social sciences. Academic Press, San Diego, 229-252.
- George, Linda/Okun, Morris (1985): Self-concept content. In: Palmore, Erdmann/Busse, Edward W./Maddox, George L./Nowlin, John B./Siegler, Ilene C. (Hrsg.): Normal aging III. Reports from the duke longitudinal studies 1975-1984. Durham, NC: Duke University Press, 267-282.

- Gerok, Wolfgang/Brandtstädter, Jochen (1994): Normales, krankhaftes und optimales Altern. Variations- und Modifikationsspielräume. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 356-385.
- Gibbons, Stephen/Silva, Olmo (2009): *School Quality, Child Wellbeing and Parents' Satisfaction*, CEE DP 103.
- Giddens, Anthony (1984): *Interpretative Soziologie. Eine kritische Einführung*. Frankfurt, New York: Campus.
- Giddens, Anthony (1988): *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gnahs, Dieter (2007): *Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente. Studententexte für Erwachsenenbildung*. Buchreihe des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) Bonn. Bielefeld: Bertelsmann.
- Gnahs, Dieter (2010): *Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente. Studententexte für Erwachsenenbildung*. Reihe des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE). Bielefeld: Bertelsmann.
- Gnahs, Dieter/Kuwan, Helmut/Seidel, Sabine (2008): *Weiterbildungsverhalten in Deutschland, Bd. 2*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Göckenjan, Gerd (2000a): *Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Göckenjan, Gerd (2000b): *Altersbilder und die Regulierung der Generationenbeziehungen. Einige systematische Überlegungen*. In: Ehmer, Josef/Gutschner, Peter (Hrsg.): *Das Alter im Spiel der Generationen. Historische und sozialwissenschaftliche Beiträge*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau, 93-108.
- Gordon, Chad (1968): *Configurations of content*. In: Gordon, Chad/Gergen, Kenneth (Hrsg.): *The self in social interaction. Classic and contemporary perspectives*. New York: Wiley, 115-136.
- Granovetter, Mark (1973): *The strength of weak ties*. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.
- Grell, Petra (2004): *Teilnehmerforschung zum Thema Lernwiderstand. Ein Konzept partizipativer Forschung und seine Ergebnisse*. Report: *Zeitschrift für Weiterbildungsfor-*schung, 27, 1/2004, 60-67. URL: <http://www.die-bonn.de/doks/grell0401.pdf> [Abruf: 12.11.2012].
- Grembowski, David/Patrick, Donald/Diehr, Paula/Durham, Mary/Beresford, Shirley/Kay, Erica/ Hecht, Julia (1993): *Self-efficacy and health behavior among older adults*. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Greve, Werner (2000) (Hrsg.): *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Beltz PVU.
- Greve, Werner (2008): *Bewältigung und Entwicklung*. In: Oerter, Rolf/ Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz PVU, 910-926
- Greve, Werner/Staudinger, Ursula M. (2006): *Resilience in later adulthood and old age. Resources and potentials for successful aging*. In: Cicchetti, Dante/Cohen Donald (Hrsg.): *Developmental psychopathology. Volume 3: Risk, disorder, and adaption*. 2. Auflage. New York: Wiley, 796-840.

- Grollmann, Philipp/Jude, Nina (2008): Kompetenz in der empirischen Bildungsforschung und in der beruflichen Bildung. Anknüpfungspunkte für einen hoffentlich fruchtbaren Dialog. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern Theorien, Konzepte und Methoden. Bildungsforschung Bd. 26. Bonn, Berlin 2008, 141-152.
- Gruber-Baldini, Ann/Schaie, K. Warner (1986): Longitudinal-sequential studies of marital assortativity. Paper presented at Annual Meeting of the Gerontological Society of America.
- Grünheid, Evelyn/Schulz, Reiner (1996): Bericht 1996 über die demographische Lage in Deutschland. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 22, 377-480.
- Gruschka, Andreas (2006): Bildungsstandards oder das Versprechen, Bildungstheorie in empirischer Bildungsforschung aufzuheben. In: Frost, Ursula (Hrsg.): Unternehmen Bildung. Sonderheft Vierteljahresschrift für Wissenschaftliche Pädagogik. Paderborn, 140-158.
- Günther, Julia (2009): Nachbarschaft und nachbarschaftliche Beziehungen. In: Lenz, Karl/Nestmann, Frank (Hrsg.): Handbuch Persönliche Beziehungen, Weinheim, München: Juventa, 445-463.
- Gunzelmann, Thomas (2008): Ist Altern messbar? In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/Fleischmann, Ulrich M. (2008): Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer, 59-77.
- Gunzelmann, Thomas/Oswald, Wolf D. (2005): Gerontologische Diagnostik und Assessment. Grundriss Gerontologie. Bd. 15. Stuttgart: Kohlhammer.
- Guttman, Ruth (1984): Performance on eight spatial ability tests as a function of age and education. Educational Gerontology, 10, 1-11.
- Hackman, Richard J./Oldham, William G. (1974): o. T. In: Rosenstiel, Lutz v. (2007): Grundlagen der Organisationspsychologie. 6. Auflage. Stuttgart: Schäfer-Pöschel.
- Hagberg, Bo/ Bauer Alfredson, Betty/Poon, Leonard W./Homma, Akira (2001): Cognitive functioning in Centenarians. A coordinated analysis of results from three countries. The Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, 56B(3), 141-151.
- Hagestad, Gundhild/Neugarten, Bernice (1985): Age and the life course. In: Binstock, Robert/Shanas, Ethel (Hrsg.): Handbook of aging and the social sciences. New York: Van Nostrand Reinhold, 35-60.
- Hank, Karsten/Stuck, Stephanie (2007): Ehrenamt, Netzwerkhilfe und Pflege in Europa. Komplementäre oder konkurrierende Dimensionen produktiven Alterns? Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Paper 123-2007.  
URL:[http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp\\_123-07.pdf](http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp_123-07.pdf) [Aruf: 15.04.2010].
- Hartig, Johannes (2008): Kompetenzen als Ergebnis von Bildungsprozessen. In: Jude, Nina/Hartig, Johannes/Klieme, Eckhard (Hrsg.) (2008): Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern. Theorien, Konzepte und Methoden. BMBF (Hrsg.) Bildungsforschung Bd. 26. Bonn, Berlin, 15-25.
- Hartlieb, Erich (2002): Wissenslogistik: Effektives und effizientes Management von Wissensressourcen, 1.Auflage, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

- Harwood, Jake/Giles, Howard/Ryan, Ellen (1995): Aging, communication, and intergroup theory. Social identity and intergenerational communication. In: Nussbaum, Jon/Coupland, Justine (Hrsg.): Handbook of communication and aging research. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 133-160.
- Hasher, Lynn (2007): Inhibition. Attentional Regulation in Cognition. In: Roediger, Henry L./Dudai, Yadin/Fitzpatrick, Swan M. (Hrsg.): Science of Memory. Concepts. Oxford University Press.
- Havighurst, Robert J. (1948/1972): Developmental tasks and education. New York: David McKay.
- Havighurst, Robert J. (1953): Human development and education. New York: Longman`s & Green.
- Havighurst, Robert J. (1963): Successful aging. In: Tibbits, Clark/Donahue, Wilma (Hrsg.): Processes of aging. New York: Williams, 299-320.
- Havighurst, Robert J. (1964): Changing status and roles during the adult life cycle. Significance for adult education. In: Burns, Hobert W. (Hrsg.): Sociological backgrounds of adult education. Chicago, 7-38.
- Havighurst, Robert J. (1968): Ansichten über ein erfolgreiches altern. In: Thomae, Hans/Lehr, Ursula (Hrsg.): Altern. Probleme und Tatsachen. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsgesellschaft, 567-571.
- Havighurst, Robert J. (1948/1972): Development tasks and education. New York: McKay.
- Havighurst, Robert J. (1973): History of developmental psychology. Socialization and personality development through the life span. In: Baltes, Paul B./Schaie K. Warner (Hrsg.): Life-span developmental psychology. Personality and socialization. New York: Academic Press.
- Healey, Karl M./Campbell, Karen L./Hasher, Lynn/Ossher, Lynn (2010): Direct evidence for the role of inhibition in resolving interference in memory. Psychological science: A journal of the American Psychological Society, 21(10), 1464-1470.
- Heckhausen, Heinz (1989): Motivation und Handeln. München: Springer.
- Heckhausen, Jutta (1999): Developmental regulation in adulthood. New York: Cambridge.
- Heid, Helmut (2004): Bildung als Gegenstand empirischer Forschung. Pädagogik, 1, 456-477.
- Heidegger, Gerald (1996): Von Schlüsselqualifikationen zu Schlüsselkompetenzen. In: Gonn, Philipp (Hrsg.): Schlüsselqualifikationen kontrovers. Eine Bilanz aus kontroverser Sicht. Aarau: Sauerländer, 101-106.
- Helmer, Catherine/ Letenneur, Luc/Fabrigoule, Colette/Barberger-Gateau, Pascale/Lafont, Sylviane et al. (1999): Marital status and risk of Alzheimer`s disease. A French population-based cohort study. Neurology, 53(9), 1953-1958.
- Helmholtz Zentrum München Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (2012), URL: <http://www.helmholtz-muenchen.de/kora/informationen-fuer-wissenschaftlerinnen/aktuelle-kora-studien/kora-age-verbund/index.html> [Abruf: 21.02.2013].
- Herzberg, Frederick (1959): o. T. In: Rosenstiel, Lutz v. (2007): Grundlagen der Organisationspsychologie, 6. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Herzberg, Heidrun/Seltrecht, Astrid (2011): Von der Gesundheitsbildung zur Gesundheitspädagogik. Der pädagogische Blick, 19(2), 68-79.



- Herzberg, Heidrun/Truschkat, Inga (2009): Lebenslanges Lernen und Kompetenz. Chancen und Risiken der Verknüpfung zweier Diskursstränge. In: Alheit, Peter/von Felden, Heide (Hrsg.): Lebenslanges Lernen und erziehungswissenschaftliche Biografiefor- schung. Konzepte und Forschung im europäischen Diskurs. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 111-126.
- Hess, Thomas/Auman, Corinne/Colcombe, Stanley/Rahhal, Tamara (2003): The Impact of Stereotype Threat on Age Differences in Memory Performance. *Journal of Gerontological Sciences*, 58, 3-11.
- Hess, Thomas M./Hinson, Joey T./Hodges, Elizabeth A. (2009): Moderators of and Mechanisms Underlying Stereotype Threat Effects on Older Adults' Memory Performance. *Experimental Aging Research*, 2, 153-177
- Heydorn, Heinz-Joachim (2004): Über den Widerspruch von Bildung und Herrschaft. *Ders.*, Bd.3, 8-301.
- HM Government UK (o.J.), URL: [http://data.gov.uk/dataset/youth\\_cohort\\_study\\_longitudinal\\_study\\_of\\_young\\_people\\_in\\_england](http://data.gov.uk/dataset/youth_cohort_study_longitudinal_study_of_young_people_in_england) [Abruf: 21.02.2013].
- Hoerner, Katrin (2011): Lebenslang lernen schützt das Gehirn. *Focus Online*. URL: [http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/gehirn/demenz-und-alzheimer-lebenslang-lernen-schuetztdas-gehirn\\_aid\\_626147.html](http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/gehirn/demenz-und-alzheimer-lebenslang-lernen-schuetztdas-gehirn_aid_626147.html) [Abruf 26.05.2011].
- Hof, Christiane (2002): Von der Wissensvermittlung zur Kompetenzorientierung in der Erwachsenenbildung? In: Nuissl, Ekkehard/Schiersmann, Christiane/ Siebert, Horst (Hrsg.): Kompetenzentwicklung statt Bildungsziele? Report Nr. 49, Juni 2002, 80-89. URL: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/nuissl02\\_02.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/nuissl02_02.pdf) [Abruf: 05.06.2010].
- Hoffmann, Elke/Menning, Sonja/Schelhase, Torsten (2009a): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin 2009, 21-30.
- Hoffmann, Elke/Schelhase, Torsten/Menning, Sonja (2009b): Lebenserwartung und Sterbege- schehen. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert-Koch-Institut, 92-104.
- Holzkamp, Klaus (1995): *Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Hoppe, Birgit/Wulf, Christoph (1997): Alter. In: Wulf, Christoph (Hrsg.): *Vom Menschen*. Handbuch Historische Anthropologie. Weinheim/Basel: Beltz, 398-403.
- Horn, John (1989): Models of intelligence. In: Linn, Robert L. (Hrsg.): *Intelligence. Measurement, theory, and public policy*. Urbana: University of Illinois Press, 29-73.
- Horn, John/Cattell, Raymond (1966): Age differences in primary mental ability factors. *Journal of Gerontology* 21, 210-220.
- Horn, John/Hofer, Scott (1992): Major abilities and development in the adult period. In: Sternberg, Robert/Berg, Cynthia (Hrsg.): *Intellectual development*. Cambridge University Press, Cambridge, MA, 44-99.
- Housman, Jeff/Dorman, Steve (2005): The Alameda County Study. A Systematic, Chronological Review. *American Journal of Health Education*, 36(5), 302-308.
- Howard, Kenneth W. (1989): A Comprehensive Expectancy Motivation Model. Implications for Adult Education and Training. *Adult Education Quarterly*, 39(4), 119-210.

- Hradil, Stefan (1987): Sozialstrukturanalysen in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hradil, Stefan (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH (Nachdruck 2005).
- Hubig, Christoph (2000): Kompetenz als Lernziel – Kommunikation als Mittel im Lichte der Informatisierung. In: Hubig, Christoph (Hrsg.): Unterwegs zur Wissensgesellschaft: Grundlagen – Trends – Probleme. Berlin: Sigma, 223-236.
- Huisman, Martijn/Kunst, Anton E./Bopp, Matthias/Borrell, Carme/Deboosere, Patrick/Desplanques, Georges et al. (2004): Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(6), 468-475.
- Hulick, Patricia (1998): A structural factor analysis of gender and age differences in cognitive ability. In: McArdle, John/Woodcock, Richard (Hrsg.): Human cognitive abilities in theory and practice. Mahwah, N.J.: Erlbaum, 247-261.
- Hullen, Gerd (1998): Lebensverläufe in West- und Ostdeutschland. Längsschnittanalysen des deutschen Family and Fertility Surveys. Schriftreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Bd. 26. Opladen: Leske + Budrich.
- Hultsch, David F./Hertzog, Christopher/Small, Brent J./Dixon, Roger A. (1999): Use it or lose it. Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology and Aging*, 14(2), 245-263.
- Huntemann, Hella/Reichart, Elisabeth (2011): Volkshochschul-Statistik. 50. Folge, Arbeitsjahr 2011. URL: [www.die-bonn.de/doks/2012-volkshochschule-statistik-01.pdf](http://www.die-bonn.de/doks/2012-volkshochschule-statistik-01.pdf) [Abruf: 09.10.2012].
- Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Razum, Oliver (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa.
- Hyman, Herbert H. (1975): The Enduring effects of education. Chicago: The University of Chicago Press.
- Idler, Ellen/Kasl, Stanislav (1991): Health perceptions and survival. Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology*, 46, 55-65.
- Iller, Carola (2005): Altern gestalten. Berufliche Entwicklungsprozesse und Weiterbildung im Lebenslauf. Habilitationsschrift eingereicht im Juli 2005 in der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Universität Heidelberg. Online im Internet unter DIE-Internetservice Texte. URL: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/iller05\\_12.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/iller05_12.pdf) [Abruf: 19.04.2012].
- Iller, Carola (2009): Der Wandel der Bedingungen des Lehrens und Lernens. Die Programmatik des lebenslangen Lernens. Grundlagen der Weiterbildung – Praxishilfen (GdW-Ph), Kapitel 5.518, 1-24.
- Iller, Carola/Wienberg, Jana (2010): „Ältere“ als Zielgruppe in der Erwachsenenbildung oder Ansätze einer Bildung in der zweiten Lebenshälfte? *Magazin Erwachsenenbildung.at* - Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs, 10.
- Iller, Carola/Wienberg, Jana (2011): Learning in social relationships. A contribution to contented ageing? *International Journal of Education and Ageing*, 2(1), 41-54.

- Iller, Carola/Wienberg, Jana (2012): Altern und Geschlecht – Gesundheit und Wohlbefinden im Alter in einer geschlechterdifferenziellen Perspektive. Moser, Vera/Rendtorff, Barbara (Hrsg.): Riskante Leben? Geschlechterordnungen in der Reflexiven Moderne. Bd. 8 des Jahrbuchs Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich, 83-92.
- Illeris, Knud (2006): Das „Lerndreieck“. Rahmenkonzept für ein übergreifendes Verständnis vom menschlichen Lernen. In: Nuissl, Ekkehard (Hrsg.): Vom Lernen zum Lehren. Lern- und Lehrforschung für die Weiterbildung. Bielefeld: Bertelsmann, 29-41.
- Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) (2010), URL: <http://www.iab.de/>; <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Demographischer-Wandel/initiativkreis.did=207286.html> [Abruf: 18.10.2010].
- Institute of Human Development, University of California, Berkeley, URL: <http://ihd.berkeley.edu/> [Abruf 07.05.2012].
- Institute of Psychiatry at King`s College London (2012, URL: <http://www.kcl.ac.uk/iop/index.aspx> [Abruf: 08.04.2012].
- International Centre for Health and Society, UK (2011), URL: <http://www.ifs.org.uk/elsa/>; <http://www.ifs.org.uk/elsa/publications.php> [Abruf: 21.02.2013].
- Inter-university Consortium for Political and Social Research: HS&B (o.J.), URL: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/series/106/>; <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/biblio/series/106/resources?sortBy=1> [Abruf: 21.02.2013].
- Inter-University Consortium for Political and Social Research (1974), Alameda County, Health and Ways of Living Study, 1974 Panel, URL: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR-STUDY/06838.xml#methodology> [Abruf: 12.10.2009].
- Jackson, Andrew S./Sui, Xuemei/ Hebert, James R./Church, Timothy S./Blair, Steven N. (2009): Role of Lifestyle and Aging on the Longitudinal Change in Cardiorespiratory Fitness. Archives of Internal Medicine, 169(19), 1781-1787.
- Janz, Dieter (Hrsg.) (1999): Krankengeschichten. Biografie, Geschichte, Dokumentation. Bd. 2. Beiträge zur medizinischen Anthropologie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Jenkins, Andrew (2009): Mental Health and Well-being in older Adults. Centre of Research on the wider benefits of Learning. Institute of Education, London (unveröffentlicht).
- Jensen, Arthur (1982): Reaction time and psychometric g. In: Eysenck, Hans (Hrsg.): A model for intelligence. Berlin: Springer.
- Jensen, Elmo/Ruilian Liang/Dehlin, Ove/Hagberg, Bo/Samuelsson, Gillis/Svensson, Torbjorn (1996): Laboratory values, symptoms and survival in an 80-year-old population. Archives of Gerontology and Geriatrics, 22(1), 71-80.
- John, Barbara (2009): Ein Zwischenruf zur...Generation 60 plus. Über die Schaffenskraft der Rentner. Kommentar im Tagesspiegel. URL: <http://www.tagesspiegel.de/meinung/kommentare/Rentner> [Abruf: 27.06.2009].
- John, Oliver/Srivastava, Sanjay (1999): The Big Five Trait Taxonomy. History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In: Pervin, Lawrence/John, Oliver (Hrsg.): Handbook of Personality. Theory and Research. New York, 102-138.

- Jopp, Daniela (2003): Erfolgreiches Altern. Zum funktionalen Zusammenspiel von personalen Ressourcen und adaptiven Strategien des Lebensmanagements. Dissertation. URL: [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_000000000904](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000000904) (Aruf: 01.05.2012].
- Jörissen, Benjami/Marotzki, Winfried (2009): Medienbildung. Eine Einführung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Jürges, Hendrik (2007): Healthy minds in healthy bodies. An international comparison of education-related inequality in physical health among older adults. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Paper 141-2007. URL: [http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp\\_141-07.pdf](http://www.mea.uni-mannheim.de/publications/meadp_141-07.pdf) [Abruf: 15.04.2010].
- Jurica, Paul J./Shimamura, Arthur P. (1999): Monitoring item and source information. Evidence for a negative generation effect in source memory. *Memory & Cognition*, 27(4), 648-656.
- Kade, Sylvia (2007): Altern und Bildung. Eine Einführung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Kagan, Jerome/Moss, Howard A. (1962): Birth to maturity. A study in psychological development. New York: Wiley.
- Kahn, R.L./Antounucci, T.C. (1980): Convoys over life course: Attachment, roles and social support. In: Baltes, Paul B./Brim, O. G. Jr. (Hrsg.): *Life-span development and behavior* (Volume 3). New York: Academic Press, 253-286.
- Kaiser, Heinz (2008a): Sozialpsychologie des Alterns. In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/Fleischmann, Ulrich M.: *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage*. Wien: Springer, 79-101.
- Kaiser, Heinz (2008b): Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation. In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/Fleischmann, Ulrich M.: *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage*. Wien: Springer, 103-128.
- Kalbermatten, Urs (2004): Bildung im Alter. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 110-124.
- Kaltschmid, Jochen (1999): Biographische und lebenslauftheoretische Ansätze und Erwachsenenbildung. In: Tippelt, Rudolf (Hrsg.): *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Opladen: Leske+Budrich, 97-120.
- Kaplan, George A./Baltrus, Peter T./Raghunathan, Trivellore E. (2007): The shape of health to come. Prospective study of the determinants of 30-year health trajectories in the Alameda County Study. *International Journal Epidemiology*, 36(3), 542-548.
- Kaplan, George A./Haan, Mary (1989): Is there a role for prevention among the elderly? Epidemiological evidence from the Alameda County Study. In: Ory, Marcia/Bond, Kathleen (Hrsg.): *Aging and health care: Social science and policy perspectives*. London: Routledge, 27-51.
- Kardorff, Ernst, von (2003): Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage*. Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 134-137.

- Karl, Ute (2006): Soziale Altenarbeit und Altenbildungsarbeit. Vom aktiven zum profilierten, unternehmerischen Selbst? In: Weber, Susanne/Maurer, Susanne (Hrsg.): Gouvernamentalität und Erziehungswissenschaft. Wissen – Macht – Transformation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 301-320.
- Karolinska Institutet (o.J.), URL: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=13903&a=30148&l=en> [Abruf: 21.02.2013].
- Karp, Anita/Paillard-Borg, Stephanie/Wang, Hui-Xin/Silverstein, Merril/Winblad, Bengt/Fratiglioni, Laura (2006): Mental, physical and social components in leisure activities equally contribute to decrease dementia risk. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 65-73.
- Katzman, Robert (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, 13-20.
- Kehr, Ursula (2003): Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Kelle, Udo (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Einzelfallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske+Budrich.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller-Cohen, Deborah/Fiori, Katherine/Toler, Amanda/Bybee, Deborah (2006): Social relations, language and cognition in the "oldest old". *Ageing and Society*, 26(4), 585-605.
- Kessen, William (1968): Comparative personality research. In: Borgatta, Edgar F./Lambert, William W. (Hrsg.): *Handbook of personality theory and research*. Chicago: Rand McNally, 365-410.
- Keupp, Heiner (2009): Psychotherapie im gesellschaftlichen Umbruch. Neue Herausforderungen. In: Stemberger, Gerhard (Hrsg.): *Psychotherapie zwischen gesellschaftlicher Anpassung und Emanzipation. Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom 20. Mai 2008*, AK Bildungszentrum Wien.
- Kickbusch, Ilona (2006): Gesundheitskompetenz. *Public Health News* 3-2006, URL: <http://www.gesundheitskompetenz.ch/request.php?site=definitionen&siteID=112&lang=de> [20.12.2009].
- Kirchhöfer, Dieter (2000): Informelles Lernen in alltäglichen Lebensführungen. Chancen für berufliche Kompetenzentwicklung. QUEM-Report Heft 66, Berlin September 2000.
- Kitschelt, Herbert (1999): Politische Gelegenheitsstrukturen in Theorien sozialer Bewegungen heute. In: Klein, Ansgar/Legrand, Hans J./Leif, Thomas (Hrsg.): *Neue soziale Bewegungen. Impulse, Bilanzen und Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 144-163.
- Klafki, Wolfgang (1996): *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik*, 5. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- Klages, Helmut/Gensicke, Thomas (1999): Bürgerschaftliches Engagement. In: Meulemann, Heiner (Hrsg.): *Wertwandel und nationale Identität im vereinten Deutschland. Erklärungsansätze der Umfrageforschung*, Opladen, 177-193.

- Klauer, Thomas (1997): Vom Allgemeinen Adaptionssyndrom zu dyadischem Coping. In: Tesch-Römer, Clemens/Salewski, Christel/Schwarz, Gudrun (Hrsg.): Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Beltz PVU, 93-104.
- Kleefeld, Heidrun (2008): Management des demographischen Wandels bei der SAP AG. Workshop Initiative IT 50plus, 2008. URL: [http://www.it-50plus.org/fix/files/doc/vortrag\\_kleefeld\\_it\\_50plus\\_04\\_12\\_2008.pdf](http://www.it-50plus.org/fix/files/doc/vortrag_kleefeld_it_50plus_04_12_2008.pdf) [Abruf: 08.04.2013].
- Klein, Thomas (2004): Lebenserwartung. Gesellschaftliche und gerontologische Bedeutung eines demografischen Konzepts. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Bern: Huber, 66-81.
- Klein, Thomas/Schneider, Sven (2001): Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. Zeitschrift für Soziologie, 30, 384-400.
- Kleinert, Corinna/Matthes, Britta/Jacob, Marita (2008): Die Befragung „Arbeiten und Lernen im Wandel“. Theoretischer Hintergrund und Konzeption. In: IAB Forschungsbericht 5/2008. URL: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2008/fb0508.pdf> [Abruf: 21.02.2013].
- Kliegl, Reinhold/Smith, Jacqui/Baltes, Paul B. (1989): Testing-the-limits and the study of adult age differences in cognitive plasticity and of mnemonic skill. Developmental Psychology, 25, 247-256.
- Klieme, Eckhard (2004): Was sind Kompetenzen und wie lassen sie sich messen? Pädagogik, 56(6), 10-13.
- Klieme, Eckhard et al. (2003): Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Berlin.
- Klieme, Eckhard/Hartig, Johannes (2007): Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 8, 11-29.
- Kluge, Susann/Kelle, Udo (Hrsg.) (2001): Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Weinheim, München: Juventa.
- Knoblauch, Hubert (2010): Von der Kompetenz zur Performanz. Wissenssoziologische Aspekte der Kompetenz. In: Kurtz, Thomas/Pfadenhauer, Michaela: Soziologie der Kompetenz, 237-255.
- Knopf, Hartmut/Leipziger, Hartmut/Merle, Werner (2004): Lebensqualität und Adoleszenz. Ein entwicklungs- und geschlechtsbezogener sowie internationaler Vergleich. Berlin: Rhombos-Verlag.
- Koch, Kathrin/Wagner, Gerd/von Consbruch, Katrin/Nenadic, Igor/Schultz, Christoph J./Ehle, Christian/Reichenbach, Jürgen R./Sauer, Heinrich/Schösser, Ralf (2005): Veränderte temporale Dynamik im Verlauf von Kurzzeitgedächtnislernprozessen bei Patienten mit Schizophrenie. Eine fMRT-Studie Poster. AGNP München.
- Koch, Lutz (1999): Bildung. In: Pollak, Guido/Heim, Helmut (Hrsg.): Pädagogik-Lexikon. München: Oldenbourg Verlag.
- Kock, Gerhard (1997): Der Führer sorgt für unsere Kinder . . . Die Kinderlandverschickung im Zweiten Weltkrieg. Paderborn: Schöningh.
- Kogan, Nathan (1979): Study of age categorization. Journal of Gerontology, 34(3), 358-367.

- Kohler, Iliana/Soldo, Beth J. (2003): Cross-national comparability of health and mortality measures. Evidence from the Mexican Health and Aging Study (MHAS) and the Health and Retirement Study (HRS).
- Kohli, Martin (Hrsg.) (1978): Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand.
- Kohli, Martin (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37, 1-19.
- Kohli, Martin (1990): Das Alter als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. In: Berger, Peter A./Hradil, Stefan (Hrsg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Göttingen: Schwartz, 387-406.
- Kohli, Martin (1994): Altern in soziologischer Perspektive. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 231-259.
- Kohli, Martin (2000): Der Alters-Survey als Instrument wissenschaftlicher Beobachtung. In: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, 10-32.
- Kohn, Melvin/Schooler, Carmi (1978): The reciprocal effects of the substantive complexity of work and intellectual flexibility. A longitudinal assessment. Journal of Sociology, 84, 24-52.
- Kolb, Michael (2003): Sportgeragogik. Zur Begründung und Konzeption von Modellen für den Alterssport. Psychologie in Österreich, 3, 184-191.
- Kolland, Franz (2000): Studieren im mittleren und höheren Alter. Eine empirische Studie zu Wirkungen und Bedingungen wissenschaftlicher Weiterbildung. 1.Auflage. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.
- Kolland, Franz (2002): Lernen wozu? Begründungen und Wirkungen von Lernprozessen im Alter. Erwachsenenbildung, 48(2), 58-62.
- Kolland, Franz (2005): Bildungschancen für ältere Menschen. Ansprüche an ein gelungenes Leben. Wien: Lit Verlag.
- Kolland, Franz (2011): Bildung und aktives Altern. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 13/ 2011. Wien. URL: <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/11-13/meb11-13.pdf> [Abruf: 12.01.2012].
- Kolland, Franz/Ahmadi, Pegah (2009): Seniorenbildung und Seniorenstudium in Österreich. Wissen bleibt ein Leben lang ausbaufähig. Weiterbildung – Zeitschrift für Grundlagen, Praxis und Trends, 3, 30-33.
- Kolland, Franz/Ahmadi, Pegah (2010): Bildung und aktives Alter. Bewegung im Ruhestand. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kolland, Franz/Klingenberg, Heinrich (2011): Lebenslanges Lernen im späteren Lebensalter. Grundlagen und Begriffsklärungen. In: Waxenegger, Andrea (Hrsg.): Lernen und Bildung im späteren Lebensalter. Leitlinien und Prioritäten 2020. Universität Graz, 17-32.
- Kondratowitz, Hans-Joachim v. (2000): „Alter“ und „Krankheit“. Die Dynamik der Diskurse und der Wandel ihrer historischen Aushandlungsformen. In: Ehmer, Josef/Gutschner, Peter (Hrsg.): Das Alter im Spiel der Generationen. Wien, 109-155.

- Könneker, Carsten (2010): Mein Altern, dein Altern. Gehirn & Geist. Das Magazin für Psychologie und Hirnforschung. Spektrum der Wissenschaft, 12, 3.
- Korteling, Johan (1994): Effects of aging skill modification, and demand alternation on multiple-task performance. *Human Factors*, 36, 27-43.
- Koselleck, Reinhart (1977): „Erfahrungsraum“ und „Erwartungshorizont“. Zwei historische Kategorien. In: Patzig, Günther (Hrsg.): *Logik, Ethik, Theorie der Geisteswissenschaften*. XI. Kongress für Philosophie 1977, Göttingen, 191-208.
- Köster, Dietmar (1998): *Strukturwandel und Weiterbildung älterer Menschen. Eine Studie des neuen Alters im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW*. Münster: Lit Verlag.
- Köster, Dietmar (2005): Bildung im Alter...die Sicht der kritischen Sozialwissenschaften. In: Klie, Thomas/Buhl, Anke/Entzian, Hildegard/Hedtke-Becker, Astrid/Wallrafen-Dreissow, Helmut (Hrsg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 95-109.
- Köster, Dietmar/Schramek, Renate/Dorn, Silke (2005): *Qualitätsziele moderner SeniorInnenarbeit und Altersbildung. Das Handbuch*. Oberhausen: Athena-Verlag.
- Kotulak, Ronald (1997): *Inside the brain. Revolutionary discoveries of how the mind works*. Kansas City: Andrews McMeel Publishing.
- Kotulak, Ronald (1998): *Reise ins Innere des Gehirns. Den Geheimnissen des menschlichen Gehirns auf der Spur*. Paderborn: Junfermann.
- Krämer, Sabine/Walter, Klaus-Dieter (1995): *Effektives Lehren in der Erwachsenenbildung*. Ismaning: Hueber.
- Krapp, Andreas (2006): *Lebens- und Lerninteressen Erwachsener*. Hessische Blätter für Volksbildung, 4, 307-316.
- Kraus, Ludwig/Bauernfeind, Rita (1998): *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997*. Bonn.
- Kray, Jutta/Lindenberger, Ulman (2000): *Adult age differences in task switching*. *Psychology and Aging*, 15, 126-147.
- Kreitz, Robert (2007): *Wissen, Können, Bildung. Ein analytischer Versuch*. In: Pongratz, Ludwig A./Reichenbach, Roland/Wimmer, Michael (Hrsg.): *Bildung – Wissen – Kompetenz*. Bielefeld: Janus Presse, 98-135.
- Kröger, Edeltraut/Andel, Ross/Linsay, Joan/Bennounissa, Zohra/ Verreault, Rene/Laurin, Danielle (2008): *Is complexity of work associated with risk of dementia? The Canadian Study of Health and Aging*. *American Journal of Epidemiology*, 167(7), 820-830.
- Kroll, L./Lampert, T. (2009): *Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Methoden - Daten – Analysen*, 3(1), 3-30.
- Kropiunigg, Ulrich/Sebek, Karin/Leonhardsberger, Anna/Schemper, Michael/Dal-Bianco, Peter (1999): *Psychosocial risk factors for Alzheimer`s disease*. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 49, 153-159.
- Kruse, Andreas (1988): *Bildung im Alter*. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21, 179-183.
- Kruse, Andreas (1994): *Alter im Lebenslauf*. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 331-355.



- Kruse, Andreas (2001): Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Kompetenz im Alter. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 555-575.
- Kruse, Andreas (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. *Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Bd. 146. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, Andreas (2005a): Biographische Aspekte des Alter(n)s. Lebensgeschichte und Diachronizität. In: Staudinger, Ursula M./Filipp, Sigrun-Heide (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Entwicklungspsychologie: Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe, 1-38.
- Kruse, Andreas (2005b): Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 273-286.
- Kruse, Andreas (2005c): Potenziale des Alters. Eine Einführung. In: *Dokumentation der Fachtagung. Vorstellung und Diskussion zentraler Positionen des Fünften Altenberichts der Bundesregierung mit Senioren, Seniorenverbänden und Seniorenorganisationen*, 2. Mai 2005 Berlin, 1-5.
- Kruse, Andreas (2007): Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In: Brandtstädter, Jochen/Lindenberger Ulman (Hrsg.): *Lehrbuch zur Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer, 624-655.
- Kruse, Andreas (2009a): Altersbilder in anderen Kulturen. Studie des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Gesamt\\_AltersbilderKulturen\\_2310.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Gesamt_AltersbilderKulturen_2310.pdf) [Abruf 01.10.2011].
- Kruse, Andreas (2009b): Generationen. Alter ist nicht gleich Alter. *Zeit-online*. URL: <http://www.zeit.de/gesellschaft/generationen/2009-11/altersbilder-weltweit> [Abruf: 25.11.2009].
- Kruse, Andreas/Gaber, Elisabeth/Heuft, Gereon/Oster, Peter/Re, Susanna/Schulz-Nieswandt, Frank (2002): *Gesundheit im Alter. Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Kruse, Andreas/Lehr, Ursula (1999): Reife Leistung. Psychologische Aspekte des Alterns. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik*. Wiesbaden: Opladen, 187-238.
- Kruse, Andreas/Rudinger, Georg (1997): Lernen und Leistung im Erwachsenenalter. In: Weinert, Franz E./Mandl, Heinz: *Enzyklopädie der Psychologie. Pädagogische Psychologie Bd. 4*. Göttingen: Hogrefe, 46-85.
- Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2001): Psychology of education in old age. In: Smelser, Neil J./Baltes, Paul B. (Hrsg.): *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford: Pergamon, 4223-4227.
- Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2006): A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the silence of age in social interaction. *Ageing & Society*, 26, 393-411.

- Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2008): Altersbilder, Sichtweisen eigenen Alterns und Aspekte sozialer Teilhabe. In: Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (Hrsg.): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 97-105. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Abruf: 22.04.2012].
- Kruse, Andreas/Schmitt, Eric/Rudinger, Georg (im Druck): Die gesellschaftlichen Bilder des Alters. Weinheim: Springer.
- Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (1999): Persönlichkeitsentwicklung im Alter (Teil II). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32(4), 279-293.
- Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spektrum.
- Kruse, Joachim/Meyer-Probst, Bernhard/Reis, Olaf/Esser, Günter/Ihle, Wolfgang (2001): Seelische Gesundheit junger Erwachsener in Mannheim und Rostock. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30(1), 55-64.
- Kubesch, Sabine (2002): Sportunterricht. Training für Körper und Geist. Nervenheilkunde, 21, 487-490.
- Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus (2007): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhl, Julius (1982): Handlungskontrolle als metakognitiver Vermittler zwischen Intention und Handeln: Freizeitaktivitäten bei Hauptschülern. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie, 14, 141-148.
- Kuhlen, Raymond G. (1963): Motivational changes during the adult years. In: Kuhlen, Raymond G. (Hrsg.): Psychological backgrounds of adult education. Chicago, 77-113.
- Kuhlmei, Adelheid/Mollenkopf, Heidrun/Wahl, Hans-Werner (2007): Gesund altern. Ein lebenslauforientierter Entwurf. In: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun (Hrsg.): Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft, 265-274.
- Kühnert, Sabine/Niederfranke, Annette (Hrsg.) (1993): Sind gerontologische Theorien nützlich zur Erklärung sozialstruktureller Altersveränderungen? In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, 82-99.
- Lachmann, Margie E./Weaver, Susanna L. (1998): The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 74, 763-773.
- Lampert, Thomas/Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Schriftenreihe Lebenslagen in Deutschland. Bonn: BMGS.
- Landwehr, Achim (2007): Wissensgeschichte. In: Schützeichel, Rainer (Hrsg.): Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung. Schriftenreihe: Erfahrung – Wissen – Imagination, Bd. 15. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

- Lang, Erich (1994): Altern – Alterskrankheiten – Geroprophylaxe. In: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3. Auflage. Stuttgart: Enke, 282-318.
- Lang, Frieder R. (2000): Ending and continuity of social relationships: Maximizing intrinsic benefits within personal networks when feeling near to death? *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(2), 157-184.
- Lang, Frieder R. (2007): Motivation, Selbstverantwortung und Beziehungsregulation im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun (Hrsg.): *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft, 307-324.
- Lang, Frieder R./Carstensen, Laura L. (2002): Time counts. Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17, 125-139.
- Lang, Frieder R./Neyer, Franz J./Asendorf, Jens B. (2005): Entwicklung und Gestaltung sozialer Beziehungen. In: Filipp, Sigrun-Heide/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Enzyklopädie der Psychologie, Serie Entwicklungspsychologie, Bd. C/V/6*. Göttingen: Hogrefe.
- Lang, Frieder R./Wagner, Jenny (2010): Psychologie der Wiedervereinigung. Bilanz der Lebensbedingungen in Ost und West. In: Krause, Peter/Ostner, Ilona (Hrsg.): *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010*. Frankfurt am Main: Campus.
- Langer Ellen/Rodin Judith (1976): The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged. A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(2), 191-198.
- Larson, Eric B./Wang, Li/Bowen, James D./McCornick, Wayne C./Teri, Linda/Crane, Paul/Kukull, Walter (2006): Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144(2), 73-81.
- Laslett, Peter (1995): *Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*. Weinheim, München: Juventa.
- Laurin, Danielle/Verreault, Rene/Lindsay, Joan/MacPherson, Kathleen/Rockwood, Kenneth (2001): Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498-504.
- Laville, Antoine/Volkoff, Serge (1998): Elderly Workers. In: Stellmann, Jeanne M. (Hrsg.): *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Ch. 29 Ergonomics*. 4. Auflage. International Labour Organization. Geneva.
- Lawton, M. Powell/Simon, Bonnie (1968): The Ecology of Social Relationships in Housing for the Elderly. *Gerontologist*, 8, 108-111.
- Le Carret, Nicolas/Lafont, Sylviane/Lettenneur, Luc/Dartigues, Jean-Francois/Mayo, Willy/Fabrigoule, Colette (2003): The effect of education on cognitive performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve. *Developmental Neuropsychology*, 23(3), 317-337.
- Lehr, Ursula (1987a): Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. In: Lehr, Ursula/Thomae, Hans (Hrsg.): *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke, 153-159.

- Lehr, Ursula (1987b): Zur Situation der älterwerdenden Frau. München: Beck.
- Lehr, Ursula (1988): Kompetenz. Versuche einer Begriffserklärung. In: Rott, Christoph/Oswald, Frank (Hrsg.): Kompetenz im Alter. Beiträge aus gerontologischer Forschung und Praxis. III. Gerontologische Woche Heidelberg, 02.05.- 06.05.1988. Peutingen-Institut für angewandte Wissenschaften. Vaduz: Liechtenstein Verlag, 1-14.
- Lehr, Ursula (1994): Einführung. Kompetenz im Alter. In: Lehr, Ursula/Repgen, Konrad (Hrsg.): Älterwerden. Chance für Mensch und Gesellschaft. München: Ozlog, 9-28.
- Lehr, Ursula (1997): Der veränderte Lebenszyklus. Die biologische Uhr läuft konträr zur sozialen Uhr. In: Kayser, Friedrich/Uepping, Heinz (Hrsg.): Kompetenz der Erfahrung. Personalmanagement im Zeichen demographischen Wandels. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand, 67-76.
- Lehr, Ursula (2000): Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, Ursula (2007): Psychologie des Alterns. 11., korrigierte Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, Ursula (2012): Der demografische Wandel. Eine Herausforderung für Kommune, Wirtschaft und Handel. In: Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hrsg.): Gesund altern. Individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen. Schriften des Marsilius-Kollegs, Bd. 7. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 219-246.
- Lehr, Ursula/Thomae, Hans (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Lessenich, Stephan (2008): Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld: Transcript.
- Levi Montalcini, Rita (1999): Ich bin ein Baum mit vielen Ästen. Das Alter als Chance. München, Zürich.
- Levy, Becca (2009): Stereotype Embodiment. A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332-336.
- Levy, Becca/Hausdorff, Jeffrey/Hencke, Rebecca/Wei, Jeanne (2000): Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B(4), 205-231.
- Levy, Becca/Myers, Lindsey (2004): Preventive health behavior influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625-629.
- Levy, Becca/Slade, Martin/Kunkel, Suzanne/Kasl, Stanislav (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270.
- Levy, Becca/Slade, Martin/May, Jeanine/Caracciolo, Eugene (2006): Physical recovery after acute myocardial infarction. Positive age self-stereotypes as a resource. *International Journal of Human Development*, 62(4), 285-301.
- Li, Minglian (2006): High School completion and future youth unemployment. New evidence from High School and beyond. *Journal of Applied Econometrics*, 21(2006), 23-53.
- Lindenberger, Ulman (2002): Erwachsenenalter und Alter. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz, 350-392.
- Lindenberger, Ulman (2010): Fragen des Alters. In Deutschlandfunk Studiozeit (18.03.2010). URL: <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/studiozeit-ks/1146360/> [Abruf 07.04.2012].

- Lindenberger, Ulman/Baltes, Paul B. (1997): Intellectual functioning in old and very old age. Cross-sectional results from the Berlin-Aging Study. *Psychology and Aging*, 12, 420-432.
- Lindenberger, Ulman/Mayr, Ulrich/Kliegl, Reinhold (1993): Speed and intelligence in old age. *Psychology and Aging*, 8, 207-220.
- Lindenberger, Ulman/Schaefer, Sabine (2008): Erwachsenenalter und Alter. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: PVU, 366-409.
- Lindenberger, Ulman/Singer, Tania/Baltes, Paul B. (2002): Longitudinal selectivity in aging populations. Separating mortality-associated versus experimental components in the Berlin Aging Study (BASE). *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, 474-482.
- Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes Paul B. (Hrsg.) (2010): *Die Berliner Altersstudie*, 3. Erweiterte Auflage. Berlin: Akademischer Verlag GmbH.
- Lindstrom, H. A./Fritsch, T./Petot, G./Smyth, K. A./Chen, C. H./Debanne, S. M., et al. (2005): The relationships between television viewing in midlife and the development of Alzheimer's disease in a case-control study. *Brain and Cognition*, 58, 157-165.
- Lindwalla, Magnus/ Rennemarkabc, Mikael/Berggrena, Thomas (2008): Movement in mind. The relationship of exercise with cognitive status for older adults in the Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). *Aging & Mental Health*, 12(2), 212-220.
- Livingstone, David W. (1999): Informelles Lernen in der Wissensgesellschaft. In: QUEM Report. *Qualifikations-Entwicklungs-Management* (Hrsg.): *Kompetenz für Europa. Wandel durch Lernen – Lernen im Wandel*. Referate auf dem internationalen Fachkongress Berlin 1999, Heft 60, 65-92.
- Litwin, Howard/Shiovitz-Ezra, Sharon (2006): The association between activity and wellbeing in later life. What really matters? *Ageing & Society*, 26, 225-242.
- Loch, Werner (1979): *Lebenslauf und Erziehung*. Aus der Reihe: *Neue pädagogische Bemühungen* 79. Essen: Neue Deutsche Schule Verlagsgesellschaft.
- Locke, Edwin A./LATHAM, Gary P. (2002): o. T. In: : Rosenstiel, Lutz v.: *Grundlagen der Organisationspsychologie*. 6. Auflage. Stuttgart: Schäfer-Pöschel.
- Logie, Heather/Hogan, Rebecca/Peut, Ann (2004): Longitudinal studies of Ageing. Implications for future studies. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Lohmann, Henning/Spieß, Katharina C./Groh-Samberg, Olaf/Schupp, Jürgen (2008): Analysepotenziale des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für die empirische Bildungsforschung. URL: <http://www.gsoep.de/documents/publikationen/73/85966/rn28.pdf> [Abruf: 21.02.2013].
- Lösel, Friedrich/Bender, Doris (1999): Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen. Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael/Freytag, Andreas (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Ernst Reinhardt, 37-58.
- Lövden, Martin/Bäckman, Lars/Lindenberger, Ulman/Schaefer, Sabine/Schmiedek, Florian (2010): A theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychological Bulletin*, 136(4), 659-676.

- Lövden, Martin/Ghisletta, Paolo/Lindenberger, Ulman (2005): Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging*, 20(3), 423-434.
- Löwel, Hannelore/Döring, Angela/Schneider, Andrea/Heier, Margit/Thorand, Barbara/Meisinger, Christa (2005): Die MONICA Augsburg Surveys. Grundlage für prospektive Kohortenstudien. *Gesundheitswesen*, 67(1), 13-18.
- Löwel, Hannelore/Meisinger, Christa/Schneider, Andrea/Döring, Angela (2006): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den kardiovaskulären Risikofaktoren. Ausgewählte Ergebnisse aus der MONICA/KORA-Kohortenstudie 1984 bis 2002. *Vasomed*, 18(6), 216.
- Luhmann, Niklas (2002): Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Hrsg. von Lenzen, Dieter. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 186-198.
- Lustig, Cindy/Hasher, Lynn/Zacks, Rose T. (2007): Inhibitory deficit theory. Recent developments in a "new view". In: Gorfein, D.S./MacLeod, C.M. (Hrsg.): *The place of inhibition in cognition*. Washington, DC: American Psychological Association, 145-162.
- Maastricht University, Maastricht school for Mental Health and Neuroscience et al. (2012), URL: <https://mhens.unimaas.nl/div1/maas/> [Abruf: 21.02.2013].
- Maddox, George L. (Hrsg.) (1995): *The encyclopedia of aging*. New York: Springer.
- Maddox, Georg L./Eisdorfer, Carl (1972): Zusammenhänge zwischen Aktivität und Stimmung bei älteren Menschen. In: Thomae, Hans/ Lehr, Ursula (Hrsg.) *Altern*. Frankfurt am Main: Akademie Verlagsgesellschaft, 235-249.
- Maggi, Stefania et al. (1994): The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). Design and methods. *PubMed*, 6(6), 464-73.
- Magraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? (Vorwort)*. Berlin, Heidelberg, New York [u.a.]: Springer.
- Maier, Maja S. (2008a): Familien, Freundschaften, Netzwerke. Zur Zukunft persönlicher Unterstützungsbeziehungen. In: Buchen, Sylvia/Maier, Maja S. (Hrsg.) (2008): *Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 219-235.
- Maier, Maja S. (2008b): *Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 31-45.
- Malwitz-Schütte, Magdalene (2000): Einleitung und theoretische Einführung in den Bereich lernen älterer Erwachsener. In: Malwitz-Schütte, Magdalene (Hrsg.): *Selbstgesteuerte Lernprozesse älterer Erwachsener*. Bielefeld: Bertelsmann, 11-36.
- Mannheim, K. (1968): Das Problem der Generationen. In: Friedeburg, Ludwig (Hrsg.): *Jugend in der modernen Gesellschaft*. Köln/Berlin, 23-48.
- Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (2009): *SHARE Project. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. URL: <http://www.share-project.org> [Abruf 15.04.2010].
- Markowitsch, Hans J. (2009): Das Gedächtnis. Taxonomie des Gedächtnisses. Vortrag im Rahmen der Sommerschule des Marsilius-Kollegs „Gesund altern – individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen“, 05.09.2009.
- Marsick, Victoria/Watkins, Karen (1992): Towards a theory of informal and incidental learning in organisations. *International Journal of Lifelong Education*, 11(4), 287-300.

- Marsilius-Kolleg (2012): Perspectives of Ageing in the Process of Social and Cultural Change. URL: <http://www.marsilius-kolleg.uni-heidelberg.de/projekte/perspective-sageing.html> [Abruf: 15.07.2012].
- Marsiske, Michael/Delius, Julia A.M./Maas, Ineke/Lindenberger, Ulman/Schere, Hans/Tesch-Römer, Clemens (2010): Sensorische Systeme im Alter. In: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, 3., erweiterte Auflage. Berlin: Akademischer Verlag GmbH, 403-428.
- Marszk, Doris (2008): „Kognitive Reserve“ schützt Gebildete länger vor Alzheimer. Von: JAMA/Archives Journals: URL: [http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Kognitive\\_Reserve\\_schuetzt\\_Gebildete\\_laenger\\_vor\\_Alzheimer\\_1771015585506.html](http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Kognitive_Reserve_schuetzt_Gebildete_laenger_vor_Alzheimer_1771015585506.html) [Abruf: 30.01.2012].
- Martin, Mike/Kliegel, Matthias (2008): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Grundriss Gerontologie. Bd. 3, 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, Peter/Martin, Mike/Schmitt, Marina/Sperling, Uwe (2000): Forschungsberichte aus dem DZFA (Nr.8) Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) - Abschlussbericht über den 2. Untersuchungsdurchgang. URL: <http://www.dzfa.uni-heidelberg.de/> [Abruf: 15.04.2010].
- Martin, Peter/Schmitt, Marina/Lehr, Ursula/Ettrich, Klaus U./Fischer-Cyrlies, Antje et al. (2001): Changes in subjective well-being in East and West Germany. Manuskript in Revision.
- Martin, Mike/Zimprich, Daniel (2008): Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit im höheren Erwachsenenalter. In: Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (Hrsg.): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 57-64. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Abruf: 22.04.2012].
- Masten, Ann S. (2001): Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Max Planck Institute for Human Development (2009), URL: <http://www.base-berlin.mpg.de> [17.12.2009].
- Mayer, Karl Ulrich (1991): Berufliche Mobilität von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Mayer, Karl Ulrich/Allmendinger, Jutta/Huinink, Johannes (Hrsg.): Vom Regen in die Traufe. Frauen in Beruf und Familie. Frankfurt am Main: Campus, 57-90.
- Mayer, Karl Ulrich (1994): Bildung und Arbeit in einer alternden Bevölkerung. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 518-543.
- Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (1999): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Berlin: Akademie Verlag, 351-378.

- Mayr-Kleffel, Verena (1991): Frauen und ihre sozialen Netzwerke. Auf der Suche nach einer verlorenen Ressource. Opladen: Leske+Budrich.
- Mayr, Ulrich/Kliegl, Reinhold (1993): Sequential and coordinative complexity. Age-based processing limitations in figural transformations. *Journal of Experimental psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 1297-1320.
- Mayr, Ulrich/Liebscher, Thomas (2001): Is there an age deficit in the selection of mental sets? *European Journal of Cognitive Psychology*, 13, 47-69.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 8. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- McClelland, David C./Atkinson, John W./Clark, Russel A./Lowell, Edgar L. (1953): The achievement motive. New York: Appleton-Century-Crofts.
- McCrae, Richard R./Costa, Peter T. (1993): Psychological research in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26, 138-142.
- McCrae, Richard R./Costa, Peter T. (1995): Traits explanations in personality. *European Journal of Personality Psychology*, 9, 231-252.
- McGarry, Kathleen/Schoeni, Robert F. (1997): Transfer Behavior Within the Family. Results from the Asset and Health Dynamics Study. *The Journals of Gerontology*, 52B (Special Issue), 82-92.
- Meguro, Kenichi/LeMestric, Claude/Landeau, Brigitte/Desgranges, Béatrice/Eustache, Francis/Baron, Jean-Claude (2001): Relations between hypometabolism in the posterior association neocortex and hippocampal atrophy in Alzheimer's disease. A PET/MRI correlative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71(3), 315-321.
- Menning, Sonja (2006): Die Zeitverwendung älterer Menschen und die Nutzung von Zeitpotenzialen für informelle Hilfeleistungen und bürgerschaftliches Engagement. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung*, Bd. 5. Berlin: Lit Verlag, 433-525.
- Merriam, Sharan B./Mazanah, Muhamad (2000): How cultural values shape learning in older adulthood. The case of Malaysia. *Adult Education Quarterly*, 51(1), 45-63.
- Mertens, Dieter (1974): Schlüsselqualifikationen. Sonderdruck aus: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. 7. Jg./1974.
- Merton, Robert K. (1968): The Mathew Effect in Science. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 187-204.
- Meyer-Drawe, Käte (2008): *Diskurse des Lernens*. München: Fink.
- Meyer-Hentschel, Hanne/Meyer-Hentschel, Gundolf (2004): *Seniorenmarketing. Generationengerechte Entwicklung und Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen*. Göttingen: Business Village.
- Middleton, Laura E./Yaffe, Kristine (2009): Promising strategies for the prevention of dementia. *Archives of Neurology*, 66(10), 1210-1215.
- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.



- Mielck, Andreas (2003): Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Zeitschrift für Sozialreform, 49(3), 370-375.
- Mohr, Hans-Michael (1984): Politische und soziale Beteiligung. In: Glatzer, Wolfgang/Zapf, Wolfgang (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main, New York: Campus, 157-173.
- Monserud, Maria A. (2008): Intergenerational relationships and affectual solidarity between grandparents and young adults. Journal of Marriage and Family, 70(1), 182-195.
- Montada, Leo (1996): Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In: Baltes, Margret M./Montada, Leo (Hrsg.): Produktives Leben im Alter. Frankfurt am Main: Campus, 382-392.
- Montada, Leo (2008): Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz PVU, 3-48.
- Motel-Klingebiel, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.
- MRC Unit for Lifelong Health and Ageing. MRC National Survey for Health and Development (2009), URL: <http://www.nshd.mrc.ac.uk/> [Abruf: 21.02.2013].
- Müller, Ulrich/Heinzel-Gutenbrunner, Monika (2001): Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Heft 2001/102c.
- Murray, Asa/Sundin, Sven (2008): Schülerbewegungen und Beschäftigungschancen vor und nach Einführung eines dritten Jahres in den beruflichen Bildungsgängen der Sekundarstufe II. Europäische Zeitung für Berufsbildung, Nr.44, 2/2008.
- Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen; Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Im Blickpunkt: Ältere Menschen. Stuttgart.
- Nagel, Irene E. (2010): Wer altert wie? Gehirn & Geist. Das Magazin für Psychologie und Hirnforschung. Spektrum der Wissenschaft, 12, 14-20.
- National Archive of Computerized Data on Aging. National Institute on Aging (o.J.), URL: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NACDA/studies/03843> [Abruf: 21.02.2013].
- National Center for Education Statistics. Institute of Education Sciences, U.S.: ELS:2002 (o.J.), URL: <http://nces.ed.gov/surveys/els2002/> [Abruf: 21.02.2013].
- National Center for Education Statistics. Institute of Education Sciences, U.S.: NELS (o.J.), URL: <http://nces.ed.gov/surveys/NELS88/>; <http://nces.ed.gov/surveys/nls72/>; <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=1994487rev> [Abruf: 21.02.2013].
- National Center for Education Statistics. Institute of Education Sciences, U.S.: HS&B (o.J.), URL: <http://nces.ed.gov/surveys/hsb/> [Abruf: 21.02.2013].
- National Institute for Health and Welfare, Finnland (2013), URL: [http://www.thl.fi/en\\_US/web/en/project?id=22356](http://www.thl.fi/en_US/web/en/project?id=22356); [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/finger](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/finger) [Abruf: 22.02.2013].
- National Institute of Health. National Institute on Aging, U.S. (2012), URL: <http://www.nia.nih.gov/health/publication/growing-older-america-health-and-retirement-study> [Abruf: 21.02.2013].
- National Institute on Aging (2010), URL: <http://prehco.rcm.upr.edu/> [Abruf: 21.02.2013].

- Naumann, Lilli (1998): Kunst und Lernen. In: Veelken, Ludger/Gösken, Eva/Pfaff, Matthis (Hrsg.): Jung und Alt. Beiträge und Perspektiven zu intergenerativen Beziehungen. Hannover: Vincentz, 245-268.
- Nelson, Anne/Dannefer, Dale (1992): Aged heterogeneity. Fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist*, 32, 17-23.
- NEPS – Nationales Bildungspanel (o.J.), URL: <https://www.neps-data.de/> [Abruf: 21.02.2013].
- Nestmann, Frank (1997): Familie als soziales Netzwerk und Familie im sozialen Netzwerk. In: Karl Lenz, Karl/Böhnisch, Lothar (Hrsg.): Familien. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim/München: Juventa, 213-234.
- Neuberger, Oswald (1994): Personalentwicklung. 2. Auflage. Stuttgart: Enke.
- Neugarten, Bernice L./Datan, Nancy (1978): Lebensablauf und Familienzyklus. Grundbegriffe und neue Forschungen. In: Rosenmayr, Leopold (Hrsg.): Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. München/Zürich: Piper, 165-188.
- Niederfranke, Annette (1999): Das Alter ist weiblich. Frauen und Männer altern unterschiedlich. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/ Frahm, Eckart (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 7-52.
- Nittel, Dieter (1989): Report: Altersforschung. Frankfurt am Main: BMP/DVV.
- Noll, Heinz-Herbert (2000): Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung. Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Nuber, Ursula (2008): Gerechter Ausgleich. *Psychologie Heute – compact*, 20, 36-37.
- Nyberg, Lars/Sandblom, Johan/Jones, Sari/Neely, Anna/Petersson, Karl/Ingvar, Martin/Bäckman, Lars (2003): Neural correlates of training-related memory improvement in adulthood and aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 100(23), 13728-13733.
- OASIS - Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity (o.J.), URL: <http://oasis.haifa.ac.il/> [Abruf: 21.02.2013].
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2005): Definition und Auswahl von Schlüsselkompetenzen. Paris. URL: <http://www.oecd.org/data-oecd/36/56/35693281.pdf> [Abruf: 05.06.2010].
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2007): Understanding the Social Outcomes of Learning. Paris: OECD.
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2010): Die OECD in Zahlen und Fakten. Statistisches Jahrbuch.
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). URL: <http://www.oecd.org/education/highereducationandadultlearning/piaacprogramme-fortheinternationalassessmentofadultcompetencies.htm> [Abruf: 02.10.2012].
- Oerter, Rolf (1978): Zur Dynamik von Entwicklungsaufgaben im menschlichen Lebenslauf. In: Oerter, Rolf (Hrsg.): Entwicklung als lebenslanger Prozess. 1. Auflage. Hamburg: Hoffmann Campe.
- Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.) (2002): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

- Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 385.
- Oevermann, Ulrich (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik. URL: [http://www.ihs.de/publikationen/Ulrich\\_OevermannManifest\\_der\\_objektiv\\_hermeneutischen\\_Sozialforschung.pdf](http://www.ihs.de/publikationen/Ulrich_OevermannManifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf) [Abruf: 02.02.2008].
- Okun, Morris A./Stock, William A./Haring, Marilyn J./Wittner, Robert A. (1984): The social activity-subjective well-being relation. A quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6(1), 45-66.
- Olbrich, Erhard (1988): Kompetentes Verhalten älterer Menschen. Epochale Aspekte. In: Rott, Christoph/Oswald, Frank (Hrsg.): Kompetenz im Alter. Beiträge aus gerontologischer Forschung und Praxis. III. Gerontologische Woche Heidelberg, 02.05.-06.05.1988. Peutingen-Institut für angewandte Wissenschaften. Vaduz: Liechtenstein Verlag, 32-61.
- Olbrich, Erhard (1994): Konstanz oder Veränderung der Persönlichkeit im Alter? Befunde und Diskussion einer Kontroverse. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 83-95.
- Olesen, Pernille/Westerberg, Helena/Klinberg, Torkel (2004): Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory. *Nature Neuroscience*, 1, 75-79.
- O'Rand, Angela M. (2003): Cumulative advantage theory in life course research. In: Chrystal, Stephen/Shea, Dennis G. (Hrsg.): *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer, 14-30.
- Ostir, Glenn V. /Simonsick, Eleanor/Kasper, Judith D./Guralnik, Jack M. (2002): Satisfaction with support given and its association with subsequent health status. *Journal of Aging and Health*, 14(3), 355-369.
- Oswald, Wolf D. (1996): Kognitive Leistungsfähigkeit. In: Ettrich, Klaus/Lehr, Ursula/Oswald, Wolf D./Rudinger, Georg (Hrsg.): Bericht über den ersten Untersuchungsabschnitt der Interdisziplinären Langzeitstudie über die Entwicklung im Erwachsenenalter (ILSE). Heidelberg: DZFA.
- Oswald, Wolf D. (2000): Psychologische Alter(n)sypothesen. In: Becker, Susanne/Veelken, Ludger/Wallraven, Klaus P. (Hrsg.): *Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft*. Opladen: Leske+Budrich, 106-117.
- Oswald, Wolf D. (2007): Können kognitive und körperliche Aktivitäten demenzielle Prozesse verzögern? In: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun (Hrsg.): *Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft, 275-286.
- Oswald, Wolf D. (2009): SIMA – Selbständig im Alter. URL: <http://www.sima-akademie.de/index.php?title=Willkommen%20bei%20der%20SimA-Akademie%20e.V.&path=start> [Abruf: 14.12.2009].
- Oswald, Wolf D./Gunzelmann, Thomas (Hrsg.) (1993): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Theoretische und methodische Grundlagen. Bd. 2. Erlangen: Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychologie II.
- Oswald, Wolf D./Hagen, Bernd/Rupprecht, Roland. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA): Verlaufsanalyse des kognitiven Status. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11, 202-221.

- Oswald, Wolf D./Hagen, Bernd/Rupprecht, Roland (2001): Nichtmedikamentöse Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34(2), 116-121.
- Oswald, Wolf D./Hagen, Bernd/Rupprecht, Roland/Gunzelmann, Thomas et al. (Hrsg.) (2001): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Abschlussbericht Teil I. Selbstständigkeit der SIMA-Teilnehmer. Bd. 27. Erlangen: Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychogerontologie.
- Oswald Wolf D./Hagen Bernd/Rupprecht, Roland/Gunzelmann,Thomas (2003): Erhalt der Selbstständigkeit im höheren Lebensalter. Langfristige Trainingseffekte der SIMA-Längsschnittstudie. In: Karl, Fred: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie, 261-270.
- Oswald, Wolf. D./Rupprecht, Roland (1997): ILSE - Interdisziplinäre Langzeitstudie des Erwachsenenalters über die Bedingungen befriedigenden und gesunden Alterns. In: Liebau, Eckart (Hrsg.): Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft. Weinheim: Juventa. URL: <http://www.wdoswald.de/pdfs/ILSE.pdf> [Abruf: 12.09.2009].
- Oswald, Wolf D./Rupprecht, Roland/Hagen, Bernd (1997): Aspekte der kognitiven Leistungsfähigkeit bei 62-64jährigen aus Ost- und Westdeutschland. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 10, 213-229.
- o. V. (2008): Wie wir alt werden. Psychologie Heute – compact, 20, 52.
- o.V. (2009): Die Lebenserwartung in Deutschland steigt. Pressemitteilung, 01.02.2009. URL: <http://www.prcenter.de/Die-Lebenserwartung-in-Deutschland-steigt.81742.html> [Abruf: 25.05.2011].
- o.V. (2010a): Prognose: 2,7 Mio. Demenzkranke bis 2050. URL: <http://www.altenheim.vincentz.net/nachrichten/articles/166160/Prognose-2,7-Mio-Demenzkrank-bis-2050/> [Abruf: 03.10.2011].
- o.V. (2010b): Lebenszufriedenheit ist kein Untertan unserer Gene. Pressemitteilung des Max-Planck-Institut für Bildungsforschung vom 05.10.2010 (Zitat von Gert G. Wagner). URL: <http://www.mpib-berlin.mpg.de/de/presse/2010/10/lebenszufriedenheit-ist-kein-untertan-unserer-gene> [Abruf: 23.01.2012].
- o.V. (2010c): Senken Sie ihr Alzheimer-Risiko. Der Spiegel – Wissen, 1, 24.
- o.V. (2010d): Bildungswesen 1943. Schulunterricht unter dem Diktat des totalen Krieges. URL: [http://www.chroniknet.de/tml1\\_de.0.html?article=1735](http://www.chroniknet.de/tml1_de.0.html?article=1735) [Abruf: 12.11.2011].
- o.V. (2011a): Deutschland ist das Altenheim der EU. 01. April 2011, 16:26 Uhr Durchschnittsalter. URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,druck-754546,00.html> (Abruf: 03.10.2011).
- o.V. (2011b): Zwischen nicht mehr und noch nicht. Die neue Altengeneration (Folie 36). URL: <http://www.freie-jahre.de/> [Abruf: 04.10.2011].
- o.V. (2011c): Weniger Gebildete altern rascher. Bildung für Gesundheit wichtiger als Einkommen und Status. In: Preetext.com, 12.05.2011. URL: <http://www.preetext.com/news/20110511013> [Abruf: 26.05.2011].
- o. V. (2011d): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). URL: [http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-135.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-135.html) [Abruf 25.01.2011].

- o.V. (2011e): James W. Vaupel in: Neuer Denkansätze um das Altern zu verstehen. Rostock, Marburg 19.5.2011. URL: <http://www.das-marburger.de/2011/05/neuer-denkansatze-um-das-altern-zu-verstehen/> [Abruf: 22.07.2012].
- Owens, William (1959): Is age kinder to the initially more able? *Journal of Gerontology*, 14, 334-337.
- Palloni, Alberto (2003): Puerto Rican elderly. Health conditions (PREHCO) wave 1, 2002-2003, Center for Demography of Health and Aging, University of Wisconsin.
- Palloni, Alberto (2006): Puerto Rican elderly. Health conditions (PREHCO) wave 2, 2004-2006, Center for Demography of Health and Aging, University of Wisconsin.
- Palmore, Erdman (1977): Facts on aging. A short quiz. *The Gerontologist*, 17, 315-320.
- Palmore, Erdman (1988): The facts on aging quiz. A handbook of uses and results. New York: Springer.
- Pantel, Johannes (2009): Geistig fit in jedem Alter. Wie man mit der AKTIVA-Methode Demenz vorbeugen kann. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Park, Cheolsung/Kang, Changhui (2008): Does education induce healthy lifestyle? *Journal of Health Economics*, 27(6), 1516-1531.
- Peck, Robert (1959): Psychological developments in the second half of life. In: Anderson, J. E. (Hrsg.): *Psychological aspects of aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 42-53.
- Peck, Robert (1972): Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. In: Thomae, Hans/Lehr, Ursula (Hrsg.): *Altern - Probleme und Tatsachen*. Frankfurt am Main: Akadademische Verlagsgesellschaft, 530-544.
- Pehl, Klaus (2006): Altersstruktur der Teilnehmerschaft von Volkshochschulen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). URL: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/pehl05\\_05.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2005/pehl05_05.pdf) [Abruf: 04.11.2010].
- Pelaez, Martha (2005): *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am/ Public Health* 17 (5/6), 307-322.
- Penninx, Brenda/Tilburg, Theo van/Kriegsman, Didi M. W./Deeg, Dorly J. H./Boeke, A. Joan P./van Eijk, Jacques Th. M. (1997): Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age. *The Longitudinal Aging Study Amsterdam. American Journal of Epidemiology*, 146(6), 510-519.
- Perls, Thomas T./Wilmoth, John/Levenson, Robin/Drinkwater, Maureen/Cohen, Melissa/Bogan, Hazel/Joyce, Erin/Brewster, Stephanie/Kunkel, Louis/ Puca, Annibale (2001): Life-long sustained mortality advantage of siblings of centenarians. *The National Academy of Sciences*. URL: <http://www.pnas.org/content/99/12/8442.full> [Abruf: 04.05.2012].
- Perrig-Chiello, Pasqualina (1997): *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim, München: Juventa.
- Perrig-Chiello, Pasqualina/Stähelin, Hannes B./Perrig, Walter J. (Hrsg.) (1999): *Wohlbefinden, Gesundheit und kognitive Kompetenz im Alter. Ergebnisse der Basler Interdisziplinären Altersstudie IDA*. Bern: Paul Haupt.
- Petermann, Franz/Hehl, Franz-Josef (Hrsg.) (1979): *Einzelfallanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg.

- Peukert, Helmut (1992): Die Erziehungswissenschaft der Moderne und die Herausforderungen der Gegenwart. *Zeitschrift für Pädagogik*, 38, 113-127.
- Picker, Michael/Schöpf, Nicolas (2007): Betriebliche Weiterbildung älterer Mitarbeiter im Produktionsbereich. Ergebnisse einer Unternehmensbefragung. In: Loebe, Herbert/Severing, Eckart (Hrsg.): *Demografischer Wandel und Weiterbildung. Strategien einer alterssensiblen Personalpolitik*. Bielefeld: Bertelsmann, 99-115.
- Plassman, Brenda L./Langa, Kenneth M./Fisher, Gwenith G. (2007): Prevalence of Dementia in the United States. *The Aging, Demographics, and Memory Study. Neuroepidemiology*, 29, 125-132.
- Platt, Dieter (Hrsg.) (1997): *Altersmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Podewils, Laura J./Guallar, Eliseo/Kuller, Lewis H./Fried, Linda P./Lopez, Oscar L./Carlson, Michelle/Lyketsos, Constantine G. (2005): Physical activity, APOE genotype, and dementia risk. Findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(7), 639-651.
- Polanyi, Michael (1966): *The tacit dimension*. Garden City: Doubleday.
- Polanyi, Michael (1985): *Implizites Wissen*. Berlin: Suhrkamp.
- Pongratz, Ludwig A. (1986): *Bildung und Subjektivität. Historisch-systematische Studien zur Theorie der Bildung*. Weinheim.
- Pongratz, Hans J. (2000): Arbeitskraftunternehmer als neuer Leittypus? Flexibilisierung der Arbeit und Patchwork-Biografien. Einführungsreferat zum DIE-Forum Weiterbildung 2000 "Zukunftsfelder der Weiterbildung". URL: [http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2001/dieforum\\_pongatz\\_01.htm](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2001/dieforum_pongatz_01.htm) [Abruf 12.11.2012].
- Pongratz, Ludwig A./Bünger, Carsten (2008): Bildung. In: Faulstich-Wieland, Hannelore/Faulstich, Peter (Hrsg.): *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 110-129.
- Pongratz, Ludwig, A./Reichenbach, Roland/Wimmer, Michael (Hrsg.) (2007): *Bildung – Wissen – Kompetenz*. Bielefeld: Janus Presse.
- Poppinga, Onno/Fuhr, Dagmar/Raband, Ute et al. (1994): Zur Lebenssituation von Frauen im Vorruhestand. Endbericht des Forschungsprojektes zur Lebenssituation von Frauen im Vorruhestand. Untersuchung zur Situation von Frauen, die vormals im ländlichen Raum der neuen Bundesländer beschäftigt waren. Ermittlung der Informations-, Beratungs- und Hilfsbedarfe“. *Gesamthochschule Kassel* (unveröffentlicht).
- Powell, John F. et al. (2010): Education, occupation and retirement age effects on the age of onset of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 30-36.
- Prahl, Hans-Werner/Schroeter, Klaus R. (1996): *Soziologie des Alterns. Eine Einführung*. Paderborn: Schöningh.
- Prince, Martin/Acosta, Daisy/Ferri, Cleusa P./Guerra, Mariella/Huang, Yueqin/Llibre Rodriguez, Juan José/Salas, Aquiles/Sosa, Ana Luisa/Williams, Joseph D. /Dewey, Michael E./Acosta, Isaac/Jotheeswaran, Amuthavalli T./Liu, Zhaorui (2012): Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve. A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet*, 380(9836), 50-58.

- Project SABE (o.J.): Barbados study- health, aging and wellbeing of the elderly in urban areas of Latin America and the Carribean. Chronic Disease Research Centre, Barbados. URL: <http://www.icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/03546.xml> [Abruf: 21.02.2013].
- Prosinger, Wolfgang (2010): Der Methusalem-Komplex. In: Der Tagesspiegel – Welt, 28.08.2010. URL: <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/der-methusalem-komplex/1912784.html> [Abruf 25.05.2011].
- Quinn, Mary Ellen/Johnson, Mary Ann/Poon, Leonard W./Martin, Peter/Nickols-Richardson, Sharon M. (1997): Factors of nutritional health-seeking behaviors. *Journal of Aging and Health*, 9(1), 90-104.
- Radvansky, Gabriel A./Zacks, Rose T./Hasher, Lynn (2005): Age and inhibition. The retrieval of situation models. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(5), 276-278.
- Randall, William et al. (o.J.): The Fredericton 80+ Study. URL: <http://www.stthomasu.ca/research/80plus/design.htm> [Abruf: 17.07.2012].
- Rapp, Ingmar/Klein, Thomas/Brenner, Hermann (2012): Soziale Determinanten des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheit im mittleren und höheren Lebensalter. In: Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hrsg.): *Perspectives of Ageing in the process of social and cultural chang*. Abschlussbericht 2011 im Forum Marsilius-Kolleg, 03/2012, 25-27. URL: [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/forum-mk/article/view/9866/Perspectives\\_of\\_ageing](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/forum-mk/article/view/9866/Perspectives_of_ageing) [Abruf: 22.05.2013].
- Razum, Oliver (2009): „Ost versus West oder Arm versus Reich? Wie der Wohnort unsere Gesundheit beeinflusst. Vortrag im Rahmen der Sommerschule des Marsilius-Kollegs Heidelberg, 09.09.2009.
- Rebele, Albert (2002): *Geschichte der Pädagogik*. 20. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reggentin, Heike (1988): Politisches Interesse und politische Beteiligung Älterer. AUA-Informationdienst Hochschule und Weiterbildung, Heft 1, 8-26.
- Reichert, Monika/Saup, Winfried (1997): Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.). *Funkkolleg Altern, Studienbrief 5, Studieneinheit 15*, 1-44.
- Reisches, Friedel/Lindenberger, Ulman (1996): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit. In: Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademieverlag, 351-378.
- Rennemark, Mikael/Holst, Göran/ Fagerstrom, Cecilia/Halling, Anders (2009): Factors related to frequent usage of the primary healthcare services in old age. Findings from The Swedish National Study on Aging and Care. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 304-311.
- Rentsch, Thomas (1994): Philosophische Anthropologie und Ethik der späten Lebenszeit. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 283-304.
- Resch, Katharina/Strümpel, Charlotte (2009): Informelles Lernen und Möglichkeiten freiwilligen Engagements im Alter. Sichtbarkeit, Motive und Rahmenbedingungen. *Bildungsforschung*, 6. Jg., 1/2009, 79-96. URL: <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2009-01/Engagement/> [Abruf: 12.09.2009].

- Reuterberg, Sven-Eric (1997): Evaluation through follow-up. Gender difference on the Swedish Scholastic Aptitude Test. Reports from the Department of Educational Research. Report No. 1997:02. Göteborg University. URL: [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/26994/1/gupea\\_2077\\_26994\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/26994/1/gupea_2077_26994_1.pdf) [Abruf: 21.02.2013].
- Richards, Marcus/Deary, Ian J. (2005): A life course approach to cognitive reserve. A model for cognitive aging and development? *Annals of neurology*, 58(4), 617-622.
- Rieck, Ingrid (2011): Um das Altern zu verstehen, ist ein radikal neuer Denkansatz nötig – Fächerübergreifend und multinational. In: Innovations report. Forum für Wissenschaft, Industrie und Wirtschaft (17.05.2011). URL: [http://www.innovations-report.de/html/berichte/interdisziplinaere\\_forschung/altern\\_verstehen\\_radikal\\_neuer\\_denkansatz\\_noetig\\_175406.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/interdisziplinaere_forschung/altern_verstehen_radikal_neuer_denkansatz_noetig_175406.html) [Abruf: 26.05.2011].
- Riedel-Heller, Steffi G./Busse, Anja/Aurich, Conny/Matschinger, Herbert/Angermeyer, Matthias C. (2001a): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). Part 1. *British Journal of Psychiatry*, 179, 250-254.
- Riedel-Heller, Steffi G./Busse, Anja/Aurich, Conny/Matschinger, Herbert/Angermeyer, Matthias C. (2001b): Incidence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10. Results of the Leipzig Longitudinal Study of Aged (LEILA75+). Part 2. *British Journal of Psychiatry*, 179, 255-260.
- Riley, Matilda W. (Hrsg.) (1979): Aging from Birth to Death. Interdisciplinary perspective. American Association for the Advancement of Science: AAAS selected symposium. Boulder, Col.: Westview Press.
- Riley, Matilda W. (1987): On the significance of age in sociology. *American Sociological Review*, 52, 1-14.
- Riley, Matilda W./Riley, John W., Jr. (1994): Individuelles und gesellschaftliches Potential des Alterns. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, U.M. (Hrsg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 437-460.
- Ritterbach, Udo/Wohlfarth, Rainer (2009): Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit. In: Nicolaus, Jürgen/Ritterbach, Udo/Spörhase, Ulrike/Schleider, Karin (Hrsg.): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Schriftreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Freiburg: Centaurus, 51-78.
- Robert-Koch-Institut (1998): Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven, Berlin. URL: [http://www.thieme.de/SID-AA43E460-27096598/local\\_pdf/fz/365.pdf](http://www.thieme.de/SID-AA43E460-27096598/local_pdf/fz/365.pdf) [Abruf: 07.04.2012].
- Robert-Koch-Institut (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10, Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer. Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Berlin: RKI.
- Rodin, Judith (1986): Aging and Health. Effects of the Sense of Control. *Science*, 19, 1271-1276.



- Roe, Catherine M./Mintun, Mark A./D'Angelo, Gina/Xiong, Chengjie/Grant, Elizabeth A./Morris, John C. (2008): Alzheimer Disease and Cognitive Reserve. Variation of Education Effect with Carbon 11–Labeled Pittsburgh Compound B Uptake. *Arch Neurol.*, 65(11), 1467-147.
- Roloff, Juliane (1994): *Die Alten der Zukunft. Bevölkerungsstatistische Datenanalyse.* Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Roloff, Juliane (1996): *Alternde Gesellschaft in Deutschland. Eine bevölkerungsstatistische Analyse.* Aus *Politik und Zeitgeschichte*, B35, 3-11.
- Rosenblatt v., Bernhard/Bilger, Frauke (2008): *Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland. Eckdaten zum BSW-AES 2007.* TNS Infratest Sozialforschung, München im Projektverbund mit Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE), Bonn, Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES), Hannover, Helmut Kuwan Sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung, München. URL: [http://www.bmbf.de/pubRD/weiterbildungsbeteiligung\\_in\\_deutschland.pdf](http://www.bmbf.de/pubRD/weiterbildungsbeteiligung_in_deutschland.pdf) [Abruf: 27.11.2012].
- Rosenmayr, Leopold (1976): *Schwerpunkte der Soziologie des Alters (Gerosoziologie).* In: König, René (Hrsg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung*, Bd. 7. Stuttgart: Enke, 218-406.
- Rosenmayr, Leopold (1983): *Die späte Freiheit. Das Alter ein Stück bewusst gelebten Lebens.* Berlin: Severin und Siedler.
- Rosenmayr, Leopold (1988): *Älterwerden als Erlebnis.* Wien: Edition Atelier.
- Rosenmayr, Leopold (1990): *Die Kräfte des Alters.* Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag.
- Rosenmayr, Leopold (1996): *Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rosenmayr, Leopold/Rosenmayr, Hilde (1978): *Der alte Mensch in der Gesellschaft.* Reinbek: Rowohlt.
- Rosenstiel, Lutz v. (2007): *Grundlagen der Organisationspsychologie*, 6. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Rost, Detlef H. (Hrsg.) (2006): *Handwörterbuch Pädagogischer Psychologie.* 3. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Roth, Heinrich (1971): *Pädagogische Anthropologie.* Bd. 2. Hannover.
- Rothermund, Klaus (2014): *Psychologie für die Gesellschaft. Die Gestaltung des Alters. Ein Plädoyer für mehr Psychologie.* *Psychologische Rundschau* 65(2). Göttingen: Hogrefe Verlag, 1-5.
- Rothermund, Klaus/Brandstädter, Jochen (2003): *Age stereotypes and self-views in later life. Evaluating rival assumptions.* *International Journal of behavioral Development*, 27(6), 549-554.
- Rott, Christoph (2000): *Intelligenztraining.* In Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen.* Stuttgart: Kohlhammer, 90-95.
- Rowe, John/Kahn, Robert (1987): *Human aging. Usual and successful.* *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, John/Kahn, Robert (1998): *Successful aging.* New York: Pantheon Books.

- Rudinger, Georg (1971): Intelligenz im Alter. Ph.D. thesis, Bonn.
- Rupprecht, Roland (2008): Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/Fleischmann, Ulrich M.: Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer, 13-25.
- Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Psychologisches Institut. Abteilung für Psychologische Alternsforschung: ILSE (o.J.), URL: [http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/apa/forschung/projekte\\_alt/ilse.html](http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/apa/forschung/projekte_alt/ilse.html) [Abruf: 23.02.2013].
- Saake, Irmhild (1998): Theorien über das Alter. Perspektiven einer konstruktivistischen Alternsforschung. Studien zur Sozialwissenschaft Bd. 192. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Salthouse, Timothy (1985): A theory of cognitive aging. Amsterdam: North-Holland.
- Salthouse, Timothy (1991a): Mediation of adult age differences in cognition by reductions in working memory and speed of processing. *Psychological Science*, 2, 179-183.
- Salthouse, Timothy (1991b): Theoretical perspectives on cognitive aging. Association, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Salthouse, Timothy (1992): Shifting levels of analysis in the investigation of cognitive aging. *Human Development*, 35, 321-342.
- Salthouse, Timothy (1994): How many causes are there of age-related decrements in cognitive functioning? *Developmental Review*, 14, 413-437.
- Salthouse, Timothy (2010): When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiology of Aging*, 39(4), 504-514.
- Salthouse, Timothy/Meinz, Elisabeth (1995): Aging, inhibition, working memory, and speed. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50B, 297-306.
- Sánchez, Juan L. et al. (2002): Influence of cognitive reserve on neuropsychological functioning in Parkinson's disease. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 207-215.
- Sanchez, Mariano/Butts, Donna/Hatton-Yeo, Alan/Henkin, Nancy/Jarrott, Shannon/Kaplan, Matthew/Martínez, Antonio/Newman, Sally/Pinazo, Sacramento/Sáez, Juan/Weintraub, Aaron (2007): Intergenerational programmes. Towards a society for all ages. Barcelona: The „la Caixa“ Foundation.
- Sattler, Christine/Schröder, Johannes (2012): Kognitive Reserve im Alter. Risiko- und protektive Faktoren im Vorfeld der Alzheimer-Demenz. In: Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hrsg.): *Gesund altern. Individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen*. Schriften des Marsilius-Kollegs. Bd. 7. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 95-138.
- Scarmeas, Nikolaos/Stern, Yaakov (2003): Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 625-633.
- Schachtschnabel, Dietrich/Maksiuk, Tatiana (2006): Biologisch-genetische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula/Sieber, Cornel/Kornhuber, Johannes (Hrsg.): *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 20-26.
- Schade, Barbara (2002): Lebenszufriedenheit als gesundheitsbeeinflussender Faktor im Alter. In: Basler, Heinz-Dieter/Keil, Siegfried (Hrsg.): *Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter*. Graftschaft: Vektor-Verlag, 231-250.

- Schäfer, Annette (2008): Sieben Faktoren für ein langes Leben. *Psychologie Heute – compact*, 20, 46-47.
- Schäffer, Burkhard (2010): Bildung in der Mitte des Lebens? Zeithorizonte und Altersbilder von „Babyboomern“. *Zeitschrift für Pädagogik*, 56(3), 366-377.
- Schäffter, Ortfried (1989): Produktivität. Systemtheoretische Rekonstruktionen aktiv gestaltender Umweltaneignung. In: Knopf, Detlef/Schäffter, Ortfried/ Schmidt, Roland (Hrsg.): *Produktivität des Alters. Zur Neubestimmung der gesellschaftlichen Funktion der nachberuflichen Lebensphase*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 258-325.
- Schäffter, Ortfried (2001): *Weiterbildung in der Transformationsgesellschaft. Grundlegung zu einer Theorie der Institutionalisierung*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Schäffter, Ortfried (2003): Selbstorganisiertes Lernen. Eine Herausforderung für die institutionalisierte Erwachsenenbildung. In: Witthaus, Udo/Wittwer, Wolfgang/Espe, Clemens (Hrsg.): *Selbstgesteuertes Lernen. Theoretische und praktische Zugänge*. Bielefeld: Bertelsmann, 69-90.
- Schaie, K. Warner (1989): Individual differences in rate of cognitive change in adulthood. In: Bengtson, Vern/Schaie, K. Warner (Hrsg.): *The course of later life. Research and reflections*. New York: Springer, 65-85.
- Schaie, K. Warner (1995): *Intellectual development in adulthood. The Seattle Longitudinal Study*. New York: Cambridge University Press.
- Schaie, K. Warner (1996): Intellectual development in adulthood. In: Birren, James E./Schaie K. Warner (Hrsg.): *Handbook of psychology of aging*, 4. Auflage. San Diego: Academic Press, 266-286.
- Schaie, K. Warner (2005a): *Development Influence on Adult Intelligence. The Seattle Longitudinal Study*. Oxford University Press.
- Schaie, K. Warner (2005b): What can we learn from longitudinal studies of adult development? *Research in Human Development*, 2, 133-158.
- Schaie, K. Warner/Willis, Sherry L. (1986): Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 22, 223-232.
- Schaie, K. Warner/Willis, Sherry L. (2002): *Adult Development and Aging*. 5. Auflage. New York: Prentice-Hall.
- Schaie, K. Warner/Willis, Sherry L./Caskie, Grace I. L. (2004): The Seattle Longitudinal Study. Relationship between personality and cognition. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11, 304-234.
- Schaub, Horst/Zenke, Karl G. (2002): *Wörterbuch Pädagogik*. 5. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Schiersmann, Christiane (2006): *Profile lebenslangen Lernens. Weiterbildungserfahrungen und Lernbereitschaft der Erwerbsbevölkerung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Schiersmann, Christiane (2007): *Berufliche Weiterbildungsbeteiligung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schlömerkemper, Jörg (1986): Bildung für alle. Über das Verhältnis von Egalität und Bildung. *Die Deutsche Schule*, Jg. 78 Heft 4, 405-416.

- Schlömerkemper, Jörg (2007): Lob des Könnens – oder: Wie „Leistung“ wieder attraktiv werden kann. URL: [www.jschloe.de/JS-07\\_Lob\\_des\\_Koennens\\_Boell-Stif.doc](http://www.jschloe.de/JS-07_Lob_des_Koennens_Boell-Stif.doc) [Abruf: 01.05.2013].
- Schlüter, Anne (2008): Biografisches Lernen als Bestandteil des Studiums zur Professionalisierung der Erwachsenenbildung. Report: Zeitschrift für Weiterbildungsforschung, 31(4), 33-42.
- Schlutz, Erhard (2001): Bildung. In: Arnold, Rolf/Nolda, Sigrid/Nuissl, Ekkehard (Hrsg.): Wörterbuch Erwachsenenpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinghardt.
- Schmähl, Winfried (2005): Stichworte zum Kapitel „Ökonomische Potenziale“. In: Dokumentation der Fachtagung. Vorstellung und Diskussion zentraler Positionen des Fünften Altenberichts der Bundesregierung mit Senioren, Seniorenverbänden und Seniorenorganisationen, 2. Mai 2005 Berlin, 35-45.
- Schmidt, Siegfried J. (2005): Lernen, Wissen, Kompetenz, Kultur. Vorschläge zur Bestimmung von vier Unbekannten. Heidelberg: Carl-Auer Systeme.
- Schmidt, Bernhard (2006): Weiterbildungsverhalten und -interessen älterer Arbeitnehmer. Bildungsforschung, 2(3). URL: <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/weiterbildungsverhalten> [Abruf: 07.11.2008].
- Schmidt, Bernhard (2007): Older Employee Behaviour and Interest in Continuing Education. Journal of Adult and Continuing Education, 13(2), 156-174.
- Schmidt, Bernhard/Tippelt, Rudolf (2009): Bildung Älterer und intergeneratives Lernen. Zeitschrift für Pädagogik, 55(1), 73-90.
- Schmitt, Eric (2001): Zur Bedeutung von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter für das subjektive Alterserleben und die Wahrnehmung von Potentialen und Barrieren eines mitverantwortlichen Lebens. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 25, 365-385.
- Schmitt, Marina/Martin, Mike (2003): Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) über die Bedingungen gesunden und zufriedenen Älterwerdens. In: Karl, Fred (Hrsg.): Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Grundlagentexte Soziologie Weinheim, München: Juventa, 205-223.
- Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (Hrsg.) (2008): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kapitel 1, 10-15. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Abruf: 22.04.2012].
- Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas/Schröder, Johannes/Martin, Mike (2008): Konzeption, Leithypothesen und Ziele des dritten Messzeitpunkts der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). In: In: Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (Hrsg.): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kapitel 1, 10-15. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Abruf: 22.04.2012].

- Schmitz, Christof/Zucker, Betty (2003): Wissensmanagement. Regensburg/Berlin: Metropolitan Verlag.
- Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner (2006): Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, Hans-Dieter (1995): Die soziale Umwelt im Alter als Ressource oder als Belastung? In: Kruse, Andreas/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Psychologie der Lebensalter. Darmstadt: Steinkopff, 263-270.
- Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2008): Entwicklung von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Befunde der Münchener Längsschnittstudie LOGIK. Weinheim: Beltz.
- Schölkopf, Martin (2000) Demographische Entwicklung. In: Becker, Susanne/Veelken, Ludger/Wallraven, Klaus P. (Hrsg.): Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft. Opladen: Leske+Budrich, 50-61.
- Scholz, Rembrandt D./Maier, Heiner (2003): German unification and the plasticity of mortality at older ages. MPIDR Working Paper WP 2003-031. URL: <http://www.demogr.mpg.de/Papers/Working/wp-2003-031.pdf> [Abruf: 20.04.2013].
- Schooler, C./Mulatu, M. S./Oates, G. (2004): Occupational self-direction, intellectual functioning, and self-directed orientation in older workers. Findings and implications for individuals and societies. American Journal of Sociology, 110, 161-197.
- Schröder, Johannes/Pantel, Johannes (2011): Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Vorfeld der Alzheimer-Demenz. Stuttgart: Schattauer.
- Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hrsg.) (2012): Perspectives of Ageing in the process of social and cultural chang. Abschlussbericht 2011 im Forum Marsilius-Kolleg, 03/2012. URL: [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/forum-mk/article/view/9866/Perspectives\\_of\\_ageing](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/forum-mk/article/view/9866/Perspectives_of_ageing) [Abruf: 22.05.2013].
- Schröder, Johannes/Sattler, Christine/Lamparter, Heidrun/Toro, Pablo (2008): Befunde zur körperlichen und psychischen Gesundheit. In: Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (Hrsg.): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 30-44. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Abruf: 22.04.2012].
- Schröder, Johannes/Schönknecht, Peter/ Essig, Marco/Pantel, Johannes (2007): Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Symptomatik, Epidemiologie und Verlauf. In: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun (Hrsg.): Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft, 163-184.
- Schulze, Barbara (1998): Kommunikation im Alter. Theorien – Studien – Forschungsperspektiven. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schumacher, Jörg/Gunzelmann, Thomas/Brähler, Elmar (1996): Lebenszufriedenheit im Alter. Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9, 1-17.

- Schumacher, Jörg/Laubach, Wilfried/Brähler, Elmar (1995): Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 17-26.
- Schütz, Fritz (1982): Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In: Lämmert, Eberhard (Hrsg.): *Erzählforschungssymposium (568-590)*. Stuttgart: Metzler, 575.
- Schwarzer, Christian (1992): Emotionen und Stressbewältigung bei älteren Menschen. In: Klauer, K. Josef/Rudinger, Georg (Hrsg.): *Kognitive, emotionale und soziale Aspekte des Alterns*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 59-86.
- Schweizer, Karl (2006): Intelligenz. In: Schweizer, Karl (Hrsg.): *Leistung und Leistungsdiagnostik*. Berlin: Springer, 2-15.
- Seebauer, Renate (2005): *Lernen. Von der Praxis zur Theorie und zurück zur Praxis*. Donauwörth: Auer Verlag.
- Seidler, A. (2004): Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen? *Jahrbuch für kritische Medizin*, 40, 40-48.
- Seiffge-Krenke, Inge (2008): Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: PVU, 822-836.
- Seligman, Martin E. P. (1979): *Erlernte Hilflosigkeit*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Sellach, Brigitte/Enders-Drägässer, Uta/Libuda-Köster, Astrid (2004): Geschlechtsspezifische Besonderheiten der Zeitverwendung. Zeitstrukturierung im theoretischen Konzept des Lebenslagen-Ansatzes. In: *Statistisches Bundesamt, Forum der Bundesstatistik*, Bd. 43/2004.
- SHARE Project (2012), URL: <http://www.share-project.org/> [Abruf: 21.02.2013].
- Shock, Nathan W. (1984): *Normal Human Aging. The Baltimore Longitudinal Study of Aging*. NIH Publication No. 84-2450. US Government Printing Office Washington D.C., URL: [http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detail-mini.jsp?\\_nfpb=true&\\_ERICExtSearch\\_SearchValue\\_0=ED292030&ERICExtSearch\\_SearchType\\_0=no&accno=ED292030](http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detail-mini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED292030&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED292030) [Abruf: 05.05.2012].
- Sickendiek, Ursel (2009): Persönliche Beziehungen am Arbeitsplatz. In: Lenz, Karl/Nestmann, Frank (Hrsg.): *Handbuch Persönliche Beziehungen*. Weinheim, München: Juventa, 465-487.
- Sieber, Cornel (2006): Medizinische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula/Sieber, Cornel/Kornhuber, Johannes (Hrsg.): *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 26-31.
- Siebert, Horst (1996): *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung*. Neuwied: Luchterhand.
- Siebert, Horst (2009): *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*. 6., überarbeitete Auflage. Augsburg: ZIEL Verlag.

- Simon, Gertrud (2007): Lernen und Bildung im Interesse älterer Menschen. Untersuchung der wichtigsten Konzepte zum lebenslangen Lernen im 3. und 4. Lebensalter. Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Endbericht. Graz. URL: [www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/9/0/CH0168/CMS1218026915594/simon\\_konzepte\\_zum\\_III\\_im\\_3\\_und\\_4\\_lebensalter%5B1%5D.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/9/0/CH0168/CMS1218026915594/simon_konzepte_zum_III_im_3_und_4_lebensalter%5B1%5D.pdf) [Abruf: 25.01.2011].
- Skaalvik, Einar M./Bong, Mimi (2003): Self-concept and self-efficacy revisited. A few notable differences and important similarities. In: Marsh, Herbert W./Carven, Rhonda G./McInerney, Dennis M. (Hrsg.): International advances in self research. Greenwich, 67-89.
- Sliwinsky, Martin/Lipton, Richard/Buschke, Herman/Stewart, Walter (1996): The effects of preclinical dementia on estimates of normal cognitive functioning in aging. *Journal of Gerontology*, 51B, 217-225.
- Small, Brent J./Dixon, Roger A./McArdle, John J. (2011): Tracking differences in cognition-health changes from 55 to 95 years of age. Findings from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 66B, i153-i161.
- Smith, Edward/Jonides, John (1999): Storage and executive processes in the frontal lobes. *Science*, 283, 1657-1661.
- Smith, Jacqui/Baltes, Paul B. (2010): Altern aus psychologischer Perspektive. Trends und Profile im hohen Alter (245-274). In: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/ Mayer, Karl Ulrich/ Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. 3., erweiterte Auflage. Berlin: Akademie Verlag.
- Smith, Jacqui/Delius, Julia (2003): Die längsschnittlichen Erhebungen der BASE. In: Karl, Fred: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Weinheim/München: Juventa, 225-249.
- Soldo, Beth J./Hurd, Michael D./Rodgers, Willard L./Wallace, Robert B. (1997): Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old. An Overview of the AHEAD Study. *The Journals of Gerontology*, 52B (Special Issue), 1-20.
- Solfrizzi, Vincenzo et al. (2005): Dietary intake of unsaturated fatty acids and age-related cognitive decline. A 8.5-year follow-up of the Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurobiology of Aging*, 2005.
- Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Sondergutachten 1996 – Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche.
- Sontag, Susan (1975): The double standard aging. In: Williams, Juanita: *Psychology of Women*. New York: Norton.
- Sørensen, Aage B. (1990): Gender and the life course. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 42 (Sonderheft 32), 304-321.
- Speck, Otto (Hrsg.) (1982): *Erwachsenenbildung bei geistiger Behinderung. Grundlagen - Entwürfe - Berichte. Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie*. Bd. 12. München, Basel.
- Speck, Maria/Horsch, Evelyn (2008): Optimisten altern langsamer. *Psychologie Heute – compact*, 20, 50.
- Spencer, Lyle M./McClelland, David C./Kelner, Stephen (1992): *Competence Assessment Methods: History and State of the Art*. Boston.

- Spitzer, Manfred (2000): Geist im Netz. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Spitzer, Manfred (2002): Lernen. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Spitzer, Manfred (2003): Gehirnforschung und das Lernen Erwachsener. Langsam, aber sicher. DIE Magazin, 3, 38-40.
- Spitzer, Manfred (2005): Erfolgreich lernen in Kindergarten und Schule. Vortrag von Prof. Dr. Dr. Spitzer. Dokumentationen (DVD). Media GmbH.
- Spitzer, Manfred (2006): Wie lernt das Gehirn? Schule NRW, 11, 438-442.
- St. Thomas University (o.J.), URL: <http://www.stthomasu.ca/research/80plus/design.htm> [Abruf: 21.02.2013].
- Statistics Canada: NLSCY (2010), URL: [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&Item\\_Id=25609&lang=en](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&Item_Id=25609&lang=en) [Abruf: 22.02.2013].
- Statistics Canada: YITS (2011), URL: <http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4435&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2> [Abruf: 21.02.2013].
- Statistisches Bundesamt (2000): Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2005): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Robert Koch-Institut, Berlin. URL: [http://e-doc.rki.de/documents/rki\\_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/24KaxXc7rW0E\\_42.pdf](http://e-doc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/24KaxXc7rW0E_42.pdf) [Abruf: 07.10.2011].
- Statistisches Bundesamt (2006): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2005. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019209> [Abruf: 12.12.2010].
- Statistisches Bundesamt (2007): Lebenserwartung der Menschen in Deutschland nimmt weiter zu. Pressemitteilung destatis Nr. 336, 27. August 2007.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Sterbetafel Deutschland, 2006/2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009b): Ergebnisse der Todesursachenstatistik für Deutschland. Ausführliche vierstellige ICD10-Klassifikation. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachenstatistik,templateId=render-Print.psml> [Abruf: 10.10.2011].
- Statistisches Bundesamt (2010a): 12. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. URL: [http://www.bib-demografie.de/nn\\_1645598/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/bevoelkerungsvorausberechnung.html](http://www.bib-demografie.de/nn_1645598/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/bevoelkerungsvorausberechnung.html) [Abruf: 03.11.2011].
- Statistisches Bundesamt (2010b): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2010. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/B3/Publikation/Jahrbuch/StatistischesJahrbuch,property=file.pdf> [Abruf 03.10.2011].
- Staudinger, Ursula M./Dittmann-Kohli, Freya (1994): Lebenserfahrung und Lebensinn. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, J./Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 408-436.



- Staudinger, Ursula M./Greve, W. (2001): Resilienz im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Experten zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Bd. 1. Opladen: Leske+Budrich, 97-144.
- Staudinger, Ursula M./Heidemeier, Heike (2009): Altern, Bildung und lebenslanges Lernen. In: Staudinger, Ursula/Heidemeier, Heike (Hrsg.): Altern, Bildung und lebenslanges Lernen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 269-279.
- Staudinger, Ursula M./Marsiske, M./Baltes, Paul B. (1993): Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood. Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5, 541-566.
- Staudinger, Ursula M./Marsiske, M./Baltes, Paul B. (1995): Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood. Potentials and limits of development across the life span. In: Chicchetti, Dante/Cohen, Donald (Hrsg.): *Developmental psychopathology*, 2, (Risk, disorder, and adaption). New York: Wiley, 801-847.
- Staudinger, Ursula M./Schindler, Ines (2008): Produktives Leben im Alter. Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: PVU, 927-955.
- Staudinger, Ursula M./Smith, Jacqui/Baltes, Paul B. (1994): *Handbuch zur Erfassung von weisheitsbezogenem Wissen*. Berlin: Max-Planck- Institut für Bildungsforschung, 22-28.
- Steffener, Jason/Reuben, Aaron/Rakitin, Brian C./Stern, Yaakov (2011): Supporting performance in the face of age-related neural changes: Testing mechanistic roles of cognitive reserve. *Brain Imaging and Behavior*, 5, 212-221.
- Stein, David/Rocco, Tonette (2001): Older Worker. Myths and Realities. No. 18. URL: <http://www.cete.org/acve/docgen.asp?tbl=mr&ID=108> [Abruf: 03.08.2005].
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Wrobel, Norbert/Borchelt, Markus (1999): Der Zahn der Zeit. Körperliche Veränderungen im Alter. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 277-317.
- Stern, Yaakov (2002): What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Stern, Yaakov (2006): Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20, 69-74.
- Stern, Yaakov (2009): Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015-2028.
- Stern, Yaakov/Albert, Steven/Tang, Ming-Xin/Tsai, Wei-Yen (1999): Rate of memory decline in AD is related to education and occupation. Cognitive reserve? *Neurology*, 53, 1942-1947.
- Stichweh, Rudolf (1994): Bildung, Individualität und die kulturelle Legitimation von Spezialisierung. In: Stichweh, Rudolf (Hrsg.): *Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 207-227.
- Stiehler, Steve (2003): Männerfreundschaften. Mehr als eine Beziehung zweiter Klasse. In: Lenz, Karl (Hrsg.): *Frauen und Männer. Zur Geschlechtstypik persönlicher Beziehungen*. Weinheim: Juventa, 207-227.

- Stiehler, Steve (2009): Freundschaften unter Erwachsenen. In: Lenz, Karl/Nestmann, Frank (Hrsg.): Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim, München: Juventa, 383-401.
- Stockholm Gerontology Research Center, Sweden (o.J.), URL: <http://www.snac.org/> [Abruf: 21.02.2013].
- Stöhr, Manfred (2005): Die Wahrheit über Anti-Aging. Risiken erkennen – Chancen nutzen. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Stosberg, Manfred (1998): Alternde Gesellschaft und die Entwicklung von Familien- und Netzwerkbeziehungen. In: Clemens, Wolfgang/Backes, Gertrud M. (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel. Op-laden: Leske+Budrich, 171-185.
- Straka, Gerhard A. (1998): Lernen=Handlung? Lerntheoretische Anmerkungen zur Leittextmethode. In: Euler, Dieter (Hrsg.): Berufliches Lernen im Wandel. Konsequenzen für die Lernorte? Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, 90-99.
- Straka, Gerhard A. (2000): Lernen unter informellen Bedingungen (informelles Lernen). Begriffsbestimmung, Diskussion in Deutschland, Evaluation und Desiderate. In: Bosch, Gerhard/Dräger, Horst et al.: Kompetenzentwicklung 2000. Lernen im Wandel – Wandel durch Lernen. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management. Münster: Waxmann, 15-70.
- Strand, Steve (2007): Minority Ethnic Pupils in the Longitudinal Study of Young People in England (LSYPE). Research Report DCSF-RR002. Centre for Educational Development Appraisal and Research, University of Warwick.
- Sultana, Ronald G. (2009): Competence and Competence Frameworks in Career Guidance. Complex and Contested Concepts. International Journal for Educational and Vocational Guidance, 9, 15-30.
- Süßmuth, Rita (2006): Frauen heute und morgen – ein Blick in die Zukunft. Zur politischen Perspektive. In: Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft. Düsseldorf: MGFFI, 19-26.
- Sutton, Stephen (2001): Psychosocial theories of health. In: Smelser, Neil/Baltes, Paul B. (Hrsg.): The International Encyclopedia of the Social and Behavioural Sciences. Oxford, UK: Elsevier, 6499-6506.
- Tabbarah, M./Crimmins, E. M./Seeman, T. E. (2002): The relationship between cognitive and physical performance. MacArthur Studies of Successful Aging. The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences, 57A, 228-235.
- Tartler, Rudolf (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.
- Tenzer, Eva (2008): Abschied von den Stereotypen. Psychologie Heute – compact, 20, 7-10.
- Terhardt, Ewald/Tippelt, Rudolf (2009): Einleitung in den Thementeil „Demografie“. Zeitschrift für Pädagogik, 55(1), 1-3.
- Terry, Dellara F./Nolan, Vikki G./Andersen, Stacy L./Perls, Thomas/Cawthon, Richard (2008): Association of Longer Telomeres With Better Health in Centenarians. Journal of Gerontology: Biological Sciences, 63A(8), 809-812.
- Tesch-Römer, Clemens (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen. Grundriss Gerontologie Bd. 8. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Tesch-Römer, Clemens/Dietzel-Papakyriakou, Maria/Kuhlmey, Adelheid/Schwitzer, Klaus-Peter (2005): Potenziale des Alters in Familie und sozialen Netzen. In: Dokumentation der Fachtagung. Vorstellung und Diskussion zentraler Positionen des Fünften Altenberichts der Bundesregierung mit Senioren, Seniorenverbänden und Seniorenorganisationen, 2. Mai 2005 Berlin, 72-84.
- Tesch-Römer, Clemens/Salewski, Christel/Schwarz, Gudrun (Hrsg.) (1997): Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Beltz PVU.
- Tesch-Römer, Clemens/Wurm, Susanne (2009): Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts.
- Tews, Hans Peter (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, 15-42.
- Tews, Hans Peter (1999): Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hrsg.): Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 137-185.
- Theisen, Catharina/Sinner, Simone 2009: Gesundheitsbildung. In: Tippelt, Rudolf/Schmidt, Bernhard (Hrsg.). Bildung älterer. Chancen im demografischen Wandel. Bielefeld: Bertelsmann, 94-104.
- Thomae, Hans (1956a): Der Lebenslauf und die biographische Methode in der Psychologie. In: Haseloff, Otto W./Stachowiak, Herbert (Hrsg.): Schriften zur wissenschaftlichen Weltorientierung: Bd. 1. Moderne Entwicklungspsychologie. Berlin: Lüttke, 132-142.
- Thomae, Hans (1956b): Psychologische Probleme des Erwachsenenalters. In: Haseloff, Otto W./Stachowiak, Herbert (Hrsg.): Moderne Entwicklungspsychologie. Berlin, 104-113.
- Thomae, Hans (1980): Personality and adjustment to aging. In: Baltes, Paul B./Brim, Orville G. (Hrsg.): Life-span development and behavior. Bd. 3. New York: Academic Press, 285-309.
- Thomae, Hans (1983): Alternsstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Thomae, Hans (1988): Das Individuum und seine Welt. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, Hans (1989): Veränderungen der Zeitperspektive im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Zeitschrift für Gerontologie, 22, 58-66.
- Thomae, Hans/Lehr, Ursula (1968): Altern. Probleme und Tatsachen. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Thomas, Rebecca E. (2007): Pathways to the Baccalaureate. A longitudinal study of sequence differences by parents' educationlevel. Department of Education Policy Studies, Department of Education Leadership.
- Thorndike, Edward L./Bregman, Elsie O./Tilton, Warren J./Woodyard, Ella (1928): Adult learning. New York: Macmillan.
- Tietgens, Hans (1992): Reflexion zur Erwachsenenendidaktik. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn/Obb: Klinkhardt.

- Tijhuis, Marja A.R./Flap, Henk D./Foets, Marleen/Groenewegen, Peter P. (1995): Social support and stressful life events in two dimensions. Life events and illness as an event. *Social Sciences and Medicine*, 40(11), 1512-1526.
- Tippelt, Rudolf (1992): Konstruktives Altern. Herausforderung für die Erwachsenenbildung und für den einzelnen. In: Saup, Winfried (Hrsg.): *Bildung für ein konstruktives Altern*. Frankfurt: Pädagogische Arbeitsstelle des deutschen Volkshochschul-Verbandes, 66-74.
- Tippelt, Rudolf (1999): Einleitung. In: Tippelt, Rudolf (Hrsg.): *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. Opladen: Leske+Budrich, 11-21.
- Tippelt, Rudolf/Schmidt, Bernhard/Schnurr, Simone/Sinner, Simone/Theisen, Catharina (2009): *Bildung Älterer. Chancen im demografischen Wandel*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Tobin, Sheldon S./Neugarten, Bernice L. (1968): Zufriedenheit und soziale Interaktion im Alter. In: Thomae, Hans/Lehr, Ursula (Hrsg.): *Altern. Probleme und Tatsachen*. Frankfurt: Akademische Verlagsanstalt, 572-578.
- Tolbize, Anick (2008): *Generational differences in the workplace*. Research and Training Center on Community Living. University of Minnesota. URL: [http://rtc.umn.edu/docs/2\\_18\\_Gen\\_diff\\_workplace.pdf](http://rtc.umn.edu/docs/2_18_Gen_diff_workplace.pdf) [Abruf: 21.02.2013].
- Toulmin, Stephen (1971): The concept of „stages“ in psychological development. In: Mischel, Theodore (Hrsg.): *Cognitive development and epistemology*. New York/London, 25-60.
- Trempl, Alfred K. (1995): Lernen. In: Krüger, Heinz-Hermann/Helsper, Werner (Hrsg.): *Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 93-102.
- Umbach, Susanne (2011): Lernen. Wer, wo, wann und mit welchem Effekt? In: Möller, Svenja/Zeuner, Christine/Grotlüschen, Anke (Hrsg.): *Die Bildung der Erwachsenen. Perspektiven und Utopien*. Weinheim/München: Juventa.
- UNESCO Institute for Statistics (2012), URL: <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/international-standard-classification-of-education.aspx> [Abruf: 03.10.2012].
- Universitätsklinikum Heidelberg (2009), URL: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/ILSE.109593.0.html> [Abruf: 26.09.2009].
- Universities of Essex and Manchester/Economic and Social Data Service: BCS (2013), URL: [www.esds.ac.uk/findingData/bcsTitles.asp](http://www.esds.ac.uk/findingData/bcsTitles.asp) [Abruf: 21.02.2013].
- Universities of Essex and Manchester/Economic and Social Data Service: LYSPE (2013), URL: <http://www.esds.ac.uk/findingData/lsypeTitles.asp> [Abruf: 21.02.2013].
- University College London (2013), URL: <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII>; <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/research/findings>; <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/publications/year/2012> [Abruf: 22.02.2013].
- University Galveston. Academic Division and Research Center (2009), URL: <http://www.its.utmb.edu/investigators/gostir.html>; <http://rehabsciences.utmb.edu/ostir.asp> [Abruf: 22.02.2013].
- University of Georgia. Gerontology Center (2005), URL: <http://www.publihealth.uga.edu/geron/sites/default/files/documents/publications/CentStudyBooklet.pdf> [Abruf: 21.02.2013].

- University of Gothenburg/Swedish National Data Service (2009), URL: <http://snd.gu.se/en/catalogue/study/265> [Abruf: 21.02.2013].
- University of Michigan: ADAMS (2013), URL: <http://aging-memory.duhs.duke.edu/ADAMS.html>; <http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=shoavail&iyear=XB> [Abruf: 21.02.2013].
- University of Michigan: HRS (2013), URL: <http://hrsonline.isr.umich.edu/>; <http://hrsonline.isr.umich.edu/alerts> [Abruf: 21.02.2013].
- University of Ottawa/Health Canada (2002), URL: <http://www.csha.ca/>; [http://csha.ca/r\\_publication\\_list.asp](http://csha.ca/r_publication_list.asp) [Abruf: 21.02.2013].
- University of Victoria, Department of Psychology (2011), URL: <http://www.ualberta.ca/~vlslab/> [Abruf: 21.02.2013].
- UNO (Organisation der Vereinten Nationen) (2001): Alterung der Weltbevölkerung: 1950-2050. Zusammenfassung. Vereinte Nationen. New York 2001. URL: [http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/german\\_execsum.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/german_execsum.pdf) [Abruf: 17.10.2010].
- Van Ackeren, Isabell/Klemm, Klaus (2009): Entstehung, Struktur und Steuerung des deutschen Schulsystems. Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 13-46.
- van den Berg, Gerard J./Deeg, Dorly J. H./Lindeboom, Maarten/Portrait, France (2010): The role of early-life conditions in the cognitive decline due to adverse events later in life. *The Economic Journal*, 120, 411-428.
- Valentijn, Susanne A./Hill, Robert D./Van Hooren, Susan A./Bosma, Hans/Van Boxtel, Martin P./Jolles, Jelle/Ponds, Rudolf W. (2006): Memory self-efficacy predicts memory performance: results from a 6-year follow-up study. *Psychology and Aging*, 21(1), 165-172.
- Vaupel, James im Interview mit Rötzer, Florian (2010): Wir leben länger, weil die Folgen des Alterns durch Medizin und Wohlstand verzögert werden. URL: <http://www.heise.de/tp/artikel/32/32332/1.html> [Abruf: 03.10.2011].
- Veelken, Ludger (1983): Dialektische Identität. Anregungen zur Sozialisations- und Lebenslaufforschung für Sozialpädagogik und Soziale Geragogik. In: Herchen, Hans-Alfred (Hrsg.): *Aspekte der Sozialpädagogik*. Frankfurt, 187-205.
- Veelken, Ludger (1990): *Neues Lernen im Alter. Bildungs- und Kulturarbeit mit „Jungen Alten“*. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Verbrugge, Lois M. (1984): Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *The Milbank Quarterly*, 62, 475-519.
- Verbrugge, Lois M. (1988): Unveiling higher morbidity for men. In: Riley, Matilda (Hrsg.): *Social structures and human lives*. Beverly Hills, CA: Sage, 138-160.
- Vergheese, Joe/Lipton, Richard/Katz, Mindy/Hall, Charles/Derby, Carol/Kuslansky, Gail/Ambrose, Anne/Sliwinski, Martin/Buschke, Herman (2003): Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348, 2508-2516.
- Verhaeghen, Paul/Marcoen, Alfons/Goossens, Luc (1992): Improving memory performance in the aged through mnemonic training. A meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 7, 242-251.

- Verhaeghen, Paul/Salthouse, Timothy (1997): Meta-analyses of age-cognition relations in adulthood. Estimates of linear and nonlinear age effects and structural models. *Psychological Bulletin*, 122, 231-249.
- Vömel, Thomas (1991): Biologische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D./Herrmann, Werner/Kanowski, Siegfried/Lehr, Ursula M./Thomae, Hans (Hrsg.): *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. 2. Auflage. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 47-53.
- Vonken, Matthias (2005): *Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspädagogik*. Wiesbaden: VS Verlag.
- VU University and VU University Medical Center (2013), URL: <http://www.lasa-vu.nl/index.htm>; <http://www.lasa-vu.nl/publications/publications.htm> [Abruf: 21.02.2013].
- Wadsworth, Michael (2006): Data curation in the MRC National Survey of Health and Development. Medical Research Council National, Survey of Health and Development, Dept. of Epidemiology, University College London.
- Wagner, Karl Heinz (o.J.): Darstellung von Wissen. URL: <http://www.fb10.uni-bremen.de/khwagner/wissen/pdf/wissen.pdf> [Abruf: 01.08.2012].
- Wagner, Michael/Schütze, Yvonne/Lang, Frieder R. (1996): Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 301-319.
- Wagner, Michael/Wolf, Christof (2001): Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4, 529-554.
- Wahl, Hans-Werner (2010): Wir sind selbst unsere Alterns Schmied (Interview). *Gehirn & Geist. Das Magazin für Psychologie und Hirnforschung. Spektrum der Wissenschaft*, 12, 21-23.
- Wahl, Hans Werner/Heyl, Vera (2004): *Gerontologie – Einführung und Geschichte: Grundriss Gerontologie*, Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (1999): Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter, Gesamtdiskussion. *Zeitschrift für Gerontologie*, 32(6), 450-472.
- Wahl, Hans Werner/Tesch-Römer, Clemens (2000): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walberg, Herbert J. (1987): Learning and Life-Course Accomplishment. In: Schooler, Carmi/Schaie, K. Warner (Hrsg.): *Cognitive Functioning and Social Structure over the Life Course*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 203-229.
- Walk, Laura (2011): Bewegung formt das Gehirn. *DIE – Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 1, 27-29.
- Walker, Alan (1993): *Einstellungen zum Alter. Hauptergebnisse einer Eurobarometer-Umfrage*. Luxemburg: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Wang, Hui-Xin/Karp, Anita/Winblad, Bengt/Fratiglioni, Laura (2002): Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1081-1087.
- Watters, Ethan (2007): Epigenetik. Der Übercode. *GEO Magazin* Nr. 4/07 - Was den Menschen prägt. URL: <http://www.geo.de/GEO/mensch/medizin/53101.html> [Abruf: 20.07.2012].

- Weber, Germain/Glück, Judith/Heiss, Cecilia/Sassenrath, Simone/Schäfer, Lars/Wehinger, Katharina (2005): ESAW – European Study of Adult Well-Being (2002- 2004): Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Wien: Facultas Verlag.
- Weinbach, Irmgard (1983): Alter und Altern. Zur Begründung eines gerontologischen Ansatzes. Frankfurt am Main: Verlag Moritz Diesterweg.
- Weiner, Bernard (1985): An attributional theory of achievement, motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weinert, Franz E. (1994): Altern in psychologischer Perspektive. In: Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 180-203.
- Weinert, Franz E. (Hrsg.) (1999a): *Konzepte der Kompetenz*. Paris: OECD.
- Weinert, Franz E. (1999b): *Concept of competence*. Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung, München.
- Weinert, Franz E. (Hrsg.) (2001a): *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim.
- Weinert, Franz E. (2001b): *Concept of Competence. A Conceptual Clarification*. In: Rychen, Dominique S./Hersh Salganik, Laura. (Hrsg.): *Defining and Selecting Key Competencies*. Göttingen, 45-66.
- Weinert, Franz E./Knopf, Monika (1990): Gedächtnistraining im höheren Erwachsenenalter. Lassen sich Gedächtnisleistungen verbessern, während sich das Gedächtnis verschlechtert? In: Schmitz-Scherzer, Reinhard/Kruse, Andreas/Olbrich, E. (Hrsg.): *Altern. Ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion*. Darmstadt: Steinkopff, 91-102.
- Weinrich, Harald (2006): *Sprache, das heißt Sprachen. Mit einem vollständigen Schriftenverzeichnis des Autors 1956-2005*. Forum für Fachsprachen. 3., ergänzte Auflage. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Weisman, Avery D./Hackett, Thomas P. (1967): Denial as a social act. In: Levin, Sidney/Kahana, Ralph J. (Hrsg.): *Psychodynamic studies on aging*. New York: International University Press, 79-110.
- Welford, Alan (1984): Between bodily changes and performance. Some possible reasons for slowing with age. *Experimental Aging Research* 10, 73-88.
- Wendler, Jürgen (2011): *Wie man bis ins hohe Alter geistig fit bleibt*. Weser Kurier, Bremen 26.01.2011.
- Werner, Emmy E. (1993): Risk, resilience and recovery. Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, Emmy E./Smith, Ruth S. (1982): *Vulnerable but Invincible. A Study of Resilient Children*. New York: McGraw-Hill.
- Whalley, Lawrence J. (2001): Longitudinal cohort study of childhood IQ an survival up to age 76, Paper, *BMJ* 2001.
- Whalley, Lawrence J. (2012): *Cognitive Reserve and Cognitive Ageing*. In: Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hrsg.): *Gesund altern. Individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen*. Schriften des Marsilius-Kollegs. Bd. 7. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 47-68.

- Whalley, Lawrence J./Deary, Ian J./Appleton, Charlotte L./Starr, John M. (2004): Cognitive reserve and the neurobiology of cognitive aging. *Ageing Research Reviews*, 3(4), 369-382.
- WHO MONICA Projekt (2009), URL: <http://www.ktl.fi/monica/> [Abruf: 17.11.2009].
- Wick, Alexander (2009): Kontextabhängigkeit der Auswahl und Brauchbarkeit von Messverfahren zur Diagnose beruflicher Kompetenzen. *Report – Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 32(3), 24-34.
- Wienberg, Jana (2010): Eine Feldsondierung zum Thema Bildung und Gesundheit im Alter. *Der Pädagogische Blick*, 1, 37-49.
- Wienberg, Jana (2012): Voraussetzungen und Erwartungen von älteren Lernenden. Ein Intergruppenvergleich der Zielgruppen im Rahmen der [OrTe]-Befragung des DFG-Projekts „Dienstleistung Weiterbildung – Organisationsanalysen zur Ausdifferenzierung im Anbieter- und Leistungsspektrum“ des Instituts für Erwachsenen- und Bildungsforschung (IfEB), Universität Bremen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Wienberg, Jana/Czepek, Judith (2011): „Aktives Altern“ unter Vorbehalt - Ungleiche Teilhabechancen von der Wiege bis zur Bahre. *Magazin Erwachsenenbildung.at - Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs*, 13. URL: [http://erwachsenenbildung.at/magazin/11-13/meb11-13\\_05\\_wienberg\\_czepek.pdf](http://erwachsenenbildung.at/magazin/11-13/meb11-13_05_wienberg_czepek.pdf) [Abruf: 24.05.2013].
- Willemsen, Roger (2012): *Momentum*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Willis, Sherry L./Nesselroade, Carolyn S. (1990): Long-term effects of fluid ability training in old-old age. *Developmental Psychology*, 26(6), 905-910.
- Wilson, Thomas (1982): Qualitative „oder“ quantitative Methoden in der Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 487-508.
- Wilson, Robert S./Krueger, Kristin R./Arnold, Steven E./Schneider, Julie A./Kelly, Jeremiah F./Barnes, Lisa L./Tang, Yuxiao/Bennett, David A. (2007): Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240.
- Wilson, Robert S./Mendes de Leon, Carlos F./Barnes, Lisa L./Schneider, Julie A./Bienias, Julia L./Evans, Denis A./Bennett, David A. (2002): Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287(6), 742-748.
- Wine, Jennifer/Cominole, Melissa/Wheelless, Sara C./Bryant, Alyssa/Gilligan, Theresa/Dudley, Kristin/Franklin, Jeff (2006): Working Paper Series 2004/06. Beginning Postsecondary Students Field Test. Methodology Report National Center for Education Statistics, Washington.
- Wine, Jennifer S./Cominole, Melisa B./Wheelless, Sara C./Dudley, Kristin/Franklin, Jeff (2005): 1993/03 Baccalaureate and Beyond Longitudinal Study (B&B:93/03). Methodology Report, U.S. Department of Education Institute of Education Sciences.
- Winter, David A. (1991): *The biomechanics and motor control gait. Normal, elderly, and pathological*. 2. Auflage. Waterloo, Ontario, Canada: University of Waterloo Press.
- Wittchen, Hans-Ulrich/Lachner, Gabriele/Perkonigg, Axel/Hoeltz, Jürgen (1994): Sind psychische Störungen in den neuen Bundesländern häufiger? *Verhaltenstherapie*, 4(2), 96-103.
- World Health Organization (WHO) (2002): *Aktives Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Wien: BMSK.



- World Health Organisation (WHO) (2006): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) [Abruf: 30.11.2009].
- Wrenn, Kimberly A./Maurer, Todd J. (2004): Beliefs about older workers` learning and development behavior in relation to beliefs about malleability of skills, age-related decline and control. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(2), 223-242.
- Wurm, Sebastian (2007): *Informelles Lernen. Ein Überblick*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Wurm, Susanne/Engstler, Heribert/Tesch-Römer, Clemens (2009): Ruhestand und Gesundheit. Expertise für die Akademiengruppe „Altern in Deutschland“ der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech). Nr. 46/2009. URL: [http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Diskussionspapier\\_Nr\\_46.pdf](http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Diskussionspapier_Nr_46.pdf) [Abruf: 14.11.2012].
- Wurm, Susanne/Lampert, Thomas/Menning, Sonja (2009): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin 2009, 79-91.
- Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer, Clemens/Engstler, H./Wurm, Susanne (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuell Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 329-383.
- Wurm, Susanne/Tomasik, Martin/Tesch-Römer, Clemens (2010): On the importance of a positive view on aging for physical exercise among middle-aged and older adults. Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology and Health*, 25(1), 25-42.
- Zacks, Rose/Radavansky, Gabriel/Hasher, Lynn (1996): Studies of directed forgetting in older adults. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 22, 143-156.
- Zahodne, Laura B./Glymour, Maria M./Sparks, Catharine/Bontempo, Daniel/Dixon, Roger A./MacDonald, Stuart W.S./Manly, Jennifer J. (2011): Education does not slow cognitive decline with aging. 12-year evidence from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17, 1039-1046.
- Zborowski, Mark (1952): Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.
- Zimprich, Daniel (1998): Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und fluide Intelligenz im höheren Erwachsenenalter. Eine Sekundäranalyse des Datenmaterials der Bonner Längsschnittstudie des Alterns anhand von „Latent Growth Curve Models“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 89-96.
- Zivian, Marilyn/Darjes, Richard (1983): Free recall by in-school and out-of-school adults. *Developmental Psychology*, 19, 513-520

## Appendix

### Appendix 1:

#### **Projektstätigkeiten des Marsilius-Projekts „Perspectives of Ageing in the Process of Social and Cultural Change“**

Im Marsilius-Projekt konnte eine teilprojektübergreifende Perspektive durch regelmäßige Doktorandenseminare, bei der der Schwerpunkt sowohl auf einer methodischen sowie methodologischen Ausrichtung als auch auf der inhaltlichen Diskussionsebene lag, eingenommen werden. Hierzu wurden regelmäßig externe Experten/-innen eingeladen, um im Rahmen des Doktorandenseminars projektübergreifend relevante Themen wie „Die Kognitive Reserve“ zu vertiefen oder bspw. in „Grundzüge der Strukturgleichungsanalyse“ einzuführen. Des Weiteren wurde im Rahmen der Doktorandenseminare die Organisation der Sommerschule „Gesund Altern – individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen“ im Jahre 2009 übernommen. Zu der Sommerschule (30.08.-11.09.2009) wurden dreißig ausgewählte junge Wissenschaftler/-innen aus verschiedenen Disziplinen nach Heidelberg eingeladen. Die Teilnahme an der Sommerschule ermöglichte einen interdisziplinären Austausch zu der übergeordneten Frage, inwiefern Beeinträchtigungen im Alter auf genetisches Schicksal, Eigenverantwortung oder die Folgen von Arbeits- und Lebensverhältnissen zurückzuführen sind. Als zentraler Aspekt wurde in diesem Rahmen das Zusammenspiel verschiedener Bestimmungsfaktoren aus gerontologischer, medizinischer, neuro-biologischer, ökonomischer, psychologischer, linguistischer, bildungswissenschaftlicher und soziologischer Sicht diskutiert.

Im folgenden Sommer 2010 erfolgte die Präsentation der Projektarbeit – in Form eines interdisziplinären Nachwuchssymposiums unter dem Thema „Perspectives of Ageing – Individuelle Ressourcen und institutionelle Rahmenbedingungen“ – beim Deutschen Gerontologie- und Geriatrie-Kongress in Berlin (Kongress „Hoffnung Alter“ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie, Berlin 15. – 17. September 2010; URL: <http://www.dggg-kongress.org/index.html>). Teilprojektübergreifend wurden ausgehend von einem lebenslaufanalytischen Ansatz individuelle als auch gesellschaftliche Problemstellungen und Herausforderungen gesunden Alterns aus verschiedenen Forschungsperspektiven thematisiert. Ziel des Symposiums war es, auf Grundlage eines genaueren Verständnisses des im gesamten Lebenslauf verankerten Ressourcenaufbaus und dessen Bedeutung für den Erhalt von Gesundheit und kognitiver Leistungsfähigkeit im Alternsprozess zu benennen und somit zur Entwicklung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen beizutragen zu können. Über die geschilderten Aktivitäten des Doktorandenseminars hinaus konnte eine Reihe von transdisziplinären Vorträgen, z.B. der Vortrag aus bildungswissenschaftlicher

und soziologischer Perspektive von Judith Czepek und Jana Wienberg beim Geriatriekongress „Autonomie“ in Wien (12.-14. Mai 2011), der die Voraussetzungen für Autonomie im höheren Lebensalter thematisierte, und Publikationen (u.a. Wienberg/Czepek 2011) initiiert und Synergien geschaffen werden (vgl. Schröder/Pohlmann 2012).

## Appendix 2: Nationale Studien

Studienabkürzung	Studientitel	Autoren/Initiatoren	Quellennachweise
1 AMA (PREFER)	Autonomie trotz Multimorbidität im Alter; Teilprojekt: PREFER: Personale Ressourcen von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Robert Koch-Institut (RKI), Freie Universität Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF), Alice Salomon Hochschule (gefördert vom BMBF)	Charité Berlin (2013), URL: <a href="http://www.ama-consortium.de/">http://www.ama-consortium.de/</a> [Abruf: 21.02.2013]
2 ALWA	Arbeiten und Lernen im Wandel	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Universität Mannheim	Kleinert, Corinna/Matthes, Britta/Jacob, Marita (2008): Die Befragung „Arbeiten und Lernen im Wandel“. Theoretischer Hintergrund und Konzeption. In: IAB Forschungsbericht 5/2008 URL: <a href="http://doku.iab.de/forschungsbericht/2008/fb0508.pdf">http://doku.iab.de/forschungsbericht/2008/fb0508.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]
3 BASE	Berliner Altersstudie	Max-Planck-Institut für Bildungsforschung/Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max Planck Institute for Human Development (2009), URL: <a href="http://www.base-berlin.mpg.de">http://www.base-berlin.mpg.de</a> [17.12.2009]</li> <li>• Smith, Jacqui/Delius, Julia (2003): Die längsschnittlichen Erhebungen der Berliner Altersstudie (BASE). In: Karl, Fred: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie, 225-249</li> <li>• Oerter, Rolf/Montanda, Leo (Hrsg.) (2008): Entwicklungspsychologie. 6. vollst. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz, 385</li> </ul>
4 Bildungsbeteiligung: Chancen und Risiken	Bildungsbeteiligung: Chancen und Risiken. Eine Längsschnittstudie über Bildungs- und Weiterbildungskarrieren in der "Moderne"	Friebel, Harry/Epskamp, Heinrich/Knobloch, Brigitte/Montag, Stefanie/Toth, Stephan, Universität Hamburg	Friebel, Harry/Epskamp, Heinrich/Knobloch, Brigitte/Montag, Stefanie/Toth, Stephan (2000): Bildungsbeteiligung: Chancen und Risiken. Eine Längsschnittstudie über Bildungs- und Weiterbildungskarrieren in der "Moderne". Schriftreihe der Hochschule für Wirtschaft und Politik. Hamburg, Bd. 4. Opladen: Leske+Budrich
5 BIS	Bielefelder Involnerabilitätsstudie	Lösel, Friedrich/Universität Bielefeld	Lösel, Friedrich/Bender, Doris (1999): Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael/Freytag, Andreas (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt, 37-58
6 BOLSA	Bonner Längsschnittstudie des Alterns	Thomae, Hans/Lehr, Ursula, Universität Bonn	Lehr, Ursula/Thomae, Hans (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Ferdinand Enke
7 DEAS	Deutscher Alterssurvey	DZA - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Freie Universität Berlin, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (gefördert vom BMFSFJ)	Dittmann-Kohli, Freya/Kohli, Martin/Künemund, Harald/Motel, Andreas/Steinleitner, Christina/Westerhof Gerben (1997): Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen - Erhebungsdesign und Instrumente des Alters-Survey. Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL) in Zusammenarbeit mit infas-Sozialforschung. Forschungsbericht 61, Juni 1997. URL: <a href="http://www.fall-berlin.de/lit/FALL_Forschungsbericht_61.pdf">http://www.fall-berlin.de/lit/FALL_Forschungsbericht_61.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]
8 EdAGE	Education & Ageing	Ludwig-Maximilian-Universität München (gefördert vom DIE, BMBF)	Tippelt, Rudolf/Schmidt, Bernhard/Schnurr, Simone/Sinner, Simone/Theisen, Catharina (2009): Bildung Älterer. Chancen im demografischen Wandel. Bielefeld: Bertelsmann
9 ESTHER	Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung	Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, Gesundheitsberichterstattung Saarland-Krebsregister, Saarbrücken	Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg (o.J.), URL: <a href="http://esther.dkfz.org/esther/">http://esther.dkfz.org/esther/</a> [Abruf: 21.02.2013]
10 Family and Fertility Surveys (deutsch)	Längsschnittanalysen des deutschen Family and Fertility Surveys	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung	Hullen, Gerd (1998): Lebensverläufe in West- und Ostdeutschland: Längsschnittanalysen des deutschen Family and Fertility Surveys. Schriftreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Bd. 26. Opladen: Leske + Budrich

11	FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit	Schumacher, Jörg/Laubach, Wilfried/Brähler, Elmar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schumacher, Jörg/Laubach, Wilfried/Brähler, Elmar (1995): Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4/1995, 17-26</li> <li>• Schumacher, Jörg/Gunzelmann, Thomas/Brähler, Elmar (1996): Lebenszufriedenheit im Alter - Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9, 1-17</li> </ul>
12	ILSE	Interdisziplinäre Langzeitstudie des Erwachsenenalters	Abteilung für Entwicklungsforschung des Deutschen Zentrums für Altersforschung (DZFA), Universitäten Heidelberg, Leipzig, Bonn, Erlangen-Nürnberg, Rostock	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Martin, Peter/Martin, Mike/Schmitt, Marina/Sperling, Uwe (2000): Forschungsberichte aus dem DZFA (Nr.8) Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) - Abschlussbericht über den 2. Untersuchungsdurchgang, URL: <a href="http://www.dzfa.uni-heidelberg.de/">http://www.dzfa.uni-heidelberg.de/</a> [Abruf: 15.04.2010]</li> <li>• Schmitt, Marina/Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (2008) (Hrsg.): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kapitel 1, 10-15 URL: <a href="http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rw_b=true.pdf">http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rw_b=true.pdf</a> [Abruf: 22.04.2012]</li> </ul>
13	KORA-AGE	KORA-AGE: Gesundheit im Alter	Helmholtz Zentrum München Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Klinikum Augsburg, LMU München, TU München, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin	Helmholtz Zentrum München Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (2012), URL: <a href="http://www.helmholtz-muenchen.de/kora/informationen-fuer-wissenschaftlerinnen/aktuelle-kora-studien/kora-age-verbund/index.html">http://www.helmholtz-muenchen.de/kora/informationen-fuer-wissenschaftlerinnen/aktuelle-kora-studien/kora-age-verbund/index.html</a> [Abruf: 21.02.2013]
14	LEILA75+	Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung	Universität Leipzig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riedel-Heller, Steffi G./Busse, Anja/Aurich, Conny/Matschinger, Herbert/Angermeyer, Matthias C. (2001a): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). Part 1. British Journal of Psychiatry, 179, 250-254</li> <li>• Riedel-Heller, Steffi G./Busse, Anja/Aurich, Conny/Matschinger, Herbert/Angermeyer, Matthias C. (2001b): Incidence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). Part 2. British Journal of Psychiatry, 179, 255-260</li> </ul>
15	LES	Lebenserwartungssurvey	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gärtner, Karla/Grünheid, Evelyn/Luy, Marc (Hrsg.) (2005): Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität - Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BIB. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Band 36. Wiesbaden: VS Verlag</li> <li>• Kroll, Lars E./Lampert, Thomas (2009): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Methode - Daten - Analysen, 2009, Jg. 3, Heft 1, 3-30</li> </ul>
16	LiE	Lebensverläufe von der späten Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter	Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (BIJU-Projekt)	Fend, Helmut/Berger, Fred/Grob, Urs (Hrsg.) (2009): Lebensverläufe, Lebensbewältigung, Lebensglück. Ergebnisse der LiE-Studie. Wiesbaden: VS Verlag
17	LOGIK	LOGIK: Münchener Längsschnittstudie	Universität Koblenz-Landau	Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2008): Entwicklung von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter - Befunde der Münchener Längsschnittstudie LOGIK. Weinheim: Beltz
18	LUCAS (deutsch)	Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie	Abteilung für Klinisch-Geriatriische Forschung am Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie (gefördert durch das BMBF)	Abteilung für Klinisch-Geriatriische Forschung am Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie (o.J.), URL: <a href="http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatrike_klinik/leistungsspektrum/lucas">http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatrike_klinik/leistungsspektrum/lucas</a> [Abruf: 21.02.2013]

19	MONICA (deutsch)	Monitoring Cardiovascular disease: Multinationale Beobachtung von Trends und Determinanten der Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Weltgesundheitsorganisation (WHO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Löwel, Hannelore/Meisinger, Christa/Schneider, Andrea/Döring, Angela (2006): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den kardiovaskulären Risikofaktoren. Ausgewählte Ergebnisse aus der MONICA/KORA-Kohortenstudie 1984 bis 2002. Vasomed, 18(6), 216.</li> <li>• Löwel, Hannelore/Döring, Angela/Schneider, Andrea/Heier, Margit/Thorand, Barbara/Meisinger, Christa (2005): Die MONICA Augsburg Surveys - Grundlage für prospektive Kohortenstudien Gesundheitswesen, 67 (Suppl. 1), 13-18</li> </ul>
20	NEPS	National Educational Panel Study	Blossfeld, Hans Peter/ Institut für bildungswissenschaftliche Längsschnittforschung Bamberg (INBIL) (gefördert vom BMBF, DFG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blossfeld, Hans Peter (2009): Working Paper Series. Education Across the Life Course. URL: <a href="http://www.ratswd.de/download/RatSWD_WP_2009/RatSWD_WP_61.pdf">http://www.ratswd.de/download/RatSWD_WP_2009/RatSWD_WP_61.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• NEPS – Nationales Bildungspanel (o.J.), URL: <a href="https://www.neps-data.de/">https://www.neps-data.de/</a> [Abruf: 21.02.2013].</li> </ul>
21	Neues Alter	Neues Alter: Strukturwandel und Weiterbildung älterer Menschen	Köster, Dietmar (gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, NRW)	Köster, Dietmar (1998): Strukturwandel und Weiterbildung älterer Menschen. Eine Studie des neuen Alters im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. Münster: Lit Verlag
22	OASIS (deutsch)	Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity	Tesch-Römer, Clemens/Konratowicz, Hans Joachim v./Motel-Klingebiel, Andreas/Struppek, Delia, Deutsches Zentrum für Altersfragen	URL: <a href="http://oasis.haifa.ac.il/">http://oasis.haifa.ac.il/</a> [Abruf: 21.02.2013]
23	SHARE (deutsch)	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)	URL: <a href="http://www.share-project.org/">http://www.share-project.org/</a> [Abruf: 21.02.2013]
24	SHIP	Study of Health in Pomerania - Leben und Gesundheit in Vorpommern	Forschungsverbund Community Medicine/Völzke, Henry (gefördert u.a. vom BMBF, Kultusministerium des Landes MVP, Sozialministerium des Landes MVP Klinikum der Hansestadt Stralsund, DFG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• URL: <a href="http://www.medin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship.html">http://www.medin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship.html</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Baumeister, Sebastian/Alte, Dietrich/John, Ulrich (2004): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung? - Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). Gesundheitswesen 2004; 66(3), 175-179</li> <li>• Publikationsliste unter: URL: <a href="http://www.medin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship/res_pub_de.html">http://www.medin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship/res_pub_de.html</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
25	SIMA	Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter	Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Oswald, Wolf D./Gunzelmann, Thomas (gefördert vom BMFSFJ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oswald, Wolf D./Gunzelmann, Thomas (Hrsg.) (1993): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Theoretische und methodische Grundlagen. Bd. 2. Erlangen: Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychologie II</li> <li>• Oswald, Wolf D./Hagen, Bernd/ Rupperecht, Roland/Gunzelmann, Thomas et al. (Hrsg.) (2001): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Abschlussbericht Teil I. Selbstständigkeit der SIMA-Teilnehmer. Bd. 27. Erlangen: Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychogerontologie</li> </ul>
26	SMHA	Studieren im mittleren und höheren Alter	Kolland, Franz/Institut für Soziologie, Universität Wien	Kolland, Franz (2000): Studieren im mittleren und höheren Alter. Eine empirische Studie zu Wirkungen und Bedingungen wissenschaftlicher Weiterbildung. 1.Auflage. Frankfurt a. M.: Brandes und Apsel
27	SOEP	Sozio-oekonomisches Panel	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin, Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin	Lohmann, Henning/Spieß, Katharina C./Groh-Samberg, Olaf/Schupp, Jürgen (2008): Analysepotenziale des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für die empirische Bildungsforschung. URL: <a href="http://www.gsoep.de/documents/publikationen/73/85966/m28.pdf">http://www.gsoep.de/documents/publikationen/73/85966/m28.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]
28	ZÄM	Zeitverwendung älterer Menschen	Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Bundesamt	Engstler, Herbert/Menning, Sonja/Hoffmann, Elke/Tesch-Roemer, Clemens (2004): Die Zeitverwendung älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Alltag in Deutschland - Analysen zur Zeitverwendung. Stuttgart: Metzler Poeschel, 216-246 (Band 43 der Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik)

### Appendix 3: Internationale Studien

Studienabkürzung	Studientitel	Autoren/Initiatoren	Quellennachweise
1 ADAMS	Aging, Demographics, and Memory Study	Duke University Medical Center, Institute for Social Research, University of Michigan, Veterans Affairs Center for Practice Management and Outcomes Research, Colleges of Public Health and Medicine, University of Iowa, u.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University of Michigan: ADAMS (2013). URL: <a href="http://aging-memory.duhs.duke.edu/ADAMS.html">http://aging-memory.duhs.duke.edu/ADAMS.html</a>: <a href="http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=shoavail&amp;ivyear=XB">http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=shoavail&amp;ivyear=XB</a>: <a href="http://hrsonline.isr.umich.edu/alerts">http://hrsonline.isr.umich.edu/alerts</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Plassman, Brenda L./Langa, Kenneth M./Fisher, Gwenith G. (2007): Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. <i>Neuroepidemiology</i> 2007;29, 125-132</li> </ul>
2 AHEAD	Asset and Health Dynamics	Department of Demography/ Georgetown University, Department of Economics/State University of New York, Institute for Social Research/ University of Michigan, Department of Preventive Medicine, University of Iowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• American Economic Association (o.J.). URL: <a href="http://www.aeaweb.org/RFE/showRes.php?cat_id=&amp;rfe_id=72">http://www.aeaweb.org/RFE/showRes.php?cat_id=&amp;rfe_id=72</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Soldo, Beth J./Hurd, Michael D./Rodgers, Willard L./Wallace, Robert B. (1997): Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old: An Overview of the AHEAD Study. <i>The Journals of Gerontology Series B</i> 1997, Vol. 52B (Special Issue), 1-20</li> <li>• McGary, Kathleen/Schoeni, Robert F. (1997): Transfer Behavior Within the Family: Results From the Asset and Health Dynamics Study. <i>The Journals of Gerontology Series B</i> 1997, Vol. 52B (Special Issue), 82-92</li> </ul>
3 ALAMEDA County	ALAMEDA County - Health and Ways of Living Study	National Institutes of Health and National Institute on Aging, George A. Kaplan, Lester Breslow	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Housman, Jeff/Dorman, Steve (2005): The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. <i>American Journal of Health Education</i>, 36 (5), 302-308</li> <li>• Kaplan, George A./Baltrus, Peter T./Raghunathan, Trivellore E. (2007): The shape of health to come: Prospective study of the determinants of 30-year health trajectories in the Alameda County Study. <i>International Journal Epidemiology</i>, 36(3), 542-548</li> <li>• Breslow, Lester/Enstrom, James E. (1980): Persistence of health habits and their relationship to mortality. <i>Preventive Medicine</i> 9, 469-483</li> </ul>
4 ALHSC	Adult learning, health and social capital	Feinstein, Leon/Hammond, Cathie	Feinstein, Leon/Hammond, Cathie (2004): The contribution of adult learning to health and social capital. <i>Oxford Review of Education</i> , Vol. 30, No.2, 2004
5 ALSA	Australian Longitudinal Study of Ageing	Centre for Ageing Studies (CAS), University of South Australia, Andrew, Gary/Luszcz, Mary/Clark, Michael	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andrews, Gary R./Myers, George C. (2000): Australian Longitudinal Study of Ageing, Waves 1-5, University of South Australia &amp; Centre for Ageing Studies.</li> <li>• Andrews, Gary R./Myers, George C. (2003): Australian Longitudinal Study of Ageing, Waves 6, University of South Australia &amp; Centre for Ageing Studies</li> <li>• Andrews, Gary R./Clark, Michael/Luszcz, Mary A. (2002): Successful Aging in the Australian Longitudinal Study of Aging: Applying the Mac Arthur Model Cross-Nationally. <i>Journal of Social Issues</i>, Vol. 58, No.4, 2002, 749-765</li> </ul>
6 Alzheimer's Disease Research		Washington University, Alzheimer's Disease Research Center	Roe, Catherine M./ Mintun, Mark A./ D'Angelo, Gina/Xiong, Chengjie/Grant, Elizabeth A./Morris, John C. (2008): Alzheimer Disease and Cognitive Reserve. Variation of Education Effect With Carbon 11-Labeled Pittsburgh Compound B Uptake. <i>Arch Neurol.</i> 2008;65(11), 1467-147

7	BAS	Bronx Aging Study	Sliwinsky, Martin/Lipton, Richard/Buschke, Herman/Stewart, Walter	Sliwinsky, Martin/Lipton, Richard/Buschke, Herman/Stewart, Walter (1996): The effects of preclinical dementia on estimates of normal cognitive functioning in aging. <i>Journal of Gerontology</i> , 51B, 217-225
8	B&B	Baccalaureate & Beyond Longitudinal Study	U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wine, Jennifer S./Cominole, Mellisa B./Wheeless, Sara/Dudley, Kristin/Franklin, Jeff (2005): 1993/03 Baccalaureate and Beyond Longitudinal Study (B&amp;B:93/03). Methodology Report, U.S. Department of Education Institute of Education Sciences</li> <li>Thomas, Rebecca E. (2007): Pathways to the Baccalaureate: A longitudinal study of sequence differences by parents' educationlevel. Department of Education Policy Studies, Department of Education Leadership</li> </ul>
9	BCS70	1970 Birth Cohort Study	Essex University	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universities of Essex and Manchester/Economic and Social Data Service: BCS (2013), URL: <a href="http://www.esds.ac.uk/findingData/bcsTitles.asp">www.esds.ac.uk/findingData/bcsTitles.asp</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>Bynner, John/Butler, Neville/Ferri, Elsa/Shepherd, Peter/ Smith, Kate (2000): CLS Cohort Studies working paper 1: The Design and conduct of the 1999-2000 surveys of the national child development study and the 1970 British Cohort Study. Institute of Education University of London.</li> </ul>
10	Beliefs about older workers	Beliefs About Older Workers' Learning and Development Behavior in Relation to Beliefs About Malleability of Skills, Age-Related Decline, and Control	Wrenn, Kimberly A./Maurer, Todd J.	Wrenn, Kimberly A./Maurer, Todd J. (2004): Beliefs about older workers' learning and development behavior in relation to beliefs about malleability of skills, age-related decline and control. <i>Journal of Applied Social Psychology</i> , 2004, 34/2, 223-242
11	BLSA	Baltimore Longitudinal Study of Aging	Department of Neurology Alzheimer's Disease Research Center, University School of Medicine u.a.	Shock, Nathan W. (1984): Normal Human Aging - The Baltimore Longitudinal Study of Aging. NIH Publication No. 84-2450. US Government Printing Office Washington D.C. URL: <a href="http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&amp;_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED292030&amp;ERICExtSearch_SearchType_0=no&amp;accno=ED292030">http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&amp;_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED292030&amp;ERICExtSearch_SearchType_0=no&amp;accno=ED292030</a> [Abruf: 05.05.2012]
12	BP	Betula Project: Memory, Health and Dementia	Department of Psychology, Umeå University	Department of Psychology, Umeå University: URL: <a href="http://www.betula.su.se/en/">http://www.betula.su.se/en/</a> [Abruf: 21.02.2013]
13	BPS	Beginning Postsecondary Students Longitudinal Study	National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences	Wine, Jennifer/Cominole, Melissa/Wheeless, Sara C./Bryant, Alyssa/Gilligan, Theresa/Dudley, Kristin/Franklin, Jeff (2006): Working Paper Series 2004/06. Beginning Postsecondary Students Field Test. Methodology Report National Center for Education Statistics, Washington
14	CLS	Canberra Longitudinal Study	Australian Institute of Health and Welfare, The Australian National University, Centre for Mental Health Research	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logie, Heather/Hogan, Rebecca/Peut, Ann (2004): Longitudinal studies og Ageing. Implications for future studies, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra</li> <li>Christensen, Helen et al. (2001): Age is no kinder to the better educated. Absence of an association investigated using latent growth techniques in a community sample. <i>Psychological Medicine</i>, 31, 15-28</li> </ul>



15	Duke Studies	The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging	Duke University, National Institutes of Health	Busse, Edwald W./Maddox, George L. (1985): The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging (1955-1980). Overview of history, design, and findings. New York: Springer
16	CSHA	Canadian Study of Health and Aging	University Quebec, University Ontario Kröger, Edeltraut/Andel, Ross/Linsay, Joan/Bennounissa, Zohra/ Verreault, Rene/Laurin, Danielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University of Ottawa/Health Canada (2002), URL: <a href="http://www.csha.ca/">http://www.csha.ca/</a>; <a href="http://csha.ca/r_publication_list.asp">http://csha.ca/r_publication_list.asp</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Kröger, Edeltraut/Andel, Ross et al. (2008): Is complexity of work associated with risk of demetia? The Canadian Study of Health and Aging. American Journal of Epidemiology (2008), Vol. 167, No.7, 820-830</li> </ul>
17	Effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged		Langer, Ellen J./Department of Psychology and Social Relations, Harvard University, Cambridge, Rodin, Judith/Yale University	Langer Ellen J./Rodin Judith (1976): The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. Journal of Personality and Social Psychology, 1976, 34(2), 191-198
18	ELS:2002	Education Longitudinal Study of 2002	National Center for Education Statistics, Washington	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Center for Education Statistics/Institute of Education Sciences, U.S.: ELS:2002 (o.J.), URL: <a href="http://nces.ed.gov/surveys/els2002/">http://nces.ed.gov/surveys/els2002/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Bozick, Robert/Lauff, Erich (2007): Education Longitudinal Study of 2002 (ELS:2002): A First Look at the Initial Postsecondary Experiences of the High School Sophomore Class of 2002. National Center for Education Statistics, Washington</li> </ul>
19	ELSA	English Longitudinal Study of Ageing	International Centre for Health and Society/ UCL, Institute for Fiscal Studies and UCL, National Centre for Social Research, Researchers from Cambridge/ Oxford/ Nottingham	International Centre for Health and Society, UK (2011), URL: <a href="http://www.ifs.org.uk/elsa/">http://www.ifs.org.uk/elsa/</a> ; <a href="http://www.ifs.org.uk/elsa/publications.php">http://www.ifs.org.uk/elsa/publications.php</a> [Abruf: 21.02.2013]
20	ESAW	European Study of Adult Well-Being (Österreich)	Weber, German/Glück, Judith/Schäfer, Katharina/Heiss, Cecilia/Sassenrath, Simone u.a.	Weber, German/Glück, Judith/Schäfer, Lars/Wehinger, Katharina/Heiss, Cecilia/Sassenrath, Simone (2005): ESAW - European Study of Adult Well-Being (2002-2004): Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Wien: Facultas Verlag
21	ETF	Evaluation Through Follow-up Stockholm	Stockholm Institute of Education, Nationale Bildungsagentur Schwedens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University of Gothenburg/Swedish National Data Service (2009), URL: <a href="http://snd.gu.se/en/catalogue/study/265">http://snd.gu.se/en/catalogue/study/265</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Reuterberg, Sven-Eric (1997): Evaluation through follow-up. Gender difference on the Swedish Scholastic Aptitude Test. Reports from the Department of Educational Research. Report No. 1997:02. Göteborg University. URL: <a href="https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/26994/1/gupea_2077_26994_1.pdf">https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/26994/1/gupea_2077_26994_1.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Murray, Asa/Sundin, Sven (2008): Schülerbewegungen und Beschäftigungschancen vor und nach Einführung eines dritten Jahres in den beruflichen Bildungsgängen der Sekundarstufe II. Europäische Zeitung für Berufsbildung, Nr.44, 2/2008</li> </ul>
22	FINGER	Finnish Geriatric Intervention study to prevent cognitive impairment and disability	National Institute for Health and Welfare/ Finland, Academy of Finland, Helsinki University University of Eastern Finland, University of Oulu, Kuopio Research Institute of Exercise Medicine, University of Western Ontario, Canada, Karolinska Institutet, Umeå University	National Institute for Health and Welfare, Finland (2013), URL: <a href="http://www.thl.fi/en_US/web/en/project?id=22356">http://www.thl.fi/en_US/web/en/project?id=22356</a> ; <a href="http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankeet/finger">http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankeet/finger</a> [Abruf: 22.02.2013]

23	Fredericton 80+ Study	Fredericton 80+ Study	St. Thomas University, Schweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Randall, William et al. (o.J.): The Fredericton 80+ Study. URL: <a href="http://www.stthomasu.ca/research/80plus/design.htm">http://www.stthomasu.ca/research/80plus/design.htm</a> [Abruf: 17.07.2012]</li> <li>• Jensen, Elmo/Ruilian Liang/Dehlin, Ove/Hagberg, Bo/Samuelsson, Gillis/Svensson, Torbjorn (1996): Laboratory values, symptoms and survival in an 80-year-old population. Archives of Gerontology and Geriatrics, 22(1), 71-80</li> </ul>
24	GCS	Georgia Centenarian Study	The University of Georgia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• College of Public Health. Institute of Gerontology (o.J.), URL: <a href="http://www.publichealth.uga.edu/geron/research/centenarian-study">http://www.publichealth.uga.edu/geron/research/centenarian-study</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• University of Georgia. Gerontology Center (2005), URL: <a href="http://www.publichealth.uga.edu/geron/sites/default/files/documents/publications/CentStudyBooklet.pdf">http://www.publichealth.uga.edu/geron/sites/default/files/documents/publications/CentStudyBooklet.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Quinn, Mary Ellen/Johnson, Mary Ann/Poon, Leonard W./Martin, Peter/Nickols-Richardson, Sharon M. (1997): Factors of nutritional health-seeking behaviors. Journal of Aging and Health, Vol. 9, No. 1, 90-104.</li> <li>• Hagberg, Bo/ Bauer Alfredson, Betty/Poon, Leonard W./Homma, Akira (2001): Cognitive functioning in Centenarians. A coordinated analysis of results from three countries. The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56(3), 141-151</li> </ul>
25	HRS	Health and Retirement Study	Institute for Social Research, University Michigan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University of Michigan: HRS (2013), URL: <a href="http://hrsonline.isr.umich.edu/">http://hrsonline.isr.umich.edu/</a>; <a href="http://hrsonline.isr.umich.edu/alerts">http://hrsonline.isr.umich.edu/alerts</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• National Institutes of Health. National Institute on Aging, U.S. (2012), URL: <a href="http://www.nia.nih.gov/health/publication/growing-older-america-health-and-retirement-study">http://www.nia.nih.gov/health/publication/growing-older-america-health-and-retirement-study</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Cigolle, Christine T./Langa, Kenneth M./Kabeto, Mohammed U./Tian, Zhiyi/Blaum, Caroline S. (2007): Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study. Annals of Internal Medicine 2007, 147, 156-164</li> <li>• Dor, Avi/Sudano, Joseph J./Baker, David (2006): The Effect of Private Insurance on the Health of Older, Working Age Adults: Evidence from the</li> </ul>
26	HS&B	High School and Beyond	Department of Economics, State University of New York at Buffalo, USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inter-university Consortium for Political and Social Research: HS&amp;B (o.J.), URL: <a href="http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/series/106">http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/series/106</a>; <a href="http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/biblio/series/106/resources?sortBy=1">http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/biblio/series/106/resources?sortBy=1</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• National Center for Education Statistics. Institute of Education Sciences, U.S.: HS&amp;B (o.J.), URL: <a href="http://nces.ed.gov/surveys/hsb/">http://nces.ed.gov/surveys/hsb/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Li, Minglian (2006): High School completion and future youth unemployment: New evidence from High School and beyond. Journal of Applied Econometrics, 21(2006), 23-53</li> </ul>
27	IDA	Basler Interdisziplinäre Altersstudie	Perrig-Chiello, Pasqualina/Stähelin, Hannes B./Perrig, Walter J.	Perrig-Chiello, Pasqualina/Stähelin, Hannes B./Perrig, Walter J. (Hrsg.) (1999): Wohlbefinden, Gesundheit und kognitive Kompetenz im Alter. Ergebnisse der Basler Interdisziplinären Altersstudie IDA. Bern: Paul Haupt

28	ILSA	Italian Longitudinal Study on Aging	National Research Council, Institute of Neuroscience, Aging Unit, Padova, Italy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maggi, Stefania et al. (1994): The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods. PubMed 1994 Dec; 6(6), 464-73</li> <li>• Solfrizzi, Vincenzo et al. (2005): Dietary intake of unsaturated fatty acids and age-related cognitive decline: A 8.5-year follow-up of the Italian Longitudinal Study on Aging. Neurobiology of Aging, 2005</li> </ul>
29	LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam	VU University and VU University Medical Center	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VU University and VU University Medical Center (2013), URL: <a href="http://www.lasa-vu.nl/index.htm">http://www.lasa-vu.nl/index.htm</a>; <a href="http://www.lasa-vu.nl/publications/publications.htm">http://www.lasa-vu.nl/publications/publications.htm</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Penninx, Brenda/Tilburg, Theo van/Kriegsman, Didi M. W./Deeg, Dorly J. H./Boeke, A. Joan P./van Eijk, Jacques Th. M. (1997): Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. American Journal of Epidemiology, Vol. 146(6), 510-519</li> </ul>
30	LCS	Longitudinal Cohort Study (Aberdeen)	Whalley Lawrence J./University of Aberdeen, Scotland, UK Deary, Ian J./University of Edinburgh Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology	Whalley, Lawrence (2001): Longitudinal cohort study of childhood IQ an survival up to age 76, Paper, BMJ 2001
31	LYSPE	Longitudinal Study of Young People in England	Department for Children, Schools and Families, England	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universities of Essex and Manchester/Economic and Social Data Service: LYSPE (2013), URL: <a href="http://www.esds.ac.uk/findingData/lstype/Titles.asp">http://www.esds.ac.uk/findingData/lstype/Titles.asp</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Department for Education, UK: LYSPE (o.J.), URL: <a href="https://www.education.gov.uk/lstype/workspaces/public/wiki/Welcome">https://www.education.gov.uk/lstype/workspaces/public/wiki/Welcome</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Strand, Steve (2007): Minority Ethnic Pupils in the Longitudinal Study of Young People in England (LYSPE). Research Report DCSF-RR002. Centre for Educational Development Appraisal and Research, University of Warwick</li> <li>• Gibbons, Stephen/Silva, Olmo (2009): School Quality, Child Wellbeing and Parents' Satisfaction, CEE DP 103</li> </ul>
32	MAAS	Maastricht Aging Study	Maastricht University, Maastricht school for Mental Health and Neuroscience (MHeNS), Caphri School for Public Health and Primary Care, Registration Network of Family Practices (RNH)	Maastricht University, Maastricht school for Mental Health and Neuroscience et al. (2012), URL: <a href="https://mhens.unimaas.nl/div1/maas/">https://mhens.unimaas.nl/div1/maas/</a> [Abruf: 21.02.2013]
33	MHAS	The Mexican Health and Aging Study	National Institutes of Health, National Institute on Aging Universities of Pennsylvania/Maryland, Wisconsin, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) Mexico	Kohler, Iliana/Soldo, Beth J. (2003): Cross-national comparability of health and mortality measures - evidence from the Mexican Health and Aging Study (MHAS) and the Health and Retirement Study (HRS)
34	MHW	Mental Health and Wellbeing	Andrew Jenkins Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, Institute of Education, London	Jenkins, Andrew (2009): Mental Health and Well-being in older Adults. Centre of Research on the Wider benefits of Learning. Institute of Education, London
35	Minnesota Study	Minnesota Study - Work attitudes and values of older US public service employees	University of Minnesota	Fredericksen, Renee, S. (2006): Work attitudes and values of older US public service employees. Promoting lifelong learning for older workers, CEDEFOP, Chapter 7, 123-139

36	NCDS	National Child Development Study	Centre for Longitudinal Studies, Institute of Education	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fredericksen, Renee, S. (2006): Work attitudes and values of older US public service employees. Promoting lifelong learning for older workers, CEDEFOP, Chapter 7, 123-139</li> <li>• Tolbize, Anick (2008): Generational differences in the workplace. Research and Training Center on Community Living. University of Minnesota. URL: <a href="http://rtc.umn.edu/docs/2_18_Gen_diff_workplace.pdf">http://rtc.umn.edu/docs/2_18_Gen_diff_workplace.pdf</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
37	NECS	New England Centenarian Study	Boston University School of Medicine and Boston Medical Center/ Massachusetts, Boston University School of Public Health/ Massachusetts, Eccles Institute of Human Genetics, University of Utah, Salt Lake City	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terry, Dellara F./Nolan, Vikki G./Andersen, Stacy L./Perls, Thomas/Cawthon, Richard (2008): Association of Longer Telomeres With Better Health in Centenarians. Journal of Gerontology: Biological Sciences, 2008, Vol. 63A, No. 8, 809-812</li> <li>• Boston University. School of Medicine (2012), URL: <a href="http://www.bumc.bu.edu/centenarian/">http://www.bumc.bu.edu/centenarian/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
38	NELS:88	National Education Longitudinal Study of 1988	US National Center for Education Statistics	National Center for Education Statistics. Institute of Education Sciences, U.S.: NELS (o.J.), URL: <a href="http://nces.ed.gov/surveys/NELS88/">http://nces.ed.gov/surveys/NELS88/</a> ; <a href="http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=1994487rev">http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=1994487rev</a> [Abruf: 21.02.2013]
39	NLS-72	National Longitudinal Study of the High School Class of '72	National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences	National Center for Education Statistics. Institute of Education Sciences, U.S.: NELS (o.J.), URL: <a href="http://nces.ed.gov/surveys/nls72/">http://nces.ed.gov/surveys/nls72/</a> ; <a href="http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=1994487rev">http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=1994487rev</a> [Abruf: 21.02.2013]
40	NLSCY	National Longitudinal Survey of Children and Youth	HRSDC (Human Resources Skills Development Canada), Statistics Canada	Statistics Canada: NLSCY (2010), URL: <a href="http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&amp;SDDS=4450&amp;Item_Id=25609&amp;lang=en">http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&amp;SDDS=4450&amp;Item_Id=25609&amp;lang=en</a> [Abruf: 22.02.2013]
41	NSHD	National Survey of Health and Development	Medical Research Council National Survey of Health and Development, Dept. of Epidemiology, University College London, London School of Economics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wadsworth, Michael (2006): Data curation in the MRC National Survey of Health and Development. Medical Research Council National Survey of Health and Development, Dept. of Epidemiology, University College London</li> <li>• MRC Unit for Lifelong Health and Ageing. MRC National Survey for Health and Development (2009), URL: <a href="http://www.nshd.mrc.ac.uk/">http://www.nshd.mrc.ac.uk/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
42	Panels d' Eleves		Ministère de l'éducation nationale, SDESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil national de l'information statistique (2013), URL: <a href="http://www.cnis.fr/cms/Accueil/enquetes/Outil_de_recherche_des_enquetes:ises_sionid=1716ACAA6E1F154C6D5CBCE62034ECF1?enquete=OPE-DEPP-PANEL-2011-ELEVES-PREMIER-12-W&amp;critere=serviceProducteur&amp;valeur=ORG-DEPP-13-W">http://www.cnis.fr/cms/Accueil/enquetes/Outil_de_recherche_des_enquetes:ises_sionid=1716ACAA6E1F154C6D5CBCE62034ECF1?enquete=OPE-DEPP-PANEL-2011-ELEVES-PREMIER-12-W&amp;critere=serviceProducteur&amp;valeur=ORG-DEPP-13-W</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Centre Maurice Halbwachs (o.J.), URL: <a href="http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/iil-0057.xml">http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/iil-0057.xml</a>; <a href="http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/iil-0182.xml">http://www.cmh.greco.ens.fr/enquetes/XML/iil-0182.xml</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>

43	PREHCO	Puerto Rican Elderly Health Conditions	University of Puerto Rico, School Graduated as Public Health, Medical Sciences Campus Center of Demography and Ecology, University of Wisconsin in Madison	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Institute on Aging (2010), URL: <a href="http://prehco.rcm.upr.edu/">http://prehco.rcm.upr.edu/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Palloni, Alberto (2003): Puerto Rican elderly: health conditions (PREHCO) wave 1, 2002-2003, Center for Demography of Health and Aging, University of Wisconsin</li> <li>• Palloni, Alberto (2006): Puerto Rican elderly: health conditions (PREHCO) wave 2, 2004-2006, Center for Demography of Health and Aging, University of Wisconsin</li> </ul>
44	SABE	The Health, Well-Being, and Aging Survey (Salud, Bienestar y Envejecimiento)	Instituto de Nutrición y Tecnologías de los Alimentos, Universidad de Chile, Pan American Health Organization	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaez, Martha (2005): Rev Panam Salud Publica/ Pan Am/ Public Health 17 (5/6), 2005, 307-322 (16)</li> <li>• Albala, Cecilia/Lebrao, Maria/Diaz, Esther et al. (2005): The Health, Well-being, and Aging (SABE) survey: methodology applied and profile of the study population, Pan American Health Organization (PAHO)</li> <li>• Project SABE: Barbados study-health, aging and wellbeing of the elderly in urban areas of Latin America and the Caribbean, Chronic Disease Research Centre, Barbados: URL: <a href="http://www.icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/03546.xml">http://www.icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/03546.xml</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
45	SATSA	Swedish Twin Study on Aging	Karollinska Institutet, Sweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• URL: <a href="http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=13903&amp;a=30148&amp;l=en">http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=13903&amp;a=30148&amp;l=en</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• URL: <a href="http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NACDA/studies/03843">http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NACDA/studies/03843</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
46	SLS	Seattle Longitudinal Study	Pennsylvania State University, Schaie, K. Warner/ Willis, Sherry L.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaie, K. Warner (2005a): Development Influence on Adult Intelligence - The Seattle Longitudinal Study. Oxford University Press</li> <li>• Bosworth, Hayden/Schaie, K. Warner (1997): The Relationship of Social Environment, Social Networks, and Health Outcomes in The Seattle Longitudinal Study: Two Analytical Approaches. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 52B, No. 5, 197-295</li> </ul>
47	SNAC	Swedish National study on Aging and Care	Stockholm Gerontology Research Center, Sweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stockholm Gerontology Research Center, Sweden (o.J.), URL: <a href="http://www.snac.org/">http://www.snac.org/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Lindwalla, Magnus/ Rennemarkabc, Mikael/Berggren, Thomas (2008): Movement in mind: The relationship of exercise with cognitive status for older adults in the Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). Aging &amp; Mental Health, Vol. 12, No. 2, March 2008, 212-220</li> <li>• Rennemark, Mikael/Holst, Göran/ Fagerstrom, Cecilia/Halling, Anders (2009): Factors related to frequent usage of the primary healthcare services in old age: findings from The Swedish National Study on Aging and Care. Health and Social Care in the Community (2009) 17(3), 304-311</li> </ul>
48	Stereotype Threat Effects		North Carolina State University	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hess, Thomas M./Hinson, Joey T./Hodges, Elizabeth A. (2009): Moderators of and Mechanisms Underlying Stereotype Threat Effects on Older Adults' Memory Performance. Experimental Aging Research, 2009/2, 153-177</li> </ul>

49	Studie zur „Auswirkung des Selbstbildes auf die Lebenserwartung“		Yale University	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lewy, Becca (2009): Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. <i>Current Directions in Psychological Science</i>, 18, 332-336</li> <li>• Lewy, Becca/Hausdorff, Jeffrey/Hencke, Rebecca/Wei, Jeanne (2000): Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. <i>Journal of Gerontology: Psychological Sciences</i>, 55B (4), 205-231</li> <li>• Lewy, Becca/Slade, Martin/Kunkel, Suzanne/Kasl, Stanislav (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>, 2002, Vol. 83, No. 2, 261-270.</li> <li>• Lewy, Becca/Myers, Lindsey (2004): Preventive health behavior influenced by self-perceptions of aging. <i>Preventive Medicine</i>, 39, 625-629</li> <li>• Lewy, Becca/Slade, Martin/May, Jeanine/Caracciolo, Eugene (2006): Physical recovery after acute myocardial infarction: positive age self-stereotypes as a resource. <i>International Journal of Human Development</i>, 62 (4), 285-301</li> </ul>
50	Studie „Selbst- und Fremdattribuierung und im Umgang mit dem eignen Altern“		Ostir, Glenn/ Universität von Texas, Galveston	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University Galveston. Academic Division and Research Center (2009), URL: <a href="http://www.its.utmb.edu/investigators/gostir.html">http://www.its.utmb.edu/investigators/gostir.html</a>;</li> <li><a href="http://rehabsciences.utmb.edu/ostir.asp">http://rehabsciences.utmb.edu/ostir.asp</a> [Abruf: 22.02.2013]</li> <li>• Ostir, Glenn V./Simonsick, Eleanor/Kasper, Judith D./Guralnik, Jack M. (2002): Satisfaction with support given and its association with subsequent health status. <i>Journal of Aging and Health</i>, Vol. 14, No. 3, 355-369</li> </ul>
51	The benefits of adult learning		Bynner, John/Hammond, Cathie	Bynner, John/Hammond, Cathie (2004): The benefits of adult learning: the quantitative insights. In: Schuller, Tom/Preston, John/Hammond, Cathie/Brasset-Grundy, Angela/Bynner, John (Hrsg.): <i>The Benefits of Learning. The Impact of Education on Health, Family Life and Social Capital</i> . London: Routledge Falmer, 161-178
52	VLS	The Victoria Longitudinal Study	University of Victoria, Department of Psychology	<ul style="list-style-type: none"> <li>• University of Victoria, Department of Psychology (2011), URL: <a href="http://www.ualberta.ca/~vls/ab/">http://www.ualberta.ca/~vls/ab/</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• Dixon, Roger A./de Friasb, Cindy M. (2004): The Victoria Longitudinal Study: From Characterizing Cognitive Aging to Illustrating Changes in Memory Compensation. <i>Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development</i>, Volume 11, Issue 2-3, 2004, 346-376</li> </ul>
53	Whitehall	Whitehall Study I + II	UCL Research Department of Epidemiology and Public Health, London	University College London (2013), URL: <a href="http://www.ucl.ac.uk/whitehall/">http://www.ucl.ac.uk/whitehall/</a> ; <a href="http://www.ucl.ac.uk/whitehall/research/findings/">http://www.ucl.ac.uk/whitehall/research/findings/</a> ; <a href="http://www.ucl.ac.uk/whitehall/publications/year/2012">http://www.ucl.ac.uk/whitehall/publications/year/2012</a> [Abruf: 22.02.2013]

54	YCS	Youth Cohort Study	Department for Education, England	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Department for Education, UK: YCS (2013), URL: <a href="http://www.education.gov.uk/researchandstatistics/statistics/statistics-by-topic/youthandadolescence/youthcohortstudy">http://www.education.gov.uk/researchandstatistics/statistics/statistics-by-topic/youthandadolescence/youthcohortstudy</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> <li>• HM Government UK (o.J.), URL: <a href="http://data.gov.uk/dataset/youth-cohort-study-longitudinal-study-of-young-people-in-england">http://data.gov.uk/dataset/youth-cohort-study-longitudinal-study-of-young-people-in-england</a> [Abruf: 21.02.2013]</li> </ul>
55	YITS	Youth in Transition Survey	Human Resources Development Canada, Human Resources Development Canada, Human Resources Development Canada, Statistics Canada	Statistics Canada: YITS (2011), URL: <a href="http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&amp;SDDS=4435&amp;lang=en&amp;db=imdb&amp;adm=8&amp;dis=2">http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&amp;SDDS=4435&amp;lang=en&amp;db=imdb&amp;adm=8&amp;dis=2</a> [Abruf: 21.02.2013]

### **Beschreibung der Kategorien in den nachfolgenden Abbildungen (Appendix 4-7):**

Die Kategorien des Erwachsenenalters werden in den Abbildungen wie folgt gefasst: Junges Erwachsenenalter entspricht etwa der Zeitspanne zwischen dem 18. bis 35. Lebensjahr, das mittlere Erwachsenenalter ist etwa der Zeitraum zwischen dem 35. bis 65. Lebensjahr und das hohe Erwachsenenalter lässt sich etwa zwischen dem 65. bis 80. Lebensjahr eingrenzen. Ab dem 80. Lebensjahr wird häufig vom hohen Alter gesprochen (Oerter/Montada 2008: 336, 366).

Siehe zur Kategorisierung der Lebensphasen ergänzend im Kapitel 3.1 *Chronologisches Alter*.

Das Ausmaß der formellen Bildungsaktivitäten wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:

+: Seltene Teilnahme an formellen Fort- und Weiterbildungen (formelle Lernaktivitäten im Beruf und/oder in der Freizeit), eher beruflich verpflichtende Weiterbildung (z.B. vorgeschriebene Sicherheitsschulungen), im Freizeitsektor wird kaum bis keine formelle Weiterbildung besucht.

++: Unregelmäßige bis regelmäßige Teilnahme an formellen Fort- und Weiterbildungen (formelle Lernaktivitäten im Beruf und/oder in der Freizeit), geht über die beruflich verpflichtende Weiterbildung hinaus, im Freizeitsektor wird mindestens einem Interesse in formeller bzw. institutionalisierter Form nachgegangen.

+++ : Häufige und regelmäßige Teilnahme an formellen Fort- und Weiterbildungen (formelle Lernaktivitäten im Beruf und/oder in der Freizeit), sowohl berufliche als auch freizeitbezogene Weiterbildung wird als „Lebensstil“ als selbstverständlicher und lebensbegleitender Bestandteil des Lebens verstanden.

Siehe zur begrifflichen Bestimmung formellen Lernens auch im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs* und im Kapitel 8.1 *Lernen in Bildungseinrichtungen*.

*Anmerkung: Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt* umfasst das durchschnittliche formelle Weiterbildungsverhalten über die drei Phasen des Erwachsenenalters.

Das Ausmaß der informellen Bildungsaktivitäten wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:

+: Es wird selten beruflichen und/oder freizeitbezogenen Bildungsaktivitäten im informellen Kontext nachgegangen.

++: Es wird (un)regelmäßig beruflichen und/oder freizeitbezogenen Bildungsaktivitäten im informellen Kontext nachgegangen.

+++ : Es wird häufig und regelmäßig beruflichen und/oder freizeitbezogenen Bildungsaktivitäten im informellen Kontext nachgegangen.

Siehe zur begrifflichen Bestimmung informellen Lernens auch im Kapitel 6. *Einordnung des Bildungsbegriffs* und auf Kapitel 8. *Kompetenzentwicklung und Bildung im Alter*.

*Anmerkung: Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt* umfasst das durchschnittliche informelle Weiterbildungsverhalten über die drei Phasen des Erwachsenenalters.

**Weiterbildungsaktivitäten (formell & informell) gesamt** umfasst das durchschnittliche sowohl formelle als auch informelle Weiterbildungsverhalten in seiner Gesamtheit über die drei Phasen des Erwachsenenalters.



Die objektive Gesundheit wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:

+: Laut ärztlicher Diagnose liegen keine bis wenige chronische Erkrankungen vor.

++: Laut ärztlicher Diagnose liegen einige (mehr als zwei) chronische Erkrankungen vor.

+++ : Laut ärztlicher Diagnose liegt eine Vielzahl chronischer Erkrankungen vor (Multimorbidität).

Siehe hierzu ergänzend im Kapitel 4.1 *Definition von Gesundheit*.

Die subjektive Gesundheit wird in den Abbildungen wie folgt erfasst:

+: Negative Bewertung der subjektiv erlebten Gesundheit, geringes Wohlbefindens.

++: Differente Bewertung der subjektiv erlebten Gesundheit, (teilweise) zufriedene Bewertung des Wohlbefindens.

+++ : Sehr positive Bewertung der subjektiv erlebten Gesundheit bzw. des Wohlbefindens.

Siehe hierzu ergänzend im Kapitel 4.1 *Definition von Gesundheit*.

Das Gesundheitsverhalten wird in den Abbildungen wie folgt kategorisiert:

+: **Risikoreicher Lebensstil** (unausgewogene Ernährung und/oder wenig Bewegung und/oder keine (bis unregelmäßige) Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie präventiver Maßnahmen und/oder überwiegend keine (konsequente) Vermeidung von Risikoverhalten).

++: **Eher gesunder Lebensstil** (überwiegend ausgewogene Ernährung und/oder (un)regelmäßige Bewegung und/oder (un)regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie präventiver Maßnahmen und/oder eher Vermeidung von Risikoverhalten).

+++ : **Gesunder Lebensstil** (ausgewogene Ernährung und/oder regelmäßige Bewegung und/oder regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie präventiver Maßnahmen und/oder (größtenteils) Vermeidung von Risikoverhalten).

Siehe hierzu ergänzend im Kapitel 4. *Bedingungen „erfolgreichen“ Alterns*.

**Appendix 4: Formelle Bildungsaktivitäten der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe**

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)													
	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (formell) junges EA	Weiterbildungsaktivitäten (formell) mittleres EA	Weiterbildungsaktivitäten (formell) spätes EA
Landmann	1357924	m	LE	P,K	+(+)	++	X	+(+)	+	+	○	+	
Ludwig	1468135	m	LE	P,K	+	+	—	+++	+	+	○	○	
Limberg	1781357	m	LE	P,K	++	+(+)	X	+(+)	++	+	+(+)	+	
Hoffmann	1864297	w	HD	P,K	+	+	—	++(+)	+	(+)	+	○	
Hegemann	2468135	m	HD	P,K	++	++	X	+(+)	+++	++	+++	++(+)	
Luther	2680074	w	LE	P,K	+++	+++	—	+++	+++	+++	+++	+++	
Lippert	2724689	w	LE	P,K	+	+	X	+	++	(+)	+	++	
Hansen	2975386	w	HD	P,K	++	++	—	+	++	+	+	++	
Haack	3579246	m	HD	P,K	+	+(+)	X	+	+	○	+	+	
Lange	3642975	m	LE	V,K	+++	+++	—	++	+++	++	+++	++(+)	
Hornberger	3791246	m	HD	L,KL	+++	+++	—	+	++(+)	+++	++(+)	++	
Hauser	4423103	w	HD	V,K	+	+	X	+	(+)	+	○	○	
Hartwig	4681357	m	HD	V,K,P	+(+)	++	—	+	++	+	+	++	

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)

	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (formell) junges EA	Weiterbildungsaktivitäten (formell) mittleres EA	Weiterbildungsaktivitäten (formell) spätes EA
Ludorf	4753864	m	LE	G,K,P	+	+(+)	X	+(+)	++(+)	++	+++	++	
Haberstroh	4813579	m	HD	P,K	+++	+++	X	+++	+++	+++	+++	++(+)	
Lukas	5413245	w	LE	V,K	+++	+++	X	+++	+++	+++	+++	+++	
Lose	5429753	m	LE	G,K,P	+	+	X	+(+)	+	○	+	○	
Holm	5579124	m	HD	P,K	+++	+++	—	+	+++	+++	+++	++(+)	
Lohmann	5587331	m	LE	P,K	+++	+++	X	++	+++	+++	+++	++	
Hübner	5792468	m	HD	G,K,P	++	++	—	+(+)	++	++	+(+)	+	
Hiller	6125891	w	HD	G,K,P	++	++	X	++	++(+)	+++	+(+)	++	
Hintze	6321792	w	HD	V,KL	++	++	—	+++	++(+)	+++	++	+(+)	
Lanz	6538642	m	LE	P,K	++	++	X	++	+++	+++	+++	+	
Hörmann	6813579	m	HD	P,K	+	+	X	+++	+	+	+	(+)	
Hoppe	6924681	m	HD	P,K	+++	+++	X	+++	+++	+++	+++	++(+)	
Hildebrand	7315209	w	HD	V,K	+(+)	+	—	++	++(+)	+++	+	++	

**Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)**

	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	Weiterbildungsaktivitäten (formell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (formell) junges EA	Weiterbildungsaktivitäten (formell) mittleres EA	Weiterbildungsaktivitäten (formell) spätes EA
Hagen	7579246	w	HD	P,K	+	+	—	+++	+	+	○	+	
Heinrich	7924681	m	HD	P,K	++	++	—	+++	+++	+++	+++	++(+)	
Herrmann	8135792	m	HD	P,K	+(+)	+(+)	—	+(+)	+	+	+	○	
Leuschner	8269713	w	LE	G,K	+	+	—	+	+	○	+	+	
Löffner	8579135	w	LE	P,K	+	+	—	+++	+	+	+	○	
Liebbach	8910547	w	LE	G,K	++	++	—	++	++(+)	+++	+++	++	
Laske	9087328	w	LE	L,K	+++	+++	—	+	+++	+++	+++	+++	
Haas	9246813	w	HD	P,KL	++	++	—	+	++	++	++	++	
Langhans	9324681	m	LE	G,K,P	++	++	X	+	++(+)	++	+++	++	
Hofstedt	9864297	w	HD	G,K,P,V	+	+	—	++	++	○	++	○(+)	
Lindner	9984686	w	LE	P,KL	++	++	X	+(+)	++	++	+(+)	+	

**Legende**

*Ausprägung:*

+++ hoch	○ gar keine	w weiblich	HD Heidelberg	G geschieden
++ mittel	x trifft zu	m männlich	LE Leipzig	L ledig
+ gering	— trifft nicht zu		EA Erwachsenenalter	P in einer Partnerschaft lebend
				V verwitwet
				KL kinderlos
				K Kinder

**Appendix 5: Informelle Bildungsaktivitäten der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe**

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)													
	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (informell) junges EA	Weiterbildungsaktivitäten (informell) mittleres EA	Weiterbildungsaktivitäten (informell) spätes EA
Landmann	1357924	m	LE	P,K	+(*)	++	X	+(*)	++	+	+(*)	--	
Ludwig	1468135	m	LE	P,K	+	+	—	+++	+++	++	--	++(*)	
Limberg	1781357	m	LE	P,K	++	+(*)	X	+(*)	++	+(*)	+(*)	++(*)	
Hoffmann	1864297	w	HD	P,K	+	+	—	++(*)	++	+	+(*)	--	
Hegemann	2468135	m	HD	P,K	++	++	X	+(*)	+++	++(*)	+++	+++	
Luther	2680074	w	LE	P,K	+++	+++	—	+++	+++	+++	+++	+++	
Lippert	2724689	w	LE	P,K	+	+	X	+	+(*)	+	+	+(*)	
Hansen	2975386	w	HD	P,K	++	++	—	+	++(*)	+(*)	++	+++	
Haack	3579246	m	HD	P,K	+	+(*)	X	+	++	+	+(*)	++	
Lange	3642975	m	LE	V,K	+++	+++	—	++	+++	++(*)	+++	+++	
Hornberger	3791246	m	HD	L,KL	+++	+++	—	+	+++	++(*)	+++	+++	
Hauser	4423103	w	HD	V,K	+	+	X	+	++	+(*)	+	++	
Hartwig	4681357	m	HD	V,K,P	+(*)	++	—	+	++	++	+(*)	++	

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)

	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (informell) junges EA	Weiterbildungsaktivitäten (informell) mittleres EA	Weiterbildungsaktivitäten (informell) spätes EA
Ludorf	4753864	m	LE	G,K,P	+	+(*)	X	+(*)	+++(*)	++	+++	++	
Haberstroh	4813579	m	HD	P,K	+++	+++	X	+++	+++	+++	+++	+++	
Lukas	5413245	w	LE	V,K	+++	+++	X	+++	+++	+++	+++	+++	
Lose	5429753	m	LE	G,K,P	+	+	X	+(*)	++	+	++	++	
Holm	5579124	m	HD	P,K	+++	+++	—	+	+++	+++	+++	+++	
Lohmann	5587331	m	LE	P,K	+++	+++	X	++	+++	+++	+++	+++	
Hübner	5792468	m	HD	G,K,P	++	++	—	+(*)	++	+	++	++(*)	
Hiller	6125891	w	HD	G,K,P	++	++	X	++	+++	+++	++	+++	
Hintze	6321792	w	HD	V,KL	++	++	—	+++	+++	++	++(*)	+++	
Lanz	6538642	m	LE	P,K	++	++	X	++	+++	++	++	+++	
Hörmann	6813579	m	HD	P,K	+	+	X	+++	++	+	+	+++	
Hoppe	6924681	m	HD	P,K	+++	+++	X	+++	+++	+++	+++	+++	
Hildebrand	7315209	w	HD	V,K	+(*)	+	—	++	+++	++	+++	+++	

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)

anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	Weiterbildungsaktivitäten (informell) gesamt	Weiterbildungsaktivitäten (informell) junges EA	Weiterbildungsaktivitäten (informell) mittleres EA	Weiterbildungsaktivitäten (informell) spätes EA
Hagen	7579246	w	HD	P,K	+	+	—	+++	++	+	+(+)	++
Heinrich	7924681	m	HD	P,K	++	++	—	+++	+++	+++	+++	+++
Herrmann	8135792	m	HD	P,K	+(+)	+(+)	—	+(+)	++	+	+(+)	++
Leuschner	8269713	w	LE	G,K	+	+	—	+	++	+	+(+)	++
Löffner	8579135	w	LE	P,K	+	+	—	+++	++	++	+	++
Liebbach	8910547	w	LE	G,K	++	++	—	++	++(+)	++(+)	+(+)	+++
Laske	9087328	w	LE	L,K	+++	+++	—	+	+++	+++	+++	+++
Haas	9246813	w	HD	P,KL	++	++	—	+	+++	++	++	+++
Langhans	9324681	m	LE	G,K,P	++	++	X	+	++	++	++	+++
Hofstedt	9864297	w	HD	G,K,P,V	+	+	—	++	++	+	++	++
Lindner	9984686	w	LE	P,KL	++	++	X	+(+)	++	++	+	++

+++ hoch	o gar keine	HD Heidelberg	P in einer Partnerschaft lebend
++ mittel	x trifft zu	LE Leipzig	V verwitwet
+ gering	— trifft nicht zu	K Kinder	T1 Erster Messzeitpunkt
		KL kinderlos	T2 Zweiter Messzeitpunkt
	w weiblich	G geschieden	T3 Dritter Messzeitpunkt
	m männlich	L ledig	EA Erwachsenenalter

**Appendix 6: Objektiver und subjektiver Gesundheitszustand der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe**

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)																
	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)	Obj. Gesundheit (junges EA)	Obj. Gesundheit (mittleres EA)	Obj. Gesundheit (spätes EA)	Subj. Gesundheit (junges EA)	Subj. Gesundheit (mittleres EA)	Subj. Gesundheit (spätes EA)
Landmann	1357924	m	LE	P,K	+(+)	++	X	+(+)	X (T1)	++	+(+)	+	++	+	++	
Ludwig	1468135	m	LE	P,K	+	+	—	+++	[X (T2)]	++	++	+	+++	+++	++(+)	
Limberg	1781357	m	LE	P,K	++	+(+)	X	+(+)	X (T2)	++(+)	++	+	++(+)	++	++(+)	
Hoffmann	1864297	w	HD	P,K	+	+	—	++(+)	X (T3)	++	++	+	+++	++	++	
Hegemann	2468135	m	HD	P,K	++	++	X	+(+)	X (T1)	++	++	+	+++	++	++	
Luther	2680074	w	LE	P,K	+++	+++	—	+++	X (T1)	+++	++	+(+)	+++	++(+)	++	
Lippert	2724689	w	LE	P,K	+	+	X	+	X (T2)	+++	++	+	+++	++	+(+)	
Hansen	2975386	w	HD	P,K	++	++	—	+	X (T1)	+++	++	+(+)	+++	++	+(+)	
Haack	3579246	m	HD	P,K	+	+(+)	X	+	X (T1)	++	++	+	++(+)	++	+++	
Lange	3642975	m	LE	V,K	+++	+++	—	++	X (T2)	++	++	+(+)	++	++	++	
Hornberger	3791246	m	HD	L,KL	+++	+++	—	+	○	++	++	+	++	++	+	
Hauser	4423103	w	HD	V,K	+	+	X	+	X (T1)	+(+)	+(+)	++	++	+	++	
Hartwig	4681357	m	HD	V,K,P	+(+)	++	—	+	○	+++	+++	++	+++	++	+	



**Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)**

anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)	Obj. Gesundheit (junges EA)	Obj. Gesundheit (mittleres EA)	Obj. Gesundheit (spätes EA)	Subj. Gesundheit (junges EA)	Subj. Gesundheit (mittleres EA)	Subj. Gesundheit (spätes EA)
Ludorf	4753864	m	LE	G,K,P	+	+(+)	X	+(+)	x (T1)	+(+)	++	++	++	++	++
Haberstroh	4813579	m	HD	P,K	+++	+++	X	+++	o	+++	+++	+++	+++	+++	++(+)
Lukas	5413245	w	LE	V,K	+++	+++	X	+++	o	+++	+++	++	+++	+++	+++
Lose	5429753	m	LE	G,K,P	+	+	X	+(+)	x (T1)	++	++	+	++	++	++
Holm	5579124	m	HD	P,K	+++	+++	—	+	o	++	+(+)	+	++	++	+++
Lohmann	5587331	m	LE	P,K	+++	+++	X	++	x (T1)	+++	++	+	+++	++	+(+)
Hübner	5792468	m	HD	G,K,P	++	++	—	+(+)	x (T3)	+++	++	+	+++	++	++
Hiller	6125891	w	HD	G,K,P	++	++	X	++	x (T3)	++	+	++	++(+)	++	+++
Hintze	6321792	w	HD	V,KL	++	++	—	+++	x (T1)	+++	++	++	+++	++	++
Lanz	6538642	m	LE	P,K	++	++	X	++	x (T2)	+++	++	+	+++	++	+(+)
Hörmann	6813579	m	HD	P,K	+	+	X	+++	x (T1)	++	++	+	++	++	+(+)
Hoppe	6924681	m	HD	P,K	+++	+++	X	+++	x (T1)	+++	+	+	+++	+	++
Hildebrand	7315209	w	HD	V,K	+(+)	+	—	++	[x (T1)]	+++	++	+	+++	++	++(+)

**Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)**

	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)	Obj. Gesundheit (junges EA)	Obj. Gesundheit (mittleres EA)	Obj. Gesundheit (spätes EA)	Subj. Gesundheit (junges EA)	Subj. Gesundheit (mittleres EA)	Subj. Gesundheit (spätes EA)
Hagen	7579246	w	HD	P,K	+	+	—	+++	x (T1)	+++	++	+	+++	+++	++(+)	
Heinrich	7924681	m	HD	P,K	++	++	—	+++	o	+++	+++	++	+++	+++	+++	
Herrmann	8135792	m	HD	P,K	+(+)	+(+)	—	+(+)	x (T2)	+++	++	+	+++	++	+	
Leuschner	8269713	w	LE	G,K	+	+	—	+	x (T1)	+++	++	+	+++	++	++	
Löffner	8579135	w	LE	P,K	+	+	—	+++	x (T1)	+(+)	+(+)	+	+	++	++	
Liebbach	8910547	w	LE	G,K	++	++	—	++	x (T2)	++	+	+	+++	+(+)	+	
Laske	9087328	w	LE	L,K	+++	+++	—	+	x (T1)	+++	++	+(+)	+++	++(+)	++	
Haas	9246813	w	HD	P,KL	++	++	—	+	x (T1)	+(+)	+(+)	+	+(+)	+(+)	++	
Langhans	9324681	m	LE	G,K,P	++	++	x	+	x (T1)	++	+(+)	+(+)	+(+)	+(+)	++	
Hofstedt	9864297	w	HD	G,K,P,V	+	+	—	++	x (T1)	++	++	+	++	+++	+	
Lindner	9984686	w	LE	P,KL	++	++	x	+(+)	x (T2)	+++	++	+(+)	+++	++(+)	++(+)	

+++ hoch	o gar keine	HD Heidelberg	P in einer Partnerschaft lebend
++ mittel	x trifft zu	LE Leipzig	V verwitwet
+ gering	— trifft nicht zu	K Kinder	T1 Erster Messzeitpunkt
		KL kinderlos	T2 Zweiter Messzeitpunkt
	w weiblich	G geschieden	T3 Dritter Messzeitpunkt
	m männlich	L ledig	EA Erwachsenenalter

## Appendix 7: Gesundheitsverhalten der Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)													
	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)	Gesundheitsverhalten (junges EA)	Gesundheitsverhalten (mittleres EA)	Gesundheitsverhalten (späteres EA)
Landmann	1357924	m	LE	P,K	*(+)	++	x	*(+)	x (T1)	keine Vorsorge, risikoreicher Lebensstil (Alkohol, ungesunde Ernährung)	keine Gedanken über Gesundheit/Alter gemacht	Vorsorge, Vermeidung von Risikofaktoren, eher gesunder Lebensstil, Sensibilisierung bzgl. Gesundheit (nach Berufsaustritt)	
Ludwig	1468135	m	LE	P,K	+	+	—	+++	[x (T2)]	keine Vorsorge, risikoreicher Lebensstil	keine Vorsorge, risikoreicher Lebensstil	gesundheitsbewussterer Lebensstil, Vermeidung von Risikoverhalten (krankheitsbedingt)	
Limberg	1781357	m	LE	P,K	++	*(+)	x	*(+)	x (T2)	keine bis unregelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge (seit spätem bis mittlerem EA)	Vorsorge, gesunder Lebensstil, ausgewogene Ernährung	
Hoffmann	1864297	w	HD	P,K	+	+	—	++(+)	x (T3)	keine bis unregelmäßige Vorsorge	unregelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil durch Belastungen	unregelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil durch Belastungen	
Hegemann	2468135	m	HD	P,K	++	++	x	*(+)	x (T1)	unregelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Luther	2680074	w	LE	P,K	+++	+++	—	+++	x (T1)	(un)regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (ausgewogene Ernährung)	
Lippert	2724689	w	LE	P,K	+	+	x	+	x (T2)	keine Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher)	keine Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher)	Vorsorge/Behandlung, gesünderer Lebensstil, Sport	
Hansen	2975386	w	HD	P,K	++	++	—	+	x (T1)	unregelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	
Haack	3579246	m	HD	P,K	+	*(+)	x	+	x (T1)	keine Vorsorge, risikoreicher Lebensstil	unregelmäßige Vorsorge, risikoreicher Lebensstil	regelmäßige Vorsorge	
Lange	3642975	m	LE	V,K	+++	+++	—	++	x (T2)	keine bis unregelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil, aber Raucher	regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil, aber Raucher (reduzierter Konsum)	
Hornberger	3791246	m	HD	L,KL	+++	+++	—	+	o	unregelmäßige Vorsorge, Raucher, eher risikoreicher Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Vermeidung von Risikoverhalten (Rauchen etc.)	
Hauser	4423103	w	HD	V,K	+	+	x	+	x (T1)	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Hartwig	4681357	m	HD	V,K,P	*(+)	++	—	+	o	keine bis unregelmäßige Vorsorge	keine bis unregelmäßige Vorsorge	unregelmäßige Vorsorge	

**Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)**

	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)	Gesundheitsverhalten (junges EA)	Gesundheitsverhalten (mittleres EA)	Gesundheitsverhalten (späteres EA)
Ludorf	4753864	m	LE	G,K,P	+	+(*)	x	+(*)	x (T1)	keine Vorsorge, risikoreicher Lebensstil	keine Vorsorge, eher gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, bewusste Ernährung	
Haberstroh	4813579	m	HD	P,K	+++	+++	x	+++	o	regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Lukas	5413245	w	LE	V,K	+++	+++	x	+++	o	unregelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (Sport, gesunde Ernährung)	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (Sport, gesunde Ernährung)	unregelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (Sport, gesunde Ernährung)	
Lose	5429753	m	LE	G,K,P	+	+	x	+(*)	x (T1)	keine bis unregelmäßige Vorsorge	unregelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Holm	5579124	m	HD	P,K	+++	+++	—	+	o	(un)regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Lohmann	5587331	m	LE	P,K	+++	+++	x	++	x (T1)	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	gesunder Lebensstil, Sport	
Hübner	5792468	m	HD	G,K,P	++	++	—	+(*)	x (T3)	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher)	regelmäßige Vorsorge, eher ungesunder Lebensstil (wenig Bewegung)	
Hiller	6125891	w	HD	G,K,P	++	++	x	++	x (T3)	(un)regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Hintze	6321792	w	HD	V,KL	++	++	—	+++	x (T1)	regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, Sport	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (Sport, Ernährung)	
Lanz	6538642	m	LE	P,K	++	++	x	++	x (T2)	regelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher)	regelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher)	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Hörmann	6813579	m	HD	P,K	+	+	x	+++	x (T1)	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Hoppe	6924681	m	HD	P,K	+++	+++	x	+++	x (T1)	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	unregelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Hildebrand	7315209	w	HD	V,K	+(*)	+	—	++	[x (T1)]	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	

Probanden/-innen der ausgewählten Stichprobe (Kohorte 1930-1932)													
	anonymisierte Namen	verblindete ID	Geschlecht	Untersuchungszentrum	Familienstand	Ausbildung	Berufliche Position	Frühverrentung	Soziale Netzwerkgröße	chronische Erkrankungen (seit)	Gesundheitsverhalten (junges EA)	Gesundheitsverhalten (mittleres EA)	Gesundheitsverhalten (späteres EA)
Hagen	7579246	w	HD	P,K	+	+	—	+++	x (T1)	regelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher)	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, aufgehört zu rauchen	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, bewusste Ernährung, Sport	
Heinrich	7924681	m	HD	P,K	++	++	—	+++	o	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	gesunder Lebensstil, Sport	
Herrmann	8135792	m	HD	P,K	+(*)	+(*)	—	+(*)	x (T2)	(un)regelmäßige Vorsorge	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	
Leuschner	8269713	w	LE	G,K	+	+	—	+	x (T1)	(un)regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	unregelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Löffner	8579135	w	LE	P,K	+	+	—	+++	x (T1)	keine Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Rauchen)	regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil (Rauchen aufgehört)	keine regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil	
Liebbach	8910547	w	LE	G,K	++	++	—	++	x (T2)	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	(un)regelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil (hoher Alkoholkonsum, Raucher)	regelmäßige Vorsorge, eher gesunder Lebensstil (hat aufgehört zu rauchen)	
Laske	9087328	w	LE	L,K	+++	+++	—	+	x (T1)	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, (Sport)	
Haas	9246813	w	HD	P,KL	++	++	—	+	x (T1)	unregelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil, Sport	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	
Langhans	9324681	m	LE	G,K,P	++	++	x	+	x (T1)	regelmäßige Vorsorge	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge, ungesunder Lebensstil (Raucher, hoher Alkoholkonsum)	regelmäßige Vorsorge, Raucher, Sport	
Hofstedt	9864297	w	HD	G,K,P,V	+	+	—	++	x (T1)	keine Vorsorgeuntersuchungen	keine bis (un)regelmäßige Vorsorge	keine Vorsorgeuntersuchungen	
Lindner	9984686	w	LE	P,KL	++	++	x	+(*)	x (T2)	(un)regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (gesunde Ernährung)	regelmäßige Vorsorge, gesunder Lebensstil (gesunde Ernährung)	

+++ hoch	o gar keine	HD Heidelberg	P in einer Partnerschaft lebend
++ mittel	x trifft zu	LE Leipzig	V verwitwet
+ gering	— trifft nicht zu	K Kinder	T1 Erster Messzeitpunkt
		KL kinderlos	T2 Zweiter Messzeitpunkt
	w weiblich	G geschieden	T3 Dritter Messzeitpunkt
	m männlich	L ledig	EA Erwachsenenalter

## **Appendix 8:**

### **Transkriptionsregeln: Analyse der biographischen Interviews der ILSE-Studie**

#### Hinweise zu f4:

F4	Start/Pause
F3	zurückspulen
F5	vorspulen

#### *Untere Leiste:*

Spulintervall (1-6 Sek.)  
Tempo (50-150)

#### *obere Leiste:*

Zeitmarke einfügen

- Schriftart: Times New Roman, Schriftgröße: 10
- nur Kleinschreibung (außer bei markierten Akzenten und außersprachlicher Handlung)
- Abkürzungen der Sprecher: I=Interviewer, P=Proband/in
- Das Geschlecht spielt eine Rolle und muss in den Transkriptionen berücksichtigt werden.

	Regeln	Beispiele
	Standardorthographie Nur Kleinschreibung, Großschreibung für markierte Akzente, keine Interpunktion	
Formatierung	Textnotation, Zeilenwechsel bei Sprecherwechsel Schrifttyp evtl. anpassen.	
Grundsätzliches	Eckige, spitze und runde Klammern können automatisch herausgefiltert werden. Wegen der Nutzbarkeit mit automatisierten Programmen zu Wörtern wird standardorthographisch transkribiert.	
Nachlaufpartikel, question tag	ne, nicht, gell	<i>ne</i> – ne <i>net</i> – nicht <i>nicht</i> – nicht <i>gelt</i> – gell
Verzögerungssignale	Markierte Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen" werden als <i>äh</i> transkribiert und in eckige Klammern gesetzt	<i>ähm</i> – [äh] <i>hm</i> – [äh] <i>öh</i> – [äh]
Rezeptionssignale, Interjektionen	Werden nicht transkribiert, wenn sie nur zur Signalisierung des Zuhörens eingesetzt werden. Markierte, semantisch wichtige Interjektionen werden transkribiert.	mhm (bejahend) hmhm (verneinend) hm ja <i>nein</i> – nein

		<i>nee</i> – nein <i>nö</i> – nein
Betonungen/Akzent	Nur markierte Betonungen (Silben) werden mit Majuskeln notiert	das macht der IMmer falsch
Regionalismen, dialektale Besonderheiten, Fehlerhafte Realisierungen	Dem Standarddeutsch angepasst, außer bei regionalen Vokabeln. Bei Markiertheit den realisierten Ausdruck in eckige Klammern.	die krumbieren stehen auf dem herd  das ist zumindest [zumindesch- tens] annehmbar  der muss mich immer provozie- ren [produzieren]
Assimilationen Zusammengezogene Wörter, Verkürzungen	Standardorthographisch umgewandelt. Kürzungen von Richtungsadverbien bleiben.	<i>gsagt</i> – gesagt <i>grad</i> – gerade  <i>dran</i> - dran
Tilgungen, Verschleifungen	Standardorthographisch	<i>die sin schlecht</i> – die sind schlecht <i>nich</i> – nicht nen - einen
Reduktionssilben	Standardorthographisch	<i>haltn</i> – halten <i>solln</i> – sollen <i>könn</i> – können
Komposita	Bindestrichkomposita werden ohne Bindestrich notiert, Bindestrichkomposita mit Akronymen werden aufgrund der Lesbarkeit mit Bindestrich notiert, genauso bewusste Auslassungen	bildzeitung zdf-team grund- und hauptschule
Abkürzungen	Ausgesprochene Abkürzungen werden ausgeschrieben. Stehende Begriffe werden orthographisch klein geschrieben. Buchstabierungen werden als Einzelbuchstaben geschrieben.	sankt pauli okay cdu müller schreibt sich m ü l l e r zdf-team
Zahlen	Zahlwörter werden ausgeschrieben, standardisiert	22 – zweiund- zwanzig (nicht: zwoundzwanzig) 101 – einhun- derteins oder hunderteins

	orthographische Apostroph wird nicht verwendet, die damit abgekürzten Wörter ausgeschrieben	<i>wenn wir's können</i> – wenn wir es können
Wortfragmente, Ab- brüche durch Glottal- verschluss	Wortabbrüche werden mit / gekennzeichnet	die ble/ bremsen hat versagt
Vermuteter Wortlaut	vermuteter Wortlaut wird in eckigen Klammern hinter dem Ausdruck vermerkt. Keine Angabe von Alternativen, da diese bei der Auswertung stören.	[3 uns.]
Unverständliche Passagen	unverständliche Passagen werden mit xxx ge- kennzeichnet, wobei jedes ‚xxx‘ ein unver- ständliches Wort repräsentiert	xxx xxx xxx
Pausen	Pausen werden gemessen oder geschätzt. Erst größere Pausen werden transkribiert. (--) mittlere geschätzte Pause von ca. 0.5-0.7 Sek. Dauer (---) längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer Längere Pausen werden in Sekunden angege- ben. Dauer wird mit einer Stelle hinter dem Punkt gekennzeichnet. (2.0) Pause in Sekunden (Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt); ab Pausendauer von ca. 1 Sek.	und dann hat er seinen bruder (--) gefragt
Paralleles Sprechen	Transkription wie Sprechen nacheinander [*]: erste Überlappung in einem turn [**]: zweite Überlappung in einem turn [n*]: n-te Überlappung in einem turn Das Zeichen für eine Überlappung ‚[n*]‘ steht jeweils an der Stelle im turn eines Sprechers A, an der die Überlappung eines Sprechers B ein- setzt, und zu Beginn des turns von Sprecher B.	
Außersprachliche Handlungen, Hinweise	In spitzen Klammern können jeweils <u>hinter</u> dem entsprechenden Ausdruck stehen: Hinweise zu para- und nonverbalen Handlun- gen eines Sprechers Hinweise zu Ereignissen in der Umgebung Hinweise zur Transkription. Groß- und Kleinschreibung wird berücksichtigt.	<Musik setzt ein>  <Bandwechsel>  <lacht> <3 lachend>
Ein- und Ausatmen	Bei Markiertheit zu Pausenlängenangabe in spitzen Klammern	(0.5) <atmet ein>



Anonymisierung	Pseudonyme, deren Bedeutung im Kopf vermerkt wird.  Heinz und Gabi Müller  Geburtstag wird auf 01.01. anonymisiert, Jahr bleibt  Wohnstraße 1	
----------------	---	--

(von Britta Wendelstein & Jana Wienberg 2009)

## **Appendix 9:**

### **Kodesystem zur Auswertung der ILSE-Interviews in MAXqda**

#### **Soziodemographische Angaben**

- Alter
- Geschlecht
- Bildungsstand/höchster Bildungsabschluss
- Familienstand
- Wohnsituation
- Finanzielle Situation, Altersvorsorge

#### **Lernen in formalen Lernkontexten**

- Lernaktivitäten im Beruf
  - Erwartungen an eine Weiterbildung
  - Motive zur Teilnahme
- Teilnahme an beruflicher Weiterbildung
  - betriebliche Weiterbildung
  - akademische Weiterbildung
  - berufliche Weiterbildung
- Lernaktivitäten in der Freizeit
  - Erwartungen an eine Weiterbildung
  - Motive zur Teilnahme
  - Teilnahme an privater Weiterbildung
    - Freizeitkurs
    - berufliche Kompetenz

#### **Lernen in informellen Lernkontexten**

- Lernaktivitäten im Beruf
  - near-the-job
  - on-the-job
  - Netzwerk Kollegen/-innen
- Lernaktivitäten in der Freizeit
  - Lesen
    - (Fach-)Zeitschriften
    - (Tages-)Zeitungen
    - Bücher
  - Medien
    - TV, Audio
    - PC, Internet
  - Reisen
  - kulturelles, politisches Interesse
  - sonstige Freizeitaktivitäten

#### **Übergang in die nachberufliche Phase**

- nachberufliche Phase/Übergang
- Berufstätigkeit /Phasen der Erwerbslosigkeit

### **Soziale Netzwerke und Familie**

- Netzwerk als Belastung
- Netzwerk als Unterstützung
- Austausch mit Freunden
- Austausch mit Partner/-in und Verwandten

### **Freiwilliges Engagement**

- gesellschaftliche/politische Teilhabe (Verein, Partei)
- Ehrenamt, Nebenjob

### **Bildungserfahrungen und Wendepunkte**

- kritische Lebenserfahrungen
  - Lernbarrieren (lernhemmende Faktoren)
  - Lernanlässe (lernförderliche Faktoren)
  - Lerngewohnheiten/Lernverhalten
  - Erkrankung des Partners
- Lernerfahrungen
  - negative Lernerfahrungen
  - positive Lernerfahrungen

### **Gesundheitsverhalten**

- Wohlbefinden/Gesundheit
  - Ernährung
  - Sport, körperliche Aktivitäten
  - Vorsorge, med.
  - Risikoverhalten
  - Umgang mit Beeinträchtigungen
  - physische Beeinträchtigung
  - psychische Beeinträchtigung

## Appendix 10:

### **Kurzportrait Proband Landmann**

Verblindete ID: 1357924

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

## **1. Messzeitpunkt**

---

### **I. Elternhaus**

- Proband hat sechs Geschwister (er ist der Zweitgeborene)
- Eltern haben beide in der Landwirtschaft gearbeitet
- Vater war gelernter Tischler, hat nebenbei im Bergbau gearbeitet
- Mutter war ungelernt
- Haben in einfachen Verhältnissen gelebt, musste als Kind viel in der Landwirtschaft mitarbeiten
- 1.MZP: Mutter lebt noch (ist 83 Jahre), Vater ist verstorben
- 1948: wurde Familie nach Sachsen ausgesiedelt

### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1951: Heirat
- Proband hat drei Söhne und vier Enkelkinder
- Wurde während seiner Ausbildung (bei der Verwirklichung seiner beruflichen Entwicklung) von seiner Ehefrau im erheblichen Maße unterstützt
- In der Partnerschaft besteht eine „klassische“ Rollenverteilung, seine Ehefrau ist einer Teilzeitbeschäftigung nachgegangen und hat sich primär um die Kindererziehung und den Haushalt gekümmert
- 1992: Auszug des letzten Sohnes
- Proband wohnt in einer Mietwohnung, jüngster Sohn wohnt derzeit mit im Haus (separate Wohnung)
- Unterstützt Kinder bei praktischen Dingen, Söhne unterstützen Probanden auch bei praktischen Dingen (z. B. PKW-Reparatur)
- Sieht Enkelkinder etwa alle drei Monate (als Enkelkinder jünger waren, hatten sie öfter Kontakt), telefonieren nicht
- Besucht seine Mutter regelmäßig, Proband und seine Ehefrau unterstützen Mutter bei praktischen Dingen (Wäsche etc.)
- Kontakt zur Schwester, hat nicht zu allen Geschwistern regelmäßigen Kontakt
- Hat das Gefühl, dass er von den Verwandten gebraucht wird (für handwerkliche Tätigkeiten etc.)
- Zur Rat- oder Informationssuche wendet sich Proband an die Familie

### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Freund, ehemalige Arbeitskollegen, befreundetes Ehepaar (seit über 20 Jahren mit Ehepaar befreundet, waren auch schon mal gemeinsam im Urlaub), Nachbarn/insbesondere eine Nachbarin
- Kann mit Freund auch sehr persönliche Angelegenheiten besprechen bzw. über seinen Kummer berichten
- Bekanntenkreis: Telefoniert gelegentlich mit einigen Nachbarn, es besteht regelmäßig persönlicher Kontakt

- Wichtige Personen: Ehefrau, Kinder, Freunde, Nachbarin, Geschwister
- Bei Kummer und Trost wendet sich Proband an seine Ehefrau oder an seine Freunde („Kumpels“)
- Soziale Netzwerke: Freundes- bzw. Bekanntenkreis hat sich seit dem mittleren Erwachsenenalter nicht großartig verändert, Qualität hat sich teilweise verbessert; Beziehungen im familiären Bereich intensiver geworden, durch Pensionierung im beruflichen Bereich verschlechtert
- Trifft sich einmal monatlich mit Freunden

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Schulabschluss: Volksschule, Abschluss 1945
- Berufswunsch war Bäcker (Onkel war Bäcker)
- Nach der Schule vorerst in der elterlichen Landwirtschaft mit gearbeitet
- 1946-1948: Im benachbarten Ort als Kutscher gearbeitet (Arbeitsstelle wurde vom Vater vermittelt)
- 1948: wurde Familie umgesiedelt nach Sachsen
- 1948-1950: Lehre im Baubetrieb (Elektriker, Holzbereich), Lehre bei Zimmerei
- 1950-1951: Bei Aktiengesellschaft unter sowjetischer Gesellschaft verpflichtet (Bergbau)
- Ein Jahr wieder bei den Eltern in der Landwirtschaft gearbeitet
- 1951/52: Bei Spedition gearbeitet
- Hat bis in die 1980/90er Jahre keine Fort- und Weiterbildung gemacht
- 1952: Bei Bauunternehmen in Leipzig tätig gewesen (Vollzeit), keine Schichtarbeit. Hat gekündigt, da er zu viele verschiedene Einsatzorte hatte
- 1952-1953: In der Maschinenwartung/-bau) tätig (Vollzeit), keine Schichtarbeit. Hat gekündigt, da die Tätigkeit zu monoton war
- 1953-1981: Im Schichtbetrieb tätig (Montage)
- 1981-1991: Baubetrieb (Vollzeit). Hat dort zwei innerbetriebliche Weiterbildungen absolviert
- 1991: Pensionierung (mit 60 Jahren in den Vorruhestand), Grund: betriebsbedingt, ältere Mitarbeiter haben eine Abfindung erhalten. Proband hätte auch noch weiter gearbeitet
- War nicht nebenberuflich in der nachberuflichen Phase tätig

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Als Kind (seit Geburt) Gaumenspalte
- Probleme bei der Aussprache, Proband hat Sprechunterricht erhalten
- Asthma
- 1983: Gesundheitliche Einschränkungen (Berufskrankheit: Rückenbeschwerden), konnte nur noch leichterer Tätigkeit nachgehen
- Gesundheitszustand hat sich in der nachberuflichen Phasen nicht wesentlich verändert, hat sich eher etwas verbessert
- Einmal 1951 ein Kuraufenthalt und in den 1970er Jahren zwei weitere Kuraufenthalte
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Gegenwärtiger Gesundheitszustand: in Behandlung wegen des Asthmas
- Wenig Alkohol
- Wenig Süßigkeiten, weniger essen (Proband hat bereits zehn Kilogramm abgenommen)
- Hat Schwerbeschädigtenausweis (nur zu DDR-Zeiten)
- Gesundheitszustand in Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter: nach der Berufstätigkeit hat sich der Gesundheitszustand verbessert

- Ist sensibler für die eigene Gesundheit geworden, hat während Berufstätigkeit eher in der Gegenwart gelebt und sich keine Gedanken über Gesundheit im Alter gemacht und risikoreicher/ungesünder gelebt. Proband lebt heute (im Alter, nach dem Austritt aus dem Berufsleben) bewusster

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- In Kindheit in der Hitlerjugend
- In der Vergangenheit (im jungen Erwachsenenalter) für etwa zwei Jahre ehrenamtlich in der Partei tätig gewesen (während der Berufstätigkeit)
- Gartenarbeit füllt Probanden aus, gemeinsame Gartenarbeit mit seiner Frau
- Liest morgen mit seiner Frau in Ruhe (seit der letzte Sohn ausgezogen ist) etwa eine Stunde die Zeitung
- Geht mit seiner Frau täglich spazieren
- Sehr rhythmisierte Tagesablauf (feste Essenszeiten und Zeiten für andere Aktivitäten)
- Hört Radio, schaut etwa zwei Stunden täglich Fernsehen (u.a. Nachrichten, Glücksrad)
- Würde spezielles Fernsehprogramm für die Zielgruppe der Älteren befürworten
- Aktuell: Urlaub (eher Strand- und Erholungsurlaub), mit der Familie/Kindern aktiverer Urlaub wie Wandern, Segeln, jedoch nicht viel weggefahren, haben eher den Garten genutzt
- Mitglied im Kleingartenverein, einmal wöchentlich Mitgliederversammlung

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1948: wurde Familie nach Sachsen ausgesiedelt
- Hat für alleinstehende Schwiegermutter gesorgt, haben viel Besorgungen erledigt und sie betreut (keine Pflege, war nicht pflegebedürftig), 1984: Tod der Schwiegermutter
- Wiedervereinigung: wird insgesamt eher positiv bewertet, auch wenn Angst vor wachsender Kriminalität gestiegen ist
- Ehefrau hat Augenerkrankung, auf einem Auge erblindet
- Früher Tod des Vaters
- Wiedervereinigung

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Wichtige Personen: Ehefrau, Söhne, Schwägerin und Schwager, Bruder und zwei Schwestern, ehemalige Nachbarin
- Partnerschaft: teilen sich die Aufgaben, Proband übernimmt auch Aufgaben im Haushalt. Behördengänge und Finanzen und handwerkliche Tätigkeiten erledigt Proband, kaufen gemeinsam ein
- Hat Frau getröstet bei Tod der Schwiegertochter
- Sieht Söhne ein bis zweimal wöchentlich
- Söhnen trösten auch mal Probanden oder/und geben einen Ratschlag
- Hat keine Vertrauensperson bzw. hatte nie eine Vertrauensperson (außerhalb der Familie), Proband vermisst nichts
- Außer Verwandtschaft gibt es keinen richtigen Freundeskreis-/Bekannteskreis, Proband vermisst nichts
- Keinen Kontakt zu ehemaligen Kollegen
- Mitglied im Kleingartenverein, einmal wöchentlich Mitgliederversammlung
- Guckt täglich Fernsehen (Nachrichten u.a.)

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1998 (vor kurzem): Unfall im Garten Sturz mit Rippenfraktur, starke Armprellung und Oberschenkelhalsbruch.
- Hat Krankengymnastik nach dem Sturz ärztlich verordnet bekommen
- Sprunggelenkbeschwerden
- Rückenbeschwerden (berufsbedingt)
- Gesundheitszustand: nicht so besonders, Magen- und Darmbeschwerden. Bronchien (Asthma) haben sich etwas verschlechtert (seit ein bis zwei Jahren hat sich Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert)
- Diabetes (keine medikamentöse Behandlung erforderlich)
- Geht regelmäßig zum Hausarzt und Urologen
- Prostata-Beschwerden (medikamentöse Behandlung), hat sich verbessert
- Trinkt Kamillentee wegen Magenbeschwerden, weniger Kaffee (daher Verbesserung der Magenbeschwerden)
- Trinkt weniger Alkohol, keinen Schnaps mehr (hat sonst täglich einen Schnaps getrunken)

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Unterstützt Söhne bei handwerklichen Arbeiten
- Gartenarbeit, möchte den Garten so lange wie möglich behalten
- Hat ehrenamtlich in zwei Mietshäusern die Heizungsanlage gewartet
- Hatte keine Pläne für den Ruhestand
- Spazierengehen
- Gemeinsame Interessen mit Frau: Garten, verreisen
- Unterstützt Söhne i.S. praktischer Hilfe
- Söhne unterstützten Probanden praktisch (Umzug, schwere Gartenarbeit)

## **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1996: Wohnungsumzug innerhalb des gleichen Stadtteils (in eine sanierte Wohnung gezogen, wollte in alter Wohnung die Renovierung nicht abwarten)
- Ehefrau ist erkrankt, auf einem Auge erblindet und das andere Auge auch beeinträchtigt (ist in Behandlung und Sehfähigkeit auf dem einen Auge hat sich verbessert, konnte erst gar nicht lesen), Proband unterstützt Frau in hohem Maße
- (Ehefrau hat seit etwa 1996 Parkinson)
- 1997: Tod der Mutter
- 1998: Tod der Schwiegertochter
- Wiedervereinigung hat Proband sich anders vorgestellt, leere politische Versprechungen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Seit 2000: hat drei Urenkel bekommen
- Unterstützen sich praktisch und emotional gegenseitig in der Partnerschaft, Unterstützung ist stark ausgeprägt (Maß der Unterstützung des Probanden für die Frau, da Frau erkrankt ist)
- Gibt Söhnen auch mal Ratschläge und unterstützt diese (eher unregelmäßig)
- Söhne trösten auch gelegentlich Probanden (vor allem trösten Söhne die Ehefrau)

- Bekommt keine Ratschläge oder Infos von den Söhnen
- Beziehung zu den Söhnen hat sich den letzten Jahren sogar noch verbessert
- Sieht Enkelkinder etwa einmal monatlich; tröstet sie nicht, gibt ihnen auch keine Ratschläge oder Infos
- Enkelkinder haben Probanden auch schon mal getröstet

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Knie-, Gelenkbeschwerden haben sich verschlimmert
- Diabetes verschlechtert
- Tinnitus (auch schon beim 2. MZP)
- Prostatabeschwerden/vergrößerte Prostata, aber nicht bösartig stabil/unverändert (ist weiterhin in medikamentöser Behandlung). (I: *Haben sich die Prostatabeschwerden verschlechtert?* P: „Nein, [Prostatabeschwerden] haben sich nicht verschlechtert [...] Arzt sagt, ist schlechter geworden“ (3.MZP, 1v1, 00:12:00)
- Ernährung, bewusster, nach Plan (Diabetes)
- Tägliche Bewegung, etwas Spaziergehen, gelegentlich Radfahren
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen
- Ist zufrieden mit momentanen Gesundheitszustand
- Im Vergleich zu zehn Jahren zuvor hat sich Gesundheitszustand verschlechtert (Gelenke)

## **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehefrau an Parkinson erkrankt, Umzug ins betreute Wohnen (2004)
- 2002: Ehefrau hatte Herzprobleme (Krankenhausaufenthalt) und 2004 Krankenhausaufenthalt



## **Kurzportrait Proband Ludwig**

Verblindete ID: 1468135

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat noch weitere Geschwister
- Stammt aus einfachen Verhältnissen

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1953: Heirat
- Proband hat drei Kinder und sieben Enkelkinder
- Bei Kummer und Trost ist Frau Ansprechpartnerin (gegenseitig)
- Rat und Informationen werden innerhalb der Familie eingeholt (Frau, Kinder, Enkelkinder)
- Bei Rat suchen die Kinder und Enkelkinder seine Frau auf (weniger den Probanden). Proband beschäftigt sich, wenn nur am Wochenende mit den Enkelkindern, sonst die Frau)

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat viele Bekannte, aber keine engen Freunde (bespricht alles mit seiner Frau)
- Kontakt mit der Nachbarin durch den Hund (ist auch Hundebesitzerin), betreuen im Urlaub gegenseitig die Hunde oder erledigen gemeinsam Einkäufe

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Schulabschluss: Volksschule
- Lehre als KFZ-Mechaniker
- berufliche Umstellung durch Jobwechsel (durch Selbststudium/autodidaktisch), im Baumaschinenbereich tätig, für Reparaturen zuständig

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Keine regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Leichte Gelenkbeschwerden
- Zufrieden mit der Gesundheit
- Regelmäßig Magenschmerzen
- Raucher
- Körperliche Leistungsfähigkeit hat abgenommen (in Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter)

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Möchte sich in der nachberuflichen Phase verstärkt mit dem Angeln und dem Hund (Schäferhund) beschäftigen (ist derzeit noch berufstätig)
- Spazierengehen und Beschäftigung mit dem Hund
- Autoreparaturen sind sein Hobby (Basteln)
- Abends Fernsehschauen (drei bis vier Stunden täglich)
- Mitglied im Hundesportverein (einmal wöchentlich)

- Einmal jährlich verreisen

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Auszug der Kinder („Wenn man 18 Jahre zusammenlebt, das [der Auszug der Kinder] tat ein bisschen weh.“)
- Mutter zu sich genommen und betreut, weil diese erblindet ist
- Mit den Geschwistern zerstritten (wegen der Mutter damals, von den Geschwistern hat sich keiner gekümmert)
- Erst ist der Vater an Herzinfarkt gestorben (war sehr schlimm), Mutter ist später verstorben

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Weiterer Familienzuwachs (achtes Enkelkind bekommen)
- unternimmt wenig mit den Enkelkindern. Enkelkinder fragen Probanden nicht um Rat, oder Proband fragt Enkelkinder auch nicht nach Rat
- Kontakt mit ehemaligen Kollegen ist weniger geworden, treffen sich eher zufällig
- Ist aus dem Hundesportverein ausgetreten, aus dem Anglerklub ist Proband mit dem Renteneintritt ausgetreten (finanzielle Gründe)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Herzinfarkt erlitten
- Durch Hüftbeschwerden beeinträchtigt
- Zufrieden mit Gesundheitszustand
- Dreiwöchiger Krankenhausaufenthalt (Herzklinik)
- Hat mit dem Rauchen aufgehört

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Ist nun pensioniert (1995), Betriebskonkurs des Bauunternehmens, dann drei Monate arbeitslos und im Anschluss Übergang in die nachberufliche Phase
- Ausscheiden aus dem Beruf hatte nur negative Folgen für Probanden (finanziell, Gewohnheit/Routine). Proband hatte Langeweile ohne Berufstätigkeit, biologischer Rhythmus war auf die Erwerbstätigkeit eingestellt
- Angeln war für die nachberufliche Phase geplant: Angelsport ist teuer, da war es in der Rente nicht möglich (durch finanzielle Einbußen)
- Hilft Freunden und Bekannten bei KFZ-Reparaturarbeiten (unregelmäßig)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- 3. MZP wurde nicht erhoben

## **Kurzportrait Proband Limberg**

Verblindete ID: 1781357

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat eine ältere Schwester und einen jüngeren Bruder
- Vater war Steinbrecher (im Steinbruch tätig), Mutter war Hausfrau. Proband kommt aus ärmlichen Verhältnissen

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1956: Heirat
- Proband hat zwei Töchter und drei Enkelkinder
- Ehefrau sehr eifersüchtig
- Kann mit seiner Ehefrau (trotzdem) über alles reden
- Bei Kummer und Trost wendet Proband sich an seine Ehefrau (wechselseitig)
- Enkelkind von der ältesten Tochter ist viel beim Probanden und seiner Ehefrau gewesen (da Tochter beruflich eingespannt war)
- Gibt Schwiegersohn Rat bei Autokauf/KFZ-Ratschläge
- Bei Kummer und Trost wendet sich Proband auch an Schwägerin (einseitig)

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Drei Kumpels, davon ein sehr guter Freund H.
- Bezugspersonen: Ehefrau, Schwägerin, ältere Tochter und Schwiegersohn, jüngere Tochter, Freund H., Enkelkinder
- Eigene Geschwister und Geschwister der Ehefrau
- Kollegen (im jungen/mittleren Erwachsenenalter gemeinsame Unternehmungen gemacht, wie u.a. Tanzen)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1936-1944: Volksschule (Abschluss 1944)
- 1944-1947: Lehre im Landmaschinenreparaturbetrieb (als Landmaschinenschlosser)
- 1947-1949: Noch als Geselle im Lehrbetrieb tätig
- Hat Meisterprüfung gemacht und Abendschule besucht (ist ihm nicht leicht gefallen, aber hat es gemacht)
- 1949-1950: im Kreismaschinenhof als Landmaschinenreparateur (wurde entlassen, da der Landmaschinenreparaturbetrieb aufgegeben wurde)
- 1950: Landmaschinenreparatur im anderen Betrieb tätig (für vier Monate, für die Erntezeit; Erntemaschinen gewartet/repariert)
- 1950-1951: Arbeitslos
- 1951-1953: Als Schlosser tätig (im Schichtbetrieb, hat in zwei Schichten gearbeitet)
- 1953-1956: Als Schlosser im Stahlbau tätig (Schichtbetrieb, hat in drei Schichten gearbeitet)
- 1956-1957: Zur Reichsbahn (wollte nicht mehr in drei Schichten arbeiten), wollte Lokführer werden, war dort als Heizer. Hat aber nicht geklappt mit der Lokführerausbildung (waren ihm zu arrogant, und Proband wollte keine Schichten mehr arbeiten)
- Keine Weiterbildung während seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit

- 1957-1961(1977): Materialprüfer, wurde dort angelernt (Qualifizierungsvertrag). Hat sich 1961 als Meister qualifiziert (Abendstudium) und dort weitergearbeitet bis 1977
- Interne Betriebslehrgänge (Arbeitsschutz etc.) gemacht
- Meistertätigkeit hat Probanden nervlich sehr strapaziert (war zu viel Stress), daher hat er die Tätigkeit aufgegeben und ist als Hausmeister an eine Ingenieursschule gegangen (auf dem Lande). Ehefrau hat als Reinigungskraft mitgearbeitet
- 1977-1982: Weiterbildung, er hat eine Brandschutzschulung als Hausmeister gemacht
- Hausmeisterstelle auf dem Lande aufgegeben, da Proband in die Nähe seiner Kinder (Stadt) ziehen wollte und im Alter kurze Wege haben wollte. Hat in der Stadt Stelle als Hausmeister angenommen (bis 1983). Ehefrau hat als Reinigungskraft mitgearbeitet
- 1983-1990: wieder als Betriebsschlosser tätig
- Seit 1990: Vorruhestand (wurde ihm angeboten, und er hat es gerne wahrgenommen)
- Im Vorruhestand geringfügig beschäftigt als Hausmeister tätig

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gelegentlich Knieprobleme durch die Arbeitstätigkeit (Verschleiß)
- Gesundheitszustand hat sich im Vorruhestand verbessert (erhöhter Blutdruck)
- War oft erkältet, 1963: Mandel-Operation
- Einige Arbeitsunfälle (nur ambulant behandelt)
- Geht seit zehn Jahren regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Ernähren sich bewusst, Proband und seine Frau machen gerade eine Diät

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Spazierengehen (mit Frau und früher auch mit den Kindern), Pilze sammeln. Machen in der Freizeit als Paar viel gemeinsam
- Keine Vereinsmitgliedschaft, da er sich nicht binden möchte und die Zeit mit seiner Familie verbringen möchte
- Hört Radio (Nachrichten und Musik)
- Zeitunglesen, selten Buchlesen (wenn Geschichtsliteratur). Liest weniger, hört lieber Radio
- Kreuzworträtsel (Rätselzeitschrift)
- Musik hören (Schlager-Kassetten)
- Macht morgens 25 Beugen („Frühspport“)
- Würde gerne basteln, hat aber keine Werkstatt/Hobbyraum
- Verreist sehr wenig (aus finanziellen Gründen)

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Tod der Schwester
- Vater (1897 geb.) ist 1973 verstorben. Vater war lange schwer an Lungenkrebs erkrankt, Proband hat am Wochenende seinen Vater besucht (wurde von Mutter und Schwestern gepflegt). Tod des Vaters war ein Schock
- Mutter 1987: verstorben (war vorher im Pflegeheim)
- Bruder ist verstorben
- Ehefrau war in nervlicher Behandlung wegen der Eifersucht (Proband hatte eine Chefin, mit der Situation hatte seine Ehefrau Probleme und wollte sogar die Scheidung. Wohnungsinventar und Bekleidung des Probanden zerstört. Ehefrau ist sehr dominant)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- 1997: Ist Urgroßvater geworden
- Hilft Tochter handwerklich/praktisch
- Unterstützen sich gegenseitig und geben sich Rat (mit der Ehefrau)
- Unterstützen/helfen Tochter (nebenan) mit den drei Hunden (einmal wöchentlich), fahren die Enkeltochter zu Terminen o.ä.
- Sehr guter Freund H. unterstützt Probanden emotional und auch praktisch
- Keinen Kontakt mehr zu ehem. Kollegen (nur noch zufällig)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1997: Proband ist an Leukämie erkrankt. Derzeit keine Therapie, Proband ist nicht eingeschränkt
- Gesundheitszustand: zufrieden, fühlt sich noch leistungsfähig, nur nicht mehr ganz so ausdauernd
- Armgelenksbeschwerden durch vorherige Erwerbstätigkeit (Verschleiß)
- Fußgelenksbeschwerden, alter Knochenbruch (Sturz)
- Krumme Nasenscheidenwand, daher etwas Beschwerden bei der Atmung

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Im Vorruhestand geringfügig beschäftigt als Hausmeister tätig (Höhe des Zuverdienstes war aus gesetzlichen Gründen nur bis zur Wiedervereinigung möglich)
- Nur lesen, Musik hören etc. hat Probanden nicht ausgefüllt, hat nun die Hausrenovierung als Aufgabe (fünf Tage pro Woche renoviert er das Haus; ähnlich wie seine Arbeitszeiten in der Erwerbsphase, Rhythmisierung des Alltags)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1995: Proband hat ein Haus gekauft und ist dort mit seiner Ehefrau eingezogen, hat dort (handwerkliche) Beschäftigung, baut das Haus um und übernimmt die Gartenpflege. Durch das Haus neue Interessenbereiche eröffnet (im handwerklichen Bereich und Garten). Das Haus steht neben dem Haus der Tochter

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Familienzuwachs: zwei Urenkelkinder; Betreuung der Urenkelkinder
- Schwiegersohn hat sich von der Tochter getrennt (Tochter wohnt nebenan)
- Bezugspersonen: Tochter, Schwägerin, bekanntes Ehepaar, Nichte, Enkeltochter, Urenkel
- Proband und Ehefrau unterstützen Schwägerin nach dem Tod des Schwagers
- Gemeinsam mit seiner Frau: Rätseln, Gartenarbeit, Erledigung von Einkäufen
- Um die Kontakte außerhalb und innerhalb der Familie kümmert sich die Frau
- Proband erledigt handwerkliche Arbeiten
- Fährt sehr gerne Fahrrad (alleine, da seine Ehefrau aus gesundheitlichen Gründen [Kniebeschwerden] nicht kann)
- Proband tröstet Ehefrau und baut sie auf
- Ehefrau gibt Probanden Ratschläge (gegenseitig)
- Tröstet seine Kinder und unterstützt diese emotional, gibt Ratschläge

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Blasenkrebs (Operation zur Entfernung der Blase)
- Nach Blasen-Operation: kein Sexualleben mehr, ist für Proband nicht so problematisch, eher für seine Ehefrau
- Blutwerte haben sich verschlechtert (Leukämie), es ist aber noch keine weitgehende Therapie erforderlich
- Konzentration lässt nach
- Hat ein Hörgerät (seit einem Jahr)
- Neue Zahnprothesen
- Ernährt sich bewusst und abwechslungsreich/ausgewogen
- Bewegt sich viel (täglich), Spazierengehen, Gartenarbeit
- Liest gerne, macht viele Kreuzworträtsel
- Trinkt gerne selbst geernteten Tee
- Regelmäßige Vorsorge
- Gesundheitszustand: zufrieden. Im Vergleich zu Gleichaltrigen schätzt Proband seine Gesundheit besser ein
- Kann nicht mehr so schwer heben
- Hört nicht mehr so gut (hat Hörgerät erst seit etwa einem Jahr)
- 2004: neue Zahnprothese

## **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Finanzielle Lage hat sich verbessert (Proband hat den Kredit für das Haus abbezahlt)

## **Kurzportrait Probandin Hoffmann**

Verblindete ID: 1864297

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat zwei Brüder und eine Schwester
- Sehr gutes Verhältnis zum Vater („Lieblingstochter“ vom Vater)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Probandin ist verheiratet
- Hat zwei Töchter, zwei Söhne (Probandin hat ein Kind mit in die Ehe gebracht, das Kind war die ersten zehn Jahre bei der Großmutter)
- hatte eine Fehlgeburt
- Hat sechs Enkelkinder, es besteht jedoch wenig Kontakt
- Die Tochter ist ausgezogen, weil Vater zu viel trank
- Probandin empfand Leere nach Auszug des letzten Kindes (Tochter)
- Schwieriges Verhältnis zur Schwiegermutter
- Hat ein Jahr lang die Schwiegermutter gepflegt, bevor diese ins Heim kam
- Hat auch angespanntes Verhältnis mit Schwiegertochter (Streitigkeiten)
- Kinder weichen ihr aus, kaum Kontakt (Streitigkeiten). Nur jüngste Tochter noch regelmäßig Kontakt

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat seit einigen Jahren wieder die Beziehung zu einer alten Freundin aufgebaut (Austausch und Rat)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule (ohne Abschluss), 1947: Austritt aus der Schule
- Berufswunsch Schneiderin, Ausbildung war ohne Anschluss nicht möglich, hat in Nähschulzeit gearbeitet
- Hat dann in der Schuhfabrik angefangen (Vater hat auch in der Schuhfabrik gearbeitet)
- Kein gradliniger beruflicher Werdegang (bedingt auch durch Unfall des Partners)
- Hat in der Gastwirtschaft und Metzgerei der Familie des Mannes gearbeitet,
- Putzt jetzt nebenbei das Büro vom Sohn
- 1973: Schreibmaschinenkurs aus privatem Interesse
- Steht kurz vor der Pensionierung (in zwei Jahren)
- Arbeitet bis zur Pensionierung als Reinigungskraft (30 Stunden pro Woche), hatte parallel vier Reinigungsjobs

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Allgemein ist Gesundheitszustand gut
- Krampfadern
- In Schulzeit wurde eine Herzklappenvernarbung festgestellt
- Hatte vor kurzem Nabelbruch

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- fährt ohne Mann in den Urlaub (mit Enkeln), der Mann möchte nicht mit
- Freizeitgestaltung ohne ihren Mann

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehemann hatte 1971 einen Berufsunfall (Schädelbasisbruch), arbeitslos
- Ehemann trinkt auch überproportional viel Alkohol (nach dem Unfall)
- Eheprobleme (Ekel vor Schuppenflechte, Alkoholprobleme), leben an einander vorbei
- Betreut/umsorgt den Mann, Probandin teilt Geld ein und kümmert sich um Haushalt und Finanzen
- Probandin ist an einer Schuppenflechte erkrankt (psychosomatisch entstanden durch Sorge um Tochter)
- Pflege des Mannes nach Unfall, alleinige Betreuung der Kinder und Berufstätigkeit (alleinverdienend)
- Eine Fehlgeburt
- Äußert sich abwertend kritisch gegenüber der Wiedervereinigung (wünscht sich „eine höhere Mauer“)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Wichtige Personen: Töchter, Söhne, Enkelkinder, Freundin (Unterstützung, Rat bei Eheproblemen o.ä.)
- Beziehung zu ihrem Ehemann: Mann liegt oft im Bett, hatte damals überlegt, sich zu trennen, wusste nicht wohin (keine Unterstützung erhalten)
- Gute Beziehung bis zum Unfall, das hat ihren Mann sehr verändert (bis dahin war es eine gute Ehe)
- Hat keinen Kontakt zu ihrem Vater wegen familiärer Streitigkeiten (seit zwei Jahren), belastet Probandin sehr
- Hat nur mit ihrem Bruder (von ihren Geschwistern/Verwandtschaft ihrerseits) Kontakt, aber auch selten
- Hat noch Kontakt zu ihren ehemaligen Arbeitskolleginnen (unregelmäßig, eher seltener)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand: zufrieden mit Gesundheitszustand
- Einschränkungen gesundheitlicher Art: Verdauungsprobleme, Wasserablagerungen, benötigt Hörgerät (laut Arzt, hat aber derzeit noch kein Hörgerät)
- Vorsorgeuntersuchung: eigentlich regelmäßig alle zwei Jahre (das letzte Mal vor vier Jahren)
- Hat vor sechs Jahren mit dem Rauchen aufgehört
- Schlafstörungen, in der nachberuflichen Phase wird sie wie während der Erwerbstätigkeit schon früh um vier Uhr wach
- Gewichtszunahme in der nachberuflichen Phase, ist träge geworden, seit sie nicht mehr arbeitet



### **III. Freizeitaktivitäten**

- Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten nur ohne ihren Mann möglich (ist darüber deprimiert), unternimmt daher etwas mit Freundin oder Enkelkindern. Erkrankung/Gesundheitszustandes ihres Mannes schränkt Probandin sehr ein in ihrer Freizeitgestaltung
- Hat die Schwiegermutter 18 Monate gepflegt, dann ist sie ins Heim gekommen und ist vor zwei Jahren verstorben
- Vorbereitung auf die nachberufliche Phase hat sie nicht gemacht, sagt aber hätte man machen sollen (hatte jedoch gar keine Zeit)
- Mit Enkel alleine nach Italien gereist
- Betreut (wenn Tochter arbeitet) Enkelkind (Kind der Tochter)
- Wollte viel in der nachberuflichen Phase verreisen, kann dies aber nicht, weil sie Angst hat, ihren Mann zu Hause zu lassen (er kann aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr mit)
- Probandin hat vor zwei Jahren aufgehört zu arbeiten, hat in der Kinderklinik in Heidelberg als Reinigungskraft gearbeitet (1997)
- Wollte eigentlich schon mit 63 Jahren aufhören zu arbeiten, musste wegen der Lebensversicherung/Altersrente aber bis zum 65. Lebensjahr arbeiten (Probandin teilt Geld (Taschengeld) und Konsumgüter für den Mann ein)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Enkelkind an Epilepsie erkrankt
- Ehemann hat an Gewicht verloren, erkrankt (kognitiv beeinträchtigt), mehrere Hirnschläge erlitten, Stuhlgangprobleme nach Darm-Operation, Alkoholismus, geht nicht mehr zum Arzt. Mann wäscht sich nicht mehr bzw. kann sich nicht mehr waschen, daher wäscht Probandin ihren Mann. Gesundheitszustand des Mannes hat sich rapide verschlechtert (seit der Darmerkrankung)
- Ist belastend für Probandin (Situation/Krankheit mit ihrem Mann)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Enkel halten Probandin auf „Trap“
- Kinder unterstützen sie „durchschnittlich“
- Kann sich mit der Freundin seltener treffen, da sie ihren Ehemann betreuen bzw. beaufsichtigen muss, außerfamiliärer Kontakt ist dadurch weniger geworden

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand: Arthrose (Knie)
- Augen wurden gelasert (grauer Star)
- Subjektiver Gesundheitszustand: mittelmäßig
- Gesundheit hat sich verschlechtert, im Vergleich zu Gleichaltrigen fühlt sie sich besser

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Kann ihren Ehemann nicht mehr alleine bzw. ohne Betreuung zu Hause lassen
- Ehemann braucht mehr Zuwendung und Pflege
- „Krankheit bindet mehr“ (Partnerschaft)
- Ehemann erkennt manchmal nicht mehr die Kinder (kognitiv beeinträchtigt). Ehemann ist kein Austauschpartner mehr für die Probandin, er spricht kaum noch

## **Kurzportrait Proband Hegemann**

Verblindete ID: 2468135

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Hat zehn Geschwister (vier Schwestern, sechs Brüder)
- Stammt aus einer „klassischen“ Arbeiterfamilie

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Mit 21 Jahren seine Frau kennengelernt (im Betrieb), ein halbes Jahr folgte die Hochzeit (1953)
- Mitte der 1950er Jahre: Geburt der beiden Söhne
- Keine Enkelkinder
- Jüngerer Sohn zieht ins Obergeschoss des Elternhauses (bauen derzeit [1.MZP] das Haus gemeinsam um)
- Wichtige Ansprechpersonen sind seine Ehefrau, sein Sohn und seine Geschwister

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Keine Freunde, aber sehr viele Bekannte (hauptsächlich Bekannte aus dem Sportverein, sonst: Nachbarn, ehem. Kollegen)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule bis zur vierten Klasse, anschließend der Besuch der Hauptschule (Abschluss 1945)
- 1946: Lehre zum Müller, wurde vom Vater vermittelt (Berufswunsch war eigentlich Förster)
- In 1950er Jahren: in die Chemiebranche gewechselt, als Hilfsarbeiter im Schichtdienst
- Weiterbildung zum Facharbeiter (kein Schichtdienst mehr), Meister/Obermeister
- War beruflich öfter in den USA
- 1988: Frühverrentung/Erwerbsunfähigkeitsrentner (mit 58 Jahren)

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Tinnitus
- Schlafstörungen (aufgrund von Tinnitus), Konzentrationsstörungen
- Hexenschuss, Rückenprobleme
- Arthrose
- Seit 1990: 50 Prozent Schwerbehindertenausweis
- Im frühen Erwachsenenalter: Leistenbruch, Mandel-Operation, Verkehrsunfall
- Nimmt regelmäßig an medizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil (Urologe, Augenarzt, Internist)

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Sportlich aktiv, Leichtathletik (Turnverein)
- Spaziergehen, Fahrradfahren, Gartenarbeit

- Reisen, Studienreisen
- Spracheninteressiert (übt jeden Tag 15 Minuten Englisch)
- Er war sehr weiterbildungsaktiv während seiner Berufstätigkeit

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1985: Tod des ersten Sohnes durch einen Verkehrsunfall
- Frühverrentung: überraschendes, krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (1988)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Nur viele Bekannte, keine Freunde

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand (Tinnitus) hat sich nicht gebessert
- Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands: durchschnittlich
- Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit: lebt so, dass er seinen Gesundheitszustand halten kann/gesunde Lebensführung (Sport, geringer Alkoholkonsum)
- Prostatabeschwerden
- Keine chronischen Schmerzen
- Schlafstörungen durch Tinnitus, schläft 4-5 Stunden durchgängig
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung
- Gemeinsames Hobby mit seiner Frau: Walking

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Aufstockung/Umbau des Hauses (damit Sohn mit einziehen kann), selbstumgebaut mit dem Sohn: Umbau dauerte zwei Jahre lang
- Arbeitet nicht, bewertet sein Arbeitsleben vor Frühverrentung als ausschließlich positiv
- Verreist nach seiner Frühverrentung viel
- Konnte seine beruflichen Qualifikationen nach der Erwerbsphase/Übergabe im Betrieb in Gesprächen einbringen
- Nicht ehrenamtlich tätig o.ä.
- Gelegentlich/unregelmäßig nachbarschaftliche Hilfe
- Hat mit seinen Geschwistern Kontakt (zu den Geburtstagen etc.)
- Kegelt mit drei ehemaligen Kollegen bei Gelegenheit
- Ist aus dem Turnverein ausgetreten, durch Hausumbau ist Proband nicht mehr im Verein aktiv/nicht mehr da gewesen. Austrittsgrund: „Anschluss finden ist nun arg schwer“
- Nur noch im Siedlerverein (passives Mitglied)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Sohn soll auch mit einziehen ins Haus, damit er (bei Bedarf bzw. Einschränkung des Probanden) das Haus mit in Ordnung hält, z.B. Fegen
- Eltern beide verstorben (Vater ist zwischen 1.MZP und 2.MZP verstorben), Schwiegereltern auch verstorben

### **I. Soziale Netzwerke**

- Alle zehn Geschwister leben noch
- Sohn ist mittlerweile verheiratet
- Unterstützt Sohn, praktische Hilfe, häusliche Arbeit/handwerkliche Tätigkeit (Sohn hilft ihm auch wiederum: hilft Vater am Computer)
- Unterstützt seinen Sohn finanziell (Hausausbau)
- Kann sich auf Unterstützung des Sohnes verlassen
- Hat keinen Freund bzw. Freundeskreis, nur Bekannte
- Sein Freund ist vor zehn Jahren verstorben, seit dem keine Freundschaft mehr

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1999: Prostata-Operation (gutartig)
- 2002: Leistenbruch-Operation
- 2005: Herz-Operation (alle Operationen sind positiv verlaufen)
- Subjektiver Gesundheitszustand: gut
- Gesundheitsprävention: treibt viel Sport (Nordic Walking, Gymnastik, Spaziergänge), macht jeden Tag Sport und Gartenarbeit
- Vorsorgeuntersuchung beim Hausarzt, macht die Gesundheitschecks aber nicht ganz („*Wenn im meinem Alter was kommt, dann...*“)
- Zufriedenheit mit der Gesundheit: völlig zufrieden

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Tod des Freundes, seit dem konnte der Proband keine Freundschaft mehr aufbauen

## **Kurzportrait Probandin Luther**

Verblindete ID: 2680074

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Keine Geschwister
- Mutter gelernte Schneiderin, als Hausfrau tätig (Nähdienste nur noch für Bekannte)
- Mutter wurde schon während der Kindheit der Probandin krank, Probandin war viel alleine. Zudem hatte Probandin einen Hüftschaden und spielte als Kind oft sehr behütet alleine
- Vater war (Dreher) leitender Werksmeister in Flugzeugindustrie
- Vater hat nach dem Tod der Mutter wieder geheiratet, schlechtes Verhältnis zur zweiten Frau des Vaters

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1952: Mann kennengelernt
- 1954: Ehe (Mann war Sprachlehrer)
- 1954: Geburt des Sohnes während des Studiums
- 1963: Geburt des zweiten Sohnes (nur zweites Kind war geplant)
- 1968: Geburt Tochter
- Erhält nach Promotion Tätigkeit an der Universität Unterstützung vom Ehemann (und den Kindern)
- Bis zum zweiten Kind bestand eine klassische Rollenverteilung, ab drittem Kind komplette Aufgabenteilung. Nun wo Probandin pensioniert ist und Mann noch erwerbstätig ist, besteht wieder klassische Rollenverteilung
- Haben jeder ihr eigenes Arbeitszimmer in der Wohnung und arbeiten getrennt, treffen sich dann zu festen Zeiten 13 Uhr (Mittagessen), 20 Uhr zur Tagesschau, vorher ist Mann im Arbeitszimmer, Probandin auch oder in der Stadt unterwegs; fester Rhythmus/Arbeitszeiten, außer an Wochenenden, da kommen Kinder zu Besuch
- Die zwei Söhne sind bereits verheiratet und haben jeweils zwei Kinder (einmal zwei Stiefkinder aus vorheriger Partnerschaft der Partnerin), Probandin hat demnach vier Enkelkinder
- Betreut Enkelkinder, macht Seidenmalerei mit ihrer Enkeltochter
- Alle drei Kindern leben in Leipzig, sieht ihre Kindern regelmäßig (Kinder besuchen Probandin oft)
- Spricht mit Kindern über berufliche, familiäre, partnerschaftliche Probleme sehr offen
- Verhältnis zu Vater und Stiefmutter hat sich verbessert
- Bespricht auch mal mit ihrem Vater Probleme mit eigenen Kindern
- Probandin versucht Kummer von ihren Kindern fernzuhalten, würde Kummer mit Mann besprechen
- Rat und Info. direkt an Infostellen oder Ehemann/Familie
- Familie des Ehemanns war große Stütze für Probandin (Ersatz ihrer fehlenden familiären Bindungen)

### III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)

- Freundin aus der Schulzeit
- Befreundete Familien, Kontakt ist weniger geworden, war intensiver, als Kinder jünger waren
- Fragt Freunden und Bekannten nicht nach Rat, würde Vater und Kinder um Rat fragen
- Keinen intensiven Kontakt zu den Nachbarn (keine Besuche oder Freundschaften), nur selten mal praktische Hilfe, wenn sie im Urlaub sind
- Große Hilfe bot das Kollektiv der Kollegen bei Berufsentscheidung (Weichenstellung), haben fehlende Gespräche mit Eltern, Rückhalt aus der Familie ersetzt

### IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang

- Grundschule (vier Jahre), anschließend Hauptschule (vier Jahre), Abschluss 1946
- Hatte einen Musiklehrer, der ein Art Vaterfigur für Probandin eingenommen hat
- 1946-1947: Wurde als Schneiderin angelernt, keine Ausbildung
- 1947: Ausbildung, bei Schneidermeisterin in die Lehre gegangen, in Probezeit (3 Monate) wurde sie entlassen, weil sie die Kohlkarte verloren hat
- 1947: Probezeit in einer anderen Lehrstelle als Schneiderin, Probleme mit der Chefin, hat Lehre dort nicht beendet
- 1947-1949: Ausbildung als technische Zeichnerin (sehr guter Abschluss)
- Hat neben der Lehre zur technischen Zeichnerin parallel Mathematikurse in der VHS belegt
- Angebot bestand entweder vom Arbeitgeber ein Ingenieurstudium aufzunehmen oder an der VHS das Abitur nachzuholen und dann zu studieren
- Hat mit Kollegen die Entscheidung zur weiteren Ausbildung intensiv diskutiert und Unterstützung erfahren, um Entscheidung zu treffen
- Probandin hat sich für das Abitur und anschließendes Studium entscheiden
- Sprachwissenschaftliches Studium (Abschluss 1959)
- 1959-1961: als Sprachlehrerin an der Universität tätig (Honorarbasis)
- 1961-1969 an einem Sprachinstitut tätig
- 1963-1964: Babyjahr, nicht erwerbstätig
- 1968-1969: Babyjahr, nicht berufstätig. Hat dann gemerkt, dass sie der Doppelbelastung Beruf und drei Kinder nicht mehr gewachsen ist
- Hat Stelle am Institut gekündigt und hat Honorartätigkeit an verschiedenen Instituten/Sprachschulen wieder aufgenommen, da die Doppelbelastung zu stark war
- 1979-1982/84: Promotion (Germanistik), hat keine Stelle gefunden und hat daher promoviert. Betreuer hat Forschungsinteresse der Probandin geweckt (starke Mentorenrolle)
- 1985-1992: Oberassistentenstelle an der Universität
- 1992: Pensionierung (mit 60 Jahren musste man aus dem öffentlichen Dienst ausscheiden). Auch heute gibt Probandin noch Vorlesungen an der Universität auf Honorarbasis
- Hat zur „Zwangspensionierung mit 60 Jahren“ an der Universität Beschwerde/Widerspruch gegen rechtliche Bestimmungen eingelegt und wartet nun auf Antwort
- Hat sich während Promotion (mit 50 Jahren) Gedanken über Pensionierungsphase gemacht (wollte weiter publizieren)
- Schreibt derzeit an einer Bibliographie

### V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten

- Als Kind Hüfterkrankung (Sklerose), heute ist das Bein steif
- Mit zehn Jahren hat Probandin Rheuma bekommen, mit 25 Jahren sind Rheumaschübe weggegangen

- Keine gesundheitlichen Beschwerden, bis auf den Hüftschaden
- Als junge Frau/erste Ehejahre ging es Probandin gesundheitlich nicht so gut, Blutar-  
mut, Rheuma, Migräne, starke Hüftbeschwerden (bis 50 Jahre)
- 1952: Kuraufenthalt
- Ab 1955: Hüftbeschwerden zurückgegangen, da Hüfte versteift ist
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Ernährung: ausgewogene Ernährung
- Aktueller Gesundheitszustand: gut, zufrieden
- Hat gelernt mit Hüfte, steifen Bein zu leben, schränkt Probandin nicht großartig ein

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Hat als Kind schon sehr viel gelesen, aus gesundheitlichen Gründen weniger mit ande-  
ren gespielt
- In der Jugend war sie im Bund Deutscher Mädel aktiv
- Jugend: kirchliche Jugendgemeinde
- War nicht in der Partei
- Textilgestaltung (während Babypause)
- Aktivitäten mit Mann: Theater, Oper, Spazieren gehen, Busausflüge
- Hält im kirchlichen Kreis gelegentlich Vorträge
- Liest täglich Zeitung
- Handarbeiten (dabei Radiohören)
- Hat angefangen mit der Seidenmalerei
- Hobbys und Interessen haben sich nicht geändert

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1946: Tod der Mutter
- Hat in der Kindheit/Jugend die Mutter bis zum Tod gepflegt (Darmkrebs)
- Probandin hat 20 Jahre an Albträumen wegen Tod/Krankheit der Mutter gelitten
- Affären des Vaters waren für Probandin in Jugend belastend (als Mutter tot war)
- Stand in damaligen Zeiten als Frau in der klassischen Rollenverteilung zwischen Ent-  
scheidung zur Berufswahl und Vereinbarkeit mit der Familie
- zweiter Sohn hatte auch Hüftschaden und Sklerose (Versteifung des Rückens), lang-  
jährige Behandlung
- Auszug der Kinder nicht problematisch, da Kinder sehr häufig zu Besuch kommen.  
Probandin und Mann genießen nun auch Zeit für sich
- Kurze Zeit (14 Tage) den Schwiegervater bei sich gepflegt, ist dann verstorben (1981)
- Unterstützt Tochter emotional, ist in psychologischer Behandlung

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

### **I. Soziales Netzwerk**

- Völlige Geselligkeit mit den Kindern und Enkelkindern, täglich im Hause
- Eine Tochter ist Germanistin und Enkeltochter sehr interessiert, so dass Probandin oft  
mit den beiden über Bücher/Romane spricht und auch bespricht
- Ehe: unterstützen und beraten sich gegenseitig
- Wenn Kinder und Enkelkinder Probleme haben, dann kommen sie zur Probandin und  
suchen Rat und emotionale Unterstützung
- Wenn Probandin Probleme hat, redet sie nicht mit den Kindern darüber, möchte Kin-  
der nicht belasten

- Vater ist mit seiner zweiten Frau ins Pflegeheim gezogen, in der Nähe der neuen Wohnung der Probandin. Probandin besucht ihren Vater alle 14 Tage, telefonieren mehrmals die Woche

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Zysten, unbedenklich
- Blutdruck konnte eingestellt werden, ist nun medikamentenfrei
- Gesundheitszustand gleich geblieben, nur die Hüftbeschwerden haben sich in den letzten zehn Jahren verschlechtert
- 1997: Kur wegen des Hüftschadens (mit Ehemann)
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Ist weniger als Dozentin (Lehraufträge) an der Universität tätig, fühlt sich an der Universität unwohler, neue Kollegen, wenige von den alten Kollegen noch da, zu volle Vorlesungen
- Sind in letzten Jahren sehr viel verreist, weil sie nicht weiß wie lange sie es mit ihrem Hüftschaden noch kann
- Ehemann ist vor zwei Jahren auch pensioniert worden, seitdem verreisen sie viel
- Gehen in Konzerte
- Probandin und Ehemann unterrichten Enkelkinder einmal wöchentlich in Fremdsprachen (Nachhilfe)
- Gehen aber auch getrennt voneinander Interessen nach

## **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Umzug: werden aus der Stadt auf das Land ziehen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

### **I. Soziale Netzwerke**

- Probandin ist Ansprechpartnerin für die Kinder und Enkelkinder
- Ehepartner: emotionale und praktische Unterstützung

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand: gesund, zufrieden, gleichgeblieben, bis auf Hüftbeschwerden (angeborene Beeinträchtigung): „Habe gelernt damit [Beeinträchtigung] zu leben“
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Gesunde Ernährung, solange es geht, alles selber machen, aktive Informationssuche nach Unterstützungsangeboten im Alter

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Arbeitet nicht mehr als Dozentin an der Universität, Lehrtätigkeit ist ausgelaufen
- Lernt gerne mit ihren Mann gemeinsam Fremdsprachen (aktuell lernen sie Latein)



## **Kurzportrait Probandin Lippert**

Verblindete ID: 2724689

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Hatte noch ein jüngeres Geschwisterteil (bereits verstorben)
- Beruf des Vaters: Ingenieur; Mutter: Frisörin
- Verhältnis zur Mutter gestört (Mutter wurde als streng, aggressiv, verbittert beschrieben)
- Kontakt zum Vater nach Scheidung abgebrochen (hat neue Familie gegründet) vorher war der Kontakt auch nicht intensiv
- Hat zwei Enkelkinder
- Empfindet den seltenen Kontakt zu Enkelkindern aufgrund der Berufstätigkeit der Eltern als bedrückend und die Einstellung bzw. fehlende Lebensfreude der eigene Kinder als beklemmend
- Wurde von den Schwiegereltern zu Zeiten der Heirat/im jungen Erwachsenenalter unterstützt und aufgenommen, eigene Mutter war dagegen. Hatte gutes Verhältnis zu den Schwiegereltern
- Ist für Tochter Ratgeberin
- Möchte im „Alter“ im Fall von Pflegebedürftigkeit nicht ihrer Tochter zur Last fallen, da sie aus eigenen Erfahrungen weiß, wie schwer es ist, dass junge und alte Menschen zusammenleben

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Heirat 1952/53
- Geburt der Tochter 1954
- Ehemann ist gesundheitlich beeinträchtigt, Probandin nimmt daher Rücksicht auf Partner und steckt bei Meinungsverschiedenheiten und den eigenen Bedürfnissen zurück
- Bei Rat und Hilfe: Mann und Tochter

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat eine sehr gute Freundin in München, aus geographischen Gründen nur Telefon- und Briefkontakt

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule, vier Jahre Mittelschule (Abschluss 1947)
- Berufswunsch war eigentlich Modezeichnerin
- Keine Lehre gemacht (verfügt über keinen beruflichen Ausbildungsabschluss), sondern musste mit 14 Jahren schon den Unterhalt für sich und die Mutter aufbringen, hat als Näherin/Schneiderin gearbeitet (1947-1948, Konkurs des Arbeitgebers)
- Vier Monate arbeitslos
- Anstellung als Näherin im Modehaus (1949)
- Bis 1953 (d.h. bis zur Heirat) unterschiedlichen Tätigkeiten nachgegangen: Tätigkeit als Näherin bei Modehaus ist zu monoton geworden, wollte etwas kreativeres machen, dann beim Juwelier als Verkäuferin gearbeitet, dann woanders als Verkäuferin gearbeitet

- Nach Geburt des Kindes (1954) nur gelegentlich beim benachbarten Buchbinder als Aushilfe gearbeitet und parallel die Schwiegereltern versorgt, erstmals zwei Jahre zu Hause
- Hat bei Schwiegereltern geputzt und die Wäsche gemacht, eingekauft (zwei- bis dreimal wöchentlich besucht)
- Pflege der Schwiegereltern, 1962 zog die Schwiegermutter bei Probandin ein, und sie übernahm die Pflege (bis 1970 die Schwiegermutter in ein Pflegeheim gekommen ist, da Pflege zu schwer wurde)
- Nachdem Schwiegermutter ins Pflegeheim gekommen ist, wieder in Teilzeit als Näherin tätig (1970)
- Aufgrund des langen Arbeitsweges andere Beschäftigung gesucht, als Serviererin im Seniorenheim tätig (bis 1978), dann im selben Haus als Betreuerin gearbeitet
- Musste sich für ihre Tätigkeit als Betreuerin nachträglich fortbilden
- Als Betreuerin im Seniorenheim gearbeitet (erst Teilzeit dann in Vollzeit), dann 1989 freiwillig in den Ruhestand gegangen (mit 57 Jahren), Beruf war zu „aufreibend“
- Seit 1989 arbeitslos, zwei Jahre Arbeitslosengeld bezogen und dann Rentenzahlung erhalten

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Es liegen keine chronischen Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalte vor
- Nimmt keine regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch
- Subjektiver Gesundheitszustand: sehr gut
- Schlafstörungen (psychische Belastungen seit Tätigkeit als Betreuerin)
- Hatte Sehstörungen (aufgrund von Durchblutungsstörungen), konnte erfolgreich behandelt werden
- Gelegentlich Schmerzen am Halswirbel
- Probandin und Ehemann sind beide Raucher
- 1987: Gallenblasenoperation

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Eingeschränkt, da Angst im Umfeld/Einbrüche etc., wenig kulturelle Teilhabe trotz Interesse, „Fixierung auf zu Hause“ durch die deutsche Wiedervereinigung, Angst vor Kriminalität
- Treffen mit Freunden und eigene Videos anschauen
- Schwimmen
- Geht mit Ehemann spazieren, arbeiten zusammen im Garten
- Handarbeiten
- Verreist ungern

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- In der Kindheit: Scheidung der Eltern
- Loslösen aus dem Elternhaus (Heirat)
- Pflege der Schwiegereltern, Einzug der Schwiegermutter zur Probandin ins Haus und Pflege der Schwiegermutter (acht Jahre intensive Pflege)
- Empfund die Pflege der Schwiegereltern als Belastung (zeitliche Einschränkung), Betreuung der Schwiegereltern wie „Klotz am Bein“ konnte nicht arbeiten oder anderen Interessen nachgehen
- Deutsche Wiedervereinigung: Fixierung auf zu Hause, wenig außerhäusliche Aktivitäten
- Durch intensiv Pflege der Schwiegermutter litt auch die Ehe (es gab keine Zweisamkeit)

- Tochter (als sie schwanger war) hat mit ihrem Freund bei den Eltern gewohnt
- Auszug der Tochter positiv: genießt es, mal allein zu sein, andererseits wehmütig

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Unterstützt Tochter moralisch bei der Trennung/Scheidung
- Haben sich nach der Pensionierung des Mannes gut eingespült (Alltag)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1995: Herzkatheter
- Chronische Arm- und Schulterschmerzen
- Subjektiver Gesundheitszustand: schwankend
- Wöchentlich Koronarsport (wegen Herzkatheter)
- Immer noch Schlafstörungen (Grund unbekannt)
- Bewusste Ernährungsumstellung
- Geht jetzt regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung (bzw. Nachsorgeuntersuchung)
- Hautprobleme
- Umgang mit Belastungen: schreibt alles nieder (was sie z.B. eigentlich ihrem Mann sagen wollte): „Ventil“, hatte niemanden zum Reden (Tochter beruflich eingespannt, Mann wollte sie nicht belasten)

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Nebenjob: Auffüllen von Regalen im Supermarkt
- Hat Handarbeiten aufgegeben, da es fertige Stücke günstig zu kaufen gibt (nach der deutschen Wiedervereinigung)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehemann ist pensioniert worden (1996) aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Stresssymptome)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Tochter hat sich scheiden (1995) lassen und wurde beruflich versetzt: „[...] *Haus gebaut und konnten es nicht mehr nutzen, weil sie mit der Arbeit mitziehen mussten*“ (Tochter ist allein nach Essen gezogen, große Entfernung), das Haus noch durch Kredite belastend, Tochter ist wieder verheiratet. Enkelkinder hatten Problem mit der Trennung
- Probandin hat Enkelin (in Berlin) telefonisch emotional gestützt und in schwerer Zeit beratend begleitet
- Enkelsohn lebt in Leipzig und schottet sich von der Familie ab. Lebt mit Freundin und Kind (Urenkel), gar keinen Kontakt mehr zur ganzen Familie
- Fehlender Kontakt zum Enkelsohn bedrückt Probandin sehr
- „Das war eine bittere Zeit, ganze Familie hat gelitten“ (insbesondere für die Enkelkinder). „Eigentlich hat es die Familie zerstört.“
- Kontakt besteht größtenteils telefonisch, schwierig für Probandin zur Problembewältigung

- Probandin verheimlicht ihre Probleme vor Kindern und Enkelkindern, um diese nicht zu belasten („*Man will ja auch keinen Kummer machen*“)
- Subjektiver Gesundheitszustand: schwankend, im Durchschnitt: zufrieden
- Wichtig sind Treffen mit Bekannten (Klassentreffen) jährlich und einmal im Jahr gemeinsamer Urlaub
- Probandin kümmert sich um Absprachen (terminlich) mit Freunden und Bekannten
- Unterstützen sich gegenseitig (ausgeglichen) mit ihren Mann (trösten etc.), Ratschläge (gleichen sich aus)
- Ratschläge für und von ihrer Tochter „*Sie sagt mir die modernen Sachen (Internetbuchung etc.) und ich sage ihr die guten alten Sachen*“
- Treffen und reden mit befreundeten Ehepaaren: Sprechen und beraten sich bei familiären Problemen, „Sorgen mit den Kindern“, seelische/emotionale Unterstützung

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Kann nicht mehr alles auf einmal, teilt sich ihre Aufgaben ein, alles ohne fremde Hilfe
- Physische Gesundheit: hat sich in den letzten Jahren nicht verändert
- Gegen Ängste: autogenes Training (Entspannung) „*Da helfe ich mir selber, wenn ich merke, das es zunimmt, dass ich Angst habe*“
- Stellt sich selber aus Zeitschriften etc. Tipps zur Entspannung/Angstabbau in einer Mappe zusammen und wendet diese Tipps bei Bedarf dann an
- Schlafstörungen durch Probleme („*Ich kann schwer abschalten*“)
- Vorsorge: Orthopäde, Zahnarzt, Internist (sonst sowieso in ärztlicher Behandlung)

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Hobby: Lesen, Rätseln (gemeinsame Rätselstunde), Spaziergehen
- Aufgabenteilung: sie Haushalt, er handwerkliche Arbeiten, nur gemeinsam Gartenarbeit; traditionelle Rollenverteilung

## **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Deutsche Wiedervereinigung: „*Die Einheit hat uns nur Kummer gebracht, mehr hat sie nicht gebracht. Also wir waren früher glücklich, wir waren ärmer, das stimmt [...], aber wir waren sehr glücklich und sehr zufrieden*“

## **Kurzportrait Probandin Hansen**

Verblindete ID: 2975386

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat einen jüngeren Bruder
- Probandin kam nach Tod des Vaters mit dem neuen Lebenspartner der Mutter nicht zurecht
- Ein Sohn, eine Tochter
- Nach Tod des neuen Lebenspartners der Mutter und Erkrankung (Wirbelsäulenschaden, Gehbehinderung) der Mutter: pflegt bzw. betreut Probandin täglich ihre Mutter und erledigt Gartenarbeit, Einkäufe etc. (in getrennten Haushalten)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Nimmt stark Rücksicht auf ihren Mann (er hatte eine schlechte Kindheit), hat nach dem Willen des Mannes entschieden und hat sich ausschließlich um Kindererziehung gekümmert
- Mann ist bereits pensioniert
- Ehemann möchte, dass seine Frau nun auch zu Hause ist (nicht Tätigkeit als „Grüne Dame“ nachgeht), Probandin setzt das durch, kommt daher manchmal zu Streitigkeiten
- Probandin hat einen Sohn und eine Tochter
- Keine Enkelkinder
- Mann und Sohn bauen gemeinsam ein Sportflugzeug zusammen
- Probandin kann mit der Tochter über die Probleme (bzgl. der Betreuung) mit der Mutter sprechen, Tochter bestärkt sie auch in der Arbeit bei den „Grünen Damen“ gegen den Willen des Mannes

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Engagiert sich bei den „Grünen Damen“ (ehrenamtliche Tätigkeit)
- Frauenkreis, Kirchengruppe, Turnverein

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Hauptschulabschluss
- Besuch der Handelsschule
- Ausbildung Bürotätigkeit
- Haustochter in der Diakonie
- Berufswunsch: Kindergärtnerin

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Arthrose (Schmerzen an den Händen)
- Erscheinungen von Knieverschleiß
- Gesunde Ernährung
- Viel Bewegung, Gymnastik
- Regelmäßige Vorsorge

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Fahrradtouren mit Mann und Freundeskreis
- Reisen
- Garten
- Handarbeiten

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Vater ist bei Bombenangriff ums Leben gekommen
- Bedauert Auszug des letzten Kindes (Tochter), da das Haus nun so leer ist
- Bruder ist vor einem Jahr an Krebs gestorben
- Probleme, die sie nicht schnell verarbeiten kann „*Nehme ich mit in die Nacht und da träume ich von und werde dann mal wieder wach, aber schlafe auch wieder ein und im Allgemeinen [...]*“
- Hat dadurch aber auch gelernt, dass es wichtig ist, sich abzugrenzen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

- Keine erheblichen Veränderungen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

- Keine erheblichen Veränderungen

## **Kurzportrait Proband Haack**

Verblindete ID: 3579246

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat zwei ältere Schwestern, eine jüngere Schwester
- Vater war Kraftfahrer und hatte eine Mehlspektion
- Mutter war Hausfrau und hat nur gelegentlich als Küchenhilfe gearbeitet
- Proband ist ein „klassisches Arbeiterkind“

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1949: heutige Ehefrau kennengelernt, dann zerstritten/getrennt und erst 1951 wieder zusammengekommen, Verlobung 1952, Heirat 1953
- Frau war damals Fabrikarbeiterin
- Drei Söhne und drei Enkelkinder
- Unterstützen sich gegenseitig (Ehefrau)
- Wichtige Bezugspersonen sind seine Geschwister
- Redet über Sexualität mit Schwiegertöchtern und Söhnen (kann mit ihnen über alles reden)
- Fragt ältesten Sohn (Elektriker) bei technischen Dingen um Rat, bei finanziellen Angelegenheiten den jüngeren Sohn (Bankkaufmann)
- Kümmert sich um die Mutter, holt Mutter jedes zweite Wochenende (über das Wochenende) zu sich, (Mutter lebt bei einer Schwester), nimmt Mutter auch mit in den Urlaub

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Befreundetes Ehepaar (seit 40 Jahren), spenden Rat und Trost
- Nachbarschaft

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule, Schulabschluss 1945
- 1942: Aushilfe in der Bäckerei (vor der Schule)
- 1943: Kriegseinsätze, Kinder wurden zur Arbeit eingezogen (Notstandsarbeit): arbeitete Nachmittags in der Federnfabrik
- Hat während der Zeit im Jungvolk in der Küche gearbeitet und Essen ausgefahren zu den Gefechtsstellen im Wald
- Strafdienst bei den Amerikanern: Landwirtschaftslehrgang (bis 1946)
- Wunschberuf: KFZ-Mechaniker
- 1946-1949: Lehre zum Schreiner (es gab kaum Lehrstellen in der Region, hatte keine Wahlmöglichkeit), positives Verhältnis zum Lehrmeister
- 1949:Waggonbau (Akkordarbeit)
- Phase der Arbeitslosigkeit (acht Monate), hat Tätigkeit als Waggonbauer freiwillig beendet, da viele verheiratete Kollegen mit Kindern dringender das Geld brauchten (wurde getuschelt)

- Hat als Fernfahrer gearbeitet (28 Jahre als LKW-Fahrer, davon 16 Jahre im Fernverkehr), war in den ersten Ehejahren und Schulzeit der eigenen Kinder daher wenig zu Hause
- Hat bei seinem Vater in der Mehlmühle/Spedition gelernt (Lehre)
- Hat sieben Jahre bei Vater in Mehlspektion gearbeitet (war harte Arbeit)
- 1950: In der Firma, wo der Vater arbeitet, angefangen
- Seit 1965: Marktmeister, Beaufsichtigung von Märkten (Schausteller) und Messen (von Arbeits- ins Angestelltenverhältnis gewechselt)
- Renteneintritt 1990 (mit 60 Jahren): Grund gesundheitliche Beeinträchtigung (Gehbehinderung)
- In nachberuflicher Phase: mehr Gartenarbeit nachgegangen, mehr spazieren gegangen, mehr seiner Frau im Haushalt geholfen

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Behinderung des rechten Beines
- Schmerzen im Fuß/Bein sind weniger geworden (in der nachberuflichen Phase)
- Keine gesundheitlichen Probleme bis 1960
- 1960: Erkrankung an Tuberkulose, hat Söhne mit Tuberkulose infiziert
- Rückenbeschwerden, Bandscheibenprobleme (Verschleißerscheinungen)
- 1964: Mandel-Operation
- 1978: Daumen abgehackt
- 1980er Jahren: Entfernung eines Tumors im Halsbereich
- Subjektiver Gesundheitszustand: fühlt sich sehr gut
- Geht es gesundheitlich besser als im Beruf (aufgrund der Belastung)
- Nutzt Vorsorgeuntersuchungen seit seinem 50. Lebensjahr

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- In Kindheit: Handball, Leichtathletik, danach nur noch beruflich körperlich aktiv (Mehlsäcke schleppen)
- Gartenarbeit, Spaziergehen
- Schwimmt dreimal wöchentlich 1000m
- Verreisen mit Freunden und Verwandten regelmäßig
- Treffen sich wöchentlich mit Freunden zum Kegeln
- Unternimmt etwas mit den Enkelkindern und Söhnen

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1960: Erkrankung an Tuberkulose
- Hat Söhne mit Tuberkulose infiziert
- 1968: Unterleibs-Operation seiner Ehefrau, Proband hat den Haushalt geführt (Beruf und Familie, als Doppelbelastung), teilt sich heute die Hausarbeit mit seiner Frau
- Tod des Vaters

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Soziales Netzwerk**

- Unterstützt/hilft Söhnen bei handwerklichen Arbeiten

#### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Hat niedrigen Blutdruck



- Erhöhter Cholesterinspiegel
- Schmerzen im Bewegungsapparat
- Nimmt regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Hilft Ehefrau noch mehr im Haushalt etc. da sie schwer an Darmkrebs erkrankt ist (mehrere Operationen)
- Mutter ist im Pflegeheim, da man sie gar nicht mehr allein lassen kann

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Gibt Söhnen familiäre Ratschläge
- Proband bekommt von den Söhnen Hilfe u.a. bei der Gartenarbeit
- Musste seine Ehefrau wegen der Krankheit nicht trösten, da sie sehr stark ist
- Muss selbst von seiner Ehefrau nicht getröstet werden, da es keinen Grund gibt

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Subjektiver Gesundheitszustand: sehr zufrieden
- Gesundheitszustand ist unverändert geblieben
- Fühlt sich im Vergleich zu Gleichaltrigen fitter

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehefrau hatte Brustkrebs (Tumorentfernung und Bestrahlung)

## **Kurzportrait Proband Lange**

Verblindete ID: 3642975

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat eine jüngere Schwester
- Vater war Schmied, Mutter Hausfrau („klassische“ Rollenverteilung)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Zwei Söhne, zwei Enkelkinder
- Hat viel von seiner Partnerin gelernt, wurde beraten und unterstützt

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- War in unterschiedlichen Jugendgruppen aktiv
- Austausch mit Freunden (bestärkten seine Entscheidung zum Studium)
- Regelmäßiger Austausch mit Freunden aus dem Fachhochschule

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Besuch der Mittelschule
- Erwähnt häufiger sehr gute Berufsschullehrer (Förderer/Mentorenrolle), hat auch Wunsch geweckt, selbst Lehrer zu werden
- Hat eine Lehre als Schmied im väterlichen Betrieb absolviert
- Umschulung als Maschinenschlosser
- Ausbildung als Maschinenbauer
- Pädagogikstudium (Berufsschullehrer Fachrichtung Metall)
- Technikerschule: Ingenieursstudium
- Hochschulfernstudium
- In den letzten Berufsjahren als Fachschuldozent tätig
- Sehr weiterbildungsaktiv
- Altersruhestand/Vorruhestand mit 66 Jahren
- Nachberufliche Tätigkeit: Betreuung von Studierenden

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Hatte als Kind oft Magenbeschwerden
- Berichtet von Umstellung von körperlichen Arbeitsbelastungen zu geistigen Arbeitsanforderungen (und wiederum Umstellung zur Pensionierung)
- Bluthochdruck
- Prostata-Operation
- Leichte Kreuzschmerzen
- Achtet auf Ernährung
- Bewegung/Gymnastik

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Hat im Ruhestand autodidaktisch ein Instrument erlernt (Keyboard)
- Gartenarbeit, Mitglied im Kleingartenverein

- Handwerkern, Basteln
- Reisen mit Frau und auch mit Freundeskreis gemeinsam
- Theater
- Funktion des Haus- bzw. Wohnblockwarts

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Auszug des letzten Kindes, haben bei dem Auszug etwas nachgeholfen
- Deutsche Wiedervereinigung: Ellenbogengesellschaft im Westen, anderes Kaufverhalten, Angst vor Gewalt (Ausgehverhalten geändert)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Nach Tod seiner Frau: Kinder und Freunde haben Hilfe angeboten.
- Betreut zweimal wöchentlich den Enkel und gibt ihm Hausaufgabenhilfe
- Fährt mit seinem Sohn und deren Familie in den Urlaub
- Gesprächsthemen mit Söhnen: Beruf und Enkelkinder
- Möchten seinen Kindern nicht auf den „Geist gehen“ bzw. zur Last fallen
- Hat neue Freundin, gemeinsamer Urlaub
- Trifft sich mindestens einmal im Monat mit seinen drei besten Freunden/-innen, gegenseitige Ratschläge
- Bekannte sind seine Nachbarn, plauschen und feiern zusammen
- Kinder und Proband unterstützen und beraten sich gegenseitig
- Trifft sich regelmäßig mit ehemaligen Kollegen
- Einmal wöchentlich kommt der ältere Sohn zu Besuch, ist sein Ansprechpartner
- Kritisiert die Erziehung der Enkelkinder (zu lasch hinsichtlich Hausaufgaben)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Subjektiver Gesundheitszustand: ganz gut, nur etwas Schulterschmerzen (seit sechs Monaten). Macht daher morgens Gymnastik
- Erhöhter Cholesterinspiegel
- Macht handwerkliche Arbeiten am Haus und Gartenarbeit
- Diabetes
- Gelegentlich Gelenkbeschwerden (bei hoher Belastung)
- Raucher (fünf bis zehn Zigaretten pro Tag)
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung (Hausarzt, Urologe)
- Subjektiver Gesundheitszustand: „*Heute nicht besser, damals nicht schlechter*“
- Problem mit der Magensäure und die Magenbeschwerden haben sich zurückgebildet

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Betreut nebenberuflich noch die Meisterausbildung (Honorarbasis)
- Ehrenamt: in Wohnungsgenossenschaft wurde er als Vertreter gewählt

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Inzwischen in Pensionierung (vorher noch im Altersübergang 1.MZP)
- Ehefrau ist 1997 verstorben (im Hospiz): Bauchspeicheldrüsenkrebs, Proband war auf den Tod seiner Frau „vorbereitet“

### **I. Soziale Netzwerke**

- 1999: Freundin kennengelernt, haben sich wieder getrennt
- Wichtige Personen: Söhne und Enkelkinder, Schwester, ehem. Kollegen, Hausgemeinschaft
- Sehr engagiert, organisiert Feste etc. für die Hausgemeinschaft („bin der Häuptling vom Block“), Verwaltungsaufgaben für die Hausgemeinschaft
- Unterstützt Söhne durch praktische Hilfe, emotionale Unterstützung, beratend
- Proband lässt sich vor seinen Kindern nicht anmerken, wenn es ihm emotional schlecht geht, gibt Kinder nicht die Chance, ihn tröstend zu begleiten, macht es mit sich aus
- Erwartet von seinen Kindern keine Hilfe/Unterstützung
- Enkelsohn hat während seiner Lehrzeit beim Probanden gewohnt
- Regelmäßiger (viermal wöchentlich) Besuch oder Telefonat mit Enkelsohn, sehr enges Verhältnis, Beziehung hat sich verbessert/intensiviert
- Gibt Enkel Ratschläge, ist Ansprechpartner/Vertrauensperson
- Enkelsohn unterstützt Probanden auch bei praktischen Tätigkeiten (Gartenarbeit etc.) lässt sich aber nicht emotional stützen (nichts anmerken lassen), Enkel gibt Probanden auch mal Ratschläge
- Freunde: Freundeskreis verändert sich, es kommen auch neue Freunde hinzu (u.a. Freundin kennengelernt), manche Kontakte brechen ab
- Treffen mit Freunden: dreimal im Monat (einzelne Paare, Freunde), auch telefonischer Kontakt (einmal monatlich)
- Unterstützt Freunde bei der Gartenpflege, informiert, gibt Ratschläge, hilft praktisch
- Freunde würden ihn unterstützen, sagt aber nicht, wenn es ihm nicht gut geht
- Holt sich nur (praktische) Ratschläge bei Freunden (kein Trost, emotionale Unterstützung)
- Wünscht sich, eine neue Lebenspartnerin kennenzulernen

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- hat sich kaum etwas verändert
- Subjektiver Gesundheitszustand: gut, zufrieden
- Gesunde Ernährung, kocht für sich und seinen Enkel
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Handwerklich tätig, Gartenarbeit
- Gymnastik, Spaziergänge (täglich)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Hat 1999 mit seinen beiden Söhnen und Enkelsohn (Enkeltochter lebt bei Schwiegertochter, leben in Scheidung) zusammen ein Grundstück gekauft und das darauf stehende Haus wurde von den Söhnen ausgebaut. Alle haben für sich abgeschlossene Wohneinheiten (Einzug geplant)

## **Kurzportrait Proband Hornberger**

Verblindete ID: 3791246

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Vater war Ingenieur (im Dampfkraftwerk), Mutter war Hausfrau
- Hat auch im Erwachsenenalter bei seinen Eltern gewohnt. Bewohnt nachdem Tod der Eltern das Elternhaus allein
- Als Mutter wegen der schweren Krebserkrankung in ein Altenheim gekommen ist, hat Proband sie dort versorgt und regelmäßig besucht
- Hat alles mit seinen Eltern diskutiert, es wurde viel und regelmäßig gesprochen

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Ledig, nie in Beziehungen zusammengelebt
- Seit 1960: „lose bzw. unverbindliche“ Beziehung gehabt (in getrennten Haushalten), Freundin hat Kind aus vorheriger Partnerschaft
- Hat selbst keine Kinder

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat einen guten Bekannten, lässt keinen so schnell an sich heran, distanzierte Beziehungen
- Funkkollegen, „Sammlerkollegen“
- Oldtimerclub
- Wenn er Rat bzw. Informationen benötigt, dann holt er sich diese ganz gezielt bei fachkundiger Stelle (auch öffentlichen Stellen)
- Kontakt zu Nachbarn sehr oberflächlich (man grüßt sich)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Grundschule, anschließend Besuch des Gymnasiums (1950: Abitur)
- Nach dem Abitur hat Proband eine kaufmännische Ausbildung als Exportkaufmann gemacht (1950-1952), sich anschließend selbstständig gemacht als technischer Übersetzer und Dolmetscher
- Autodidaktisch weitergebildet zum technischen Übersetzer, hat viel durch das Radio gelernt (und auch von anderen Menschen gelernt)
- Autodidaktisch gelernt: beschafft sich Infomaterialien von ausländischen Firmen und nutzt/sammelt jeweilige Fachbegriffe in verschiedenen Sprachen
- Geplant: 1995 Eintritt in die Pensionierung/nachberufliche Phase
- Pläne für die nachberufliche Phase: mehr Cabaret anschauen, Musik hören, Dampfmaschine (mit Interessen verstärkt beschäftigen/Hobbies nachgehen), möchte Oldtimer herrichten
- Möchte seine berufliche Tätigkeit in der nachberuflichen Phase freiberuflich weiterführen (mit reduzierter Stundenanzahl)

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Nimmt jährlich an Vorsorgeuntersuchung teil

- Pollen-Allergiker (Bronchien), war zur Kur wegen der Bronchien
- 1980: Herzrhythmusstörungen

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- (Als Junggeselle) viel auf Reisen gewesen mit dem PKW
- Funkamateurliebhaber, Mitglied im Deutschen Amateur- und Radioclub
- Mitglied im Funkverein
- Mitglied im Oldtimer-Club
- In Vereinen eher ein passives Mitglied
- Sammler (Schallplatten), „Sammlerkollegen“
- Märklin-Dampfmaschine/Modelleisenbahn
- Liebt Musik
- Sehr Interessiert an Fremdsprachen (Dolmetscher, ausländische Radiosendungen)
- Cabaretbegeistert
- War ein begeisterter Tänzer (Jugend, junges Erwachsenenalter)
- Besitzt kein Fernsehgerät, hört sehr viel Radio (Kurzweile)
- Tagesablauf: Steht um drei Uhr morgens auf, erstes Frühstück um 3.30 Uhr, hört verschiedenen Radiokanäle über Funk und liest Zeitungen (informiert sich umfangreich) und schläft dann nach mal einen halbe Stunde bis 7.30 Uhr, steht dann endgültig auf. Ab 7.30 Uhr arbeitet er bis Mittags
- Liest gerne Bücher
- Archiviert, sortiert, kategorisiert Schallplatten-Sammlung
- Geht wöchentlich schwimmen
- Geht am Wochenende gerne auf Flohmärkte (Sammlermärkte)

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Beide Eltern an Krebs erkrankt und an Krebs verstorben (1973: Tod des Vaters, 1980: Tod der Mutter)
- Hat sich von beiden verabschieden können und kann damit gut umgehen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Kontakt zur Familie der verstorbenen Freundin (Kinder, Enkelkinder und Urenkel)
- Eigene Familie/Verwandtschaft ist verstorben (bis auf einen Paten)
- Hat keinen Freund/keine Freunde, nur gute Bekannte durch die Hobbys (Schallplatten-Sammlerfreunde o.ä. telefonisch, zusätzlich Treffen sechsmal jährlich, zweimal jährlich Modelleisenbahnmarkt [Handel], Funkamateure treffen sich einmal jährlich)
- Kontakt zum ehemaligen Chef (einmal jährlich Treffen, zwischen durch Telefonate), Verbundenheit durch die Arbeit, sprechen über die alten Zeiten

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1996: Schilddrüsen-Operation (partielle Reduktion, kalte Knoten in der Schilddrüse)
- Stabiler Bekannten-/Freundeskreis
- Seit 1995: nebenberuflich auf 620 DM-Basis in Abendstunden auf Abruf tätig (technische Wartung im Versandbetrieb)
- Seit 1996: mit dem Rauchen aufgehört (hat von 1946-1996 geraucht), war Gesellschaftsraucher

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Pensioniert seit 1995, hat freiberuflich nicht weitergemacht

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1994: Freundin (getrennt gelebt, Fernbeziehung, Freundin ist elf Jahre älter als Proband) ist an Lungenkrebs verstorben (kannten sich 34 Jahre). Hat sich darauf vorbereitet (Tod war abzusehen. Leben ist weitergegangen, durch die getrennten Wohnlebensverhältnisse hat sich wenig in seinem Alltag geändert). Hat Freundin immer gefahren, als sie es nicht mehr konnte.
- Hat nach dem Tod der Freundin gelernt, dass er sich mehr um seine Gesundheit kümmern muss (Vorsorge etc.)

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- 3.MZP wurde nicht erhoben

## **Kurzportrait Probandin Hauser**

Verblindete ID: 4423103

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Mutter war Hausfrau
- Vater war Arbeiter
- Zwei jüngere Brüder und eine viel jüngere Schwester

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Ehemann mit 1949 (mit 19 Jahren) kennengelernt
- 1951: Heirat
- Probandin hat eine Tochter und zwei Enkelkinder
- Mann ist Elektrikermeister, hat während der Ehe Elektrotechnik studiert.
- Probandin hat Studium des Mannes unterstützt

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Gemeinsamer Bekanntenkreis mit ihrem Ehemann

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1940: 4 Jahre Volksschule, anschließend Mittelschule besucht, Realschulabschluss 1947
- Berufswunsch Lehrerin
- Fernmeldeangestellte bei der Post (keine Ausbildung/Lehre, wurde nur angelernt), Früh- und Spätdienst, war dort 43 Jahre beschäftigt
- 1963: Verwaltung/Personalbereich bei gleichem Arbeitgeber (Post), Teilzeit (seit Geburt der Tochter)
- Hatte keine betrieblichen Weiterbildungsmöglichkeiten
- Hat bis zur Pensionierung (1988) in TZ gearbeitet; vorgezogener Ruhestand mit 58 Jahren offiziell aus „gesundheitlichen Gründen“. Hat Tätigkeit aufgegeben, als im Büro EDV eingeführt wurde, Probandin wollte sich nicht mehr umgewöhnen (hatte Karteikarten-System)

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand in nachberuflicher Phase unverändert
- Hat etwa bis zum 50. Lebensjahr an Migräne gelitten

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Hat Studienreisen mit Ehemann gemacht

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Als Ehemann in den Ruhestand geschickt wurde, war es schwierig



## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Lebt in keiner Partnerschaft (verwitwet)
- Enkeltochter ist nun neun Jahre alt, Enkelsohn ist 5 Jahre
- Wichtige Personen: Tochter, Schwiegersohn, Enkel (sieht Tochter, Schwiegersohn, Enkel nicht so häufig d.h. etwa sechsmal jährlich, da diese weit entfernt leben), Schwester, Bruder, gute Freundin
- Bespricht alles Wichtige mit der Tochter; wendet sich an Tochter, wenn Tochter Fragen hat, wendet sie sich eher nicht an die Probandin (Tochter hat viele Freunde)
- Belastet Tochter nicht mit Kummer, Emotionalitäten, Probandin macht Probleme/Kummer mit sich selbst aus
- *„Man braucht immer verschiedene Personen für solche Bereiche, für jene Bereiche“*
- Trifft sich zu bestimmten Ereignissen (Geburtstag etc.) mit einigen Bekannten (sind aber alle in einer Partnerschaft), Probandin kann bzw. könnte sich auch bei Kummer an sie wenden.
- Trifft sich alle vier Wochen (Stammtisch) mit ehemaligen Kollegen/innen (dort werden nicht tiefschürfende, persönliche Angelegenheiten besprochen)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Ist zufrieden mit ihrer Gesundheit
- Vor zwei Jahren: Armfraktur
- Kopfschmerzen
- Schlafstörungen (seit Probandin in der neuen Wohnung lebt, ist es besser geworden/Schlafstörungen sind weniger geworden)
- Versucht, regelmäßig zu Lesen
- Geht einmal jährlich zur Vorsorgeuntersuchung
- Zwei Wochen zur Kur (selbstfinanziert), hat Freundin, die die Kur von der Krankenkasse finanziert bekommen hat, begleitet
- Gesundheit hat sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert, Probandin ist nur etwas langsamer geworden, *„das hat aber mit Krankheit nichts zu tun“*

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Verreist mit der Schwester, Museumsbesuch

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehemann ist mit 63 Jahren pensioniert worden, mit 65 Jahren erkrankt und mit 66 Jahren verstorben, hat dann Haus verkauft und lebt nun in einer zentralen altengerechten Eigentumswohnung

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Macht auch gelegentlich gemeinsam Urlaub mit der Familie ihrer Tochter (Ferienhaus der Tochter in der Bretagne), möchte weiterhin viel verreisen
- Fährt einmal jährlich mit den Enkelkindern in den Urlaub (innerhalb von Deutschland)
- Freundeskreis ist größer geworden, gleichaltrige, alleinstehende Personen, hat sie auf dem Friedhof kennengelernt

- Probandin zählt zwei Personen zu (engen) Freunden (wandern, schwimmen, telefonieren zwei- bis dreimal wöchentlich)
- Unterstützung, Rat im Freundeskreis

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit: zufrieden, keine Veränderungen, im Vergleich besser als Gleichaltrige
- Versucht sich viel zu bewegen, geht einmal wöchentlich schwimmen und versucht oft, Fahrrad zu fahren
- Bewusste Ernährung, kocht täglich selbst mit viel Gemüse und wenig Fett
- Jährliche Vorsorgeuntersuchung
- Blinddarm-Operation

## **Kurzportrait Proband Hartwig**

Verblindete ID: 4681357

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat zwei Schwestern und einen Bruder

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Verwitwet, kurz vor dem Ruhestand ist seine Frau gestorben (1992)
- Neue Lebenspartnerin („Bekannte“), getrennte Wohnungen
- Tochter (zum dritten Mal verheiratet), drei Schwiegersöhne, ein Enkelsohn
- Tochter lässt Sohn in eine Schule in der Nähe des Probanden gehen. Proband wird mit in Entscheidungen bzgl. des Enkels einbezogen
- Schwager Karl: Austausch über automechanische Probleme
- Austausch mit seiner Tochter (Entscheidungen den Enkel betreffend, Rat bei Problemen in der Ehe)
- Austausch mit seiner neuen Partnerin, Reisen, gemeinsame Unternehmungen

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Für unterschiedliche Themen unterschiedliche Ansprechpartner („Experten/-innen“)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Besuch der Oberschule
- Gelernter Elektriker
- Hilfspolizist in amerikanischer Kaserne
- Wagenführer der Straßenbahn
- Tätigkeit als Elektriker i.A. der Firma Siemens
- Hat sich auf Ruhestand innerlich vorbereitet. Hatte Pläne mit seiner Frau
- Fühlt sich teilweise nutzlos im Ruhestand, unzufrieden, da er nicht mehr gefordert wird. Sieht Betreuung des Enkels als neue Aufgabe an (kocht mittags, macht Hausaufgaben mit Enkel). Verbringt die Zeit (Vormittag) bis der Enkel aus der Schule kommt relativ ziellos
- Hat sich nach dem Tod seiner Frau verstärkt in die Arbeit vertieft, um sich auch abzulenkten

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Es liegen keine Erkrankungen vor

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Handwerkliche Tätigkeiten in der eigenen kleinen Werkstatt
- Nach Tod seiner Frau waren Arbeit und der Enkelsohn das Wichtigste
- Gemeinsames Verreisen mit seiner Bekannten/Lebenspartnerin

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Suizidgedanken nach dem Tod seiner Frau
- Fühlt sich nutzlos, nur „rumlümmeln“

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

- Keine erheblichen Veränderungen zum 2.MZP

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- Keine erheblichen Veränderungen zum 3.MZP

## **Kurzportrait Proband Ludorf**

Verblindete ID: 4753864

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat einen Bruder
- Vater war gelernter Maschinenzeichner, war als Gütekontrollleur im Flugzeugbau tätig
- Mutter war Hausfrau

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Vor der Ehe drei Jahre mit einer anderen Frau verlobt gewesen
- 1951: Heirat, 1976: Scheidung
- Proband hat eine Tochter und einen Sohn
- Seit 1976: Lebt nun mit Lebensgefährtin zusammen
- Jetzige Lebensgefährtin hat auch noch 4 Kinder (damals fünf Kinder, eines ist verstorben)
- Enkelsohn ist 19 Jahre alt (von der Tochter)
- Proband kocht und übernimmt viele Dinge im Haushalt (hat er damals schon von seiner Mutter gelernt, wo er helfen musste, da diese an Thrombose erkrankt war)
- Hatte nach der Scheidung Streitigkeiten mit den Kindern. Hatte 13 Jahre keinen (regelmäßigen) Kontakt zur Tochter, Mutter hatte schlechten Einfluss auf die Vater-Kind-Beziehung. Heute gutes Verhältnis zur Tochter, regelmäßiger Kontakt. Zum Sohn bis heute keinen Kontakt
- Wichtige Bezugspersonen: Lebensgefährtin, Tochter, Schwiegersohn und Enkelsohn, Kinder der Lebensgefährtin

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Bezugspersonen: Nachbarn, Bekannte aus dem Gartenverein
- Ehemalige Arbeitskollegen

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1936-1942: Grundschule
- 1942-1946: Oberschule (ein Jahr vorher abgebrochen), ohne Schulabschluss
- 1946-1949: Lehre als Elektromaschinenbauer (wurde nach der Lehre nicht übernommen, darum zur Polizei gegangen)
- 1949-1955: freiwillig zur kasernierten Volkspolizei gegangen (Offiziersschule, Abschluss als Offizier 1949 gemacht). Hat aus gesundheitlichen Gründen (Erkältung, Tuberkulose) aufgehört
- 1955-1990: Als Elektromonteur für Starkstromanlagen gearbeitet. Hat Weiterbildungen zum Elektromonteur gemacht. Hat auch mal Abendschule zur Erlangung des Hochschulabschlusses besucht, jedoch schnell verworfen („hatte keine Lust mehr“)
- 1990: Eintritt in den Vorruhestand/Altersübergang (aus betrieblichen Gründen/Fusion, Stelle wurde wegrationalisiert)

## **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1950: Blutsturz (nach Nasen-Operation)
- 1955: War sechs Monate in der Heilanstalt (Infusion) und anschließend Lungen-Operation
- Blutgerinnungsprobleme
- Hat keine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen
- Raucht nicht mehr, hat aber vor 30 Jahren geraucht
- Hat Knoten am Hals (soll bald operativ entfernt werden)

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Proband hat einen Hund, Spaziergehen
- Ist im Kleingartenvorstand aktiv (Vereinstätigkeit)

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1955: Hat aus gesundheitlichen Gründen (Erkältung, Tuberkulose) aufgehört
- Vorruhestand (durch die Wende wurde im Betrieb rationalisiert): erste Zeit war hart („nicht schön“), große Umstellung, hat versucht, es durch Gartenarbeit zu kompensieren
- In der nachberuflichen Phase haben sich Beschwerden verbessert
- Frau hat sehr überraschend die Scheidung eingereicht (kurz vor der Silberhochzeit). Scheidung hat Probanden total aus der Bahn geworfen. Auszug aus der Wohnung, keinen Kontakt mehr zur Tochter. Einzige Ansprechpartnerin war die damalige Betriebsärztin (emotionale Unterstützung)
- Schwierig für den Probanden, dass er nach der Scheidung keinen Kontakt zu seinen Kindern hatte. Die Kinder der jetzigen Lebensgefährtin haben das damals etwas ausgeglichen (emotional unterstützt)
- 1980: Tod des Kindes der Lebensgefährtin (Krebserkrankung)
- 1982: Tod des Bruders

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Mit Nachbarin (die er unterstützt hat) keinen Kontakt mehr wegen Streitigkeiten

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Subjektiver Gesundheitszustand: gut, zufrieden
- Hat eine Brille seit 1996
- Kopfschmerzen
- Herzbeschwerden (Herz-Kreislaufprobleme), Schilddrüsenüberfunktion (medikamentöse Behandlung)
- Halsknoten wurde ambulant operativ entfernt
- Ernährung: gesunde, bewusste Ernährung, Alkohol in Maßen
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Proband kocht, kauft ein, macht den Garten
- Rat geben und Trostspenden (gegenseitig mit seiner Frau und auch der Tochter)

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Ist noch Schatzmeister des Kleingartenvereins (seit 22 Jahren), aktiv im Gartenverein

- Verreist regelmäßig mit seiner Frau (Pensionierung), ist während des Berufslebens aber auch schon ein- bis zweimal jährlich verreist
- Spaziergehen (Hund)
- Fernsehschauen (Nachrichtensendungen, Boulevardmagazine), Zeitung (Boulevard-Presse)

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Soziale Netzwerke**

- Gibt seiner Ehefrau Ratschläge, braucht selbst weniger Ratschläge von seiner Ehefrau
- Gibt Kindern praktische Hilfe (Garten etc.)
- Tröstet auch Kinder
- Unterstützt Enkelkinder mit Rat und Trost

#### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Subjektiver Gesundheitszustand: gut, zufrieden
- Geht regelmäßig zur Vorsorge
- Gesunde Lebensführung

#### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 2005: Sein Sohn hat geheiratet
- 1999: Haben den zweiten Hund nun, vorheriger Hund ist 1999 an Diabetes verstorben
- Tochter ist arbeitslos
- Geschiedene Ehefrau ist verstorben

## **Kurzportrait Proband Haberstroh**

Verblindete ID: 4813579

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Hat zwei Stiefbrüder (vom Vater aus erster Ehe), Proband ist Nachkömmling (Vater war bei Geburt schon 69 Jahre, Stiefbrüder waren 16 Jahre älter)
- Vater war Lokomotivführer bei der Reichsbahn (hat Schmied gelernt), Mutter war Hausfrau (gelernte Schneiderin)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1947: spätere Frau in der Jugendgruppe kennengelernt
- 1958: Heirat
- Proband hat einen Sohn und eine Tochter
- Ehefrau hat bis die Kinder etwa 14 Jahre alt waren nicht gearbeitet, danach bis 1990 in Teilzeit (Ehefrau ist im sozialen Bereich tätig)
- Hat mit seiner Ehefrau häufig kontroverse Diskussionen
- Hat eigene Methode der Problembewältigung entwickelt: Bei Auseinandersetzung mit seiner Frau, wartet er ab, bis sich die Situation beruhigt hat und bringt dann seine Argumente an
- Wenn Proband Kummer oder Trost braucht: „Ich bin ein Typ der das erst mal selbst verarbeitet“
- Hat mit seiner Ehefrau ganz bewusst nie über berufliche Probleme gesprochen, wollte das trennen. Ansonsten ist seine Ehefrau der erste Ansprechpartner
- Informationen holt er sich an kompetenter Stelle (Beratungsstellen etc.)
- Unterstützt die Kinder praktisch (übernimmt die Pflege vom Haustier [Katze], Blumen gießen etc.)
- Erwarten Enkelkind
- Hat noch eine Tante in Schweden , die einmal jährlich besucht wird

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat noch mit einigen Leuten aus der Jugendgruppe Kontakt
- Kontakt mit Kollegen
- Redet mit bekanntem Musiklehrer über Musik (themenspezifische Austauschpersonen)
- Soziale Beziehungen haben sich mit zunehmenden Alter verschoben, es fallen Beziehungen weg und kommen neue Kontakte hinzu

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Besuch der Volksschule
- Gymnasium (Abitur 1951) (kriegsbedingte Unterbrechung; zudem hat der Proband ein Schuljahr wiederholt)
- Damaliger Chemielehrer hat Probanden den Alltagsbezug zur Chemie hergestellt und das Interesse für diesem Bereich geweckt
- Berufswunsch: Pilot (ging wegen der Sehschwäche nicht)



- 1952-1954: Ausbildung zum Außenhandelskaufmann (Metallbetrieb), nebenbei im Abendkurs (jeden Abend drei Stunden) einen Englischkurs besucht
- In Ausbildungsfirma (Handel, Frachtschiff) noch bis 1956 gearbeitet
- 1956: Nach dem Englischkurs: Drei Monate in England gearbeitet (in Londoner Großbuchhandlung gearbeitet)
- 1956-1957: Patenonkel erkrankt (Handelsvertretung) und Proband hat nach seinem Englandaufenthalt beim Onkel ausgeholfen, bis es Patenonkel besser ging (Anfang 1957)
- 1957: Im Chemiekonzern beschäftigt
- 1959-1967: Im Chemiekonzern im Außenhandel und in der Entwicklung gearbeitet
- 1967: sechs Monate in Thailand als Geschäftsführer der Unternehmens-Dependance beschäftigt
- 1969: Beförderung zum Bereichsleiter Asien
- 1976-1989: Personalabteilung Ausland, hat sich mit Entwicklung eines transparenten Gehaltssystem (Anerkennung, Einberechnung von Auslandsbeschäftigung, Einstufung angemessener Auslandszulagen) beschäftigt
- Hat an zahlreichen betriebsinternen Weiterbildungen teilgenommen
- 1989: Pensionierung (es bestand die Möglichkeit mit 60 Jahren in Rente zu gehen)
- Ehefrau ist 1990 pensioniert worden (Sozialarbeiterin), Ehefrau organisiert in der nachberuflichen Phase Studienreisen für Senioren
- Hat im Zehn-Jahres-Rhythmus beruflich immer etwas anderes gemacht

## **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Allergiker (asthmatisch beeinträchtigt) in der Kindheit und Jugend
- Sehschwäche (schon in der Kindheit, dadurch Probleme in der Schule beim Lesen)
- Arbeitsunfall: Armfraktur
- Entfernung der Mandeln
- Regelmäßig Vorsorgeuntersuchung
- Vom Betrieb einen Kuraufenthalt bekommen (wollte danach keine Kur mehr in Anspruch nehmen, war ihm zu langweilig)
- Möchte etwas Gewicht reduzieren
- Versucht, bewusst zu leben bzw. sich bewusst zu ernähren (Ballaststoffe Körner, großer Anteil von Gemüse, wenig Fleisch, wenig Alkohol...)
- Keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Proband merkt nur, dass es mit zunehmenden Alter alles etwas langsamer geht (nichts pathologisches)

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Viele Interessen mit der Ehefrau: Kultur, Geschichte, Reisen
- Erlebnisreisen mit kultur-, historischem Hintergrund (Pauschalurlaub war zu langweilig)
- Hat mit seiner Frau in der nachberuflichen Phase ein Seniorenstudium angefangen, aus mangelnden Interesse jedoch abgebrochen
- Guckt im Fernsehen täglich Nachrichten
- Markiert sich gezielt Sendungen im Fernsehprogramm, was er gucken möchte oder nimmt diese mit dem Videorekorder auf (Kultur-, Geschichtssendungen). Guckt er sich mit seiner Frau gemeinsam an, diskutieren das und bei Bedarf recherchiert Proband noch Dinge nach
- Liest täglich eine Tageszeitung und diskutiert mit Frau die aktuellen Geschehnisse (Proband schlägt im Streitfall Dinge in der Literatur nach)

- Besucht VHS-Kurs (kunsthistorischer Kurs) und Studienreisen für Senioren, bereitet sich auf VHS-Kurs gut vor und recherchiert und verfasst Texte, Spezialausdrücke, Terminologie/Grundbegriffe, scannt Abbildungen etc. ein
- Seniorenstudienreisen
- Handwerkliche Arbeiten im Haus und am Ferienhaus
- Geht mit seiner Frau regelmäßig zu öffentlichen Vorlesungen mit geschichtlichen Themen
- Proband ist vielseitig interessiert, und findet immer Aufgaben/Beschäftigungen. Hat keine Langeweile
- Möchte sich nun ein Laptop kaufen, damit er im Urlaub o.ä. auch alles aufschreiben kann
- Macht keinen Sport, arbeitet aber im Garten und handwerklich am Haus und am Ferienhaus
- Sammelt Musik, Interessensfelder: Musik, Kunst, Geschichte
- Keine Vereinstätigkeit oder Ehrenamt
- „*Wenn man aufhört zu lernen, dann ist man alt*“ (Beispiel: Neuerungen in PC-Programmen lernen). Lernt sehr systematisch
- Interessen: Nicht nach Alter, sondern thematisches (also altersübergreifendes) Angebot sinnvoll (Beispiel: Frage nach TV-Sender für Senioren)

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Auszug der Kinder bedauert
- Schwiegermutter war im Pflegeheim, kognitiv (stark) beeinträchtigt. Proband hat Mutter regelmäßig besucht
- Ein Bruder ist gerade vor drei Wochen verstorben, der andere Bruder ist schon vor zwei Jahren verstorben
- Keine extremen Schicksalsschläge erlebt, weiß nicht wie er damit umgehen würde

#### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

##### **I. Freizeitaktivitäten**

- Ist mit einem Freund nach China verreist

##### **II. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Beide Kinder geheiratet und geschieden

#### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- Zum 3.MZP keine erheblichen Veränderungen

## **Kurzportrait Probandin Lukas**

Verblindete ID: 5413245

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Keine Geschwister
- Vater war Schriftsetzer, Betriebsleiter
- Mutter ist gelernte Schneiderin, Hausfrau
- War Vaterkind, intensivere Beziehung zum Vater gehabt

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1947 Mann kennengelernt; 1956: Heirat (Ehemann u.a. als Dozent an der Hochschule tätig, im Kunstbereich), Mann ist beruflich auch in Rostock tätig
- Probandin hat eine Tochter, einen Sohn und ein Enkelkind
- Ehemann wird im nächsten Jahr pensioniert
- Hat zu Beginn der Ehe Affären gehabt, damit sie sich nicht vorwirft etwas verpasst zu haben
- Kann mit ihrem Ehemann über vieles sprechen
- Sieht Sohn wöchentlich (auch wegen Enkelkind)
- Sieht Tochter einmal wöchentlich, telefonieren täglich
- Betreut Enkelkind regelmäßig
- Kühles/schlechtes Verhältnis zur Lebenspartnerin des Sohnes
- Übrige Verwandtschaft seitens der Probandin bereits verstorben, noch lose Kontakte zu Verwandtschaft seitens ihres Mannes
- Wichtige Personen: Ehemann, Kinder

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Organisiert Weinprobe und Ateliergespräche, wo ein bestimmtes Thema besprochen/diskutiert wird (mit Freunden, Bekannten)
- Kann mit einer Freundin vieles besprechen
- Freundeskreis etwas zusammengebrochen, viele weggezogen
- Hat eine gute Freundin (gehen gemeinsam zum Schwimmen, gemeinsamer Kuraufenthalt, besprechen vieles/beratschlagen sich)
- Nachbarschaftlicher Kontakt besteht zur Familie schon seit 30 Jahren (Kinder waren damals befreundet und haben miteinander gespielt)
- Haben Freundeskreis in Leipzig und auch in Rostock (durch Tätigkeit des Mannes)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1936: Einschulung
- 1944: Kinderlandverschickung
- Mittelschule, Oberschule (1949: Abschluss Abitur)
- 1949-1951: Ausbildung als Reproduktionsfotografin und Grafikerin (Berufswahl durch Tätigkeit des Vaters beeinflusst)
- 1951-1952: Als Gehilfe im Lehrbetrieb tätig
- 1952-1955: Ingenieursschule (Studium), als einzige Frau im Studium/Jahrgang
- 1955-1956: Als Betriebs-Assistentin (in Druckerei) tätig

- 1956: In den Ausbildungsbetrieb zurückgekehrt und als Abteilungsleiterin gearbeitet
- 1959-1960: Bei einer Firma im Buchexport als Disponentin tätig gewesen
- 1960-1975: Ab Geburt des ersten Kindes war Probandin Hausfrau
- War in der Zeit ehrenamtlich aktiv
- 1975-1980: Im Prorektorat in der Schule als Sekretärin (Studienangelegenheiten) gearbeitet (als Kinder aus dem Hause waren), in Teilzeit
- 1980-1990: Bürotätigkeiten (Sekretarin/Büroangestellte) im Betrieb übernommen (Betrieb eines ehemaligen Schülers/Bekanntes des Ehemannes), in Teilzeit
- 1990: Pensionierung
- In der nachberuflichen Phase: Gesellschaft für körperliche Rechte mit anderen Personen gegründet: stellen Kunst, Malerei, Keramik und Graphik aus und verkaufen diese. Probandin macht die Abrechnung für die Künstler (eher als ehrenamtliche Tätigkeit zu bezeichnen)

## **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Ausgewogene Ernährung
- 1974: Schwangerschaftsunterbrechung und zuvor schon eine inoffizielle Schwangerschaftsunterbrechung erfolgt
- 1986: Kur (Trinkkur wegen Magenbeschwerden)
- Magenbeschwerden
- Gelenkprobleme im Alter (Abnutzungserscheinungen) und Hüftbeschwerden
- Gymnastik (manchmal morgens zehn Minuten)
- Schwimmen (unregelmäßig)
- Homöopathische Anwendung
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung (im Rahmen allg. Untersuchungen)
- Duscht täglich heiß/kalt (Kneippanwendung)
- Erhöhter Blutdruck (seit 19 Jahren in Behandlung), schränkt Probandin nicht ein
- Mit Gesundheitszustand zufrieden, gut
- vor Pensionierung regelmäßig mit Freundin in die Sauna gegangen

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Jugend: verpflichtende Teilnahme im Bund Deutscher Mädel
- Bis 1989 Mitglied in einer Partei gewesen
- Als Kind/Jugendliche viel und gerne Sport betrieben
- Stricken, Handarbeiten
- Reisen (regelmäßig mit der Familie und Bekannten)
- Lesen
- Spaziergehen mit Ehemann
- Theater, sehr kunstinteressiert
- Kultursendungen (Fernsehen)
- Unterstützt ihren Mann bei organisatorischen Dingen bei seiner Tätigkeit im Kunstbereich (Ausstellungen im Atelier); fühlt sich dadurch ausgelastet
- Interessen und Freizeitaktivitäten haben sich nicht verändert
- Mitglied im Verein bürgerliches Recht (bis 1997)

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1987/88: Mit dem Auszug des letzten Kindes (Tochter) war Leere da; Tochter ist zum Freund gezogen. Tochter hat beim Auszug Kontakt zu den Eltern weitestgehend abgebrochen, da Probandin und Mann Vorbehalte gegenüber Freund der Tochter hatten, haben sich erst 1990 wieder angenähert/Verhältnis hat sich verbessert. Probandin hat unter dem fehlenden Kontakt zur Tochter gelitten

- Durch Wiedervereinigung: wirtschaftliche Unsicherheit; soziale Bindungen werden lockerer (Probandin ist sich unsicher, ob dies jedoch mit der Wende einhergegangen ist oder andere Ursachen hat)
- Hat Mutter in ihrer letzten Phase gepflegt (nur eine Woche), Tod der Mutter (1978)
- Tod der Mutter hat Probandin bewusst gemacht, dass sie die nächste Generation ist, die sterben wird

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Ehemann ist immer noch freischaffend tätig
- Wichtige Personen: Kinder, Enkelkinder, Freunde, Nachbarn
- Hat weitere Enkeltochter bekommen
- Bei Kummer und Trost wendet sich Probandin nicht an ihre Kinder bzw. Enkelkinder und hilft beratend auch nicht ihren Kindern (machen Kinder mit ihren jeweiligen Partnern)
- Gibt Freunden Ratschläge, auch in Beziehungsproblemen
- Probandin könnte sich mit Kummer auch an Freundin wenden
- Trifft sich mit Freunden regelmäßig
- Unterstützt Freunde bei Fragen im Kunstbereich, allgemeine Ratschläge
- 1994: Mitglied im Verein „Europa Union“, Probandin und Mann nutzen in diesem Verein kulturelles Angebot (Kultureisen, Kulturveranstaltungen)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Geht regelmäßig einmal wöchentlich zur Gymnastik
- Täglich Spaziergehen /bewegen
- Gesundheitszustand gut, zufrieden. Allgemeine altersbedingter Leistungseinbußen (im Vergleich zu vor zehn Jahren)
- Wenig Alkohol, bewusste Ernährung/viel Obst
- Kniebeschwerden (Meniskus)/Gelenkbeschwerden (altersbedingt), versucht diese mit Gymnastik auszugleichen
- Relativ regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Zeitung lesen
- Kunstinteressiert, Ausstellungsbesuche, Bildungsreisen
- Mitglied im Sportverein (Gymnastik)
- Seit 1997: Mitglied in Organisation „Humanes Sterben“ (passives Mitglied)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Krebserkrankung des Ehemannes (Diagnose seit 1995)
- 1996: Umzug von Leipzig nach Rostock, da Ehemann noch beruflich in Rostock tätig ist

### **I. Soziale Netzwerke**

- Ausgetreten aus Verein „Humanes Sterben“, hat beim Mann gemerkt, dass es nicht möglich ist
- Im Verein Europäische Union“: macht nach Verwitwung weiter Kulturreisen in der Gruppe
- Lesen, Kino, Kultur
- 2000: Geburt des dritten Enkelkinds
- Emotionale Unterstützung von der Tochter
- Kinder geben Probandin auch Ratschläge
- Beziehung zu ihren Kindern hat sich in den letzten Jahren verbessert
- Sieht Enkelkinder durchschnittlich alle drei Monate, wohnen nicht im direkten Umfeld
- Kontakt zur Freundin ist weniger geworden bzw. besteht nicht mehr so intensiv
- Hat nun einen Laptop und übt am Schreibprogramm, überlegt ob sie zukünftig noch einen VHS-Kurs macht, momentan keine Zeit
- Ist nach dem Tod ihres Mannes selbstbewusster, selbstverantwortlicher, selbstsicherer, selbstorganisierender, selbstrealisierender, ist selbstständiger geworden (auch wenn sie sich ihrem Mann sehr verbunden gefühlt hat)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Zufrieden, gut, im Vergleich zu den letzten Jahren gleich geblieben, nur Anfälligkeit wird stärker (durch Bronchitis)
- Seit 25 Jahren Herzkranzverengung
- Präventive Maßnahmen: gesunde Ernährung, in Gesellschaft zu bleiben/Kontakte pflegen, aktiv bleiben, Interessen pflegen, mit jung und alt kommunizieren
- Täglich Spaziergehen
- Tägliche Kneippdusche
- Vorsorgeuntersuchung bei allgemeiner Ärztin
- Jährlich Gripeschutzimpfung

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Probandin hat Ehemann zu Hause bis zum Tode gepflegt/Erkrankung Prostatakrebs (Tod 2001, mit 70 Jahren)
- Trauerbewältigung in der Arbeit, i.S. der Ausstellung, Verwaltung der Bilder und Bücher des Mannes, Auflösung des Ateliers des Mannes
- Kinder haben Probandin bei der Weiterführung der Ausstellung der Bilder des Mannes unterstützt

## **Kurzportrait Proband Lose**

Verblindete ID: 5429753

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat vier Geschwister
- Vater war von Beruf Drechsler, Mutter war Hausfrau

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- War mehrmals verheiratet
- Erste Ehefrau (1956-1963), eine Tochter (hat nie geglaubt, dass es sein Kind ist)
- 1965-1974: Zweite Ehe mit Freundin aus der Jugendzeit (sie hatte bereits zwei Kinder), eine gemeinsam Tochter (1964)
- 1988: Dritte Ehe (Frau hatte bereits eine Tochter)
- Erhält Trost bei der Ehefrau (in Umbruchsituationen, wie beim Austritt aus dem Erwerbsleben)
- Hat eine Enkeltochter (von der Tochter aus zweiter Ehe)
- Proband ist oftmals erzürnt und erregt, dann beruhigt ihn seine Frau wieder
- Sieht Tochter und Enkelkind alle 14 Tage, telefonieren regelmäßig
- Hat nicht so ein gutes Verhältnis zum Schwiegersohn
- Haben zur Tochter der jetzigen Ehefrau kaum Kontakt
- Denkt, er würde von seiner Tochter nur wenig bekommen
- Sieht seine Schwestern etwa zweimal im Jahr, telefonieren etwa viermal im Jahr
- Berät Schwestern

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Drei bekannte Ehepaare durch die Gartenfreunde mit denen gemeinsam etwas unternommen wird (treffen sich alle 14 Tage). Unterstützen sich gegenseitig, tauschen Fachgespräche aus (Garten etc.), Spielabende, gemeinsame Unternehmungen
- Redet mit seiner Frau und auch mit Bekannten über Partnerschaftsprobleme

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1947: Volksschulabschluss
- Berufswunsch Möbellackierer
- 1947-1950: Lehre als Zimmermann
- Ist als Zimmermannsgeselle auf Wanderschaft gegangen, jedoch nach 4 Wochen bei einem Bauern gelandet und dort gearbeitet und dann wieder heimgekehrt (hat keine Jobs vom Arbeitsamt zugewiesen bekommen)
- Tätig bei staatlichem Bauunternehmen in Leipzig
- Bei der Stadtreinigung (18 Monate) beschäftigt
- Keine Weiterbildung gemacht
- Nach 1963-1965: Durch Werbekampagne der Volkspolizei (Freiwillige gesucht, hoher Verdienst) beworben, war dann tätig bei der Volkspolizei (im Schichtdienst)
- War dann als Kraftfahrer tätig
- 1980: Betriebsleiter einer Firma Tischlerei (Holzverarbeitender Betrieb)
- Nebenberuflich am Wochenende auf dem Bau gearbeitet (als Zimmermann)

- 1991: Ist mit 59 Jahren aus betrieblichen Gründen pensioniert worden, bekommt Altersübergangsrente. War für den Probanden „*wie ein Tritt in den Hintern, der wirklich schmerzhaft war [...]. Es war für mich wie ein Zusammenbruch*“
- Hat sich nicht auf den Ruhestand vorbereitet
- Hatte Hoffnung, dass er doch noch mal wieder bei Engpässen im Betrieb eingesetzt werden würde
- Frau ist noch berufstätig (als Proband pensioniert wurde), Proband übernimmt hauswirtschaftliche Arbeiten und Gartenpflege

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- 1985: Arbeitsunfall (nach Krankschreibung ohne Beeinträchtigungen)
- Durch die Arbeitsbelastung Gelenkschmerzen, Rheuma (1988: Kur)
- Durch die Wende 1989 arbeitslos geworden, Proband hat an Gewicht zugenommen. Möchte gerne sein Gewicht reduzieren
- 1992: Schuler-Operation (Geschwulst an der Schulter, gutartig)
- 1992: Fußfraktur
- Altersbedingte Sehschwäche

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Regelmäßig Spazieren gehen, Radfahren, gelegentlich schwimmen
- Gartenarbeit
- Mitglied im Gartenverein
- Verreist ein- bis zweimal jährlich mit seiner Frau
- Interessiert sich für Sport (Fußball, Pferderennen, Autorennen)
- Geht mit seiner Frau ins Theater und Kino
- Fotografie (Hobby)
- In Lebenslaufperspektive: Interessen sind weniger geworden, ist häuslicher geworden
- Fährt gerne und viel Auto

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Tod des älteren Bruders mit 21 Jahren (Nach schwerer Lungenerkrankung verstorben)
- 1994: Vater wurde bettlägerig, hat täglich vor der Arbeit den Vater besucht (im Pflegeheim), hat betreuende Tätigkeiten übernommen
- Durch die Wende 1989 arbeitslos geworden, Proband hat an Körpergewicht zugenommen (belastende Situation)
- Hat seit der Wende Angst vor (erhöhter) Kriminalität, traut sich abends nicht auf die Straße. Bewertet die Wende an sich jedoch als ein positives Ereignis
- Tod der Mutter war ein schwerer Schlag

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Soziales Netzwerk**

- Meistens bekommt er einen guten Rat von seiner Frau
- Ist sehr schnell aufbrausend, Ehefrau beruhigt ihn
- Fragt auch seine Tochter nach Rat
- Gibt Enkelin Rat und Trost



## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Knie- und Armgelenke schmerzen gelegentlich (Abnutzung/Verschleiß)
- Geht nun regelmäßig Schwimmen
- Gesundheit: zufrieden
- Proband und Ehefrau sind übergewichtig
- Arthrose
- Ernährung: Müsste weniger Süßigkeiten essen und weniger Alkohol trinken
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchungen

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Zweites Fernsehgerät angeschafft, damit Proband sein Sport schauen kann und seine Frau ihr Programm

## **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehefrau ist auch pensioniert
- Ist sparsamer geworden

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Spielt gerne Rommé/Karten
- Bekannte aus dem Wohnhaus, fahren alle 14 Tage zusammen einkaufen, unterstützen sich gegenseitig
- Freunde aus dem Gartenverein
- Veränderung in der Ehe: durch Krankheit größerer Zusammenhalt und große Unterstützung von der Frau. Proband hat durch die Krankheit „Gemeinsamkeit/Gemeinschaft“ zu lernen
- Gibt seiner Frau Ratschläge (gegenseitig)
- Bekommt von der Tochter Trost und Ratschläge
- Tochter hilft dem Probanden: Fahrdienste (praktische Hilfe) u.a.
- Beziehung zur Tochter hat sich verbessert
- Enkeltochter: gibt der Enkeltochter Ratschläge

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand wird mittelmäßig bewertet (altersbedingt), ist aber zufrieden
- Seit 1999/2000: Prostatabeschwerden, 2001: Prostata-Operation
- 2002: Herzprobleme bei Vorsorgeuntersuchung festgestellt worden, 2003: Herz-Operation (Herzschrittmacher), 2003: anschließender Reha-Aufenthalt, 2004: weitere Herz-Operation, anschließend zweiter Reha-Aufenthalt
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen
- Subjektiver Gesundheitszustand: zufrieden, gut
- Versuch der Ernährungsumstellung (weniger Alkohol etc.)
- Arbeiten im Haushalt, Gartenarbeit, Radfahren (täglich)

## **Kurzportrait Proband Holm**

Verblindete ID: 5579124

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat einen älteren Bruder (geb. 1927)
- Vater hatte einen holzwirtschaftlichen Betrieb mit dem Onkel und seiner Familie (Onkel vom Probanden) zusammen (mit 100 Angestellten). Mutter hat im Betrieb ausgeholfen (war ungelernt)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1956: Heirat, Frau war Krankenschwester
- Proband hat zwei Söhne
- Bei Kummer und Trost unterstützt der Partner, Kinder werden herausgehalten, sollen nicht belastet werden. Es werden grundsätzlich nicht Dritte einbezogen
- Keine Enkelkinder

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Lange Freundschaften (über 20 bis 30 Jahre), soziale Netzwerke haben sich insgesamt im Lebenslauf jedoch verändert (verstorben, verzogen, andere Interessen, Proband fühlt sich teilweise jünger und aktiver als Gleichaltrige im Freundeskreis: „*Wir sind doch keine alten Leute*“)
- Beide besten Freuden sind verstorben. Proband hat Bekannte, aber keine engen Bekanntschaften (haben keine Gemeinsamkeiten, trinken nur mal gemeinsam Wein o.ä.; sind keine Vertrauenspersonen)
- Mit zunehmendem Alter ist die „*enge Familie mehr denn je*“ wichtiger als soziales Netz

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule, Oberschule/Gymnasium (1944: nach dem achten Schuljahr abgebrochen, entspricht Volksschulabschluss), Eltern haben Probanden von der Schule genommen und dieser hat im elterlichen Betrieb eine Lehre als Maschinenschlosser gemacht

##### **DDR:**

- 1944-1947: im elterlichen Betrieb Lehre als Maschinenschlosser gemacht (Entscheidung wurde im Elternhaus getroffen)
- Freund hat ein Studium gemacht und davon erzählt. Proband hat dann auch Aufnahmeprüfung gemacht und Ingenieur-Studium absolviert (1948-1951) und somit Arbeit im elterlichen Betrieb niedergelegt
- Als Sohn eines Kapitalisten konnte Proband nicht in volkseigenen Betrieben arbeiten
- 1951-1956: Im Privatbetrieb für Kühltechnik als Hilfsmonteur angefangen (verschiedene Fertigungs- und Verwaltungsabteilungen im Bereich Kühltechnik durchlaufen)
- Hat mit seiner Frau schon früh geplant in den Westen zu gehen

##### **BRD:**

- 1956 bis heute: Als Ingenieur tätig, technische Fabrikation. Aufgabe: Konstruktion und Neuentwicklung, Beratung

- Voraussichtlicher Renteneintritt in einem Jahr (1995), möchte sich in der nachberuflichen Phase selbstständig machen als beratender Ingenieur. Arbeitet sehr gerne
- Seit 1956: Nur innerbetriebliche Weiterbildung gemacht
- Befürchtung für die nachberufliche Phase: „*Rängelei mit der Frau*“, dass man sich in die Quere kommt. Jeder soll seine Aufgabenbereich behalten und weiterhin einzeln machen

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Bis zum 16. Lebensjahr sehr oft starke Kopfschmerzen gehabt, hat eine Brille benötigt (wurde erst mit 16 Jahren festgestellt)
- Knieprobleme (Ende der 1950er Jahre), nach Kur waren Schmerzen weg
- 1973: Stimmbandlähmung (8 Wochen in logopädischer Behandlung gewesen)
- Motorradunfall: Doppelter Schädelbruch, Knieverletzung, Gesichtsverletzungen
- 1984: Bandscheibenvorfall
- Anfänglich Arthrose
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Hatte Magengeschwür (psychische Belastung im Job: „*Habe alles zu nah an mich herankommen lassen*“)
- Gesundheitszustand: vollkommen zufrieden, alles überwunden
- Ernährung: ernähren sich diszipliniert (keine Gewichtszunahme)
- Fühlt sich für sein Alter leistungsfähig und gesund, Alter kein Problem, die leichten Handicaps, die mit dem Alter vielleicht eintreten, sind kein Problem

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Seine berufliche Tätigkeit ist auch sein Hobby, hat in der Freizeit 20 Patente angemeldet, liest viel Fachzeitschriften, guckt auch technische, biologische, medizinische Sendungen im TV
- Einmal wöchentlich Hallen-Fußball und Tennis
- Liest gerne die komplette Zeitung
- Abends Gesellschaftsspiele mit der Ehefrau oder auch ausführliche Gespräche führen (Urlaub, Anschaffungen etc.), beraten sich gegenseitig
- Manchmal abends fernsehen
- Verreist regelmäßig mit seiner Frau

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Erste Ehejahre waren schwer, zwei Fehlgeburten und ein großer Kinderwunsch (besonders bei der Frau)
- Große Belastung in der Ehe: Schwiegermutter ist erkrankt und lebte in der DDR (für Ehefrau war es sehr belastend und somit auch für die Ehe)
- Motorradunfall
- Mutter und auch Schwiegermutter für einige Monate zu sich geholt und betreut (Schwiegermutter wollte wieder zurück in ihr Haus)
- Auszug des jüngsten Sohnes war für Ehefrau schwierig, nicht für Proband
- Vater ist am Speiseröhrenkrebs verstorben, Mutter auch verstorben. Proband kann damit abschließen: „*Hatten beide ein erfülltes Leben*“
- Streit mit älteren Bruder und daher seit Jahren keinen Kontakt mehr

## Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt

### **I. Soziales Netzwerk**

- Älterer Sohn ist ausgezogen und ist verheiratet, jüngerer Sohn hat das Studium abgebrochen und ein neues Studium begonnen
- Freunde verstorben, haben nur noch (enge) Bekannte
- Gibt Kindern Rat und unterstützt diese praktisch (wenn sie es anders machen [als Rat], dann müssen sie selbst damit zurechtkommen)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit wird positiv bewertet trotz bestehender Erkrankungen
- Ist mit seiner Gesundheit zufrieden
- Prostatabeschwerden (leichte)
- Geht zur Vorsorge
- Hat leicht erhöhten Blutdruck (medikamentöse Behandlung)
- Je älter man wird, desto mehr Gedanken macht man sich über das Alter

### **III. Freizeitaktivitäten**

- 1995: Pensionierung (mit 65 Jahren), in der nachberuflichen Phase selbstständig als beratender Ingenieur tätig (für den alten Arbeitgeber tätig)
- Wollte im Ruhestand: Modelleisenbahn aufbauen, musste feststellen, dass er gar keine Zeit dafür hat
- Geht mit Frau gemeinsam wandern, schwimmen, Theaterbesuch, Ausflüge. Gehen auch getrennt ihren Hobbys, Interessen nach („*Müssen nicht alles gemeinsam machen*“)

## Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt

- 3.MZP wurde nicht erhoben

## **Kurzportrait Proband Lohmann**

Verblindete ID: 5587331

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat einen jüngeren Bruder (geb. 1937)
- Mutter war seit 1941 alleinerziehend und berufstätig, Vater in den Westen gezogen

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Heirat: 1954
- Proband hat drei Söhne, zuvor eine Fehlgeburt

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Vereinskollegen und Nachbarn

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Oberschule (1943-1945), Mittlere Reife (1950), Ausbildung: Lehre als Elektronikbereich und Schlosser (1950-1953)
- Offiziersschule (1953), Parteimitglied
- Ingenieur-Studium (1958-1961)
- Zahlreiche Arbeitsplatzwechsel; Arbeitsaustritt 1990 (mit 58 Jahren) aufgrund betriebsbedingter Umstrukturierungen

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Heuschnupfen
- Hexenschuss
- Niedrigen Blutdruck
- Lendenschmerzen

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Ehrenamtliche Tätigkeit im Gartenverein, politisch interessiert
- Heute: Radfahren, Schwimmen, tägliches Spaziergehen

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1966: Tod der Mutter
- Ausstieg aus dem Berufsleben
- Deutsche Wiedervereinigung

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

- keine erheblichen Veränderungen zum 2.MZP

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- keine erheblichen Veränderungen zum 3.MZP

## **Kurzportrait Proband Hübner**

Verblindete ID: 5792468

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat zehn Geschwister (er ist der Erstgeborene)
- Proband hat es als lästig empfunden, die kleinen Geschwister (rannten immer hinterher, musste auf sie aufpassen)
- Vater war Weber

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1965: erste Heirat, 1971: Scheidung
- Ein Sohn aus der ersten Ehe (1966 geb.), Sohn ist beim Probanden geblieben nach der Scheidung/mit zur zweiten Frau gezogen
- 1973: Zweite (jetzige) Frau ist Krankenschwester
- Aus zweiter Ehe eine Stieftochter (1967 geb.)
- Abends nach der Arbeit brauchen Ehefrau und Proband Zeit für sich und erzählen sich eine Stunde alles
- Ratschläge/beraten sich gegenseitig (Ehefrau)
- Hat ein Enkelkind (von der Stieftochter)
- Hat ein sehr gutes Verhältnis zur Stieftochter, regelmäßiger Austausch, sehen sich täglich
- Telefoniert einmal im Monat mit seinen Geschwistern

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat seit seiner Pensionierung wieder Kontakt zu seinen ehemaligen Klassenkameraden aufgenommen
- Mit bekanntem Paar treffen
- Austausch und Unterstützung mit Nachbarn
- Kann jetzt als Pensionär seine sozialen Kontakte mehr pflegen (möchte aber nicht mehr unternehmen)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Hat die Hauptschule besucht (Abschluss 1945)
- 1945-1948: Schneiderlehre
- 1952 wurde Proband arbeitslos
- Proband hat im Anschluss ein Vierteljahr im Bergwerk gearbeitet
- Bei der Straßenbahn tätig gewesen
- Dann wieder als Schneider gearbeitet
- Ende der 1950er Jahre bis 1971: Morgens mit Wagen losgezogen und Brötchen etc. verkauft (Tante Emma-Laden), selbstständig
- 1971: Filiale übernommen (Lebensmittel)
- 1991: Pensionierung
- Seit seiner Pensionierung macht er den Haushalt, die Wäsche etc., seine Frau ist noch berufstätig. Hat in der Zeit als Alleinerziehender auch den Haushalt gemacht

## **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Raucher
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- War bislang noch nicht ernsthaft krank

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Besucht regelmäßig Kurse und Vorträge in der VHS
- Schach (aktiv im Verein)
- Versucht, sich bewusst zu ernähren (hat sein Essverhalten umgestellt)
- Schwimmt gelegentlich
- Spazierengehen, Radfahren (mit seiner Ehefrau)
- Liest gerne Bücher
- Spielt abends am Computer (u.a. Schach), beschäftigt sich am Computer. Schwiegersohn erklärt ihm verschiedenen Dinge am Computer, sie üben dann, damit er es nicht vergisst
- Während seiner Berufstätigkeit einmal wöchentlich Gartenarbeit gemacht, danach nicht mehr
- Kreuzworträtsel, mit seiner Frau Gesellschaftsspiele spielen (ist aber nicht so sein Fall)
- Verreist überhaupt nicht gerne, nur manchmal auf Drängen der Frau
- Proband beschreibt sich selbst als passiven Typ, ist abends gerne zu Hause, geht nicht so gerne abends weg

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1958: Tod des Vaters
- Tod der Mutter (vor zwei Jahren)
- Hat, um das Kind zu versorgen die Selbstständigkeit aufgegeben und ist ins Angestelltenverhältnis gewechselt
- Betreuung des Enkels ist in der Pensionierung „neue Lebensaufgabe“ für Probanden

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Zuwachs: nun drei Enkelkinder

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit: Zufrieden, hat sich nichts verändert, keine gesundheitlichen Probleme
- Gelegentlich Ellenbogenschmerzen
- Macht nichts für die Gesundheit
- Raucht nicht mehr

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Ist sehr zufrieden als Rentner, hat keine Langeweile
- Betreut die Kinder täglich (wenn Eltern arbeiten und abends weggehen)
- Spielt sehr viel Schach

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehefrau hatte zwei Schlaganfälle, ist aber noch fit, nur alles etwas verlangsamt, ist aber keine Belastung

- Wird bald umziehen in eine Erdgeschosswohnung wegen der Beeinträchtigung seiner Frau. Trotz der Beeinträchtigung der Frau gibt es kaum Veränderungen im Alltag

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Soziale Netzwerke**

- Ist mit der Betreuung der Enkelkinder voll ausgelastet
- Trifft sich regelmäßig mit seinen Schachfreunden
- Unterstützen sich emotional und trösten sich gegenseitig (Ehefrau)
- Haushaltsaufgaben übernimmt die Ehefrau auch wieder mit
- Ratschläge und Information gibt er seinen Kindern und seiner Frau
- Nähe und Zärtlichkeit sind ihm unwichtig: „*Bin ist kein Typ für so was*“
- Redet mit seinen Bekannten nicht über Partnerschaft und familiäre Dinge (wird innerfamiliär besprochen)
- Enkelkinder nabeln sich langsam von den Großeltern ab (schlafen häufiger bei Freunden o.ä.)

#### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Beginn von Krankheiten: Herz-Operation, Leisten-Operation
- Knieschmerzen
- Subjektiver Gesundheitszustand: gut
- Tut nicht viel für seine Gesundheit („*Bin ein fauler Hund!*“), geht mit seinen Enkelkindern (selten) spazieren, Rad fahren
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen



## Kurzportrait Probandin Hiller

Verblindete ID: 6125891

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### 1. Messzeitpunkt

---

#### I. Elternhaus

- Probandin hat zwei jüngere Schwestern
- Vater war Einkäufer (gelernter Bürokaufmann)
- Mutter war gelernte Hutmacherin, hat den Beruf jedoch nicht ausgeübt, war dann Hausfrau
- Hat sich sehr gut mit dem Vater verstanden („*Ich bin ein Vaterkind*“)
- Mutter war strenger, da gab es auch mal eine Ohrfeige

#### II. Partnerschaft & Familie

- 1953 Heirat (Ehemann ist bedeutend älter), Probandin war bei der Heirat 23 Jahre und Ehemann 48 Jahre
- Probandin hat einen Sohn und ein Enkelkind
- 1976: Trennung (Probandin ist aus gemeinsamer Wohnung ausgezogen, ohne Sohn), hat Ehemann auch nach der Trennung – als es ihm gesundheitlich schlechter ging – im Haushalt unterstützt (Wäsche gemacht etc.)
- Hat nach Trennung „Heimweh“
- War keine Liebe mehr, sondern „Mitleid“, durch das Contra der Mutter hat sie sich auf seine Seite gestellt, aus Trotz
- Mann war bei gleichem Arbeitgeber beschäftigt
- Mutter hat Probandin von der Heirat mit ihrem Ehemann abgeraten, war viel älter. Probandin sagt, sie habe eine „*Vaterkomplex*“
- Hatte nach der Trennung (1977) einen neuen Lebenspartner (war auch älter), haben gemeinsam gewohnt, ist nach zwei Jahren verstorben
- Seit 1990: Dritter Partner (ist auch älter) mit dem Probandin heute noch liiert ist (leben in separaten Wohnungen)
- Hat noch einen Stiefsohn
- Aufgabenteilung in der Ehe: Probandin für Kontakte und Haushalt, Mann Job, für Freunde auch mal gekocht
- Partnerschaft hat sich wegen Altersunterschied negativ verändert, Probandin konnte sich nicht entwickeln
- Hat gelernt, sich in Konflikten in der dritten (jetzigen) Partnerschaft durchzusetzen, bzw. klar ihre Meinung zu äußern. „*[...] ich [habe] gelernt auch meine Bedürfnisse- ob ich nun fortgehe oder das mache – zu sagen und auch zu tun*“ (Kommunikation in der Partnerschaft)
- Hat zwei Jahre lang die Schwiegermutter aufgenommen
- Verhältnis zu den eigenen Eltern ist mit der Zeit besser geworden (waren ja eigentlich gegen die Ehe)
- Unterhält sich oft telefonisch mit ihrem Sohn (über berufliche Angelegenheiten, allgemeine Themen o.ä.)
- Fragt ihren Sohn nur zu Computerproblemen
- Kontakt zur Schwester seltener als zur besten Freundin (einmal jährlich treffen, telefonieren alle zwei bis drei Wochen)

### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Beste Freundin: bespricht alles, bekommt Trost
- Andere Freundin (kennen sich noch aus der Kindheit, wohnt weiter weg, telefonieren regelmäßig)
- Probandin, ihre Schwester sowie beste Freundin haben relativ zeitgleich ihr Kind erwartet, haben in der Zeit daher viel gemeinsam unternommen bzw. Zeit verbracht, sich ausgetauscht. Und auch abends gemeinsam mit den Ehepartnern Karten gespielt oder sich getroffen
- Besucht gelegentlich Freundin in München
- „Das kann man eigentlich selber steuern“ (Frage: ist das schlimm, dass Kontakte nachlassen?)
- Unterstützung bei praktischen Dingen gegenseitig durch Nachbarn im Haus (z.B. Einkaufen)
- Rat: Bei technischen Fragen wendet sich Probandin an ihren Sohn, bei finanziellen Angelegenheiten an die Schwiegertochter (ist bei einer Bank beschäftigt) und bei Gefühlsfragen wird Freundin gefragt. Wenn es Dinge/Fragen gibt, für die es Beratungs-/Informationsstellen gibt, dann sucht Probandin diese vorerst auf

### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1938/39: Volksschule (Abschluss 1944)
- Nach der Schule auf Bauernhof gearbeitet
- 1946- 1949: Nach Berufsberatung, Ausbildung als Finanzbuchhalterin
- Wurde dann 1949-1953 (mit Heirat 1953 ausgeschieden aus Firma) von Versicherungsunternehmen übernommen (in Vollzeit)
- Wollte aus der Versicherungsbranche weg, hat gekündigt, war dann arbeitslos, wurde dann 1953 vom Arbeitsamt in eine Anstellung vermittelt (in Vollzeit, 1953-1954)
- 1954/55-1957: Im Möbelgeschäft als Bürokraft (in Vollzeit) tätig (bis 1957: Geburt des Sohnes)
- 1957-1969: nicht erwerbstätig/Hausfrau, hat nebenbei etwas Heimarbeit gemacht oder bei der Post gelegentlich geringfügig beschäftigt tätig
- Hat in den 12 Jahren der Nichterwerbstätigkeit sich um Kindererziehung und Haushalt gekümmert, hat manchmal ein bisschen die Berufstätigkeit vermisst
- Ab 1969-1972: Aus finanziellen Gründen wieder berufstätig geworden, angestellt als Sekretärin (Buchhaltung) in einer Firma für Verpackungsmaterial (in Teilzeit)
- 1973 (für 5 Monate): Als Buchhalterin in einer Steuerberatungsfirma tätig (kam nicht mit Chefin klar)
- 1973-1976: Buchhalterin in Installationsfirma
- 1976/1979: Wohnungsumzug in eine andere Stadt, Tätigkeit als Buchhalterin in der Touristikbranche
- 1980-1990: Tätig als Buchhalterin im Großhandel
- Hat während ihrer Erwerbsphase berufliche Fort- und Weiterbildung im Bereich Buchhaltung gemacht
- 1990: Mit 60 Jahren in Rente (hat sich schon zwei Jahre zuvor auf die Pensionierung gefreut)
- Hat in der nachberuflichen Phase nebenberuflich noch als Buchhalterin gearbeitet

### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- War als Kind sehr schwach, dachten, sie kommt nicht durch (im ersten Lebensjahr)
- Gesundheitszustand hat sich in der nachberuflichen Phase verbessert, besserer Schlaf
- 1947: Mandel-Operation
- Diphtherie

- 1952: Lungenentzündung
- Fraktur des Fußes (1945)
- 1986: Armverletzung (Krankenhausaufenthalt)
- Als junges Mädchensehr unter Magenkolik gelitten, „[...] rückblickend war ich [...] als junge Frau kränker als was ich heute bin“
- Hat bis vor kurzen regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen gemacht
- Ist dem Arbeitersamariterbund eingetreten, damit sie einen Ansprechpartner im Alter/bei persönlichem Bedarf hat
- Keine Vorsorgeuntersuchungen in den letzten Jahren gemacht

## VI. Freizeitaktivitäten

- Singt gerne, spielt gerne Klavier (Kindheit, Jugend), kann es aber nicht besonders gut
- Sport: als Kind und Jugendliche nie sportlich aktiv bzw. sportinteressiert gewesen
- Kindheit: Bund Deutscher Mädels, später im katholischen Jugendverein
- Wandern
- Gartenarbeit
- Pläne für nachberufliche Phase: Zeit für das Wandern, Gartenarbeit, ordentliche Haushaltsführung, mehr Schlafen
- Liest gerne und viele Bücher
- In der nachberuflichen Phase: Geht gerne auf Veranstaltungen (Weinfeste), verreist gerne
- Hat sich 1988 privat einen Computer gekauft und einen VHS-Kurs gemacht, um Buchhaltertätigkeit an technischen Anforderungen in der Arbeitswelt frühzeitig anzupassen/sich darauf einzustellen
- Mit Ehemann damals viel unternommen: mit Freunden getroffen, Karten gespielt, Kino, abends ausgegangen
- Mit jetzigem Partner: spazieren gehen, tanzen
- Probandin macht computergestützt die Wohnungsabrechnungen, Verwaltung der Eigentumswohnung des dritten Lebenspartners
- Gartenarbeit
- Geplant: möchte 1990 mit ihrer Freundin gemeinsam nach England verreisen, liest daher vorher Rosamunde Pilcher-Bücher; Probandin möchte mit Ihrer Freundin vorher dann einen Englisch-Kurs in der VHS machen; Probandin möchte vor dem VHS-Kurs den Grundwortschatz mit Hilfe eines PC-Lernprogramms für die Fremdsprache Englisch lernen (Lernstrategie: So ist Probandin auch beim Erlernen der anderen Fremdsprache Französisch vorgegangen)

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- Hat 1989/90 jemanden kennengelernt
- Ehemann hat viel Schulden gemacht, Probandin muss immer gucken wie die Familie über die Runden kommt (hat daher in der Phase der Nichtberufstätigkeit auch nebenberuflich gearbeitet, Heimarbeit)
- Finanzielle Situation war immer angespannt
- 1977: Sohn hatte mit 18 Jahren einen Motorradunfall (Oberschenkhalsbruch, Fraktur beider Armen); Unfall hat bei Sohn Einstellungsänderung ausgelöst, sportlich aktiv, bewussteres Leben
- Tod des zweiten Partners (Herzkrank, Tod durch Gehirnschlag), Probandin hat zwei Jahre gebraucht, um zu trauern/Tod zu verarbeiten
- Hat mit Schwiegermutter zusammengewohnt (war nicht pflegebedürftig), ist dann nach Jahren ins Altenpflegeheim gezogen (Verhältnis hat sich dann noch mehr verbessert)

- 1980: Tod der Schwiegermutter (im Altenpflegeheim)
- Um mit Trauer fertig zu werden/Trauerverarbeitung: Probandin hat sich in eine 60 Stunden-Arbeitswoche gestürzt (Ablenkung) („*Habe ich gemacht, um nicht mehr nachzudenken [...] bin abends ins Bett gefallen*“ (Verdrängung). Hatte wenig emotionale Unterstützung, nur vom Sohn
- Probandin hat dann gemerkt, dass das Leben an ihr vorbei läuft (das Leben trotz [negativer] kritischer Lebensereignisse weiter gehen muss), ist dann in den Wanderverein eingetreten und ist viel gewandert. Probandin hat sich Wanderkarten gekauft und hat die Pfalz erkundet
- Beide Elternteile bereits verstorben (Tod des Vaters war besonders schlimm zu verarbeiten)

## Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt

### **I. Soziales Netzwerk**

- Lebt in keiner Partnerschaft mehr (seit 1995)
- Macht nun mehr für sich: Besucht das Fitnessstudio mit ihrer Freundin
- Hat Sohn und Schwiegertochter unterstützt, bei Haushalt und Versorgung der Enkelkinder, als Schwiegertochter eine Unfall hatte
- Wichtige Personen: Sohn und Schwiegertochter, Schwester (Verhältnis hat sich sehr positiv entwickelt), Freundin in München (aus Kindheit), neue Freundin (aus Nachbarhaus)
- Bei Kummer: Trost vom Sohn und Schwiegertochter
- Neue Freundin aus dem Nachbarhaus, Probandin tauscht sich mit neuer Freundin aus (Ernährung etc.) „*[Freundin] gibt dem Leben mal ein paar andere Impulse*“
- Wurde von der Freundin aus dem Nachbarhaus auch bei Grippeerkrankung umsorgt/ ist versorgt worden

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit: Ist immer noch sehr zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand
- Macht buddhistische Übungen/Gesundheitsbewegungsübungen und diszipliniertes Gesundheitsverhalten ist durch neue Freundin dazu gekommen
- Hat Arzt gewechselt (Naturheilverfahren)
- Ist inzwischen zur Vorsorgeuntersuchung gegangen, jedoch unregelmäßig
- Kocht und ernährt sich noch gesünder (Kräuter). Liest Kochbücher und informiert sich über gesunde Zubereitungsformen

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Ist nicht mehr nebenberuflich tätig (hat Buchführung in Elektrobetrieb aufgegeben)
- Ist öfter verreist
- Wandert sehr viel
- Bio-Verein (Schüssler-Salze), passives Mitglied
- Mitglied im Hospizverein

## Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt

### **I. Soziale Netzwerke**

- Begleitet/unterstützt ältere Nachbarin bei alltäglichen Erledigungen

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand: sehr zufrieden, hat nur starke Rückenbeschwerden (seit 2003). Kann nicht mehr so gut wandern. Hat jetzt Nordic-Walking-Stöcke und kann mit diesen Hilfsmitteln zwei Stunden wandern, dreimal wöchentlich
- Beschwerden mit den Schilddrüsen (seit 2001), Bluthochdruck
- Gesunde Ernährung, Verzicht auf Fleischverzerr
- Viel Bewegung
- Macht morgens zu „Tele-Gym“ (im Fernsehen) gymnastische Übungen
- Vorsorgeuntersuchungen: Nur zur Blutabnahme (unregelmäßig)

## **Kurzportrait Probandin Hintze**

Verblindete ID: 6321792

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat einen älteren Bruder
- Familie hatte Landwirtschaft (Bauernhof), mit Großeltern zusammen auf dem Hof gewohnt
- Vater gelernter Landwirt
- Mutter hat auf dem Hof gearbeitet, Hausfrau

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Hat Ehemann (amerikanischer Jurist) in den 1960er Jahren im Job (bei US-Armee) kennengelernt
- 1971: Heirat (Probandin war 39 Jahre, Partner war 60 Jahre), keine Kinder
- Ehemann hat erwachsene Kinder aus erster Ehe. Hatten gemeinsam keinen Kinderwunsch mehr
- Wollten ursprünglich gemeinsam in die USA gehen
- Ist mit dem Ehemann nicht verreist (nur zu Verwandten des Ehemannes in die USA), Probandin wäre gerne öfter verreist (Kulturreisen/Studienreisen), gemeinsame Interessen beschränkten sich darauf, dass beide sehr naturverbunden (Jagd) waren
- Guter Kontakt zu den erwachsenen Stiefkindern
- Kontakt zu Cousine in Bayern (telefonieren alle 14 Tage)
- Bruder lebt in Norddeutschland, nicht so gutes Verhältnis zum Bruder

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Kunstinteresse mit anderem Bekannten geteilt (nicht mit Partner)
- Freunde (meisten aus Studienzeit) haben Probandin während Erkrankung des Mannes und des Todes emotional unterstützt (eher telefonisch, Freunde leben verstreut in Deutschland), besuchen sich gegenseitig
- Freundin aus Stuttgart: noch Kontakt mit guter Freundin aus der Schulzeit (ist aber viel beschäftigt mit ihrer Familie), telefonieren aber häufig. Ratgeberin, traut Urteil dieser Freundin am meisten (größte Empathie-Fähigkeit)
- Besucht sich mit Freundin aus Hamburg öfter mal gegenseitig (Freundin auch ungebunden)
- Freundin in Heidelberg: Kümmern sich gegenseitig umeinander (bei Krankheit, praktische oder emotionale Unterstützung), gemeinsame Unternehmungen, gehen essen, Treffen mit anderen Bekannten, telefonieren häufig
- Kontakt zu ehemaliger Kollegin, belegt mit ehemaliger Kollegin aktuell wöchentlich einen Spanischkurs und im Anschluss unternehmen sie noch etwas
- Bekannte aus Wandergruppe
- Gibt Freundinnen weniger Unterstützung, da sie nicht vor Ort ist (praktische Unterstützung ist nur schlecht möglich)
- Würde sich wünschen, dass ihre Freundinnen mehr in der Nähe wären
- Kontakt zu ehemaligen Kolleginnen

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1937: Grundschule
- Oberschule (Gymnasium) (mit Kriegsunterbrechung), hat nach dem Krieg den Schulabschluss gemacht (Abitur 1951)
- Lehrerin hat Probandin sehr motiviert zum Lernen (persönliche Beziehung aufgebaut, Schülerinnen eingeladen und motiviert)
- Musste durch Unterbrechungen (ein Jahr) eigenständig Lernstoff selber nachholen, autodidaktisches Lernen erforderlich
- Stenographie und Schreibmaschine autodidaktisch gelernt
- 1951-1954: Probandin wurde angelernt und hat sich Stenografie beigebracht, keine Berufsausbildung. Dort keine Fort- und Weiterbildung gemacht
- Stipendium erhalten, Ausbildung/Studium zur Diplom-Übersetzerin (1958)
- Wollte in den 1960er Jahren im Ausland arbeiten, hat dann aber ihren Ehemann kennengelernt und in Deutschland gearbeitet
- 1958-1972: Als Sekretärin und Sachbearbeiterin tätig, dort keine Fort- und Weiterbildung gemacht, hat sich im Zuge der EDV-Einführung Neuerungen der Textverarbeitung zeigen lassen
- Als Au-pair nach England und zwei Monate nach Spanien gegangen, um die Sprachkenntnisse zu vertiefen
- 1972: Im Unternehmen als Übersetzerin tätig, keine Fort- und Weiterbildung
- 1973: Drei Monate erwerbslos, Ehemann war berufstätig
- 1973-1981: Probandin besetzt ihre alte Vollzeitstelle, als Übersetzerin angenommen
- Ab 1981: Teilzeitstelle, keine Fort- und Weiterbildung
- 1991: Pensionierung, Doppelbelastung mit Pflege des Mannes, wollte dann auch in Rente gehen

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Nebenhöhlen-Operation in den 1960er Jahren
- Vor acht Jahren: Blinddarm-Operation (während Pflege des Ehemannes zu Hause stattfand, Nachbarin hat in der Zeit den Mann versorgt)
- Asthma, medikamentöse Behandlung (Kur)
- *„Weil es [Asthma] unter diesen großen Stresssituation, unter der ich damals stand, da fing das da, vielleicht wäre es nie gekommen, wenn ich damals ein ausgeglichenes Leben gehabt hätte [...], aber ich stand ja ständig unter Stress“*
- Hat regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen gemacht

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Hat schon gerne viele Bücher als Kind gelesen (auch abends/nachts heimlich gelesen)
- Probandin war nicht beim Jungvolk (Vater war nicht in der Partei)
- Gymnastik (wegen der Asthma-Erkrankung)
- Gibt benachbarten Jungen (Legastheniker) einmal wöchentlich unentgeltlich Nachhilfe im Schreiben
- Theaterbesuche
- Probandin guckt mit Freundin Videofilme, schauen Filme und besprechen/diskutieren den Film im Anschluss
- Liest täglich Zeitung
- Ist nach Pflege zeitlich flexibler und kann mehr unternehmen
- Geht täglich etwa 30 Minuten spazieren
- Wöchentliches Schwimmen
- Entspannungstechniken (wegen Asthma)
- Spanischkurs (einmal wöchentlich)

- Zwei Wandergruppen von der Akademie für Ältere
- Hat viel Radio gehört mit ihrem Mann im Pflegeheim, aktuell weniger
- Wird in der nahen Zukunft Schwimmkurs für Erwachsene besuchen
- Zwei Städtereisen (Wochenendreisen)/Kulturreisen gemacht
- Schaut abends gerne Fernsehen, wenn sie nicht unterwegs ist (Landschafts- und Städtereportagen)

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Vater erkrankt
- 1980: Ehemann erleidet Schlaganfall (halbseitige Lähmung, Verlust der Sprachfähigkeit, jedoch geistig klar). Hat Ehemann zu Hause versorgt
- Probandin hat das Autofahren gelernt, um Mann herumzufahren
- 1989: zweiter Schlaganfall (Wachkoma), Unterbringung im Pflegeheim
- Probandin hat sich im Pflegeheim zusätzlich um ihren Ehemann gekümmert/gepflegt (fand Pflege im Heim nicht ausreichend)
- 1992: Tod des Partners (82 Jahre), Erlösung für den Mann

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

- 2.MZP wurde nicht erhoben

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Hat Briefkontakt zu Stiefkindern, Stiefenkeltochter und Stiefurenkelkindern (leben in den USA), hat sie das letzte Mal 1992 gesehen, unterstützt Verwandtschaft in den USA finanziell
- Lädt ältere Freundin jeden Samstag zum Essen ein

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Zahn-Operation (Prothese)
- 2003 und 2004: Grauerstar-Operation, Behandlung bis 2005
- 2001: Kieferhöhlen-Operation (Entzündung der Schleimhaut), Geruchssinn irreparable eingeschränkt
- Gesundheitszustand: Zufrieden, gut (nur Sehen und Hören hat sich im Vergleich zu vor acht Jahren verschlechtert)
- Täglich Rückengymnastik, Beschwerden dadurch geringer geworden



## **Kurzportrait Proband Lanz**

Verblindete ID: 6538642

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband ist der Älteste, hat noch fünf jüngere Brüder
- Vater ist gelernter Dreher, Vater war als Polizist in Sowjetunion und danach als Ausbilder in Polizeikaserne tätig
- Mutter war Hausfrau
- Mutter war sehr streng, Vater hat sich an der Erziehung nicht beteiligt

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1953: Heirat (Ehefrau ist Verkäuferin)
- Proband hat drei Töchter und acht Enkelkinder
- Klassische Rollenverteilung bzw. Aufgabenteilung im Haushalt/Beziehung
- Bespricht finanzielle Entscheidungen mit seiner Frau
- Haben jeweils verschiedene Bekannte bzw. Freunde, jeder pflegt seinen Bekanntenkreis
- Auszug der letzten Tochter liegt schon länger zurück
- „[...] [bei Kummer und Trost] zu niemandem würde ich gehen, weil ich, wenn ich Probleme habe, muss ich damit selber fertig werden. Ich würde mir eventuell bei bestimmten Problemen versuchen, eine guten Rat zu holen, aber im Prinzip löse ich Probleme selber“
- Würde sonst nur Ehefrau um Rat fragen, versucht sich vorher jedoch zu informieren (themenspezifisch) an bestimmter Stelle

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Befreundetes Ehepaar: besuchen sich gegenseitig und unterstützen sich
- Bekannte: durch den Verein (einmal wöchentlich), aus dem ehemaligen Kollegenkreis aus dem Betrieb (viermal jährlich)
- Hat durch Bekannte aus dem Verein das Gefühl gebraucht zu werden
- Nachbarn: loser Kontakt/keine enge Beziehung

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule (Abschluss 1947), kriegsbedingt zwei Jahre Schulausfall
- Berufsschule
- Berufswunsch Mechaniker
- Grundausbildung zum Schlosser, um eine Ausbildung zum Elektriker zumachen; Proband hat es bei der Schlosserausbildung belassen und hat keine Elektrikerausbildung mehr gemacht; hat Lehre als Schlosser nicht abgeschlossen, da er eigentlich gar kein Schlosser werden wollte, und zudem waren Freunde Bergleute und haben besser verdient, daher Abbruch der Schlosserlehre
- 1949-1957: Hat Lehre im Bergbau gemacht und anschließend im Bergbau gearbeitet (im Schichtbetrieb, in Vollzeit), ab dem zweiten Lehrjahr unter Tage tätig gewesen; währenddessen keine Fort- und Weiterbildung gemacht

- 1957-1958: Als Glasreiniger tätig (in Vollzeit), da Proband keinen Schichtbetrieb im Bergbau mehr wollte
- 1958: In die DDR übergesiedelt
- 1958-1959: Schichtarbeit als Brenner (DDR)
- 1959-1963: Wieder als Glasreiniger tätig, in Vollzeit (DDR)
- Ist am Wochenende nebenberuflich handwerklich tätig gewesen
- 1963-1971: Als Mechaniker bei der Wasserwirtschaft tätig
- Hat Lehrgang und Prüfung als Facharbeiter (Mechaniker) und später als Meister gemacht, fachbezogene Weiterbildung absolviert
- Nebenberuflich tätig gewesen aus finanziellen Gründen, mit Ehefrau gemeinsam Modeschmuck hergestellt und auf Märkten verkauft
- Seit 1990: Selbstständig als Mechaniker im Waffenbereich, da Betrieb nach der Wiedervereinigung in die Insolvenz steuerte. Proband wurde aus der Not heraus selbstständig tätig
- Seit 1990 (Selbstständigkeit) keine Fort- und Weiterbildung gemacht
- Pensionierung ist 1995 geplant (mit 63 Jahren), möchte jedoch weiterhin noch nebenberuflich tätig sein

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1948: OP Schleimbeutel-Operation am Fußgelenk
- Chronische Mandelentzündung bis 1965
- Aktuell: Schulterbeschwerden
- Hat Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen
- Raucher

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Aktives Mitglied im Schützenverein und im Vorstand; Schießleiter des Bundes der Militär- und Polizeischützen (ehrenamtliche Tätigkeit)
- 1978-1989: Ist aktiv Drachen geflogen
- Hat gefilmt und fotografiert
- Aktives Mitglied der Hausgemeinschaftsleitung (ehrenamtliche Tätigkeit)
- Unternimmt wenig mit seiner Frau (wenige gemeinsame Freizeitinteressen)
- Spaziergehen (mit Ehefrau)
- 1989: Das letzte Mal im Urlaub (mit seiner Ehefrau), nur mit Kindern/Familie damals regelmäßig in den Urlaub gefahren
- Camping-Urlaub (mit Familie)
- Hat ein Haustier (Kater)

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ist 1958 in die DDR umgesiedelt
- Veränderungen seit der Wiedervereinigung: Wohnverhältnis hat sich verschlechtert, Einkaufsmöglichkeiten/Konsum verbessert

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

#### **I. Soziales Netzwerk**

- 1995: Ist in Altersrente mit 63 Jahren gegangen, aber ist immer noch berufstätig. Möchte, so lange er es körperlich und psychisch kann, seinem Job nachgehen, da sein Job auch sein Hobby ist, empfindet seine Arbeit nicht als Last

- Seit 1994: Hat ehrenamtliche Tätigkeit im Vorstand im Verein Militär- und Polizeischützen
- Hat mit seiner Frau nicht gleiche Freizeitinteressen, aber gleiche Urlaubsinteressen
- Hauptteil des Tages verbringt Proband in seiner Werkstatt
- Zu seiner ältesten Tochter besteht kein Kontakt, die beiden anderen Töchter sieht er einmal wöchentlich
- Hat nun neun Enkelkinder
- Hat zu seinen Brüdern (leben in Westdeutschland) wenig bzw. fast keinen Kontakt (mit drei Brüdern besteht überhaupt kein Kontakt)
- Befreundeten Ehepaar, mit dem er seine Probleme besprechen könnte (auch wenn Proband es nicht macht), praktische Unterstützung
- Bekannte noch aus dem Verein (beschränkt sich auf Aktivitäten im Vereinsleben)
- Zu zwei ehemaligen Kollegen nur sporadisch Kontakt (drei- bis viermal pro Jahr)

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Seit 1998: Herzkreislaufprobleme und Bypass-Operation, anschließend Reha-Aufenthalt. Ist in medikamentöser Behandlung nach der Operation. Fühlt sich nicht eingeschränkt
- Hat das Rauchen nach 50 Jahren aufgegeben (nach einer Operation)
- Hat ständig Appetit (Ersatz zum Rauchen ist das Essen geworden, versucht, nicht weiter zuzunehmen, da weniger Bewegung mit zunehmendem Alter; hat Essen um die Hälfte reduziert)
- Gesundheitsbewusstere Ernährung (fettarm, Vollkorn), versucht sich mehr zu bewegen
- Hat erhöhte Cholesterinwerte
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Gesundheitszustand im Vergleich zu vor zehn Jahren gleich geblieben, bis auf die Herz-Operation

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Zweimal wöchentlich im Schützenverein „[...] das heißt nicht, dass ich zweimal in der Woche schieße, es passiert manchmal, dass ich vier Wochen überhaupt nicht schieße, aber ich bin da, es geht mit um die Fachsimpelei, es geht darum, dass ich unter Menschen bin“
- Zeitunglesen, Fernsehen
- Geht seit 1994 nicht mehr zu politischen Wahlen

## **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1994: Umzug in eine andere Wohnung (Wochenendgrundstück) schon vor dem 1.MZP, aufgrund von Streitigkeiten mit Hausbesitzer
- 1997: Tod der Mutter
- 1998: Einschneidendes Erlebnis und Bypass-Operation, Lebensumstellung (Ernährung, raucht nicht mehr)
- Hat Wiedervereinigung negativ empfunden „[...] für mich ist einen Welt zusammengebrochen“ (Mehr Verluste als Gewinne)

### **I. Soziale Netzwerke**

- Gibt seiner Frau Trost, kommt nicht oft vor, da Frau ähnlicher Typ ist wie Proband (machen jeweils ihre Probleme mit sich selber aus)
- Frau versucht, Probanden Ratschläge zu geben, aber kann es nicht
- Proband hat sich mit jüngster Tochter zerstritten, hat seit 2004 keinen Kontakt mehr zur Tochter. Ist belastend für Probanden
- Mit ältesten Tochter seit etwa 20 Jahren keinen Kontakt (unverändert)
- Sieht mittlere Tochter etwa einmal monatlich
- Hat auch wenig Kontakt zu den Enkelkindern (wohnen teilweise auch weiter entfernt), zu manchen gar keinen Kontakt. Hat Urenkel noch nie gesehen
- Unterstützt Töchter praktisch (handwerklich)
- Ist mit dem Verhältnis zu seinen Enkelkindern nicht zufrieden, Verhältnis hat sich verschlechtert
- Hat keinen engen Freund, zu dem Proband mit seinem Kummer hingehen würde, hat nur Bekannte

### **II. Freizeitaktivitäten**

- 2000: Beendigung seiner gewerblichen beruflichen Tätigkeit. Ist aber freizeitmäßig noch als Mechaniker im Waffenbereich tätig, hat sich in Garage Werkstatt eingerichtet, kleiner Nebenverdienst (für Bekannte, Schützenverein)
- Gartenarbeit mit Frau zusammen
- technikbegeistert
- hat sich ein Laptop gekauft und informiert sich im Internet

### **III. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand: befriedigend

## **Kurzportrait Proband Hörmann**

Verblindete ID: 6813579

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat noch sieben Geschwister (davon nur eine Schwester, sie ist als Kind schon verstorben)
- Mutter war Hausfrau
- Vater war in einer Baufirma beschäftigt (als Maurer)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1951: Heirat
- Hat drei Töchter (eine Tochter aus früherer Bekanntschaft) und vier Enkelkinder
- Ehefrau war Ansprechpartnerin bis auf berufliche Schwierigkeiten, hat er verheimlicht, will damit selber fertig werden
- Eine der ehelichen Töchter hat bei den Eltern angebaut und wohnt mit auf dem Grundstück
- Mit unehelicher Tochter und Enkelkindern sehr wenig Kontakt
- Hat sich innerhalb der Familie um die Schwiegermutter gekümmert

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Austausch mit Freunden, Treffen arrangiert
- Großer Bekanntenkreis durch Vereinstätigkeit (Kegeln)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule (Schulabschluss 1944)
- Nach der Schule durchlief er in der Lehre verschiedene Werkstattbereiche und dann hat der Meister entschieden, für welchen Beruf er sich am besten eignen würde: Betriebselektriker (Facharbeiter)
- Im Anschluss an die Lehre bei privaten Elektriker gearbeitet (nur kurz/gefiel nicht, hat dann 1951 gekündigt und war arbeitslos)
- Wurde in Zeit der Arbeitslosigkeit zur Notstandsarbeit herangezogen (sieben Monate)
- Als Maschinist kurz gearbeitet
- Hilfsarbeiter bei der Stadtgärtnerei, wurde dann Vorarbeiter. Hat nebenbei noch als Parkwächter (Grünanlage) gearbeitet, da Lohn so gering war
- Nach zwei jähriger Hilfsarbeiter-Tätigkeit, wieder als Elektriker gearbeitet
- Berufswunsch. Schreiner
- Pensionierung: 1990 (krankheitsbedingt, Betriebsunfall; Wirbelsäulenverkrümmung, Gelenkprobleme/-verschleiß)
- Ehefrau wurde ebenfalls 1990 pensioniert (Reinigungskraft in Teilzeit)

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Wirbelsäulenverkrümmung (Betriebsunfall)
- Gelenkprobleme (Verschleiß)

- Gesundheitszustand gesamt hat sich in der nachberuflichen Phase verbessert, nur die Wirbelsäulenschmerzen haben sich verschlechtert, Gliederschmerzen
- Nimmt an Vorsorgeuntersuchungen teil
- Midlife-Crisis: Hat Angst, was versäumt zu haben (privat und beruflich)

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Gymnastik
- Aktiv in zahlreichen Vereinen
- Unternehmungen mit den Enkelkindern
- Gartenarbeit
- Liest gerne Sachbücher
- Nimmt an einem Malkurs vom Vereinskollegen teil
- Campingplatzstellplatz
- Aktiv in der Arbeitsgemeinschaft Gartenstädter
- Seit der Pensionierung mehr Hobbys (im Berufsleben keine Zeit gehabt)
- Machen zweimal im Jahr Urlaub

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ab etwa 1936: hatte der Vater einen Arbeitsunfall (Verlust des Arbeitsplatzes), aufgrund der Arbeitslosigkeit die Wohnung verloren, Kinder wurden in unterschiedlichen Einrichtungen und beim Vater untergebracht
- Etwa 1939 ist der Vater dann bei der städtischen Müllabfuhr eingestellt worden; dann wieder eine Wohnung gefunden und Kinder wieder eingezogen (hat sich mit dem Job wieder normalisiert)
- Wurde im Pflegeheim misshandelt
- Drei Geschwister sind früh im Kindesalter verstorben
- Tod des Vaters 1963: Magenkrebs
- Ein Bruder ist vor einem Jahr verstorben
- Ist mit 20 Jahren unverhofft Vater geworden (damalige kurzzeitige Freundin), hat keinen Kontakt mehr, wollte später (nach Heirat) das Kind zu sich holen, Jugendamt hat der Mutter des Probanden das Kind zugesprochen, hatte Kontakt zur Tochter (heute 29 Jahre)
- Auszug des letzten Kindes

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Aufgabenteilung: klassische Rollenverteilung auch nach Pensionierung (sie kümmert sich um den Haushalt, er um den Garten und handwerkliche Tätigkeiten am Haus, Finanzen)
- Unterstützt die Tochter (alleinerziehend) bei der Betreuung der Enkelkinder, Gartenarbeit, handwerkliche Arbeiten
- Meinungs austausch mit guten Bekannten über verschiedene Themen

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Hat bei der letzten Busreise einen dumpfes Gefühl im Kopf verspürt und seitdem eingeschränkte Hörfähigkeit (Gehörsturz) (es wird Zusammenhang mit dem Blutdruck vermutet) und nachts starke Kopfschmerzen (Halswirbel)
- Hatte nur zeitweise mal Schlafprobleme

- Gymnastik, Radfahren , Spaziergehen
- Geht regelmäßige zur Vorsorgeuntersuchung
- Gesundheit hat sich seit der Pensionierung etwas verschlechtert („Die Kraft fehlt!“), Muskeln werden nicht mehr so beansprucht

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Kegelclub: Regelmäßiges Treffen mit befreundeten Paaren hat sich aufgelöst, da Personen verstorben und erkrankt sind. Daher Ausgleich nun verstärkt beim Malen
- Organisieren über den Verein gemeinsame Malkurse
- Immer noch sehr aktiv im Verein, übernimmt unterschiedliche Aufgaben (Kassierer etc.). Die Tätigkeit im Verein als Ersatz für seine beendete Berufstätigkeit
- Neues Hobby: Modelleisenbahnbau, ist durch befreundeten Vereinskollegen an das Hobby herangeführt worden
- Immer noch sehr aktiv im Garten/Gartenarbeit
- Hobby: Campingwagen hat er aufgegeben, hat ihn nicht mehr erfüllt. Machen jetzt lieber Hotelurlaub, Wohnwagen war zu alt
- Ist passives Mitglied im Tierschutzverein
- Hobby/Interesse gilt Vogelarten, sich kümmern um verletzte Vögel

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Unterstützen und beraten sich gegenseitig (mit Ehefrau), Frau muntert ihn bei trauriger Stimmung auf
- Mit der ersten ehelichen Tochter, die mit auf dem Grundstück wohnt, seit einigen Jahren kaum noch Kontakt (Streitigkeiten mit Schwiegersohn und Tochter war Kontakt zu viel). Auch Enkelkindern kommen nicht mehr; ist schwierig für den Probanden
- Mit jüngster Tochter guten Kontakt (sie wohnt weiter weg)
- Tröstet seine Kinder, Kinder fragen selten nach Rat beim Probanden

### **II. Freizeitaktivitäten**

- Wandern/spazieren gehen, gemeinsam mit Ehefrau

### **III. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Lähmungserscheinungen aufgrund der beruflichen Abnutzung (Motorik, Bein)
- Achtet auf Gesundheit, täglich Rad fahren, täglich im Garten
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Subjektiver Gesundheitszustand: zufrieden, gleichgeblieben, im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen eher besser
- Bewegungsapparat: Es geht noch alles, nur langsamer

## **Kurzportrait Proband Hoppe**

Verblindete ID: 6924681

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Keine Geschwister
- Mutter war Hausfrau, Vater war angestellter Elektromeister

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- War verlobt mit einem Mädchen aus der BRD (Proband lebte in der DDR): Verlobung und Heirat (1959) war vor dem Mauerbau.
- Proband wurde sehr von seiner Frau unterstützt (z.B. während der Promotion)
- Proband hat einen Sohn und eine Tochter
- Erwarten Ende des Jahres ein Enkelkind
- Austausch mit den Kindern (gegenseitig Rat gebend, diskutieren)
- Vetter hatte einen Herzinfarkt, tauschen sich darüber aus

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hatte als Jugendlicher ältere Freunde, die schon studiert haben, hat sich an ihnen orientiert und thematisch ausgetauscht; hat sich von ihnen gefördert gefühlt
- Kontakt zu ehemaligen Kollegen besteht noch, ist lockerer geworden
- Hat Freunde/enge Bekannte mit denen er Dinge besprechen kann (jedoch bespricht er nichts Intimes mit ihnen)
- Bekommt Unterstützung/Kraft und Trost aus dem religiösen Glauben

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Besuch der Volksschule, Oberschule, Gymnasium (1950: Schulabschluss)
- Studium der Theologie und Orientalistik (Examen in Theologie 1955)
- Nach dem Examen hat Proband vom Weltkirchenrat ein Stipendium erhalten und noch zwei Semester in Basel studiert
- Reise in den Orient (halbes Jahr): war tätig im ökumenischen Arbeitslager im Libanon
- 1957-1958: Vikar in Eisleben
- 1957-1967: Dienst in der evangelischen Heimatkirche aufgenommen
- Seit Ende der 1950er Jahre noch parallel promoviert, 1965: Promotion
- Hat Antrag gestellt, die DDR zu verlassen und mit seiner Frau und den Kindern in den Westen zu ziehen (Frau hat ihre Familie in der BRD sehr vermisst und ist krank geworden)
- Bis 1974-1978: Gemeindepfarrer in der BRD
- 1978-1979: als Schulpfarrer und parallel in der Wissenschaft gearbeitet
- 1990: in den vorgezogenen Ruhestand (aus gesundheitlichen Gründen). Hat in seiner Pensionierung als Schulpfarrer noch wissenschaftlich weitergearbeitet
- Unbezahlter Lehrauftrag an der Universität
- Hat an Weiterbildung teilgenommen und sich durch Austausch mit Fachleuten weitergebildet
- Seit zwei Jahren ist er als Reiseleiter in Ostasien tätig



## **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Kreislaufprobleme (während er promoviert hat)
- Darmkolik
- Hoher Blutdruck
- 1978: Herzinfarkt erlitten
- Gesundheit/Wohlbefinden hat sich in der nachberuflichen Phase etwas verbessert
- Geht seit einigen Jahren regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Seitdem seine Frau und er krank sind, beschäftigt sich die Frau verstärkt mit Gesundheitsfragen und bildet sich in dem Bereich weiter, wovon dann wiederum der Proband profitiert

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- War schon in der Kindheit sehr sprachinteressiert
- Reisen und Sprachen lernen
- Spricht mit seiner Frau gerne zusammen Spanisch
- Wandern, Rad fahren mit seiner Ehefrau, gemeinsame Gartenarbeit
- Liest sehr viel, studiert Sprachen

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1978: Herzinfarkt erlitten
- Krankheit war eine große innere Umstellung
- Mutter in den 1980er Jahren, Vater 1992 verstorben

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Sohn lebt seit drei Jahren wieder im Elternhaus
- Zwei Enkelkinder (von der Tochter), sehen Enkelkinder täglich
- Kaufen für Tochter ein, kochen auch mal für sie, betreuen die Enkelkinder (spazieren gehen, vorlesen, singen)
- Wenn Proband und Frau Trost oder Rat brauchen gehen sie nicht zu ihren Kindern. Es ist höchstens umgekehrt, denn Proband fragt Kinder nur selten um Rat

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand: Seit Herzinfarkt hat sich die Belastbarkeit verändert

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Sohn ist in die Schweiz gezogen
- Berät Sohn
- Unterstützt Tochter praktisch, emotional und finanziell (ist nun alleinstehend und arbeitslos), betreut und versorgt Enkelkinder mit seiner Frau zusammen
- Hilft Enkelkinder bei Hausaufgaben (Fremdsprachen)
- Enkelkinder suchen in Probanden die Vaterrolle (wegen der Ehegeschichte der Tochter „[Die Enkelkinder] suchen in mir so ein bisschen den Vater“)

## **II. Freizeitaktivitäten**

- Arbeitet immer noch wissenschaftlich

## **III. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1999: Prostata-Operation
- Erneut Herzinfarkt erlitten
- Gesunde Ernährung
- Regelmäßig Vorsorge
- Subjektiver Gesundheitszustand: gleichgeblieben, zufrieden

## **Kurzportrait Probandin Hildebrand**

Verblindete ID: 7315209

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Hat einen jüngeren Bruder (1938 geb.)
- Probandin hat sich viel um den Bruder gekümmert, Verantwortung übernommen, gute Erziehung
- Vater war angestellter Handwerksmeister im Großunternehmen, Vater war frühzeitig pensioniert
- Mutter war gelernte Schneiderin, Hausfrau

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1954: Heirat, Ehemann ist in der Chemiebranche beschäftigt
- Probandin hat einen Sohn und zwei Enkelkinder
- Ehemann hat Probandin stark bei der Verarbeitung des Suizids der Mutter unterstützt
- Sohn bereits verheiratet und hat ein Kind
- Probandin betreut häufig vormittags die Enkelkinder
- Unterstützte (kurz nach der Heirat des Sohnes) den Sohn und dessen Familie bei praktischen Angelegenheiten
- Hat sich nach dem Tod des Mannes von Sohn und der Schwiegertochter mehr (emotionale) Unterstützung gewünscht

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Trifft sich jährlich immer noch mit ehemaligen Mitschülerinnen (ehemalige Clique)
- *„Durch Tätigkeit bei den Grünen Damen, da bin ich auch wieder in einen anderen Kreis von Frauen hineingekommen, da wird viel angeboten [...] z.B. da kann man sich einmal im Monat mit einer Psychologin treffen, die dort eine Fort- und Ausbildung gibt“*

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1938-1942: Grundschule, anschließend Besuch des Gymnasiums
- Kinderlandverschickung während Schulzeit
- Hat nach Kriegsende nicht mehr an die Schule angeknüpft, hat keinen Schulabschluss gemacht
- Wunschberuf: erst Krankenschwester, dann Kindergärtnerin
- Erst im Geschäft der Großeltern nach dem Krieg tätig
- Hauswirtschaftliche Berufsschule
- Helferin im Kindergarten
- Umschulung als kaufmännische Angestellte (VHS-Kurse und privat Schulungen in Stenographie), ist dann in einer größeren Firma tätig gewesen (1950-1962)
- Nach Geburt des Kindes Hausfrau
- 1963-1964: als kaufmännische Angestellte in anderer Firma tätig, in Teilzeit
- 1964-1968: ohne Beschäftigung/erwerbslos, nach Tod der Mutter musste Probandin für ihren Vater sorgen
- 1969-1972: als kaufmännische Angestellte tätig, in Teilzeit

- War zehn Jahre lang Schriftführerin (Buchhaltung) im Turnverein. Hat daraus entstehend Nebenerwerb (zweimal einen halben Tag pro Woche). Hat aufgehört, als Umstellung auf EDV auftrat und weil Sehbeschwerden eingetreten sind, dann wollte Probandin nicht mehr weiter machen
- Hat letztes Jahr aufgehört zu arbeiten, aufgrund der Sehbeschwerden und kam zusammen mit Umstellung auf EDV („*So hatte ich einen triftigen Grund*“)
- Ist Decke auf den Kopf gefallen, hat 1990 Beschäftigung als „Grüne Dame“ angenommen (halben Tag pro Woche) und hatte noch die nebenberufliche Tätigkeit als Buchhalterin in Turnverein (ist nur zwei Tage zu Hause gewesen)
- Nach der Erwerbs- bzw. Nebentätigkeit hat Probandin halbtags die Enkelbetreuung übernommen („*Damit bin ich auch heute noch ausgefüllt, also das genieße ich*“)

## V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten

- 1962: Mandel-Operation
- Sehbeschwerden, Sehstörungen (rechtes Auge)
- Leichte Herzprobleme (daher Gewichtsabnahme), vermutet, dass es aber eher psychisch bedingt ist (Stress)
- 1978/1981: Kuraufenthalt mit einer Freundin
- Schlafstörungen direkt nach dem Tod des Mannes (daher Auszug aus der Wohnung). Danach sind Schlafstörungen zurückgegangen
- „*[Gesundheit] hängt [...] hat alles einen Zusammenhang, dieses Nicht-so-aktiv-Sein im Winter [...] aufhören zu arbeiten, da habe ich mir gar keine Gedanken drüber gemacht*“
- Leichte Wirbelsäulenbeschwerden, in Behandlung
- Niedriger Blutdruck, in medikamentöser Behandlung

## VI. Freizeitaktivitäten

- Im Kirchenkreis engagiert
- Mit bester, etwas älterer Freundin (kennt aus dem Ort ihren Mann, Eltern, Schwiegereltern, soziales Umfeld der Probandin) aus der Nachbarschaft: Radfahren, Essengehen (sehen sich täglich). Unterstützen sich gegenseitig, Zuspruch, praktische und emotionale Unterstützung, Rat (da Freundin soziales Netz der Probandin und die Lebensgeschichte kennt) und Trost
- Einmal wöchentlich Gymnastik (Verein)
- Mitglied beim Deutschen Roten Kreuz, Samariterverein (passives Mitglied, vom Ehemann übernommen)
- Kirchlicher Kreis, aktiv in der Gemeinde
- Ehrenamtliche Aktivitäten bei den „Grünen Damen“: Führt Gespräche mit alleinstehenden Frauen
- Im Sommer regelmäßig Besuch des Freibades mit Freundin
- Mit Enkelkindern Spaziergehen
- Liest Zeitung, liest keine Bücher mehr
- Wandert mit einer Gruppe (Bekannte)
- Basteln und Handarbeiten
- Urlaub mit einer Freundin
- Hatte nach dem Tod des Ehemannes (er war sehr sparsam und später krank, daher sind sie nicht verreist), Nachholbedarf, ist viel verreist, Bedürfnis hat aber wieder abgenommen
- Fernsehschauen: mittags Nachrichten, abends Landschaftsfilme, Tier-, Naturfilme o.ä.

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- 1964: Mutter hat Suizid gewählt (mit 57 Jahren)
- 1968: Tod des Vaters
- Pflege der Schwiegermutter (etwa ein Jahr lang)
- 1969: Tod der Schwiegermutter (und Toderklärung der beiden Brüder des Ehemannes) war ein einschneidendes Erlebnis, dann fing auch da Alkoholproblem des Ehemannes an
- 1988: Tod des Ehemannes
- 1989: Auszug aus der Wohnung, da Probandin es emotional in der Wohnung nicht ausgehalten hat. Neue Umgebung hat sich positiv auf das psychische Wohlbefinden der Probandin ausgewirkt. Soziale Kontakte im direkten Wohnumfeld geben Stabilität und Ablenkung
- Nach dem Tod der Mutter hat Probandin ihren Vater versorgt, stand zwischen Vater und Ehemann, Belastung
- Ehemann war seit der Hälfte der Ehejahre gesundheitlich beeinträchtigt (alkoholabhängig, Suchtproblematik, daraus resultierte körperlicher Verfall)
- Probandin ist dann zu den Anonymen Alkoholikern gegangen, da ihr Mann nicht über seine Suchtproblematik sprechen wollte bzw. konnte: In Gesprächsrunden hatte Probandin sich mit der Problematik auseinandersetzen *„Das hat mir was gegeben und das hat sich dann auch wiederum auf meinen Mann übertragen. Man lernt ja dort, man lernt nur von anderen“*
- Trotz zunehmender psychologischer Stabilität des Mannes, war körperlicher Verfall durch Alkoholmissbrauch nicht aufzuhalten (Leberzirrhose), zudem Tumor
- 1980: Auszug des Sohnes (Heirat des Sohnes), hat Probandin gut verkraftet, der Ehemann weniger gut. Verhältnis zum Ehemann hat sich mit Auszug des Sohnes verbessert
- Sohn hat vor fünf Jahren schwere psychische Probleme gehabt (Depressionen), Probandin hat durch Gespräche mit ihrem Sohn Vergangenheit und Suchtproblematik des Vaters verarbeitet, ausführliche Gespräche (gemeinsam aufgearbeitet)

## Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt

### I. Soziales Netzwerk

- Wünscht sich mehr (insbesondere praktische, ratgebende, aber auch emotionale) Unterstützung, mag Sohn nicht belasten, da er teilweise an Depressionen leidet
- Sohn und Schwiegertochter kaufen gelegentlich für Probandin ein
- Um Rat zu holen oder über Kummer zu reden, kann sie auch mit ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter reden, macht Probleme/Kummer aber lieber mit sich aus
- Hat auch schon von jüngerer Generation (Sohn und Schwiegertochter) manche Verhaltensweisen (praktische Handhabung) und Einstellungen (z.B. Gelassenheit/nicht mehr so extrem penibel bei Reinigung der Wohnung) angenommen/übernommen
- Hat Kontakt einmal die Woche zu ihrer Tante (treffen sich in der Kirche oder telefonieren)
- Unternimmt mit Bekannten/Freunden aus dem Kirchenkreis Unternehmungen, sie unterstützen sich praktisch gegenseitig (bei Haustierpflege im Urlaub oder bei Krankheit), geben auch emotionale Unterstützung, Rat und Trost
- Hat auch noch Kontakt zu ehemaligen Arbeitskollegen (sehen sich einmal jährlich, telefonieren gelegentlich)

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit: Sehbeschwerden haben sich verschlechtert
- Gelegentlich Nebenhöhlenentzündungen
- Nimmt Hormontabletten, da Probandin Transpirationsprobleme hatte
- Keine Schlafstörungen
- Blutarm
- Gesunde, ausgewogene Ernährung, ist aber gerne Schokolade
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen
- Gesundheitszustand hat sich im Vergleich zu vor zehn Jahren verbessert (vor zehn Jahren Erkrankung und Tod des Mannes)

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Bis vor fünf Jahren bei den „Grünen Damen“ tätig, jetzt mehr Enkelkinderbetreuung
- Spielt, bastelt, geht spazieren mit den Enkelkindern, hilft gelegentlich (aber eher weniger) bei den Hausaufgaben
- In Kirchengemeinde ehrenamtlich aktiv (Frauenkirchenkreis)
- Im Museumsverein (eher passiv)
- Fährt auch mit dem Sohn und dessen Familie in den Urlaub (dieser Jahr aber nicht)
- Informiert sich mittags in Fernsehnachrichten und regional aus Zeitung und Kirchenzeitung über öffentliches Leben (Veranstaltungen etc.) in der Gemeinde

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Enkel und dessen Freundin wohnen jetzt im gleichen Haus, Probandin unterstützt ihn im Haushalt (Wäsche etc.)
- Wichtige Personen: Sohn, Bruder, Schwägerin, Freundinnen (durch Sport, Gemeinde), befreundetes jüngeres Ehepaar (wie eine Tochter), Nachbarn, Tante
- Sieht auch täglich ihre Enkelkinder: 20-Jähriger wohnt mit im Haus, Enkelkind (Familie wohnt in der Nachbarschaft) kommt auch fast täglich
- Probandin hat seit zwei Jahren kein Auto mehr, macht alles mit dem Fahrrad, ansonsten könnten Enkel oder Sohn, Schwiegertochter fahren
- Unterstützt ihren älteren Freundinnen, andersherum kann sie von ihnen keine praktische Hilfe erwarten, weil diese beeinträchtigt sind
- Von anderen Freundinnen (Sport, Gemeinde) kann Probandin auch praktische Hilfe erwarten

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1998 und 2000: Grauerstar-Operation
- Hoher Blutdruck, in Behandlung
- Geht zweimal die Woche zur Gymnastik
- Radfahren täglich (Radtouren, einkaufen etc.)
- Gelegentlich schwimmen
- Wandern
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung
- Hat Gedächtnisverluste (Namen merken etc.)
- Ist mit Gesundheitszustand zufrieden, das Gedächtnis hat sich jedoch verschlechtert

## **Kurzportrait Probandin Hagen**

Verblindete ID: 7579246

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat einen älteren Bruder
- Familie hat in einfachen Verhältnissen gelebt, sparsam erzogen
- Vater war „Blechner“
- Mutter war Hausfrau und hat nebenbei als Reinigungskraft gearbeitet
- Beide Eltern bereits verstorben
- Vater war streng

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Ehemann ist seit etwa acht Jahren pensioniert (mit 58 Jahre in den Vorruhestand gegangen), gelernter Schreiner
- Hat eine Tochter (geb. 1949)
- Hat ihren zukünftigen Mann 1945 kennengelernt, ist seit 1948 verheiratet
- Hat ein Enkelkind
- Haben trotz Pensionierung des Ehemannes einen sehr festgelegten, rhythmisierten Tagesablauf (aufgrund eigener Interessen und fester Zeiten, die sie gemeinsam bzw. getrennt verbringen)
- 1973: Tochter ist ausgezogen als sie 24 Jahre alt war (mit Ehemann zusammen), ist nach einigen Jahren wieder ins Elternhaus eingezogen
- Sieht Tochter und Enkeltochter (18 Jahre) regelmäßig (einmal wöchentlich)
- Beziehung zur Tochter hat sich eher positiv verändert, gibt Tochter Rat und unterstützt sie
- Treffen sich gelegentlich mit Verwandten, versuchen aktiv den Kontakt aufrechtzuerhalten, am meisten Kontakt zum Bruder (zweimal wöchentlich)
- Versteht sich gut mit ihrem Bruder

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Ehemann ist seit neun Jahren pensioniert, haben immer noch regelmäßig Kontakt mit den ehemaligen Geschäftskunden/-partnern
- Probandin trifft sich vormittags häufig mit Freunden, wenn Ehemann der Nebenbeschäftigung oder den Hobbys nachgeht
- Hat eine sehr gute Freundin, der sie alles sagen kann, beratschlagen sich bei familiären Problemen (sehen sich zweimal wöchentlich und telefonieren), unterstützen sich praktisch in Alltagsbewältigung (Einkaufen)
- Im Chor viele „lockere“ Freundschaften, die sind alle noch berufstätig, sieht sie daher nicht so oft
- Zu Bekannten zählt Probandin alle Bewohner im Dorf, Hilfsbereitschaft untereinander
- Nachbarn: gute Hausgemeinschaft, feiern gemeinsam, unterhalten sich regelmäßig, große Hilfsbereitschaft im Haus
- Fühlt sich besonders verbunden mit: Ehemann, Bruder, Schwäger, Verwandte, Nachbarn, Freunde aus Verein
- Bei Kummer und Trost wendet sich Probandin an Ehemann und/oder Bruder

- Bei Rat und Info: bei finanziellen Fragen kann sie Bekannte von der Bank fragen; bei privaten Fragen Ehemann, Bruder, beste Freundin

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Schulzeit war sehr harmonisch, hatte einen sehr guten Lehrer, war aber streng. Obwohl Probandin damals auch körperliche Züchtigung in der Schule erfahren hat, vertritt sie heute den Standpunkt, dass dieses der heutigen Kindern/Jugend auch nicht schaden würde
- Besuch der Volksschule (1944 Abschluss)
- Nach dem Schulabschluss: Haushaltsjahr bei einer Familie mit einem Lebensmittelgeschäft, hat dort den Haushalt gemacht und gelegentlich im Lebensmittelgeschäft ausgeholfen
- Berufswunsch war Schneiderin
- Nach Haushaltsjahr: in Vollzeit in der Schuhfabrik in der Näherei gearbeitet
- Hat in der Volksbank gearbeitet, hat das Büro gemacht
- 1957: nicht mehr erwerbstätig mit Geburt der Tochter
- 1957- 1960: in Metzgerei geringfügig beschäftigt gearbeitet (Reinigungskraft)
- Würde sie heute noch mal vor der Berufswahl stehen, würde sie gerne in der Oper singen und/oder Klavierspielen (lernen)

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- War als Kind nie ernsthaft krank, hat heute noch keinerlei organische Erkrankungen
- Arthrose im Knie („*Habe ich so im Griff, weil man lebt halt mit und muss das Beste draus machen, wenn man sich hängen lässt, das bringt ja nichts*“), Sturz auf das andere Knie, wurde operativ behandelt
- Hat etwas hohen Blutdruck
- Ernähren sich bewusst, Alkoholgenuss gar nicht bzw. in Maßen, sehr feste Essenszeiten und in Maßen
- Hat vor 30 Jahren aufgehört zu rauchen (ihr Mann musste aufhören aufgrund akuter Probleme mit den Bronchien, haben zusammen das Rauchen aufgegeben)
- Ist sehr zufrieden mit ihrem Leben
- War einmal zur Kur wegen Rückenbeschwerden
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Geschwür (Gebärmutter) wurde bei Untersuchung in den Wechseljahren festgestellt, wurde operativ entfernt
- Hat sich beim Tanzen am Meniskus verletzt, wurde operiert
- Gesundheitlich geht es Probandin aktuell morgens nicht so gut, erst nach dem Duschen ist Probandin fit, braucht auch ihren Mittagsschlaf
- Trotz Auftretens gesundheitlicher Beeinträchtigung, subjektives Wohlbefinden hoch, positive Sichtweise

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- War als Kind in kirchlicher Gruppe und im Chor, war auch in Hitlerjugend
- Singt heute noch aktiv im Chor
- Ist sehr ordentlich, fühlt sich nur wohl, wenn alles ordentlich ist.
- Gibt es Dinge, auf die sie besonderen Wert legen oder Dinge, die ihnen Halt geben?  
Antwort: „*Ich lege Wert auf schöne Sachen, das alles gepflegt ist*“
- Fahrradfahren
- Sind früher viel wandern gegangen, jetzt zu beschwerlich. Jetzt Bustagesfahrten oder dreitägige Busausflüge (Kurzreisen)
- Früher Handarbeiten, macht sie heute nicht mehr



- Tanzt sehr gerne
- Unternimmt viel mit Freunden
- Kegelt einmal wöchentlich
- Unternehmen alles gemeinsam (Partnerschaft)
- Spaziergehen, Radtouren mit Ehemann und Freunden
- In Gemeinde engagiert, bei Veranstaltungen aktiv und helfen
- Haben schon während der Erwerbstätigkeit des Ehemannes gemeinsam Zeit verbracht und zugleich eigene Interessen und Freunde intensiv gepflegt, zur Vorbereitung auf die Pensionierung haben sie zuvor viel gemeinsame Zeit verbracht
- Probandin geht gerne alleine in die Stadt zum Einkaufen („damit keiner reinredet“)
- Kocht gerne (täglich)
- Hört den ganzen Tag nebenbei Radio (interessiert sich für Kochrezepte, Tipps im Radio)
- Liest gerne und guckt sich Vogelbücher an
- Haben eine Vogelvoliere vom Mann: kümmert sich gelegentlich auch um die Versorgung der Tiere
- Geht seit 28 Jahren wöchentlich zum Gymnastikkurs
- Kaffeekränzchen vom Chor
- Ehrenamtlich in Vereinen, Gemeinde tätig

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- Pensionierung des Ehemannes sehr positiv bewertet, er beschäftigt sich viel selber, hat Hobbys (Vereinstätigkeit, Vogelkunde, Werkstatt im Keller), geht vormittags geringfügiger Beschäftigung nach
- Auszug der Tochter war zweischneidiges Schwert: „*Sie hat uns schon gefehlt und weil wir auch beengt waren aber haben [wir uns befreit] gefühlt*“
- Wechseljahre (hat sich stark beeinträchtigt gefühlt)
- Veränderungen im Alter (im Vergleich zur Jugend/junges Erwachsenenalter):
- „*Interessen haben sich nicht verändert, aber ich mache nichts mehr, da die Zeit geht so schnell um [...], bis ich mich umgucke, ist der Tag rum [...] ich muss mich wundern, als ich damals gearbeitet habe [...]*“
- „*Ich kann noch so gut arbeiten wie früher, aber ich brauche mehr Zeit [...] ich brauche einfach länger weil ich auch die Zeit habe*“

## Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt

---

### I. Soziales Netzwerk

- Praktische Unterstützung ist für Tochter nicht nötig, nur manchmal gibt Probandin der Tochter einen Rat (wenn Tochter sie fragt)
- Probandin fragt auch Tochter um Rat und spricht über Krankheit des Mannes auch mit der Tochter

### II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten

- Probandin hat Gelenkbeschwerden, konnte schlecht laufen
- Frage: Gibt es noch andere Dinge die Ihnen gesundheitlich Probleme bereiten, die Sie so merken? Antwort: „*Ich nehme halt alles so schwer [...], bisschen so [nehme] mir alles zu Herzen und so, andere sind kaltschnäuzig, und ich leide mit anderen, [...] mich haut das fast um, wenn ich da jemanden sehe wo ich helfen kann [...], da mache ich mich ganz fertig*“

- Probandin hat sich wegen der Krampfadern operieren lassen, das ist sehr gut verlaufen, Beschwerden sind nicht mehr da (oder nur gering)
- Unternimmt viel und bewegt sich viel, macht dies aber nicht aus Vorsorgegedanken, sondern aus Spaß
- Geht derzeit nicht mehr zur Vorsorge („*Habe nichts, und kostet ja auch Geld*“)
- Probandin beurteilt allgemeine Lebenssituation – trotz kritischer Lebensereignisse - als wunderbar

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Geht zwei- bis viermal wöchentlich schwimmen
- Probandin hilft täglich Bewohnern im Haus bei alltagspraktischen Dingen
- Kümmert sich um Urenkelkind (unregelmäßig)
- Mitglied beim Deutschen Roten Kreuz

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ehemann hat vor einem Jahr zwei Schlaganfälle erlitten
- Trotz einschneidender Erlebnisse (Schlaganfälle des Mannes) hat sich Partnerschaft und alltägliches Miteinander nicht verändert, „*Es ist immer noch wunderbar*“

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- 3.MZP wurde nicht erhoben

## **Kurzportrait Proband Heinrich**

Verblindete ID: 7924681

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat zwei Schwestern und zwei Brüder

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Verheiratet (in erster Ehe)
- Vater einer Tochter

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Proband nimmt in einer Gemeinde-Gruppe regelmäßig an gemeinsamen Aktivitäten und Ausflügen/kulturellen Reisen teil
- Aktiv in einer Tanzgruppe (gegründet aus Gemeindegruppe)
- Reisen zu Freunden in die Schweiz
- Nach eigenen Angaben vom Onkel in der Schweiz viel gelernt (Sensibilisierung für die Mentalität: interkulturelle Kompetenz)
- Austausch/Ratschläge: für fachspezifische Themengebiete spezielle Ansprechpartner

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Schulbildung: Volksschulabschluss
- Staatlich geprüfter Landwirt (Lehre)
- Volontariat in der Schweiz (18 Monate)
- Weiterbildung zum Steuersachbearbeiter
- Formelle Weiterbildung: hat an Steuerkursen aus privatem Interesse teilgenommen, sich stetig weitergebildet, um selbstständig und auch ehrenamtlich im Ruhestand weiter tätig zu sein
- Informelle Bildungsaktivitäten: studiert regelmäßig intensiv Fachliteratur zum Themengebiet Steuern
- Bildungsverständnis: selbstverständliche Weiterbildung, um auf dem Laufenden zu sein und pflichtbewusst seiner Tätigkeit nachgehen zu können
- Proband empfand seinen beruflichen Werdegang nach eigenen Angaben kontinuierlich

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Reitsport

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Handwerkliche Arbeiten (aus Wissensaneignung durch Praktikerhandbuch)
- Großes Interesse an länderspezifischen Gegebenheiten, Planung von Urlauben: intensive Recherche über Urlaubsort, Kultur
- Entwerfen von Projekten am Computer, Anlegen von Listen, Systematisierung, Entwurf von Checklisten, Informationsmitteilungen für Familienmitglieder
- Ehrenamtlich in Vereinen aktiv (Hilfe bei Steuerfragen)

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

- Keine erheblichen Veränderungen zum 2.MZP

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- Keine erheblichen Veränderungen zum 3.MZP

## **Kurzportrait Proband Herrmann**

Verblindete ID: 8135792

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat eine ältere Schwester und einen jüngeren Bruder
- Trotz einfachen Lebensverhältnissen hatte jedes Kind ein eigenes Zimmer
- Eltern hatten eine Bäckerei, als Bäckerei nicht mehr lief, war der Vater einige Zeit arbeitslos, dann im Straßenbau gearbeitet, dann als Pfleger im Klinikum
- Vater war in der NS-Partei und ein bekennender Nazi
- Nach dem Krieg auf dem Bau gearbeitet
- Proband war in seiner Kindheit drei Monate beim Onkel (da hat auch die Großmutter gewohnt), hatte ein gutes Verhältnis, er war auch da als die Großmutter gestorben ist

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1963: Heirat
- Vater von Zwillingen und einem Stiefkind
- Austausch mit der Partnerin: Proband frisst alles in sich hinein, erzählt seiner Frau wenig (dies führt oft zu Streit)
- Bei Streitigkeiten mit der Frau nimmt er sich danach zurück und sie „*rückt alles wieder zurecht*“, sie sucht das Gespräch („*Muss mich wundern, wie sie das so geschickt über die Bühne wieder bringt*“)
- Unterhält sich mit seiner Frau nicht über berufliche Angelegenheiten und Politik (interessiert sie nicht), weiß daher manchmal nicht, was er ihr erzählen soll
- Ehefrau hat häufig Migräne gehabt, dann hat die Mutter vom Probanden die Familie unterstützt und geholfen
- Als seine Ehefrau im Krankenhaus war, hat sich Schwiegertochter aufopfernd um den Probanden gekümmert, sehr gutes Verhältnis

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hat im Jungvolk viel gelernt (Feuermachen etc.)
- Wenn er einen Ratschlag brauchte, dann hat er sich vertrauensvoll an den Pfarrer gewandt. Katholischer Pfarrer war Ansprechpartner, da er die Interessen des Probanden kannte. „*Was man nicht in die Schule gelernt hat, hat man [...] hat man bei Hochwürden gelernt*“
- Möchte nicht zum „*alten Eisen*“ gehören und gebraucht werden. Gibt seinen Kindern noch Ratschläge und Unterstützung
- Trifft sich regelmäßig mit einem alten Schulfreund, erhält Unterstützung und Rat (gegenseitig)
- Bekannte aus ehemaliger Kegelgruppe, regelmäßiges Treffen zum Spielabend
- Sein Bruder wohnt nebenan, daher viel Kontakt
- Kinder kommen regelmäßig zu Besuch
- Nachbarn unterstützen und geben Hilfe

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1939: Einschulung, ist bis 1945 zur Schule gegangen, dann in den Kriegseinsatz (arbeiten für die Rüstungsindustrie), danach ging Schule wieder weiter (Ende 1945: Volksschulabschluss)
- Berufswunsch: Koch oder Konditor (wie der Onkel)
- 1947-1951: Lehre als (allgemeiner) Mechaniker
- 1961-1965: Hat als Kraftfahrer (Schichtarbeit in Vollzeit) gearbeitet
- 1966-1976: Hat als Schlosser gearbeitet
- Seit 1976 bis heute: bei Firma beschäftigt (als Maschinenschlosser)
- Berufliche Weiterbildung: hat einmal einen Lehrgang gemacht (interne Weiterbildung)
- Hat Möbel ausgeliefert
- Wird im nächsten Jahr pensioniert (1995), arbeitet derzeit weniger (Altersteilzeit)
- Wird in der nachberuflichen Phase seinem Sohn (selbstständig mit Installationsbetrieb) im Betrieb helfen

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 1986: Bandscheibenvorfall
- Macht Gymnastik (Rückenübungen). Wurde von einem Kollegen dazu motiviert, da dieser auch beeinträchtigt war und irgendwann seine Arbeitsstelle verloren hat: Motivation für die Gymnastik
- Verbrennung, mit der Kettensäge ins Bein gesägt (Arbeitsunfälle)
- Phimosen-Operation
- Wenig geraucht, etwas Alkohol konsumiert
- Selten etwas Kopfschmerzen
- Nimmt regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahr

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Seit die Kinder ausgezogen sind versucht Proband seine freie Zeit durch Sportaktivitäten zu füllen/zu kompensieren. Proband schwimmt, macht Gymnastik, fährt Rad mit seiner Frau, Gartenarbeit
- Modelleisenbahn (verbringt mehr Zeit mit seiner Eisenbahn, seit die Kinder ausgezogen sind)
- Mitglied im Sportverein und beim Deutschen Roten Kreuz
- Verreisen

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Erkrankung der Frau
- Auszug der Kinder „*war ein harter Schlag*“, Haus ist zu ruhig, fühlt, als wenn er die Kinder an die jeweilige Lebenspartnerin der Söhne „verloren“ hätte
- 1972: Vater erleidet Schlaganfall, kurz darauf verstorben
- 1990: Mutter hatte erst Oberschenkelhalsbruch und ist später verstorben

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

#### **I. Soziales Netzwerk**

- Hat zwei Enkelkinder, die öfter mal über das Wochenende zu Besuch sind (Betreuung der Enkel) und zur Betreuung einmal in der Woche, wenn Eltern beschäftigt sind

- Wenn Proband nach eigenen Aussagen „bockig“ ist, dann bügelt dies seine Frau wieder aus. Heitert ihn auf und tröstet ihn. Frau kommt auf ihn zu
- Unterstützt und hilft den Kindern bei handwerklichen Dingen und gibt Ratschläge, Fragt auch oft seine Kinder um Rat
- Bekommt Anerkennung von den Enkeln (fühlen sich wohl beim Probanden)
- Gibt Nachbarn fachlichen Rat als Maschinenschlosser

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Subjektiver Gesundheitszustand: gut, ist zufrieden
- Gicht (ist in medikamentöser Behandlung)

## **III. Freizeitaktivitäten**

- Jetzt (nach Regelarbeitszeit) in den Ruhestand (hat sich auf den Ruhestand gefreut. Hat sich vorbereitet durch Stundenreduzierung)
- Erste drei Monate im Ruhestand: hat ihn nicht ausgefüllt. Hat sich daher eine Nebentätigkeit beim Gemüsegroßhändler gesucht (zweimal wöchentlich je vier Stunden). Ist auch noch ein- bis zweimal aushilfsweise in der Firma eingesprungen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Betreuung der vier Enkelkinder
- Tröstet seine Frau
- Gibt Söhnen praktische Ratschläge und handwerkliche Hilfe
- Wird von seinen Kindern auch aufgebaut, getröstet und unterstützt

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Ist langsamer (Motorik) geworden, vergesslicher (kognitiv)
- Hatte Virus und war im Krankenhaus
- Atemprobleme und Lungenentzündung
- Subjektiver Gesundheitszustand: zufrieden
- Geht täglich spazieren
- Im Winter jede Woche schwimmen
- Geht regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen
- Gesundheitszustand hat sich etwas verschlechtert, im Vergleich zu Gleichaltrigen besser

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Einmal wöchentlich Kegeln

## **Kurzportrait Probandin Leuschner**

Verblindete ID: 8269713

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat drei Brüder
- Mutter war Hausfrau
- Vater war Maurer, nach dem Krieg als Schlosser tätig (Schichtdienst)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1948: die Probandin hat ihren Ehemann kennengelernt
- 1950: Geburt der Tochter
- 1952: Heirat
- 1967: Zweiten Ehemann (Straßenbauer) kennengelernt (mit 37 Jahren, zweiter Mann war acht Jahre jünger als Probandin)
- 1968-1971: Zweite Heirat
- Lebt derzeit in keiner Partnerschaft
- Viel Kontakt zum Bruder (bis 1968, dann ist er nach Westdeutschland gezogen), nun telefonisch. Wenn Probandin Rat braucht, ruft sie ihren Bruder an
- Tochter ist verheiratet und hat eine Tochter und eine Enkeltochter. Enkelin hat auch ein Kind (Urenkelkind von Probandin)
- Ist mit der Tochter nach der Scheidung verweist, hat viel unternommen, während Lehrzeit haben sie viel unternommen (Kino etc.)
- Tochter ist ausgezogen als Probandin das zweite Mal geheiratet hat
- Besucht gelegentlich ihre Nichte, treffen sich gelegentlich
- Tochter wohnt in Hannover mit ihrer Familie (sehen sich dreimal im Jahr, telefonieren wöchentlich)
- Spricht mit ihrer Tochter über Berufliches, Finanzielles etc.
- Versorgt Vater täglich mit Essen, Einkäufe etc. (Vater hat nun eine neue Partnerin, leben in getrennten Wohnungen)

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Ehemalige Schulfreundin
- Hat großen Bekanntenkreis
- Gute Freundinnen (ehemalige Kolleginnen) mit der Probandin oft verweist, treffen sich regelmäßig
- Bekannte: Frau des ehemaligen verstorbenen Chefs (treffen sich gelegentlich, reden über alte Zeiten), bekanntes Paar
- Alleinstehender Nachbar, unterstützen sich, wenn einer verweist ist im Garten, Blumengießen (bei praktischen Dingen)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1937-1945: Grundschule (Abschluss 1945)
- Gab 1945 keine Lehrstellen, Probandin hat sechs Jahre in Spinnerei gearbeitet (bis 1950 zur Geburt der Tochter)
- Drei Jahre in Druckerei gearbeitet



- Hat bis 1963 Heimarbeit (Kunststickerei) gemacht, um sich um die Tochter zu kümmern
- 1971-1974: bei der Post gearbeitet
- In Tischlerei gearbeitet (acht Jahre)
- 1974-1982: in Gaststätte gearbeitet (Chef verstarb, Gaststätte wurde geschlossen), Schichtarbeit
- Ab 1982: als Kellnerin auf Gastronomie-Schiff gearbeitet, Schichtarbeit
- Ehemann war gegen Schichtarbeit, wollte seine Frau (Probandin) mehr sehen, daher hat Probandin die Arbeit aufgegeben
- Nichtberufstätig einige Monate
- Aushilfe im Gastronomiebereich (wurde ganzjährig als Teilzeit-Aushilfe eingesetzt)
- 1990: Verkäuferin im Lebensmittelgeschäft (bis zur Rente) in Teilzeit
- Pensionierung: „[...] war doch ein bisschen deprimierend das ganze Leben gearbeitet, man ist nicht zum alten Eisen geschmissen [worden], aber irgendwie ein komisches Gefühl ist es dann doch, dass nun alles vorbei ist, dass man nicht mehr gebraucht wird [...] [habe] zum Anfang ein bisschen Katzenjammer gehabt“

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Sehr gut, sehr zufrieden (Jugend bis junges Erwachsenenalter)
- 1981: Unterleibs-Operation, Entfernung der Gebärmutter (mit 41 Jahren)
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung
- Seit kurzem Gelenkbeschwerden/chronische Knieschmerzen
- Bewusste Ernährung (isst insbesondere viel Obst)
- Aktueller Gesundheitszustand hat sich i.H. auf Gelenkbeschwerden verschlechtert

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- War als Kind im Bund Deutscher Mädel aktiv
- Handarbeiten (Stricken, Sticken), Gartenarbeit
- Pläne für Pensionierung waren: Vereisen, mehr Zeit im Garten verbringen
- In der ersten Ehe hatten sie einen Hund: Hundesportverein
- Mit ersten Mann und Kind damals regelmäßig Campingurlaub gemacht
- In der ersten Ehe viel unternommen: weggegangen/ausgegangen, verreist
- Nach der ersten Scheidung in Reiseclub eingetreten, viel verreist
- Spaziergehen
- Verreisen, Reiseclub (bekommt Infos über Tagesausflüge, Busfahrten zugeschickt. Unternimmt solche Reisen mit einer Freundin)
- Fernsehverhalten: Guckt z.B. gerne Quizsendungen. Würde es gut finden wenn es Sendungen für Ältere geben würde, Werbung für Zielgruppe (Mode, Kosmetikprodukte etc.)

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1970: Mutter verstorben, musste sich um herzkranken Vater kümmern (nichterwerbstätig), in eigenständigen Wohnungen gewohnt
- Erster Ehemann hatte mehrere Affären, Mutter der Probandin war gegen die Ehe. Später hat sogar die Schwiegermutter von ihrem Sohn abgeraten bzw. zur Scheidung geraten
- Erster Ehemann war alkoholkrank
- 1965: Scheidung vom ersten Ehemann wegen den Affären (hat Mann inflagranti erwischt)

- 1971: Scheidung vom zweiten Ehemann (weil jüngerer Mann Kinderwunsch hatte), haben noch weiter zusammengelebt. Nach der Wiedervereinigung später endgültig getrennt
- Deutsche Wiedervereinigung (positiv, deutliche Verbesserungen u.a. Reisen, Finanzielles, Familienzusammenführung)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Hat viel Kontakt mit anderem Bruder (essen zweimal wöchentlich zusammen), sehen sich täglich. Unternehmen – seit Bruder auch alleinstehend ist – gelegentlich eine Tagesfahrt o.ä. gemeinsam
- Freundin (mit der die Probandin verreist)
- Gutes Verhältnis zur Tochter, da jedoch in Hannover, sehen sie sich selten (zu Familienfesten, etwa zweimal jährlich)
- Probandin gibt Enkeltochter mal Ratschläge z.B. bezüglich Kochrezepten (Enkelin ruft an und fragt gelegentlich nach)
- Kontakt zu Neffe
- Bei Kummer und Trost wendet sich Probandin an Freundin (mit der sie auch verreist), sehen sich einmal wöchentlich, telefonieren regelmäßig
- Bekanntenkreis hat sich wie auch der Freundeskreis nicht verändert

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Verschleiß Gelenke (Kniebeschwerden), ist jedoch sehr zufrieden mit Gesundheitszustand, Gesundheit hat sich im Vergleich zu den letzten vier Jahren bis auf die Kniebeschwerden nicht verändert bzw. nicht verschlechtert
- Kneippdusche für die Durchblutung
- Bewusste Ernährung
- War das letzte Mal vor zwei Jahren zur Vorsorgeuntersuchung

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ein Bruder ist vor zwei Jahren verstorben, im gleichen Jahr ist auch ihr Vater und ihre Schwägerin verstorben

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Freizeitaktivitäten**

- Gartenarbeit
- Spaziergehen
- Kartenspielen (mit ihren Freundinnen)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 2004: Gelenk-Operation (künstliches Kniegelenk), anschließender Reha-Aufenthalt, immer noch starke Knieschmerzen
- Gesundheitszustand: bis auf Kniebeschwerden ist Probandin sehr zufrieden

### **III. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Tochter hat Multiple Sklerose (Diagnose 2003)

## **Kurzportrait Probandin Löffler**

Verblindete ID: 8579135

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat fünf Geschwister (Probandin ist mit Abstand die Jüngste). Es leben zum 1. MZP noch drei Schwestern
- Vater war gelernter Käser, war beim Straßenbauamt als Straßenwacht angestellt
- Mutter war Hausfrau (gelernte Schneiderin)
- Ist mehr von ihren Geschwistern erzogen worden als von den Eltern, von der ältesten (erwachsenen) Schwester, die auch noch im Elternhaus lebte, wurde sie erzogen (und auch gehorfeigt)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Ehemann ist 1988 (mit 61 Jahren) in den Vorruhestand gegangen
- Hat 1958 einen Partner kennengelernt und eine Tochter (1959 geb.) aus der Beziehung bekommen
- 1969: ihren jetzigen Ehemann kennengelernt und im gleichen Jahr geheiratet (Ehemann hat auch eine Tochter (1954 geb.) aus voriger Beziehung mit in die Ehe gebracht).
- Mann ist pensioniert (67 Jahre)
- Hat in der depressiven Zeit mit Schwager und Schwägerin gesprochen und konnte sich dort aussprechen und Unterstützung erhalten (gegenseitige Unterstützung und Rat). Das Sparen hat sie sehr belastet, da dadurch keine Unternehmungen mehr möglich waren. Seit der Mann mit 63 Jahren (1990) seine Pension erhält, hat sich der Sparzwang gebessert, und Mann hat sich zum Positiven verändert
- Auch bei Beziehungsproblemen o.ä. spricht Probandin mit der Schwägerin
- Fahren auch mit Schwager und Schwägerin in den Urlaub
- Enkelkind von der Stieftochter und eine Enkeltochter von der eigenen Tochter (Tochter ist bereits geschieden)
- Fragt, wenn auch selten, ihre Kinder nach Rat. Hat während ihrer Tätigkeit als Hauswirtschaftlerin gelernt, dass man manches von jungen Menschen lernen kann
- Die Töchter fragen auch Probandin um Rat
- Probandin betreut gelegentlich das Enkelkind
- Eine Bezugsperson ist ihre Schwägerin

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Engste, beste Freundin (in Hotellier-Branche tätig). Kann mit Kummer zu ihr gehen und über alles sprechen. Sehen sich nur einmal im Jahr (wohnt weiter entfernt), telefonieren aber alle sechs bis acht Wochen. Bindung zur Freundin ist näher als zu den eigenen Schwestern
- Viele Bekannte (aus dem Verein, aus Jugendzeit, ehemaligen Kollegen)
- Mit Nachbarn keinen engen Kontakt, man hilft sich bei Bedarf

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1939-1947: Volksschule (Abschluss: 1947), anschließend die Hauswirtschaftsschule besucht
- Nach der Hauswirtschaftsschule für drei Jahre in einem Haushalt gearbeitet. Hat dort Haushalt und Kinderbetreuung übernommen. „*Habe dort die Selbstständigkeit gelernt*“
- Hat bis 1970 als Hauswirtschaftlerin gearbeitet, dann konnte Probandin aus gesundheitlichen Gründen die Tätigkeit in der Familie nicht weiter ausüben (Bandscheibenbeschwerden). Hat sich per Zeitungsanzeige daraufhin eine andere Stelle als Hauswirtschaftlerin gesucht, jedoch mit großen Kindern und weniger körperlichen Belastungen (war dort dann für einige Monate, da Probandin dann ihren Mann kennengelernt hat und die Stelle wieder aufgegeben hat/hat dann nicht mehr gearbeitet)
- Hat Erwerbstätigkeit aufgegeben und sich um die Eltern und deren Haushalt gekümmert
- Berufswunsch: wollte immer Schneiderin oder Friseurin werden
- Haben in der nachberuflichen Phase wenig unternommen, da wenig finanzielle Mittel zur Verfügung standen. Mann hat Angst zu viel Geld auszugeben. Hat dann oft zu Konflikten geführt, hat Probandin belastet, Probandin ist „explodiert“, dann hat Probandin Depressionen bekommen („*da hat das angefangen*“) (geplant war, in der nachberuflichen Phase viel Unternehmungen zu machen). Probandin bezieht seit 1996 Rente, dadurch hat sich die finanzielle Situation entspannt

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Hatte schon in jungen Jahren Probleme mit den Beinen (konnte nicht lange stehen, Venenbeschwerden)
- Bandscheibenbeschwerden
- Probandin leidet an Depressionen
- 1956: Nervenzusammenbruch (Überarbeitung)
- Venenprobleme
- Fünfmal im Krankenhaus: Mandel- und Venen-Operation, Entfernung von Knoten in der Brust, zweimal Bandscheibenvorfall
- War einmal zur Kur
- Hat regelmäßig Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen
- Schlafstörungen
- Leichte Atemwegprobleme

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Guckt sich gerne naheliegende historische Städte an
- Geht gerne im Wald spazieren
- Geht mit ihrem Mann zusammen spazieren und spielen Karten
- Puzzelt, Kreuzworträtsel
- Spielt gerne Gesellschaftsspiele
- Hört den ganzen Tag nebenbei Radio
- Macht mit ihrem Mann gerne kürzere Ausflüge
- Turnen, Seniorengymnastik (Verein)
- Langlauf (Skiurlaub)

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Mutter ist früh verstorben, Probandin hat dann mit dem Vater zusammengelebt
- Hat für die erkrankte Mutter gesorgt und für den Vater, als Mutter im Krankenhaus war

- Hat beide Eltern alleine gepflegt (Mutter ist 1961 und Vater 1965 verstorben)
- Hat in der Ehe (aus gesundheitlichen Gründen, aufgrund von Bandscheibenproblemen) in den Niederlanden eine Schwangerschaft abgebrochen. Hat darüber mit ihrem Mann ausführlich gesprochen, der Schwangerschaftsabbruch hat die Probandin im Nachhinein belastet
- Eigene Tochter ist 1980 aus dem Elternhaus ausgezogen. Zum Anfang die Ruhe genossen, mehr Zeit mit dem Ehemann gehabt (Auszug stellte eine Umbruchsituation dar)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Tochter lebt mit neuem Lebenspartner zusammen (nach der Scheidung 2000)
- Bespricht mit ihren Töchtern Probleme mit den (Enkel-)Kindern oder mit der Arbeitsstelle. Unterstützen die Töchter auch praktisch bei der Wohnungsrenovierung o.ä.
- Hat inzwischen drei Enkelkinder zu betreuen
- Als Ehemann 1988 pensioniert worden ist, stand weniger Geld zur Verfügung und Mann hat dann krankhaft gespart. Zudem hat ihr Mann wenig Hobbys und somit Langeweile, hat dann der Probandin in ihre täglichen Hausarbeiten (Waschen, Putzen) reingeredet bzw. wie sie es besser machen kann („*Das war ein bisschen aufregend*“). Inzwischen hat er sich in seiner Rolle eingefunden bzw. Hobbys gefunden (Schachcomputer, Fußball im Fernsehen schauen)
- Probandin hat das Gefühl, je älter man wird, desto mehr braucht man sich (Unterstützung)
- Gemeinsame Interesse und Unternehmungen mit ihrem Mann: Kartenspiele, Treffen mit Bekannten, Spaziergehen im Park. Sonst nicht viele Gemeinsamkeiten/Interessen
- Hat viele langjährige Freundschaften aus dem Arbeitsbereich

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheitszustand relativ gut
- Reizhusten
- Schlaflosigkeit (fühlt sich außer durch Schlaflosigkeit nicht beeinträchtigt), seit drei Jahren, ist in medikamentöser Behandlung
- Raucht seit zehn Jahren nicht mehr (bis 1988)
- Leichte Schilddrüsenbeschwerden (medikamentöse Behandlung)
- Nimmt wöchentlich an einem Senioren-Gymnastikkurs teil (Verein)

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Seit 2002: Herzprobleme, Defibrillator
- Mit der eigenen Gesundheit zufrieden, bis auf die Fußbeschwerden (nicht koordinierbar, neurologische Störung, Spätfolgen von einem Behandlungsfehler), Fuß-Operation (1985 und 1988); nimmt keine regelmäßige Vorsorgeuntersuchung in Anspruch; Gesundheitszustand: zufrieden

## **Kurzportrait Probandin Liebbach**

Verblindete ID: 8910547

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat zwei ältere Stiefgeschwister und drei ältere Geschwister, Probandin in der Sandwichposition, hat sich um jüngere Geschwister gekümmert
- Vater war kaufmännischer Angestellter (bereits vor der Ehe mit der Mutter verwitwet und Vater von zwei Kindern gewesen), war überzeugter Kommunist, Vater war nicht im Krieg, da er schon zu alt war
- Mutter war Hausfrau

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1960-1971: Heirat (Ehemann ist als Fahrzeugschlosser tätig)
- Ehemann hatte ein Problem damit, dass seine Frau (Probandin) eine bessere berufliche Stellung hatte. Probandin hat sich vom Ehemann beruflich „gebremst“ gefühlt
- 1971: Scheidung (Ehemann hatte Affären, „Sonnyboy“)
- 1960: Geburt des Sohnes
- Aktuell alleinstehend
- Sohn bereits verheiratet und eine Tochter, Probandin hat also eine Enkeltochter
- 1986: Auszug des Sohnes aus dem Elternhaus, als Ehefrau schwanger war (hatten vorher gemeinsam im Elternhaus gewohnt)
- Probandin wurde in der Zeit der Scheidung von ihren beiden Schwestern unterstützt.
- Sohn wohnt weit weg, sehen sich etwa zwei- bis dreimal jährlich, angespanntes Verhältnis zur Schwiegertochter
- Probandin fragt ihre Schwester gelegentlich um Rat, nicht den Sohn. Hat mit ihr familiär den häufigsten Kontakt (ist intensiver geworden, auch nach Tod der anderen Schwester)

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Probandin wurde in der Zeit der Scheidung von Freunden unterstützt
- Hat wenig mit Freunden unternommen während der Ehezeit
- Nachbarn: sehen sich öfter am Tag, besuchen ich gegenseitig täglich, unterstützen sich
- Bekannte: zwei ehemalige Kolleginnen, altes Ehepaar aus der Zeit der eigenen Ehe (kennt meistens Menschen aus dem Beruf)
- Probandin wird unterstützt bei ihrem Alkoholproblem von Freunden, Bekannten
- Soziales Netzwerk hat sich in Quantität und Qualität nicht verändert
- Freundschaften geben Probandin emotionalen Halt

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1938: Grundschule, anschließender Besuch der Hauptschule
- Keinen Schulabschluss gemacht (Abgang von der Schule 1946)
- Berufswunsch: Krankenschwester
- 1946/47: In Textilfabrik gearbeitet (angelernt), Akkordarbeit
- War in Textilfabrik nicht glücklich, hat sich an Schwesternschule beworben

- 1950-1952: Schwesternschule (verkürzt von drei Jahren auf etwa zwei Jahre: Weltfestspiele der Jugend und Studenten in Berlin), wurden in Berlin eingesetzt zu den Spielen
- 1952-1957: auf anderer Station im Krankenhaus tätig (keine Schichttätigkeit)
- 1957-1960: Herzstation, Weiterbildung gemacht zur leitenden Krankenschwester (auch Schichttätigkeit)
- 1972-1976: Doppelbelastung innerhalb der Klinik an anderer Stelle ausgeholfen, auch einmal kompletten Urlaub auf anderem Posten gearbeitet
- 1960-1991: Diabetesambulanz, in Teilzeit, ab 1968: als leitende Krankenschwester in Vollzeit; keine Schichttätigkeit (mit 60 Jahren, damalige normale Altersgrenze für Frauen)
- Außer Weiterbildung zur leitende Schwester keine Weiterbildung gemacht
- Seit 1981/82: Schilddrüsenprobleme (während der Wechseljahre)

## V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten

- Ernährung: es ist schwieriger als Alleinlebende regelmäßig/gesund zu essen. Versucht sich aber gesund zu ernähren
- Gesundheit hat sich verbessert
- Probandin ist alkoholkrank seit der Scheidung (1971): durch Einsamkeit nach Scheidung, Selbstbetrug, war keine „starke Frau“
- 1974: Lungenentzündung (Krankenhausaufenthalt)
- Nach der Lungenentzündung: während ihrer Berufstätigkeit zur Kur
- 1978: Gehirnerschütterung (Sturz)
- Regelmäßig Vorsorgeuntersuchung
- Aktueller Gesundheitszustand: gut, zufrieden, hat keine Beschwerden, keine Schmerzen, war trockene Alkoholikerin, (seit mind. 1993 in Suchtgruppe)
- Laut objektiver klinischer Diagnose hat Probandin schlechtere Werte als bei Untersuchungen zuvor (z.B. Herz), aber subjektiver Gesundheitszustand ist gut: *„Laut Befund ist es jetzt schlechter, aber von mir aus gesehen, mir geht es gut“*
- Letztes Jahr Hüftoperation und anschließender Reha-Aufenthalt

## VI. Freizeitaktivitäten

- In der Jugend im Kirchenchor
- Jugend : Hitlerjugend
- Nach dem Krieg: Handball gespielt
- Verreist viel
- In Wandergruppe
- Mitglied bei Senioren aktiv e.V.: macht dort Seniorentanz und Gymnastik
- Schwimmen
- Mit Ehemann gelegentlich ins Theater gegangen, gemeinsam Urlaube
- Lesen, Fernsehschauen am Abend
- Hört gar kein Radio
- Spaziergehen
- Gelegentlich Kreuzworträtsel
- Mittleres Erwachsenenalter: während Familienphase und auch danach (1971) keinen Sport, keine Freizeitaktivitäten (war eingespannt beruflich, Pflege der Mutter, Alkoholkrankheit)

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- Große Bruder im Krieg gefallen
- Kleiner Bruder ist an Diphtherie gestorben (zu Kriegszeiten)
- 1958: Tod des Vaters

- 1971: Scheidung
- 1984: Tod des Ex-Mannes
- 1979-1986: Hat für die Mutter gesorgt, als sie erkrankt war (am Wochenende), teilweise die Mutter auch mal zu sich geholt. Probandin konnte der Belastung nicht Stand halten, brauchte neben Berufstätigkeit das Wochenende zur Erholung, zudem Alkoholsucht
- 1986-1989: wurde Mutter von Probandin und Schwester versorgt
- 1989: Tod der Mutter
- Weihnachten 1989: Suizid der Schwester (Tod durch Erhängen)
- Deutsche Wiedervereinigung (medizinische Verbesserungen), ausschließlich positive Auswirkungen (finanziell, Kontakt zu Verwandten, Reisen). Persönlich keine Verluste erfahren
- Sohn ist an Diabetes erkrankt

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Alleinstehend, ohne Partnerschaft (zufrieden damit)
- Sieht Sohn zwei- bis dreimal im Jahr, telefonieren, ein- bis zweimal im Monat, Verhältnis ist nicht so eng (Verhältnis hat sich verschlechtert, angespanntes Verhältnis zur Schwiegertochter und sehr distanzierter Verhältnis zur Enkeltochter (wenig Kontakt, sehen sich wenig wegen der Entfernung)
- Telefoniert wöchentlich mit Schwester
- Hat noch mit Schwiegermutter gelegentlich Kontakt
- Hat viel Kontakt zu ihren Schwestern (insbesondere zur Jüngeren)
- Jüngere Schwester hat Probandin starken Halt während der Alkoholsucht gegeben
- Freunde: Nachbarin, ehemalige Kolleginnen: Freundeskreis gleich geblieben

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Probandin: Leistungseinbußen; in kurzer Zeit für ihre Begriffe physisch (konditionsmäßig bedingt durch Herzbeschwerden) und psychisch, kognitiv abgebaut
- Schilddrüsenüberfunktion (seit 50. Lebensjahr in medikamentöser Behandlung)
- Raucherin
- Herzbeschwerden (1990/91): hat sich seit 1.MZP (1994) deutlich verschlechtert
- Tanzen geht nicht mehr
- Gymnastik einmal wöchentlich
- Gesundheitszustand: gut, ist zufrieden
- Ernährung: versucht, mehr Obst zu essen
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- War zur Kur „Festigungskur“ (wegen Auswirkungen der ehemaligen Alkoholsucht)

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Geht einmal wöchentlich mit Nachbarin spazieren, vertrauen sich Persönliches an, sehen sich sonst täglich
- Bekannte: ehemalige Therapiegruppe, Englisch-Senioren
- Macht seit zwei Jahren wöchentlichen Senioren-Englischkurse, war auch schon dreimal in England mit der Gruppe
- Aus Wandergruppe ausgetreten (aus gesundheitlichen Gründen)
- Liest Zeitung, guckt Fernseh-Nachrichten



#### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Ist nach Pensionierung ist ein tiefes Loch gefallen, als Alleinstehende wartet niemand zu Hause, hat sich daher Wandergruppe angeschlossen (damit ihr die Decke nicht auf den Kopf fällt)

### **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Soziale Netzwerke**

- 2003: Sohn (alleinlebend, Scheidung von der Frau, erwachsene Tochter ist ausgezogen) ist wieder in die Umgebung gezogen, er ist seit 2004 arbeitslos
- Sieht Sohn jetzt wöchentlich
- Sohn fährt Probandin zum Arzt o.ä., kauft ein
- Versucht Kummer nicht nach außen zu zeigen, möchte nahestehenden Personen nicht belasten
- Probandin unterstützt ihren arbeitslosen Sohn monatlich finanziell
- Beziehung zur Enkeltochter hat sich verbessert, Enkeltochter wohnt aber weiter weg, sieht Enkelin einmal jährlich, haben jedoch keine feste Beziehung zueinander

#### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Hat sich gravierend verschlechtert (seit 2000)
- 2001: Radio-Jod-Therapie (Schilddrüsenfunktion)
- War durch gesundheitliche Einbußen eingeschränkt in der Mobilität, musste ab 2000 Aktivität im Seniorenverein (Gymnastik, Basteln, Kegeln etc.), Senioren-Englisch-Kurs aufgeben, war zum 2. MZP schon aus Wanderverein ausgetreten. Interessen konnte Probandin nicht mehr wahrnehmen, keine Reisen mehr möglich (1999 letzte Reise (mit der Gruppe), nur noch Verwandtenbesuch möglich)
- Gesundheitszustand: nicht gut
- Extrem niedriger Blutdruck, fühlt Leere im Kopf
- Schlafverhalten hat sich geändert, kann nicht mehr so gut einschlafen. Schläft mit Sauerstoffgerät
- Hat Rauchen aufgehört
- Anfälliges Immunsystem
- Kein Sport, aber viel Bewegung, versucht, sich gesund zu ernähren (Obst, Eiweiß), isst wenig, aber gehaltvoll (fett, aber dafür weniger)
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Hat eine Haushalts- und Einkaufshilfe
- Positive Einstellung
- Was geht, noch selber machen (Fähigkeiten erhalten)

## **Kurzportrait Probandin Laske**

Verblindete ID: 9087328

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Mütterlicherseits keine Geschwister (aus Ehe der Eltern), zwei Stiefgeschwister aus zweiter und dritter Ehe des Vaters
- Eltern haben sich in der Kindheit der Probandin scheiden lassen, danach ist Probandin bei der Mutter und den Großeltern mütterlicherseits aufgewachsen
- 1935: Tod der Mutter. Gericht erteilte Großeltern väterlicherseits das Sorgerecht (ab 1936)
- Mutter war Kindergärtnerin (war nach Geburt der Probandin Hausfrau), Vater war Telegraphenbauhandwerker (Angestellter bei der Post)
- Hat nie ein intensives Verhältnis zum Vater gehabt, wenig Kontakt
- 1942: Zweite Heirat des Vater und aus dieser Ehe zwei Stiefschwestern. Spätere Scheidung
- 1948: dritte Heirat des Vaters und aus dieser Ehe hat Probandin einen Stiefbruder
- 1943-1944/45: Probandin hat mit Vater und seiner neuen Frau zwischenzeitlich kurz zusammengelebt, ist anschließend zu den Großeltern mütterlicherseits gezogen
- Wurde während ihrer Ausbildungszeit von der Tante bei der Kinderbetreuung unterstützt, sonst hätte Probandin es nach eigenen Aussagen nicht schaffen können (Vereinbarkeit von Beruf und Familie)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Probandin war während ihrer Berufstätigkeit alleinstehend mit Sohn
- Sohn lebt noch bei der Probandin im Haushalt
- 1951/56: Vater des Sohnes (in den 1960er Jahren geboren) während des Studiums kennengelernt, haben nie zusammengelebt
- Hatte anschließende Beziehung mit verheirateten Mann (nie zusammengelebt)
- Hatte kein Interesse, mit Mann zusammenzuleben, war vorbelastet vom Vater
- Hat zwar Unterhalt vom Kindesvaters erhalten (aber keinerlei andere Unterstützung bzw. Kontakt) und finanzielle Unterstützung der Tante, lebten immer in ausreichenden, aber in bescheidenen Verhältnissen
- Hatte für Sohn in Nachbarschaft Kinderbetreuung bis Nachmittags oder bei Auslandsreisen der Probandin und dann später Tageskrippe
- Brief- und telefonischer Kontakt mit Onkel
- Großcousin ist Alzheimer-Patient, besucht ihn zweimal im Jahr im Pflegeheim (in den alten Bundesländern, ist weiter entfernt)

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Drei Damen (davon kennt die Probandin zwei Damen aus ihrer Ausbildungszeit, andere Dame aus Zeit der Berufstätigkeit), gelegentlich Urlaub zusammen gemacht (auch alleinstehend). Sehen sich etwa alle 14 Tage, telefonieren etwa einmal wöchentlich. Unterstützen sich gegenseitig (eine Freundin ist depressiv)

- Seniorenverein (Veranstaltungen und Treffen, Kontakte gehen aber nicht in den privaten Bereich, sind Bekannte). Belegt dort Seidenmalereikurs. Probandin ist Schatzmeisterin des Seniorenvereins, übernimmt auch organisatorische Aufgaben
- Wandergruppe
- Bekannte: durch den Wanderverein (trifft sie nur zu diesem Zweck), treffen sich etwa einmal wöchentlich zum Wandern und einmal monatlich zur Tourenplanung (Probandin organisiert Wandertouren). Möchte wieder Kinderwanderungen anbieten (muss aber vorher noch viel organisieren)
- Probandin hat auch einen Zeitungsartikel über das Wandern geschrieben
- Nachbarn: Probandin wohnt im Hochhaus, ist sehr anonym, nur mit direkten Nachbarn auf der Etage Kontakt. Helfen sich gelegentlich auch schon mal praktisch („alltägliche Kleinigkeiten“)
- Bei Kummer und Trost: Sohn oder Freundinnen

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- 1937-1941: Volksschule
- Mittelschule (Abschluss 1947)
- 1947-1949: Lehre als Verwaltungsangestellte (damit verbunden der Besuch der Handelsschule)
- 1949-1950: Nach der Lehre im Krankenhaus als Verwaltungssekretärin tätig
- Lehrgang besucht während Tätigkeit in der Verwaltung im Krankenhaus
- 1951-1951: Personalstellenleiterin in einer Klinik. Probandin hat sich dort aber nicht wohl gefühlt
- 1951-1952: Studium Ökonomie
- 1952-1957: Auslandsstudium
- 1957-1958: Assistentin im Bauwesen
- 1958-1959: Abteilungsleiterin in Agrarwirtschaft
- 1959-1960: erst in der Abteilung Planung und dann Abteilung internationale Beziehungen im Bauwesen tätig
- 1960-1990: leitende Funktion eines Wirtschaftsinstituts
- Oft an Fortbildungen vom Institut teilgenommen (berufsbezogene Weiterbildung und Selbststudium)
- Hat gelegentlich Vorlesungen an Akademie und Veranstaltungen für ein Fernstudium und Lehrgänge in Betrieben gehalten
- 1990: Pensionierung
- Hat nach Pensionierung die Vorstellung wieder Arbeit zu finden gehabt, hat sich nach der Pensionierung beworben (erfolglos)
- Dez. 1990: Hat dann als Küchenhilfe in einer Kantine angefangen (9 Monate): „[...] als Küchenhilfe bloß damit ich etwas mache“
- 1992: tätig im Küchenbetrieb bei einem Kiosk (3 Monate)
- 1992 bis heute: Bürotätigkeit in Verwaltungsbereich (durch ehemalige Kollegin vermittelt), Minijob (10-12 Stunden pro Woche). „[...] seit dem ich das mache, bin ich eigentlich auch wieder zufriedener, man ist auch ein bisschen gefordert, weil immer wieder neue Probleme kommen, mit denen man sich auseinandersetzen muss, muss auch die Gesetze immer kennen [...] es ist sehr sehr vielschichtig“; wird dadurch nach eigenen Angaben zur Weiterbildung angehalten

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Auf dem rechten Auge angeborene Seheinschränkung
- 1948: Mandel-Operation
- 1979: Knoten an der Brust

- Ende der 1980er Jahren: Ausschabung im Krankenhaus
- Seit 1980/1990er Jahren: Kniebeschwerden
- Seit 1979 relativ regelmäßig alle zwei Jahre Kuraufenthalt (teilweise auch privat finanziert) u.a. 1990: Kuraufenthalt (Bewegungsapparat)
- Hat Rückenbeschwerden
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Gesund gelebt: in Maßen Alkohol, Nichtraucher, bewusste Ernährung (wenig Fett, viel Obst und Gemüse)
- Trinkt relativ viel Kaffee
- Spaziergehen
- Einmal wöchentlich Rückengymnastikkurs
- Geht regelmäßig in die Sauna
- Gegenwärtiger Gesundheitszustand: Knie- und Wirbelsäulenbeschwerden (Abnutzung), hoher Blutdruck (in medikamentöser Behandlung)
- Schlafbeschwerden (unzufrieden mit dem Schlaf), viele Unterbrechungen

## VI. Freizeitaktivitäten

- In Kindheit/Jugend im Bund Deutscher Mädel aktiv
- Jugend/junges Erwachsenenalter: Lesen, Handarbeiten, Natur, zweimal jährlich verreisen (Tante, Freundin, Sohn, auch öfters alleine verreist), aktiv Reisen/Kulturreisen
- Mit 18 Jahren (1948) bei der „Freien Deutschen Jugend“ eingetreten
- 1948 aus der Kirche ausgetreten
- Kandidat der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) (während des Studiums 1951)
- Mitglied in der Gewerkschaft
- Liest Fachliteratur aus eigenen Interesse (Selbststudium)
- Interessen sind geblieben: nun verstärkt auch das Wandern
- Liest Zeitung
- Hört wenn Probandin zu Hause ist, den ganzen Tag Kulturprogramm im Hörfunk
- Einmal wöchentlich Rückengymnastikkurs (Mitglied im Betriebssportverein)
- Hat ein Grundstück in der Natur mit Bungalow, hält sich im Sommer am Wochenende dort auf (mit Sohn oder auch alleine)
- Haushalt ist nebensächlich
- Geht gerne ins Konzert oder hört Schallplatten
- Geht regelmäßig ins Theater
- Mitglied im Museumszirkel
- Sortiert Zeitungen und schneidet Artikel aus
- Liest berufliche Dinge nach (recherchiert)
- Schaut abends Fernsehen: Nachrichten, Kurz-Serie,
- Urlaub im letzten Jahr, zweimal im Urlaub: Wanderurlaub mit dem Wanderverein, mit Freundin Busreise unternommen und einmal zur Kur gewesen

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- 1935: Tod der Mutter (plötzlicher Tod)
- Wendepunkte: Auslandsstudium, Geburt des Sohnes, Pensionierung, Wiedervereinigung, in gastronomischen Nebenjob gewechselt
- 1987/89: Tod des Vaters (war vorher krank und im Pflegeheim)
- Probandin war zwar auf Pensionierung vorbereitet, war jedoch trotzdem sehr einschneidend (1990): *„Es war schlimm [...] die Arbeit war für mich immer das Leben ich war ja alleinstehend, zwar dann mit Kind, habe immer voll gearbeitet und es [Pensionierung] war eben der Schlag sozusagen, war so abrupt. Ich meine, hätte sicher*

*mindestens noch ein Jahr vollgearbeitet [...] irgendwann hätte ich es dann mit der Zeit reduziert und dann auch sicher ausklingen lassen, nicht von einem Tag auf den anderen rausgegangen, da bin ich zu wenig Hausfrau, um mich damit erfüllen zu können, wenn ich von früh bis abends bloß den Haushalt in Ordnung bringe“*

- Probandin hatte Hoffnung nach der Pensionierung eine andere Stelle zu finden. Hat keine Anstellung bekommen, war sehr deprimierend für Probandin
- Probandin musste sich nach der Pensionierung neue Aufgabe suchen, war sehr schwierig, hat sich verstärkt um Sohn gekümmert, viel gelesen, hat sich viel Gedanken gemacht (war sehr unglücklich)
- Hat dann als Küchenhilfe in einer Kantine angefangen
- 1993: Auszug des Sohnes nach Wuppertal aus beruflichen Gründen „[...] das war schon eine Umstellung vor allen Dingen, dass eben dann abends keiner da ist, mit dem man reden kann auch mal um Rat zu fragen kann oder auch bei bestimmten Dingen mal hilft. Das ist schon nicht so einfach“
- Blick in die Zukunft: finanzielle Unsicherheit (belastend)
- Persönliche Auswirkungen der Wiedervereinigung: Beziehung zu ehemaligen Kollegen verändert/Auflösung des beruflichen Bekanntenkreises

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Wichtige Personen: Sohn, zwei Freundinnen (dritte Freundin ist verstorben), Bekannte aus Wanderverein und Seniorenverband, ehemalige Kollegen/innen
- Ledig, nach wie vor alleinstehend
- Hat zu Stiefschwester und Großcousine an Feiertagen schriftlichen und telefonischen Kontakt
- Zu depressive Freundin hat sich Kontakt verbessert (hatten zwei Jahre lang sehr wenig Kontakt).
- Unterstützt depressive Freundin nicht nur emotional, sondern auch praktisch (Besorgungen etc.). Versucht Freundin anzuregen (Impulse zu geben), neuen Aktivitäten, Interessen nachzugehen. Probandin versucht, Interesse zu fördern
- Sieht andere Freundin regelmäßig (alle drei bis vier Wochen), telefonieren etwa zweimal wöchentlich. Unterstützen sich gegenseitig (im Urlaub Blumengießen etc.)
- Seit 1996: Trifft sich mit ehemaligen Kollegen regelmäßig
- Nachbarn: kommen nur zufällig ins Gespräch bei Treffen im Hausflur

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Auf dem rechten Auge angeborene Seheinschränkung
- Kniebeschwerden (seit 1970er Jahren), geht nun kürzere Wandertouren
- Leichte Augenbeschwerden (seit 1996) auf dem nicht beschädigten Auge
- Gegenwärtiger Gesundheitszustand: eingeschränkte Beweglichkeit (Arthrose), hoher Blutdruck, Schlafstörungen (habe mich an Schlafstörungen gewöhnt, hört dann Radio zum Wiedereinschlafen). Ist zufrieden mit Gesundheitszustand
- Seit 1.MZP: Verschlechterung der Kniebeschwerden und Rückenbeschwerden, Schulterbeschwerden (neu), Augenbeschwerden (neu)
- 1997: Sturz (seitdem Schulterbeschwerden)
- Präventive Maßnahmen: Physiotherapie (Gelenke), Kuraufenthalte (jährlich), Moorpackung, Ernährung, nimmt Vitaminpräparate, Rückengymnastik, einmal wöchentlich Saunabesuch
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung

### **III. Freizeitaktivitäten**

- 1995: Nebenjob aufgegeben, anschließend Tätigkeit auf Honorarbasis für kurze Zeit aufgenommen. Konnte sich dann auf Ruhestand einstellen (hat sich damit abgefunden)
- Sieht Sohn drei- bis viermal wöchentlich (Probandin kocht und sie essen gelegentlich gemeinsam; Sohn hilft Probandin praktisch wie z.B. bei PKW-Reparatur, schwerer Arbeit)
- Vorstand und Schatzmeisterin im Seniorenverein
- Wanderverein (ehrenamtliche Übungsleiterin: ist mit Organisation und Durchführung der Wanderungen verbunden), Mitglied im Betriebssportverein (Gymnastikkurs)
- Probandin geht auch alleine ins Konzert/Theater
- Ist Parteimitglied der PDS (passives Mitglied)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Finanzielle Situation hat sich seit 1995 verbessert, Rentenberechnung/Zusatzrente, unterstützt Sohn auch nicht mehr finanziell
- 1996: Sohn ist wieder bei Probandin eingezogen in Leipzig; 1997: bei Probandin wieder ausgezogen (Leipzig)
- Lebenspartnerin des Sohnes: Schwierig/Probandin ist verletzt, dass Sohn sich mit Kummer/Trost und bei Entscheidungen an seine Partnerin wendet und Probandin außen vor lässt
- 1997: Tod Onkel
- 1997: Tod des Cousins
- 1997: Tod der einen Freundin

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

### **I. Soziale Netzwerke**

- Ledig, alleinstehend
- Praktische Hilfe: Sohn kauft gelegentlich schwere Gegenstände (Getränke) für Probandin ein und gibt emotionale Unterstützung Vertrauensperson, Gesprächsperson, beratende Funktion, keine tröstenden Funktion
- Freundin: sehen sich durchschnittlich einmal im Monat, telefonieren zweimal die Woche. Probandin gibt Freundin (ist gesundheitlich beeinträchtigt und daher wenig gemeinsame Unternehmungen) Ratschläge und muntert sie auf. Keine praktische Unterstützung, eher emotionale Unterstützung. Freundin muntert auch mal Probandin auf oder gibt ihr Ratschläge, aber Probandin tut dies deutlich mehr bei der Freundin
- Bekannte: Wandergruppe, Seniorenverband

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- 2000 und 2001: Zwei Knie-Operationen
- 2006: Augen-Schlupflid-Operation
- Aktueller Gesundheitszustand: insgesamt gut/zufrieden, außer unveränderter Schlafstörungen und Kniebeschwerden (kleine Wandertouren und langsames Wandern)
- Aktueller Gesundheitszustand zum Vergleich zum 2.MZP gleichgeblieben, alles nur etwas langsamer
- Regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen
- Gymnastik im Sitzen zu Hause (Halswirbelsäule)
- Einmal wöchentlich Gymnastikkurs
- Jedes Jahr zur Kur

- Zweimal im Monat Physiotherapie (Wirbelsäule), täglich Muskelstimulator (Knie/Gelenke)
- Medikamentöse Behandlung gegen hohen Blutdruck
- Regelmäßige Einnahme von Vitamin-/Magnesium-, Calciumpräparaten
- Nichtraucher, ausgewogenen Ernährung (regelmäßig Fisch, wenig Fleisch, viel Obst und Gemüse, trinkt weniger Kaffee seit Ruhestand)

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Führt weniger PKW und lässt sich mehr fahren (aufgrund höheren Verkehrsaufkommens)
- Einmal wöchentlich Sauna
- Zweimal im Monat Wandern
- Tägliches Spaziergehen (etwa 1 Stunde)
- Aktiv Urlaub (Wandern)
- Hört viel Radio
- Handarbeitet nicht mehr
- Macht mit Seniorengruppe Besichtigungen/besucht Veranstaltungen (z.B. Einrichtung für betreutes Wohnen und Hospizeinrichtung besichtigt)
- Probandin beschäftigt sich auch mit Sterbehilfe

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Finanzielle Situation hat sich verbessert (durch Zusatzrente, Erbschaft)
- 1999: Wohnungsumzug aus Hochhaus in eine Neubauwohnung (durch Erbschaft hat sich Probandin eine Eigentumswohnung gekauft), weniger Kontakt zu den neuen Nachbarn

## **Kurzportrait Probandin Haas**

Verblindete ID: 9246813

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1931*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat keine Geschwister (Vater hat noch aus erster Ehe zwei Kinder: Sohn im Krieg gefallen, zur Tochter keinen Kontakt mehr)
- Eltern waren relativ alt bei der Geburt (Mutter war 38 Jahre, Vater 65 Jahre)
- Vater war Schneidermeister, Mutter war Schneiderin
- Gutes Verhältnis zum Vater (eher wie Großvater-Enkelin-Beziehung, Mutter war streng und von der Mutter keine körperliche Nähe. Probandin hat emotionale Nähe bei der Mutter vermisst)
- Eltern haben sich viel gestritten (Mutter war eifersüchtig auf Tochter aus erster Ehe)
- Hat den Großvater täglich besucht, der Aquarien und eine Weltkarte hatte (hat von ihm gelernt, wo welche Fische herkommen, wo welche Länder liegen etc.)

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Lebt alleine, liebt die Freiheit
- Hat seit 34 Jahren eine Affäre mit einem verheirateten Familienvater (Vorgesetzter) bis heute. Der Mann ist nun auch schon pensioniert und daher sehen sie sich seltener. Früher Geschäftsreisen und unter der Woche. Am Wochenende und an Feiertagen war Probandin immer allein, hat dieses mit Besuch bei Freunden kompensiert
- Familienplanung war kein Thema, da er bereits eine Familie hat (Probandin hat das bedauert)
- Sieht Affäre ein- bis zweimal wöchentlich
- Vertraut sich in allen Themen dem Partner/Affäre an

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Geht mit Bekannten regelmäßig zum Seniorentreffen
- Hat noch zu ehemaligen Kolleginnen Kontakt, zu einer ehemaligen Kollegin hat sich eine innige Freundschaft entwickelt
- Über die Affäre ist nur eine gute Bekannte eingeweiht
- Mitglied im Sportverein und Kassenwartin
- Probandin gibt es Kraft gebraucht zu werden

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Erste bis vierte Klasse Volksschule, anschließend Besuch der Hauptschule (vergleichbar mit heutiger Realschule)
- Ist gerne in die Schule gegangen, hat gerne/gut gelernt
- 1956-1962: Stenotypistin, 1962-1967: dann in die Poststelle versetzt (befördert) worden, ab 1967-1979: Beförderung: Generalregistratur
- Ab 1979 bis zur Rente: als Amtsleitersekretärin beschäftigt
- 1991: Pensionierung
- Hat sich emotional auf den Ruhestand vorbereitet und überlegt was sie dann alles machen kann, und versucht, die Vorteile zu sehen, hat viel mit anderen Personen darüber gesprochen



- Hat bewusst Freundschaften vertieft i.H. auf den Ruhestand

## **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Wirbelsäulenerkrankung/Skoliose (seit 1950)
- Nackenversteifung, Kopfschmerzen
- Beinverkürzung
- In der nachberuflichen Phase haben sich die Beschwerden mit der Lendenwirbelsäule verbessert (nicht mehr so lange sitzen)
- 1942: Unterleibs-Operation
- 1962: Unterschenkelbruch (Skiunfall)
- 1973: Myom, Entfernung der Eierstöcke und Gebärmutter
- Hat ungefähr zweimal die Woche Schmerzen an der Wirbelsäule
- Nimmt regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch
- Nur physische Beschwerden in den Wechseljahren (Schlafstörungen, Hitzewallungen etc.)
- Wenn sie sich ärgert/streitet beeinträchtigt dies extrem ihren Schlaf (für zwei bis drei Tage) und die psychische Befindlichkeit
- Knieschmerzen (beginnende Arthrose)

## **VI. Freizeitaktivitäten**

- Hat von zu Hause aus gelernt, sich mit Freude in der Natur aufzuhalten
- Hobby-Schneiderin, trifft sich in einer Hobby-Schneidergruppe
- Fährt regelmäßig in den Urlaub (in Gruppe, wo auch ihre Affäre (ohne Frau) drin ist) und Wochenendausflüge (mit Affäre)
- Gymnastik, schwimmen
- Ernährt sich bewusst/gesund
- Macht jährlich mit einem guten Bekannten eine Fernreise
- Schreibt für ihre Freunde Stromabrechnungen (Schreibmaschine), Freundschaftsdienst
- Dreimal die Woche Seniorenzentrum
- Sportverein

## **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Häufiger Streit der Eltern hat Probandin belastet, ist Bettnässerin bis zur Schulzeit gewesen. Eltern (hauptsächlich die Mutter) konnten damit nicht umgehen, haben mit Erziehungsheim gedroht
- Eltern haben in Pubertät Probandin geschlagen, da sie sie nicht aufgeklärt haben und nicht mit den Bestrebungen der Tochter umgehen konnten
- 1957: Tod des Vaters
- 1950: wurde Probandin beim Spaziergang überfallen und versucht zu vergewaltigen (konnte sich jedoch wehren), Täter wurde gefasst und verurteilt. Probandin hat lange noch Angst gehabt, hat es dann aber verdrängt. Probandin hat sich durch Fernseh-Krimi gemerkt, was man machen muss für eine Zeugenaussage/Tätererkennung
- Verdrängt es ganz bewusst wie es mit ihrer Affäre ausgehen kann
- 1965: Beste Freundin hat den Freitod gewählt

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Hat über den Freundeskreis eine neue Freundin für gemeinsame Unternehmungen kennengelernt
- Diese Freundin hat die Probandin, als sie krank war, versorgt
- Bekommt von bzw. gibt bester Freundin Ratschläge
- Hast regelmäßig alle zwei Monate Klassentreffen
- Möchte weiterhin unabhängig vom Gesundheitszustand allein leben, möchte sich nicht mehr umstellen oder an jemanden binden
- Kann von der Affäre auch keine Unterstützung erwarten, Beziehung/Kontakt ist weniger geworden mit zunehmendem Alter
- Bewertet es positiv, dass sie nicht von jemandem (Ehemann o.ä.) zur Pflege o.ä. gebraucht wird oder sie von Kindern oder Enkelkindern beansprucht wird. Bewertet Situation positiv und schätzt ihre Freiheit und Unabhängigkeit

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit: Operation am Fuß
- Wirbelsäulenschmerzen sind schlimmer geworden
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Keine Fernreisen mehr mit gutem Bekannten, da dieser erkrankt ist

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Möchte nicht so weit im Voraus planen. Lässt Befürchtungen nicht an sich heran

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Ihre jahrelange Affäre, der verheiratete Mann ist seit 1998 verwitwet. Seit der Zeit haben sie wieder mehr Kontakt (täglich). Totale Veränderung, lebt jetzt in einer „richtigen“ Beziehung, sonst waren ihre Freunde die „Ersatzfamilie“. Sie war aber nie unzufrieden
- Wichtige Menschen: Lebenspartner, Freundinnen, ehem. Kollegin, Nichte
- Partnerschaft: hilft ihrem Partner beim Baden (hat nur ein Bein), unterstützen sich sehr
- Gibt Partner auch Ratschläge (gegenseitig)

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Keine gravierenden Veränderungen, nur alles etwas langsamer, wenn man älter wird
- Gesundheit: zur Zeit gut, hatte aber einen Hexenschuss, Wirbelsäulenschmerzen (geht zur Krankengymnastik)
- Die Arthrose im Knie hat sich verschlimmert
- 1997: Operation am großen Zeh, wurde ein Teil amputiert
- Magen- und Darmbeschwerden (Medikamentöse Behandlung)
- Ernährt sich gesund
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Subjektiver Gesundheitszustand: zufrieden, obwohl sich objektiv die Gesundheit verschlechtert hat

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Verreist nicht mehr (aus gesundheitlichen Gründen)
- Wandert einmal wöchentlich mit Freundin, im Sommer schwimmen

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Wird in Naher Zukunft umziehen, da sie Ärger mit den neuen Nachbarn hat (Probandin wurde gekündigt). Zieht alleine ins betreute Wohnen (kann es dann bei Bedarf in Anspruch nehmen), möchte nicht mit Lebenspartner zusammenleben. Möchte weiterhin ganz unabhängig sein
- „*Ich bin Meister im Verdrängen*“, macht sich über eigene gesundheitliche Situation in der Zukunft keine Gedanken bzw. verdrängt diese

## **Kurzportrait Proband Langhans**

Verblindete ID: 9324681

*Geschlecht: männlich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Proband hat zwei verstorbene Geschwister (bevor er 1930 geboren wurde) und einen älteren Bruder
- Proband hat keine Beziehung zum Bruder aufgebaut
- Vater war Bergarbeiter (nicht der biologische Vater)
- Mutter war Arbeiterin
- Proband hatte anderen biologischen Vater
- 1932: Scheidung der Eltern, Mutter ist ausgezogen und wurden Kinder abgesprochen, Proband ist mit seinem Bruder beim Vater und viel bei den Nachbarn aufgewachsen (auf dem Lande), da Mutter sich nicht mehr gekümmert hat
- Neue Lebenspartnerin vom Vater ist neue Bezugsperson (Mutterrolle, „Förderin“) eingenommen
- Proband ist also nicht bei seinen biologischen Eltern aufgewachsen (da biologischer Vater unbekannt war und Mutter weggegangen ist)
- Seit 1935: ging es aufwärts in der familiären Beziehung

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- War zweimal in jungen Jahren verlobt
- 1954: Zweite Verlobte und anschließend erste Heirat 1957
- 1960: Geburt der Tochter (erste Ehe)
- 1962: Nach Scheidung aus Trotz sofort neu geheiratet und sich nach 14 Tagen scheiden lassen (zweite Ehe)
- 1963: Scheidung
- 1965: dritte Heirat
- 1971: Geburt des Sohnes (dritte Ehe)
- Hat keine Kontakt zur Tochter aus erster Ehe, hat damals nach der Scheidung die Tochter vom neuen Lebenspartner der Frau adoptieren lassen und seitdem keinen Kontakt
- Sohn wohnt noch im Elternhaus
- Seit Pensionierung erfolgte eine Veränderung in der Partnerschaft: *„[...] ich war das gar nicht gewöhnt, dass ich so viel mit ihr zusammen, ich war doch immer arbeiten, und jetzt ist man ständig [zusammen]. Da ergeben sich dann Reibungspunkte [...]“*
- Sohn (studiert derzeit) lebt noch im Elternhaus (Wohnung), Proband schaut mit Sohn gemeinsam Sport im Fernsehen
- Hat keinen Kontakt zum Bruder
- Hat weitere Verwandtschaft nie kennengelernt und somit keinen Kontakt zu Verwandten seinerseits

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Wurde in der Kindheit von Nachbarin gefördert (Entwicklungsstörungen)
- In Kindheit/Jugend eher Einzelgänger gewesen und bis heute auch geblieben

- Mitglied in der Gewerkschaft
- Proband besucht auch in seiner nachberuflichen Phase den ehemaligen Betrieb. Frage: Und was haben sie denn genau in den ersten Wochen gemacht, als sie zu Hause waren? „[...] ja da bin ich fast jeden zweiten Tag noch mal in den Betrieb gefahren. Ich gehe auch jetzt noch hin aber nicht mehr so oft, weil die fast alle fort sind. [...] und die noch da sind, sind Freunde von mir im weitesten Sinne, wenn ich da hinkomme, ist eine sehr gute Atmosphäre [...]“
- Frage: Wie oft denn so gab es da einen festen Bekanntenkreis (im jungen/mittleren Erwachsenenalter)? „[...] es gab mal eine Zeit lang einen festen Bekanntenkreis, und der veränderte sich aber ständig (weil mal wieder neue hinzukamen, und man konnte das auch nicht immer ausführen, weil es räumlich bedingt war“
- Im mittleren Erwachsenenalter mit Bekannten einmal monatlich getroffen und gesprochen und gelegentlich gemeinsam in den Urlaub gefahren
- Kümmert sich täglich um eine Frau (ist seine erste Verlobte aus frühen Erwachsenenalter) aus dem näheren Umfeld: „[...] und dieser Mensch war in großer Not, und ich habe sie zweimal vor der Anstalt gerettet in den vier Jahren, und das befriedigt mich auch sehr. [...] Eine bestimmte Selbstbestätigung für mich, dass ich sage Mensch hier hast du wieder was Gutes getan. Das ist ein Ausgleich für das, was ich sonst vielleicht auf Arbeit geleistet hätte [...]“
- „[...] mein größtes Hobby ist zurzeit, dass es mir gelingt diese Frau am Leben zu erhalten. Ja, das ist mein größtes Hobby. Ich muss viel Freizeit aufwenden, können Sie sich ja vorstellen, drei Stunden fast täglich. Dann gehe ich mal noch ein bisschen was schaffen, zweimal die Woche muss ich ja auch machen [...] in einem Hotel [...] das ist auch eine Abwechslung“
- Hat keine Freunde, denen er seinen Kummer anvertrauen würde
- Hat losen Kontakt zu den Nachbarn
- Geht einmal pro Woche in seiner Stammkneipe ein Bier trinken

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Besuch Volksschule (Abschluss 1944)
- Schulischen Leistungen wurden durch das Stottern beeinflusst
- Berufswunsch: wollte zur See fahren
- 1945: hat sich zur Waffen-SS gemeldet und ist zur Marinefachschule gegangen
- Wollte Lehre als kaufmännischer Angestellter machen, aber bekam keine Lehrstelle. Proband hat dann Schlosser gelernt (Abschluss der Schlosserlehre 1948)
- Nach der Schlosserlehre den Ausbildungsbetrieb verlassen
- 1950-1956: dann im Maschinen- und Eisenbahnbetrieb als Schlosser tätig (aus politischen Gründen Tätigkeit dort beendet)
- 1957: in Frankfurt als Schlosser im Kunstseidenbetrieb gearbeitet
- 1957/58: wieder in Ostdeutschland in einem Buchbindereimaschinenbetrieb als Schlosser gearbeitet (da seine Verlobte im Osten lebte)
- 1957-1959: bei Druckautomatenwerken
- Proband wurde als Student für die Volksbildung als Lehrer angeworben/Studium. 1959-1963: Studium am pädagogische Institut Leipzig (ohne Abschluss), da die Ehe in die Brüche ging /Frau erwartete von einem anderen Mann ein Kind
- Seit 1963-1990: wieder als Schlosser gearbeitet, als Planungsleiter tätig
- Hat an innerbetrieblicher WB teilgenommen und sich zum Planungsleiter qualifiziert
- 1990: Pensionierung (Vorruhestand mit 60 Jahren), Grund: Abbau der Belegschaft, Proband hat eine finanzielle Abfindung bekommen

- Frage zur Pensionierung: Antwort: „[...] ja oder ich hätte [gerne] eine Beschäftigung meinetwegen auch eine bezahlte [...], die mir die Nützlichkeit meiner Person entspricht oder wiedergibt. Ich fühle mich, sagen wir mal, durch diesen Vorruhestand, durch das Geld, was ich kriege, eigentlich so wie ein Empfänger von Geld. Gut, ich kann mir sagen: Du hast auch fünfundvierzig Jahre gearbeitet und so weiter und so fort [...], wenn ich genügend Geld hätte würde ich das Leben weitaus sinnvoller gestalten können, aber ich kann es nicht. Ich muss mich eben zurückhalten in der Form dass ich die Existenz meiner Familie absichere, ich kann also nicht mal dies oder jenes tun, was ich gerne täte“

## V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten

- 1936: Gürtelrose
- In Kindheit Wachstumsstörungen und Entwicklungsstörungen in Form einer Sprachstörung (Stottern), wurde als Kind stark geschlagen/körperliche Gewalt erfahren, vermutet Stottern sei psychische Störung darauf beruhend („Schockwirkung“). Starke Entwicklungsstörungen bis zum 14. Lebensjahr im Sprachbereich; dann erfolgen Besserung und Wachstumsschub
- 1935: quasi eine zweite Mutter („Förderin“) bekommen, bis dahin starke Entwicklungsdefizite (auch im motorischen Bereich), wurde dann von zweiter Mutter gefördert
- Bis zum 12. Lebensjahr: Bettnässer, starke Albträume
- Proband hat nach der Scheidung das Trinken angefangen, Alkoholproblem (zwei Jahre extremes Alkoholproblem gehabt)
- Als junger Erwachsener einen Sportunfall (Hochsprung) erlitten, Verletzung an der Wirbelsäule (war drei Monate bei Neurologen in Behandlung, sehr gut verheilt, so dass später auch die sportliche Betätigung im Hochsprung wieder möglich war)
- Polypen
- Gesundheitlich ging es Probanden seit Schulzeit bis jetzt „blendend“
- Hat im jüngeren Erwachsenenalter bzw. nimmt aktuell an Vorsorgeuntersuchungen teil, im mittleren Erwachsenenalter nicht regelmäßig
- Ist Raucher
- Kur: wegen Kniebeschwerden (Beschwerden haben ab 40. Lebensjahr begonnen), derzeit auch noch Kniebeschwerden (in Behandlung)
- Hat Tabak- und Alkoholkonsum „in Maßen“ reduziert
- Fährt täglich Fahrrad und macht jeden Morgen Frühgymnastik (seit 15 Jahren, konnte durch Gymnastik sein Rückenbeschwerden minimieren)

## VI. Freizeitaktivitäten

- In Jugend Fußball gespielt
- Hat sich schon seit Kindheit für den Garten interessiert, ist heute im Erwachsenenalter noch so
- Nach Alkoholproblem wieder begonnen Sport zu betreiben: Laufen, Fußball, Fahrradfahren
- In jungem Erwachsenenalter: Fotografie, Musik hören, Radio/Schallplatten hören
- Aktuell/im höheren Erwachsenenalter: gemeinsame Beschäftigungen mit seiner Frau: Karten spielen, Fernsehen, teilen sich die Hausarbeit

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- Proband hat, als er 18 Jahre war (1948) Mutter aufgesucht
- Zweite Mutter („Förderin“) ist 1962 verstorben
- Biologische Mutter ist etwa in den 1990er verstorben

- Bruder hat ein starkes Alkoholproblem entwickelt (Alkoholiker)
- Während der Schulzeit versuchter Suizid: „[...] ich wollte auch nicht mehr leben, ich habe zwar keinen Selbstmordversuch gemacht, aber das habe ich ihnen noch gar nicht erzählt, ich habe mal als Junge zwei Selbstmordversuche [in der Schulzeit] unternommen [...] eine Pistole gefunden, habe mich erschießen wollen, als das nicht ging, wollte ich mich aufhängen. Das war beides in der Zeit, wo das so vom zwölften bis zum dreizehnten Jahr, wo ich komisch war ja und den nächsten Selbstmordversuch, den hatte ich dann noch einmal fünfundvierzig versucht, das hat auch nicht geklappt. Irgendwie ist die Pistole auch nicht losgegangen hier am Wolfgangsee“
- 1963: Scheidung: „[...] wir wollten uns eigentlich nicht scheiden lassen, aber schweren Herzens. Ich sage, ich kann nicht für mich garantieren, wie ich dann zu dem Kind bin, und ich war so durcheinander und wenn ich ihn dann, nein, ich will das gar nicht bis ins Letzte erzählen. Für Sie muss eben gelten, dass es eben nicht gereicht hat dass wir uns, wir haben uns nicht im Bösen getrennt, aber es war traurig, da habe ich mich lange nicht erholt davon.“
- Proband hat nach der Scheidung das Trinken angefangen, Alkoholproblem
- Pensionierung 1990: „[...] das [äh] Elend kam eigentlich erst später etwas, als es nun Wirklichkeit geworden war, ich war ja noch drin, als ich diese Gedankenspiele hatte und die Entscheidung treffen musste, war ja noch drin, als das so richtig, aber erst als außen warst und dir das ganze Umfeld zerstört beziehungsweise nicht mehr da war. Da traten die Probleme auf die, wie soll ich denn sagen, du hattest das Gefühl, dass du eben zur Bedeutungslosigkeit verurteilt warst. Du hast nichts mehr zu melden, hast nicht mehr das sagen, das Engagement fehlte. [...] meine Triebfeder war meine Tätigkeit, dass [...] niemand mehr [meine Arbeit schätzte] das war das Allerschlimmste, das hat sich natürlich auch psychologisch ausgewirkt [...] in chronische Niedergeschlagenheit, Resigniertheit“
- Frage: Haben Sie früher, als Sie noch gearbeitet haben, sich Gedanken gemacht, wie das sein würde, wenn sie dann zu Hause sind? Hatten Sie irgendwelche Pläne oder?  
„Nein, hatte keine Pläne“
- 1961: Tod der Stiefmutter, Tod der Bezugsperson war schlimm für Probanden,
- 1982: Tod des Stiefvaters (hatte keinen Kontakt)
- 1993: Tod der leiblichen Mutter (hatte keinen Kontakt)
- Proband ist glücksspielsüchtig, hat aber die letzten zwei Monate nicht am Automaten gespielt

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Seit 1995: schlechtes Verhältnis zu den meisten Nachbarn (neue Nachbarschaft), keinen Kontakt mehr
- Unterstützt weiterhin seit 1989 Frau, die Depressionen hat (ehemalige Verlobte). Praktische Erledigungen wie Einkäufe und emotionale Unterstützung/Betreuung
- Wichtige Personen: Ehefrau, Sohn, ehemalige Verlobte
- Besserer Zusammenhalt mit seiner Ehefrau in den letzten Monaten, sprechen mehr miteinander
- Sieht seinem Sohn einmal wöchentlich (essen gemeinsam, gucken Fußball, sprechen miteinander, jedoch bespricht der Sohn mehr Dinge mit Ehefrau des Probanden)
- Sohn gibt praktische Hilfe, Ratschläge geben sie sich gegenseitig aber nicht

- Macht seinen Kummer mit sich selbst aus, empfindet es als Schwäche und möchte nicht, dass jemand „dazwischen quatscht“, hat sich in Kindheit bereits festgesetzt: man muss alles allein/selbst verantworten, kann keine Hilfe annehmen
- Hat keine Freunde, nur einige Bekannte (ehemalige Nachbarn)
- Hat Kontakt zu ehemaligen Kollegen abgebrochen, hat ihn belastet in alten Erinnerungen zu schwelgen

## **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Ist zufrieden mit seinem Gesundheitszustand, bis auf die Kniearthrose. Ist durch chronische (belastungsabhängige) Kniebeschwerden eingeschränkt (ist in medikamentöser Behandlung), kann nicht mehr Fußballspielen (körperliche Aktivitäten) o.ä.; Fahrradfahren geht jedoch problemlos. Proband ignoriert die Beschwerden im Alltag
- Gesundheitszustand im Vergleich zu vor zehn Jahren; gleichgeblieben bis auf die Kniearthrose (somit allgemein verschlechtert)
- Präventive Maßnahmen: Wenig Alkohol, Tabakkonsum reduziert, körperliche Aktivität
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchung
- Verdrängt seine Befürchtungen/Ängste, Selbsttäuschung

## **III. Freizeitaktivitäten**

- 1993-1995: arbeitet als Haustechniker zweimal wöchentlich
- Zur finanziellen Existenzsicherung seit 1995: Hausmeisterposten im Eigenhaus und seit 1997 zweiten Hausmeisterposten und dort auch als Reinigungskraft tätig in einem anderen Mietshaus (nebenberuflich)
- Gemeinsame Unternehmungen mit Frau: Spaziergehen, Radfahren
- Mitglied im Kleingartenverein (seit ca. 1968), aktives Vereinsleben, liest ehrenamtlich zweimal jährlich die Wasser- und Stromzähler ab
- Informiert sich über Zeitgeschehen im Fernsehen

## **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Frau verwaltet Finanzen (Proband war/ist glücksspielsüchtig)
- 1997: Auszug des Sohnes (hat 1996 das Studium abgeschlossen und arbeitet seit 1998)
- Deutsche Wiedervereinigung: war Konkurrenz-/Wettbewerb gegenüber kritisch eingestellt. Enttäuscht von der Haltung/Moral der Westdeutschen (persönlich). Identitätsverlust durch Wiedervereinigung, obwohl Proband der Wiedervereinigung auch positiv gegenüber eingestellt ist. Angst vor den Auswirkungen des Kapitalismus und der Kriminalität
- Durch Wende hat sich Freizeitverhalten geändert, Preise z.B. im Gastronomiebereich sind gestiegen und daher nicht mehr möglich, z.B. öfter in die Kneipe zu gehen

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

- 3. MZP wurde nicht erhoben



## **Kurzportrait Probandin Hofstedt**

Verblindete ID: 9864297

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1932*

*Untersuchungszentrum Heidelberg*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat einen Zwillingenbruder, zwei weitere Brüder und eine geistig behinderte Schwester
- Vater gelernter Friseur und war selbstständig, hat dann aber in einem großen Konzern gearbeitet, Mutter hat mit im Geschäft (bis zur Geschäftsaufgabe) gearbeitet und ist dann Hausfrau geworden
- Beziehung zur Mutter verlief bis zum Tod des Vaters gut, dann sehr konfliktreich
- Krieg: Vater war sieben Jahre in amerikanischer Gefangenschaft

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- 1950: erste Eheschließung (bereits schwanger). Ehemann war Bäcker
- Sechs Kinder; die Kinder sind alle aus erster Ehe
- Hat elf Enkelkinder
- 1973: hat ihren zweiten Mann durch eine Bekannte kennengelernt
- 1975: Heirat des zweiten Mannes (zehnjährige Beziehung bis zum Tod)
- Beziehung zu den Schwiegereltern war schwierig (erste Ehe)
- Fast alle Kinder geschieden/leben in zweiter Ehe. Probandin kann bis heute nicht die Scheidungen akzeptieren und hat mit den Schwiegertöchtern noch Kontakt
- Hat regelmäßig Kontakt zu ihren Kindern und Enkelkindern
- Betreut ihre Enkelkinder

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Hält zu einigen Frauen aus dem Seniorenzentrum Kontakt und übernimmt für diese hauswirtschaftliche Aufgaben (Wäsche), betreut die älteren Damen
- Nachbar zur Unterstützung und Bekannte aus dem Seniorenzentrum

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule (Schulabschluss 1947)
- Berufsschule/Haushaltschule: Vor Abschluss abgebrochen und geheiratet
- Berufswunsch: Friseurin (wie der Vater)
- Hausfrau und Mutter
- Essen auf Rädern ausgefahren (nach Tod des ersten Mannes)
- 1973-1975: Berufsausbildung/Umschulung über das Arbeitsamt zur examinierten Altenpflegerin gemacht (mit über 40 Jahren, vorher nie gearbeitet). Hat von der Umschulung in der Zeitung gelesen
- Hat in der Fortbildung zur Altenpflegerin unter einander (gegenseitig) viel gelernt von den Kollegen
- 1975: Diplom in der Fußpflegeschule
- Im Nebenjob noch als Fußpflegerin gearbeitet
- 1992: Pensionierung. War froh, dass sie nicht mehr arbeiten braucht, da ihr die schwere Pflegetätigkeit mit zunehmenden Alter nicht mehr leicht gefallen ist (Rückenprobleme, Arthrose)

## V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten

- Häufig starke Kopfschmerzen
- 1979: Gallen-Operation
- War einige Male zur Kur
- Nur selten Vorsorgeuntersuchungen gemacht
- Wirbelsäulenschmerzen

## VI. Freizeitaktivitäten

- Als Kind nicht sportbegeistert
- Kegelt alle zwei Wochen mit Freunden (in der Kegelgruppe, wo sie schon damals mit ihrem ersten Mann gekegelt hat)
- Ist, als sie alleinstehend war (vor ihrer letzten Partnerschaft) mit alleinstehenden Personen aus dem Seniorenzentrum mit in den Urlaub (Kreuzfahrten) gefahren, zur (pflegerischen) Unterstützung (hat sich einladen lassen)
- Handarbeiten
- Fernsehsendung („Glücksrad“) gucken
- Mitglied bei der Arbeiterwohlfahrt

## VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte

- Hat früh gelernt Verantwortung zu übernehmen: Musste viel Verantwortung übernehmen für ihre geistig behinderte Schwester
- 1951: hat Ehemann durch einen Motorradunfall einen Schädelbasisbruch erlitten
- 1954: Ehemann hat erneut einen Unfall und eine Kopfoperation (Probandin war schwanger)
- Unfälle des Mannes hat der Probandin viel Kraft gekostet, musste Kinderversorgung und Haushalt allein bewerkstelligen
- Nach dem Krankenhausaufenthalt des Mannes: als Mann wieder zu Hause war, die Beziehung sehr angespannt, er hat sich sehr verändert, nichts konnte man ihm recht machen. Konnte/wollte sich nicht trennen wegen der sechs Kinder.
- Ehemann wollte (nach den Unfällen) täglich Geschlechtsverkehr, wollte Probandin nicht. Als Probandin etwas an Leibesfülle zugelegt hat, hat ihr Mann sie auch oft mit schlanken Frauen betrogen.
- Sohn an Scheuermannscher Krankheit erkrankt (Wachstumsstörung der Wirbelsäule). Es handelt sich um eine aseptische Osteochondrose (Knorpel-Knochenerkrankung ohne Beteiligung von Keimen), vereiterte Mandeln (operative Entfernung) und vereiterte Kiefer
- Erster Ehemann ist heimlich mit seiner Freundin zusammengezogen. Probandin wollte sich aber wegen der Kinder nicht scheiden lassen.
- 1970: Mann hat dann dritten Unfall bei dem er tödlich mit seiner Freundin verunglückt ist.
- Nach der Beerdigung ihres ersten Mannes: Als Probandin am Grab stand, sind *„alle Sorgen runter gefallen, der Schmerz war nicht mehr da...“* (Mann wurde ohne Nachfrage bei der Familie neben seiner Freundin beerdigt. Probandin war dem Gerede der Leute ausgesetzt: *„Spießbrutenlauf“*). Kinder haben sich Urlaub genommen, um dem Gerede zu entgehen.
- Probandin war allein und konnte sich bei niemanden aussprechen, *„musste alles selber runterschlucken“*
- Nach Tod des Mannes: Hat einen Nebenjob angenommen (Essen auf Rädern ausfahren), um die Familie zu finanzieren
- 1973: Hat ihren zweiten Mann durch eine Bekannte kennengelernt (Heirat 1975)

- Zweiter Mann ist an einem Gefäßverschluss verstorben (plötzlicher Tod bei gemeinsamer Unternehmung)
- Kinder haben sich sehr gekümmert, die Probandin unterstützt, emotional und bei der Bewältigung des Alltags (starkes soziales Netzwerk)
- 1979: Tod des Vaters (Bauchspeicheldrüsenkrebs)
- Ist dann mit den jüngsten Kindern zu einer Art Kur gefahren/Familienerholung (vier Wochen)
- Gegenwart: Hat verwitweten Mann (84 Jahre, ist also 23 Jahre älter als Probandin) im Seniorenzentrum kennengelernt, mit dem die Probandin nun eine Beziehung führt und gemeinsamen Interessen nachgeht. Probandin hilft ihm im Haushalt. Probandin wurde in den ersten Jahren der zweiten Verwitwung finanziell von dem jetzt neuen Partner unterstützt. Dafür kümmert sie sich jetzt um ihn bei schlechter Gesundheit
- Würde sich mehr Zärtlichkeit von Partner wünschen, dieser hat jedoch einen sich verschlechternden Gesundheitszustand
- Geistig behinderte Schwester und dementielle Mutter sind im Altenheim. Besucht sie einmal wöchentlich, wird aber oftmals nicht mehr erkannt, was die Probandin belastet

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

### **I. Soziales Netzwerk**

- Betreut häufig die Enkelkinder
- Soziales Netzwerk: Kinder, Partner, Bekannte aus Seniorenzentrum, geht noch mit den Bekannten (von früher) regelmäßig kegeln
- Nun 14 Enkel und dreifache Urgroßmutter
- Hat mit einem Sohn und der Tochter keinen Kontakt mehr
- Starker Austausch mit den Kindern, Ratschläge als auch Trost gebend

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Schmerzen an der Wirbelsäule haben sich verbessert. Probandin ist seit 1.MZP dreimal zur Kur gegangen
- Subjektiver Gesundheitszustand: zufrieden
- 1995: Knieoperation. Nach Operation sind Gehbeschwerden geringer; Mobilität hat sich verbessert, dadurch mehr soziale Kontakte
- Lungenentzündung
- Kopfschmerzen haben sich verbessert
- Geht nur sehr unregelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- Hat Schuppenflechte, hat sich jedoch seit drei Jahren verbessert
- Leichter Haarausfall

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Handarbeiten im Seniorentreff
- Geht spazieren, ist/war sonst noch nie sportlich so aktiv
- Ist nicht mehr in der Arbeiterwohlfahrt und ist nicht mehr Kassiererin

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- 1995: Tod der Mutter
- 1996: ist nun umgezogen in den Seniorenpark. Hat dadurch mehr Kontakt zu Mitmenschen, viel Austausch mit den anderen Senioren (eigenständige Wohnung)

- Hat noch einmal monatlich eine Haushaltshilfe (privat), Einkäufe werden vom Seniorenzentrum erledigt

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Hat weiteren Anschluss im Seniorenwohnhaus gefunden
- Derzeit besuchen die Kinder die Probandin nicht mehr so regelmäßig. Am Anfang hat die Probandin mehr Besuch von ihren Kindern erhalten
- Gibt Kindern Ratschläge, erhält von den Kindern Unterstützung (emotionale und praktische). Probandin belastet, dass sie ihre Kinder nicht mehr unterstützen kann (Ungleichgewicht ist belastend) und nur einige Kinder die Probandin besuchen kommen. Erwartet mehr Besuch und Interesse an ihrer Person
- Ist nicht zufrieden mit der Beziehung zu ihren Kindern. Beziehung hat sich verschlechtert
- Enkelkinder sieht sie einmal im Monat. Telefonieren alle 14 Tage miteinander. Von den Enkeln eher wenig/keine Unterstützung. Beziehung zu den Enkelkindern hat sich verschlechtert
- Mit den Freunden nur selten telefonischen Kontakt, sehen sich nur zu Geburtstagen

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Beeinträchtigung: kann sehr schlecht laufen (hat sich kontinuierlich verschlechtert) und nicht mehr so viel tragen, daher kauft ihre Tochter für sie ein
- Subjektiver Gesundheitszustand: ist nicht zufrieden, sehr schlecht, hat sich deutlich verschlechtert. Ihr geht es im Vergleich zu Gleichaltrigen schlechter
- Diabetes
- Osteoporose/Gelenkbeschwerden
- Gewichtszunahme, geringe Mobilität
- Husten, Atmung beeinträchtigt
- Seit der Pensionierung hat sich der Gesundheitszustand kontinuierlich verschlechtert
- Gehör hat sich verschlechtert (seit fünf Jahren)
- 2000 und 2004 Knie-Operationen (neues Kniegelenk erhalten)
- Nimmt an keinen Vorsorgeuntersuchungen teil
- Benötigt Hilfe beim Anziehen, teilweise bei der Körperpflege etc.
- Hat als Hilfsmittel einen Rollstuhl
- Belastet, dass es ihr so schlecht geht (weint), hofft auf Besserung

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Spazieren gehen (zweimal am Tag)
- Handarbeitet gerne (geht nur nicht mehr so gut, daher seltener)

### **IV. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Hat Pflegestufe I (bezieht nur Geldleistungen, es kommen keine Pflegekräfte)
- Bekommt Essen auf Rädern und hauswirtschaftliche Versorgung lässt Probandin machen, da sie nicht mehr dazu in der Lage ist. Ein Bekannter (von nebenan: der macht am meisten, fünf bis acht Stunden täglich) und eine andere private Bekannte erledigen Arbeiten im Haushalt, Einkaufen und körperliche Pflege etc.
- Eingeschränkte Mobilität (hat auch ihren PKW verkauft)

## **Kurzportrait Probandin Lindner**

Verblindete ID: 9984686

*Geschlecht: weiblich*

*Kohorte 1930-1932; Geburtsjahr 1930*

*Untersuchungszentrum Leipzig*

### **1. Messzeitpunkt**

---

#### **I. Elternhaus**

- Probandin hat keine Geschwister
- Vater war Buchhalter, Mutter (größtenteils) Hausfrau

#### **II. Partnerschaft & Familie**

- Hat mit 22 Jahren ihren Mann kennengelernt, Mann ist Elektromeister
- 1954: Heirat, keine Kinder
- Bei Kummer und Trost geht Probandin zum Mann
- Wichtige Person: Ehemann, Cousine, Nichte, Großneffe, Freunde

#### **III. Außerfamiliäres Netzwerk (Freunde, Kollegen/-innen etc.)**

- Jugendfreundschaft, treffen sich einmal im Monat, telefonieren
- Treffen sich einmal monatlich mit befreundetem Ehepaar aus der Nachbarschaft
- Anderes Ehepaar aus Leipzig
- Bei Rat o.ä. unterschiedliche Bezugspersonen (themenspezifisch)

#### **IV. Aus- und Weiterbildung, beruflicher Werdegang**

- Volksschule, anschließend die Hauptschule (Abschluss 1946) und dann die Wirtschaftsschule (Abschluss 1948) besucht
- 1948: Lehre im kaufmännischen Bereich
- 1948-1952 im Lehrbetrieb gearbeitet
- 1948-1990: kaufmännische Angestellte in der Metallbranche
- 1990: Pensionierung (Altersübergang)

#### **V. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit ging nach der beruflichen Phase schlechter: Allergien /Hautirritationen. Umstellung des Körpers auf neuen Rhythmus (Tagesablauf bzw. keine feste Struktur nach der Pensionierung)
- Regelmäßig Vorsorgeuntersuchung
- Hoher Blutdruck
- Als Kind und als 20-Jährige zur Kur
- Gesunde Ernährung
- 1992: Gallen-Operation

#### **VI. Freizeitaktivitäten**

- Gartenarbeit
- Reisen

#### **VII. Kritische Lebensereignisse/Wendepunkte**

- Hat mit acht Jahren erfahren, dass sie eine zweite Mutter hat (zweite Frau des Vaters hat Probandin adoptiert)

- Vater ist 1958 und die Mutter ist 1987 verstorben

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 2. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziales Netzwerk**

- Unterstützen sich gegenseitig überall in der Partnerschaft
- Besprechen alles in der Partnerschaft, es gibt keine Tabuthemen
- Kontakt zu ehemaligen Kollegen nur zufällig
- Gute Nachbarschaftshilfe

### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Probandin hat seit 1998 Sehprobleme (Verdacht, dass Probandin an grünem Star erkranken könnte, schlechter Augeninnendruck), gelegentlich, nur einmal im Monat leichte Kopfschmerzen (wetterbedingt), ansonsten ist der Gesundheitszustand unverändert gut und sehr zufriedenstellend
- Versucht sich gesund zu ernähren
- Vitamin C, Magnesium und Calcium in Tablettenform zusätzlich zur Ernährung
- Regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung
- War schon immer unспортlich

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Reisen nun vermehrt (wie geplant) im Ruhestand, mehr Zeit für den Partner
- Spaziergehen, Handarbeiten, Hausgymnastik ein- bis zweimal wöchentlich
- Hat seit drei Jahren eine Katze
- Unternimmt alles mit ihrem Mann („*Wir machen alles gemeinsam*“),
- Lesen, Spaziergehen, Einkaufen, Wandern (gemeinsam mit Mann)
- Passives Gewerkschaftsmitglied
- Kein Parteimitglied

## **Ergänzungen bzw. Veränderungen zum 3. Messzeitpunkt**

---

### **I. Soziale Netzwerke**

- Unterstützen sich emotional und praktisch in der Partnerschaft

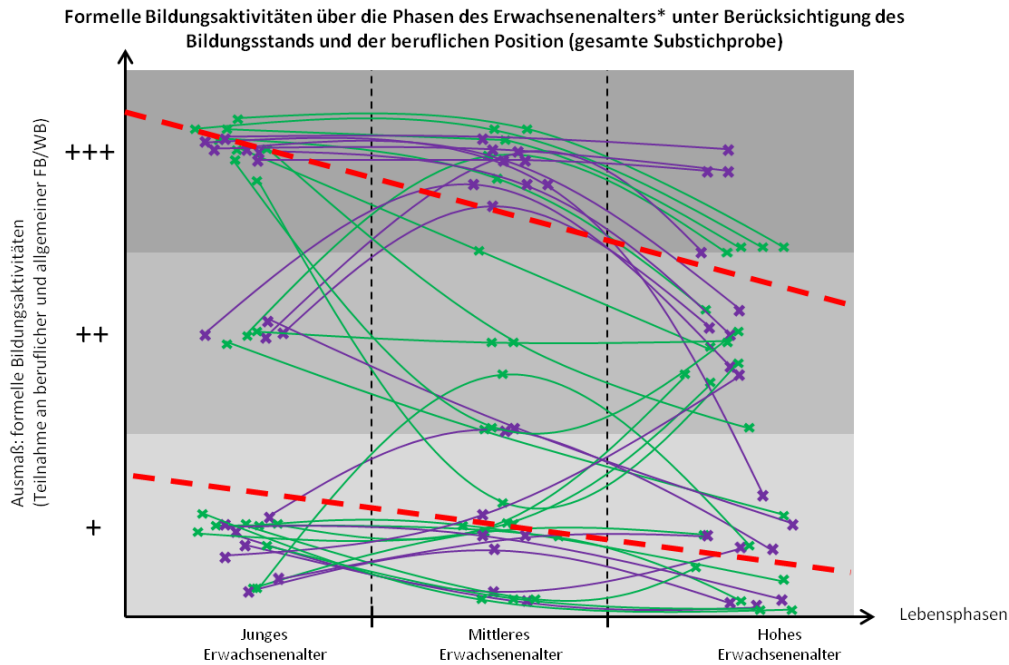
### **II. Gesundheitszustand & Gesundheitsverhalten**

- Gesundheit: schnellere Erschöpfung durch körperliche Tätigkeit (altersbedingt)/Kondition, bewertet Probandin neutral und nicht negativ
- Gesundheitszustand: gleichbleibend, zufrieden
- 2000: Melanom. Wurde entfernt und hat nicht gestreut
- Geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung

### **III. Freizeitaktivitäten**

- Rad fahren (alle zwei Wochen)
- zweimal im Jahr verreisen

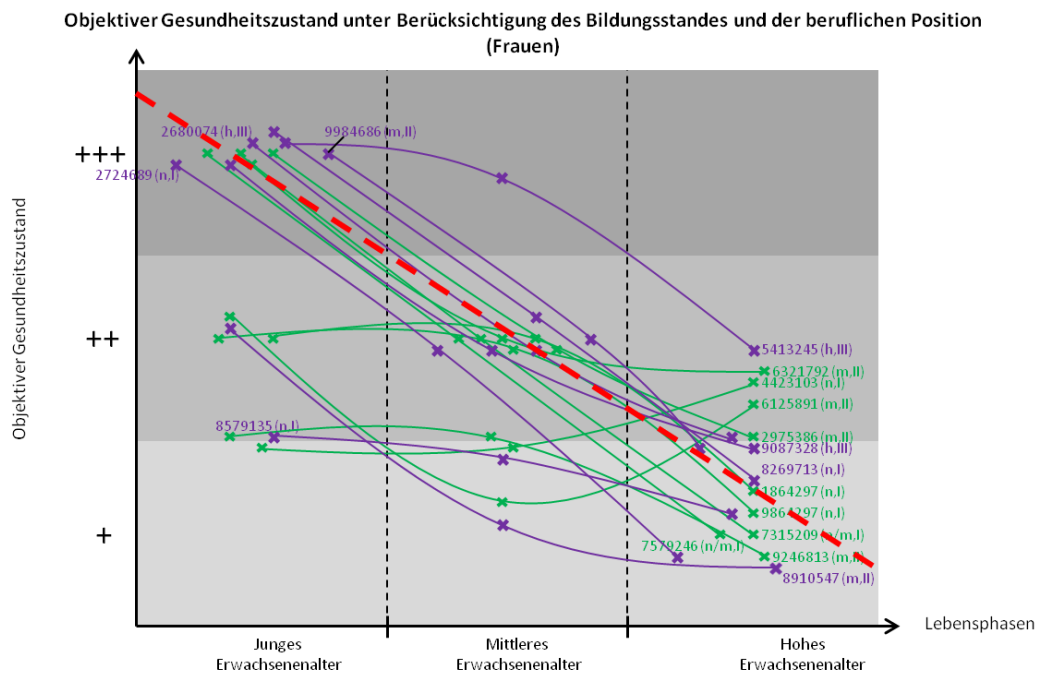
## Appendix 11:



\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen & Probanden der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

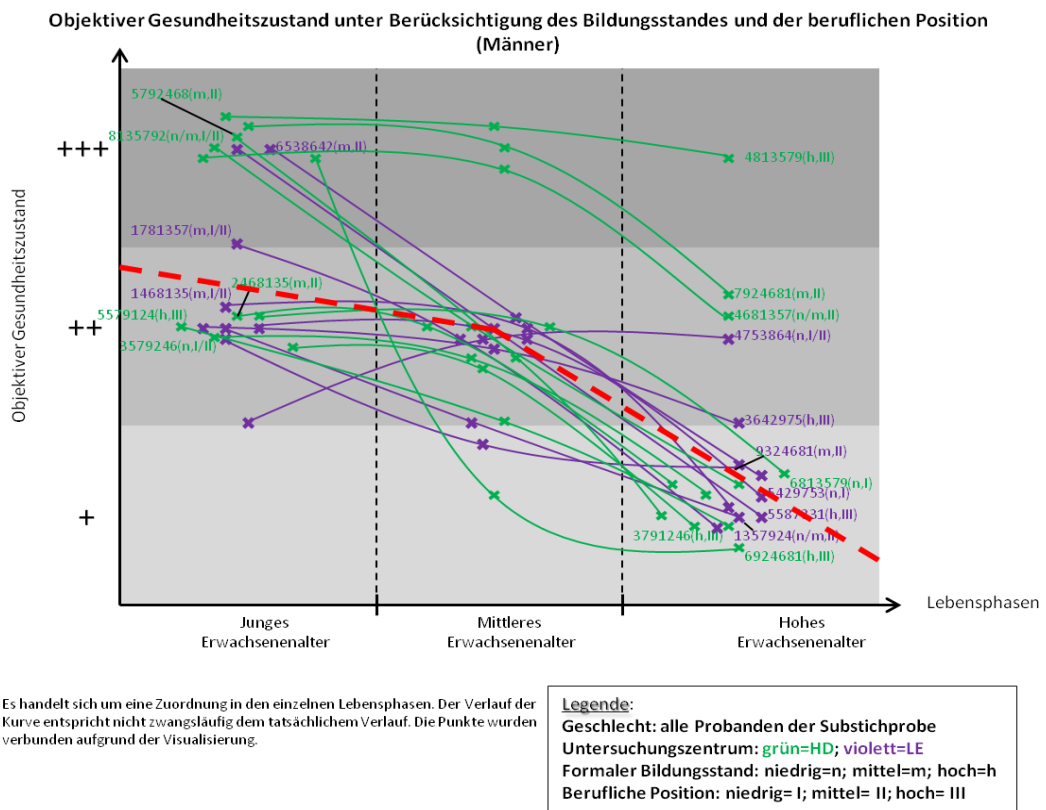
## Appendix 12:



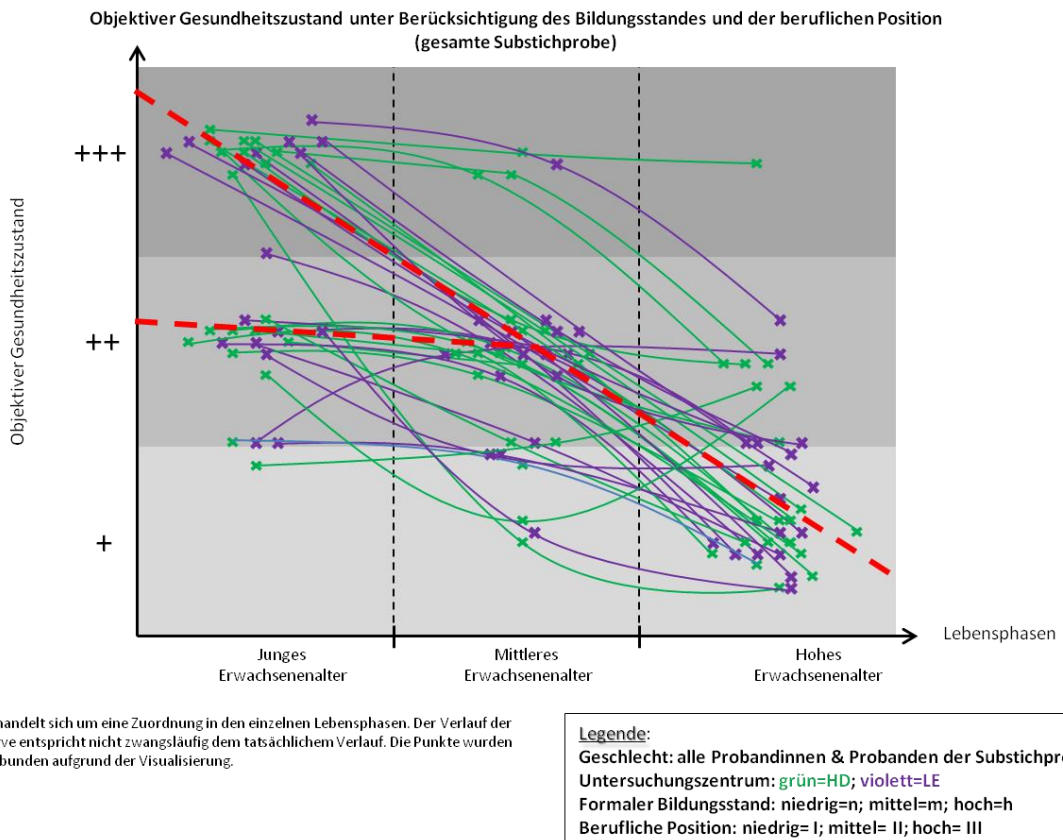
Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 13:

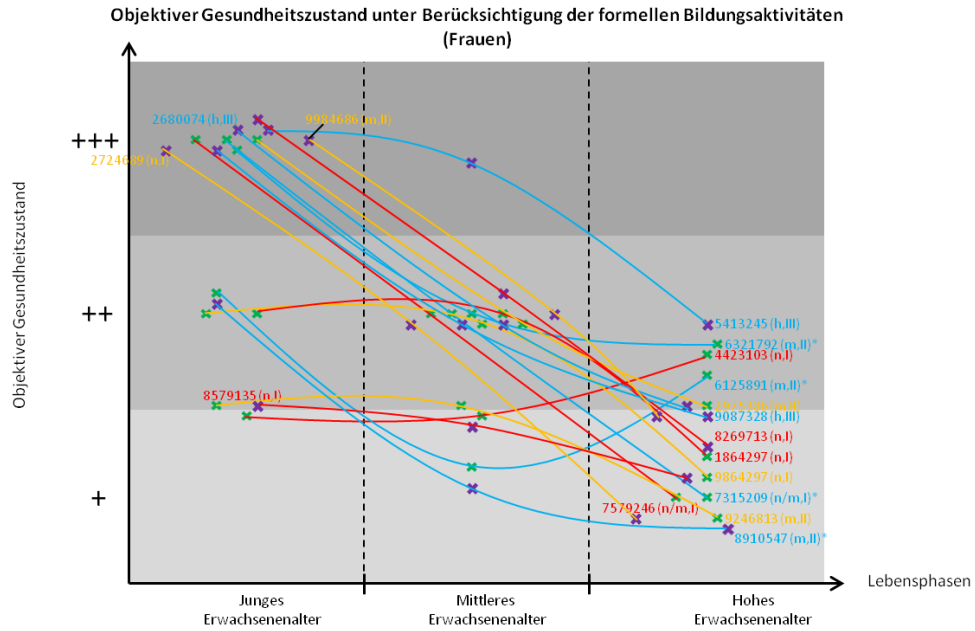


## Appendix 14:





## Appendix 15:

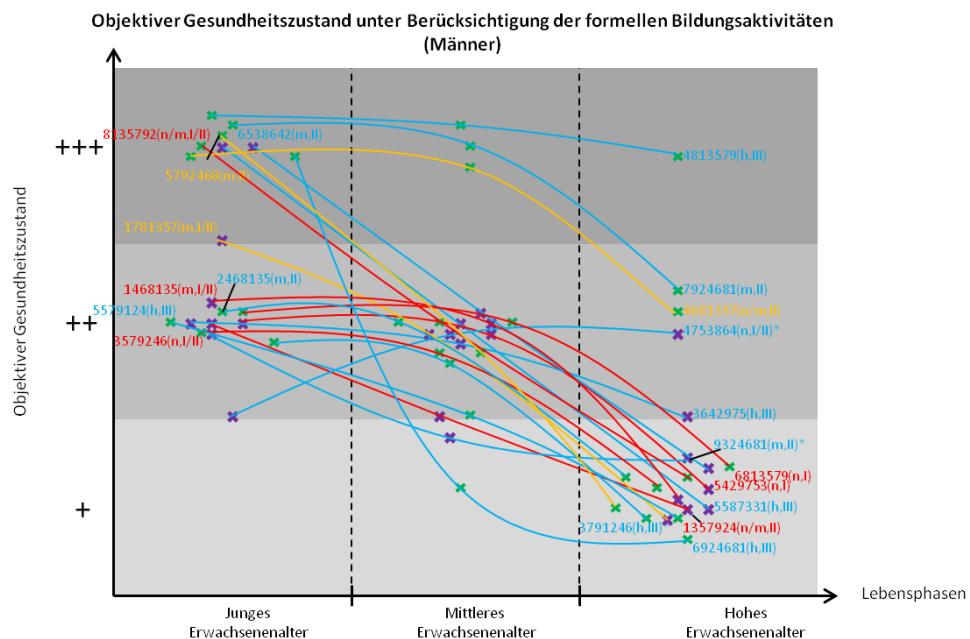


\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
\*\* Der Bildungsstand der Probandin ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als ihr beruflicher Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
Typen: formelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
Rot= geringe formelle Bildungsaktivitäten  
Gelb= mittlere formelle Bildungsaktivitäten  
Blau= hohe formelle Bildungsaktivitäten  
Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 16:

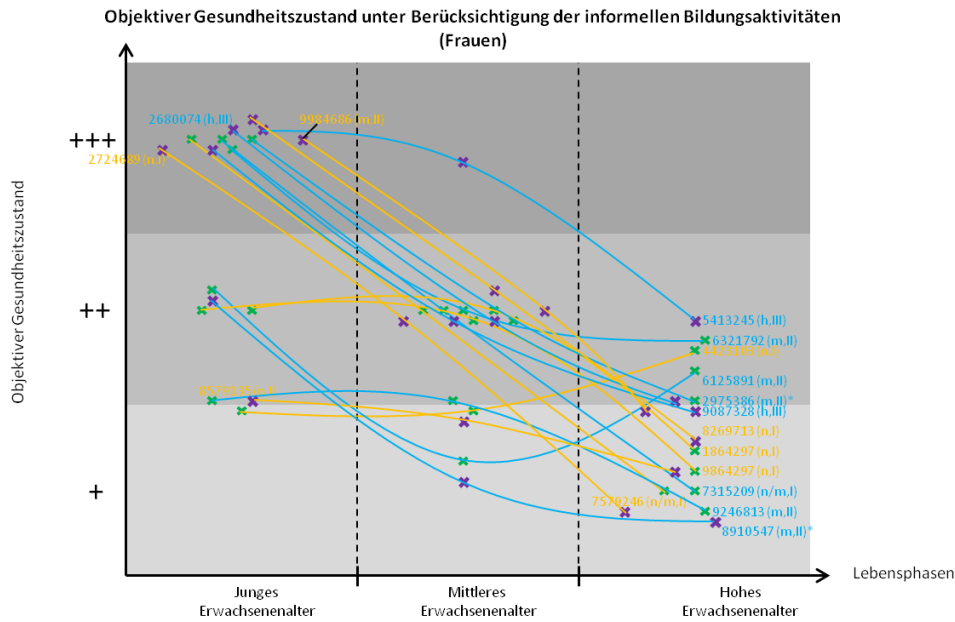


\*Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
\*\* Der Bildungsstand des Probanden ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein beruflicher Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
Typen: formelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
Rot= geringe formelle Bildungsaktivitäten  
Gelb= mittlere formelle Bildungsaktivitäten  
Blau= hohe formelle Bildungsaktivitäten  
Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 17:



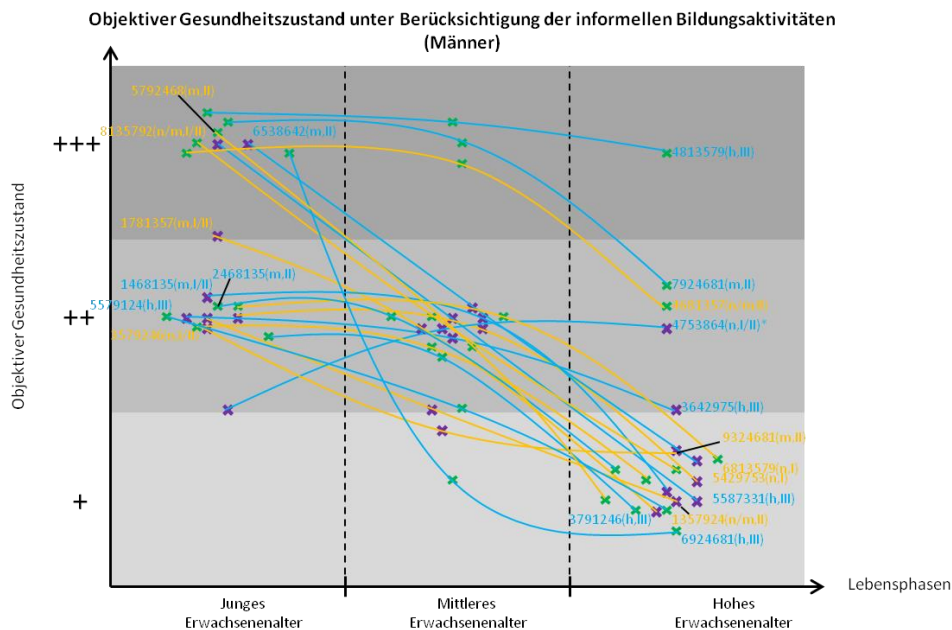
\* Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
\*\* Der Bildungsstand der Probandin ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als ihr beruflicher Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

### Legende:

Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
Typen: informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
Rot=geringe informelle Bildungsaktivitäten  
Gelb= mittlere informelle Bildungsaktivitäten  
Blau= hohe informelle Bildungsaktivitäten  
Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 18:



\* Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
\*\* Der Bildungsstand des Probanden ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein beruflicher Status.

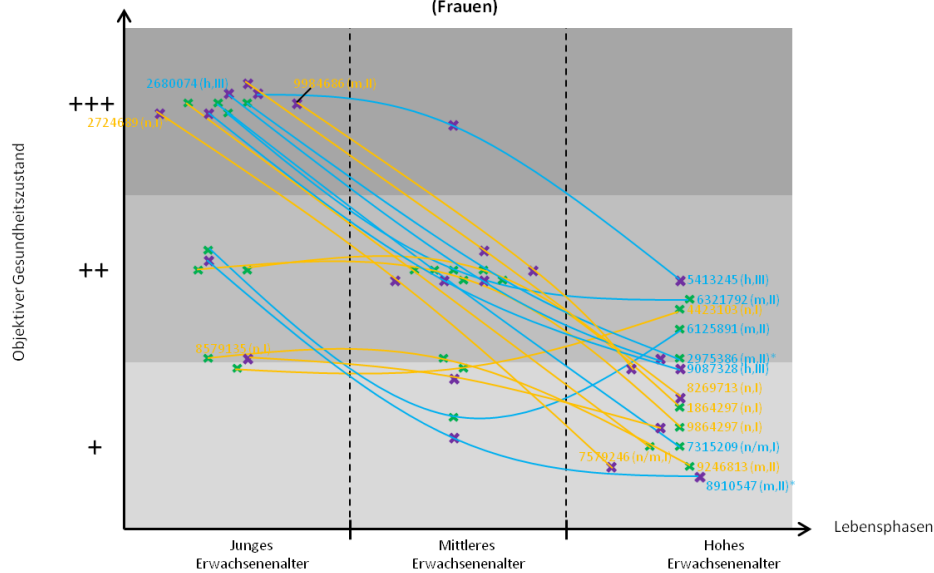
Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

### Legende:

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
Typen: informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
Rot=geringe informelle Bildungsaktivitäten  
Gelb= mittlere informelle Bildungsaktivitäten  
Blau= hohe informelle Bildungsaktivitäten  
Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 19:

Objektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung der formellen und informellen Bildungsaktivitäten  
(Frauen)



\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
\*\* Der Bildungsstand der Probandin ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als ihr beruflicher Status.

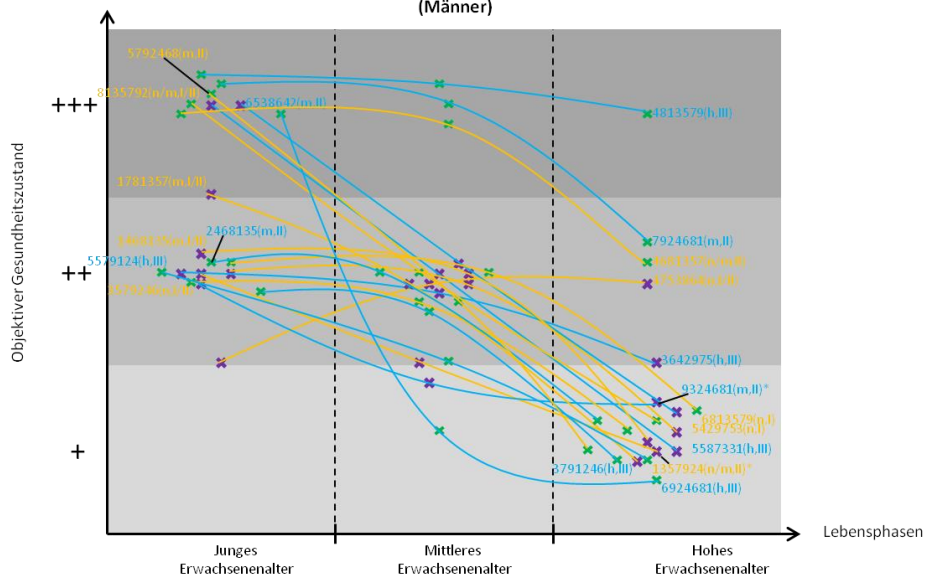
Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

### Legende:

Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
Typen: formelle & informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
Rot=geringe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
Gelb= mittlere formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
Blau= hohe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 20:

Objektiver Gesundheitszustand unter Berücksichtigung der formellen und informellen Bildungsaktivitäten  
(Männer)



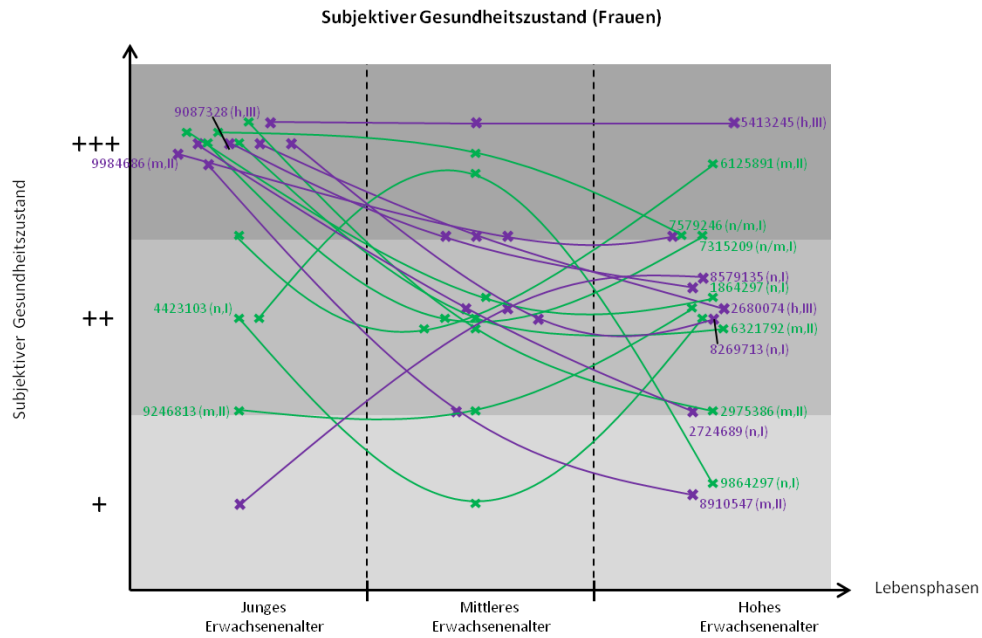
\*Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
\*\* Der Bildungsstand des Probanden ist etwas höher bzw. tiefer einzustufen als sein beruflicher Status.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

### Legende:

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
Typen: formelle & informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
Rot=geringe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
Gelb= mittlere formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
Blau= hohe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE  
Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 21:

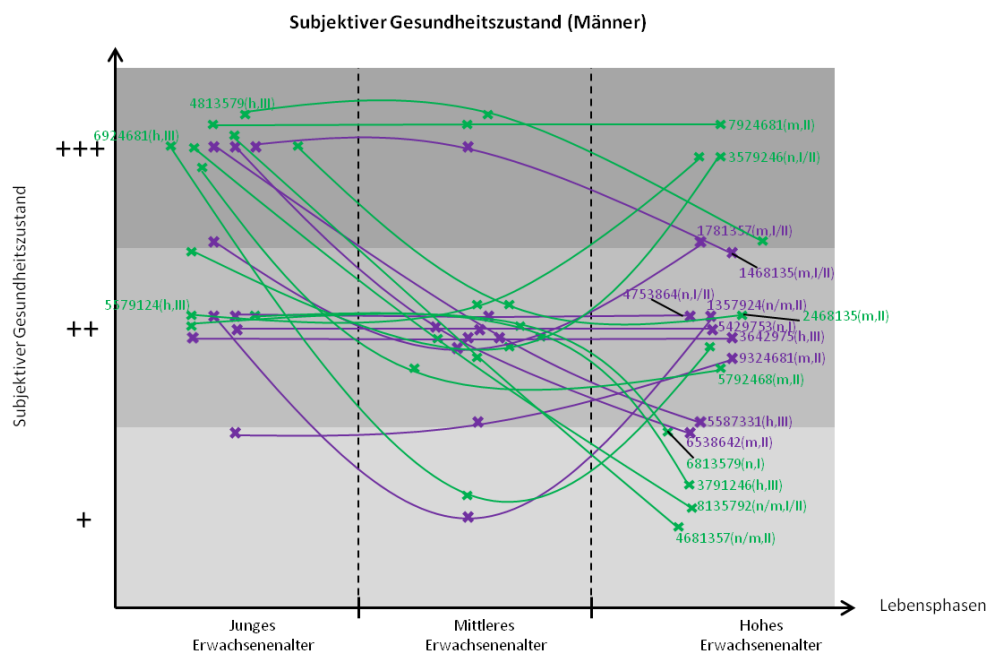


Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 22:

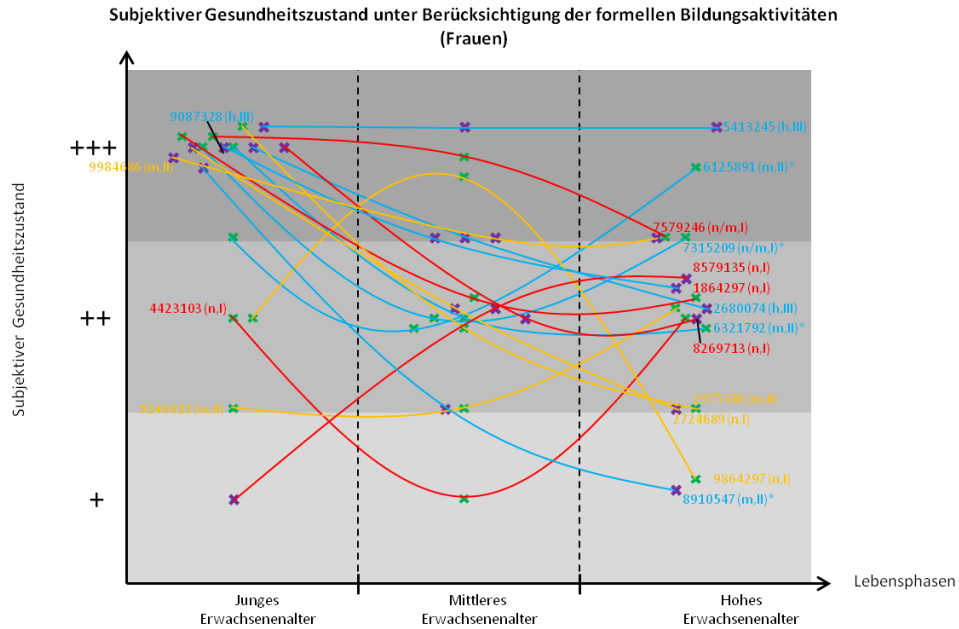


Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 23:



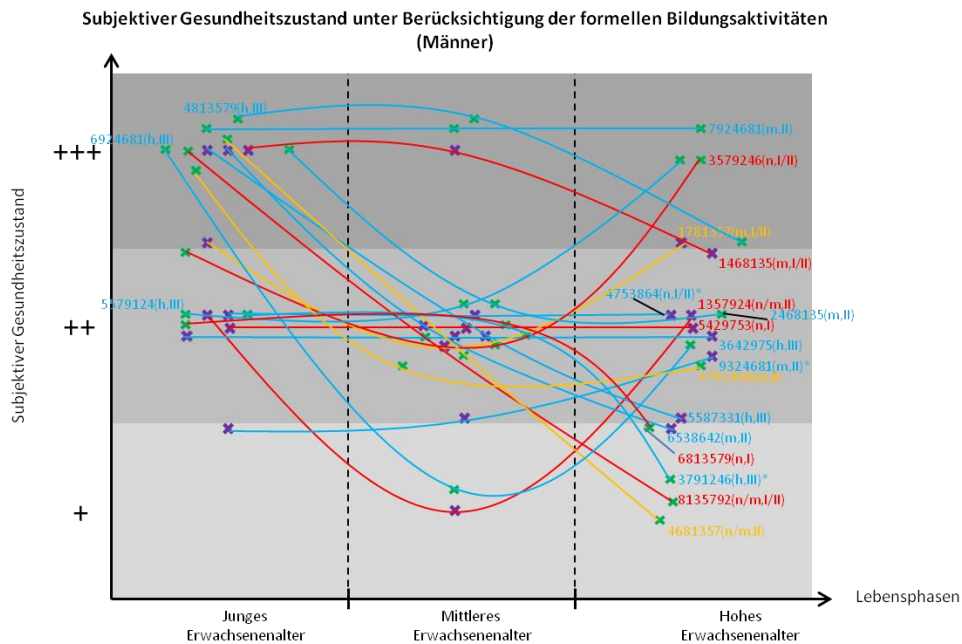
\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Typen: formelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
 Rot= geringe formelle Bildungsaktivitäten  
 Gelb= mittlere formelle Bildungsaktivitäten  
 Blau= hohe formelle Bildungsaktivitäten  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuz); grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 24:



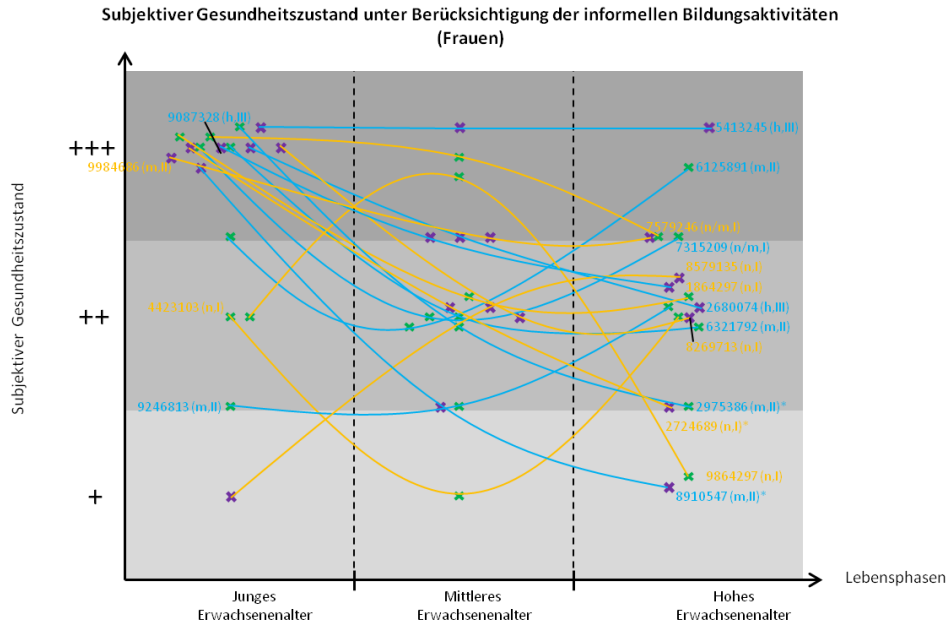
\*Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Typen: formelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:  
 Rot=geringe formelle Bildungsaktivitäten  
 Gelb= mittlere formelle Bildungsaktivitäten  
 Blau= hohe formelle Bildungsaktivitäten  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuz); grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 25:



\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

### Legende:

Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe

Typen: informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:

Rot=geringe informelle Bildungsaktivitäten

Gelb= mittlere informelle Bildungsaktivitäten

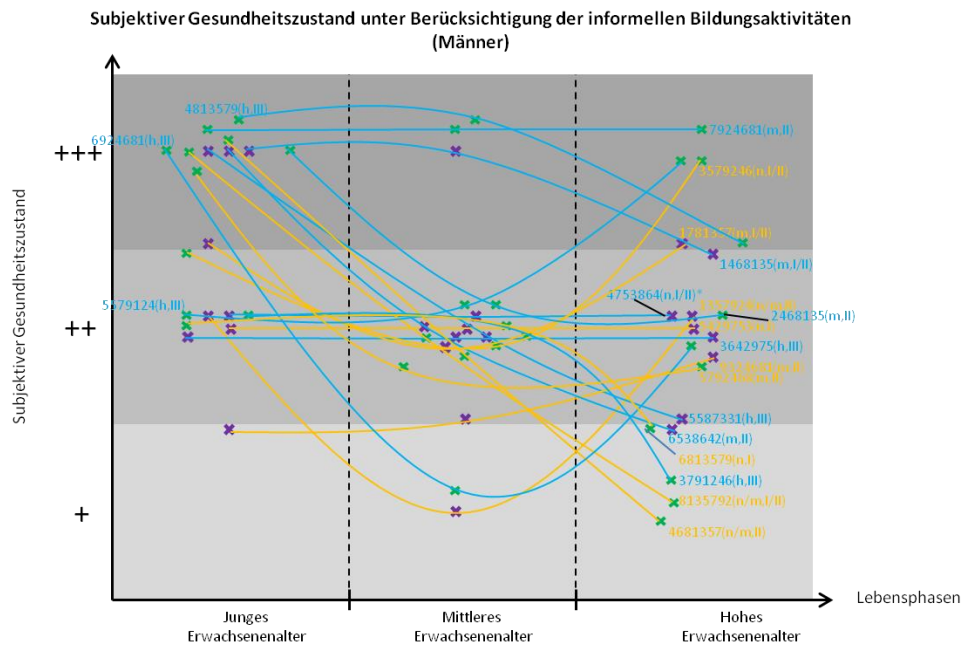
Blau= hohe informelle Bildungsaktivitäten

Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE

Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h

Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 26:



\*Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

### Legende:

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe

Typen: informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:

Rot=geringe informelle Bildungsaktivitäten

Gelb= mittlere informelle Bildungsaktivitäten

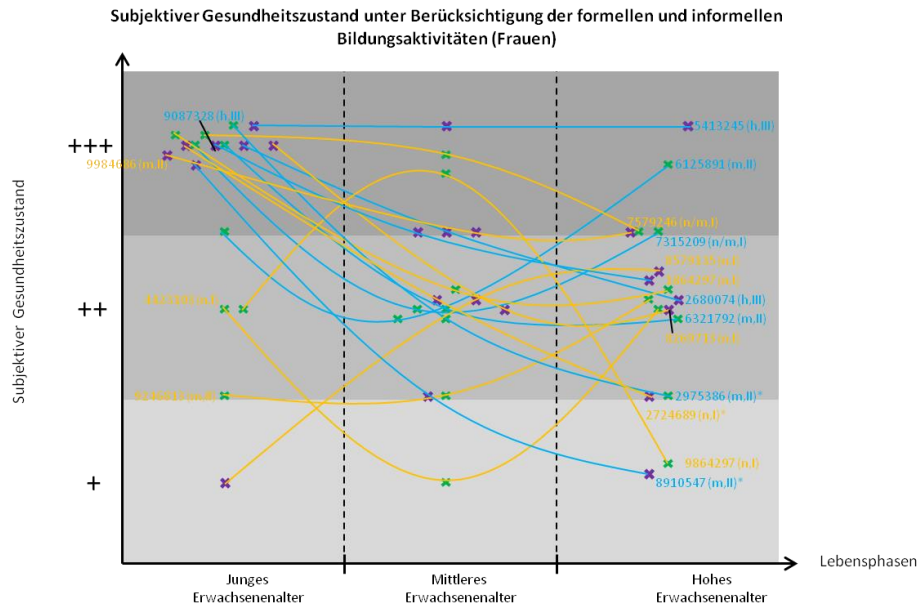
Blau= hohe informelle Bildungsaktivitäten

Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE

Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h

Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 27:



\*Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

**Geschlecht:** alle Probandinnen der Substichprobe  
**Typen:** formelle & informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:

Rot=geringe formelle & informelle Bildungsaktivitäten

Gelb= mittlere formelle & informelle Bildungsaktivitäten

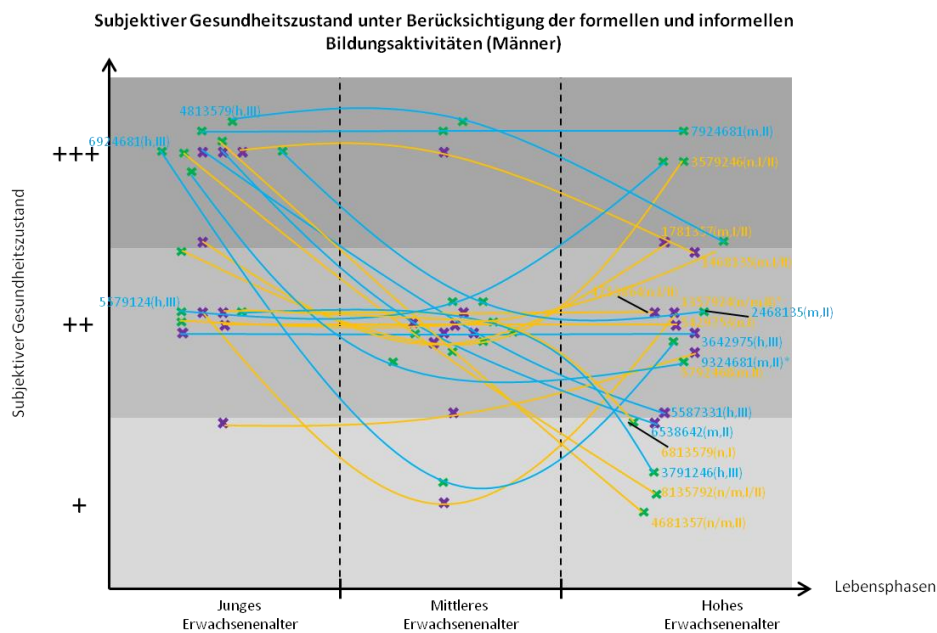
Blau= hohe formelle & informelle Bildungsaktivitäten

Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE

Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h

Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 28:



\*Der Proband befindet sich mit seinem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.

Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

**Geschlecht:** alle Probanden der Substichprobe  
**Typen:** formelle & informelle Bildungsaktivitäten über den Lebenslauf:

Rot=geringe formelle & informelle Bildungsaktivitäten

Gelb= mittlere formelle & informelle Bildungsaktivitäten

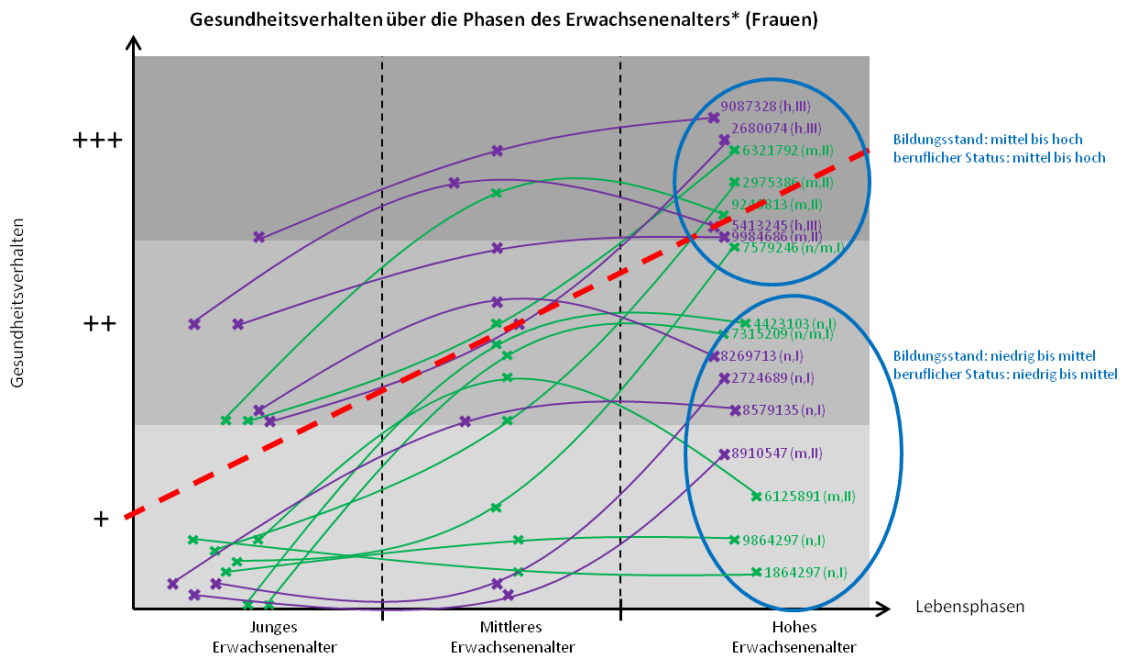
Blau= hohe formelle & informelle Bildungsaktivitäten

Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuze): grün=HD; violett=LE

Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h

Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 29:

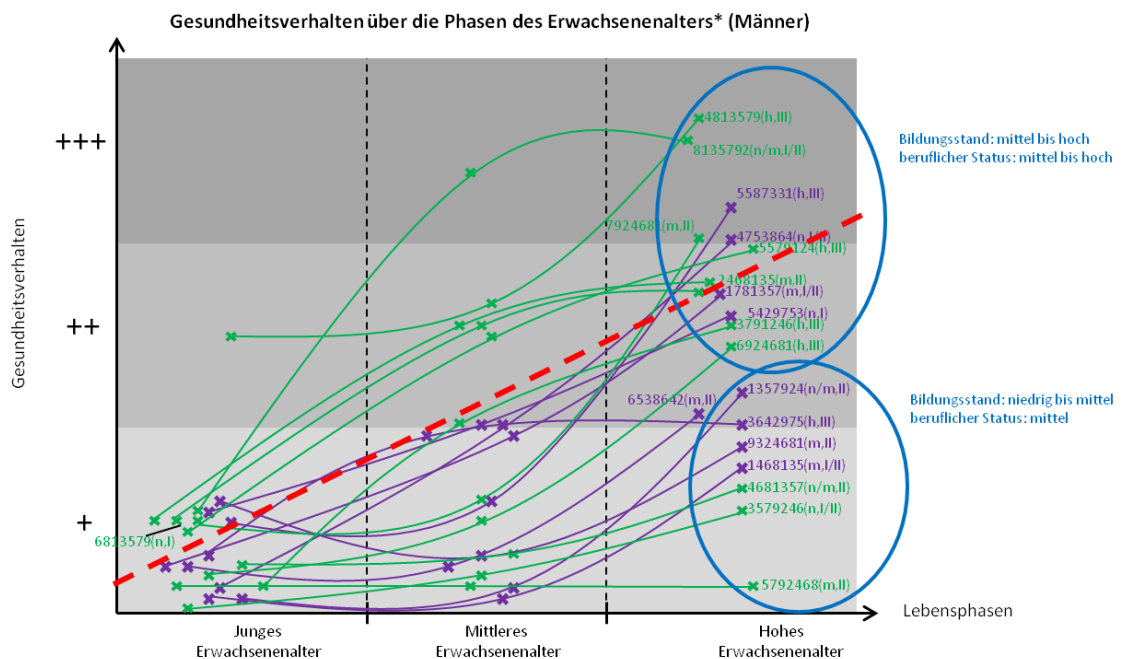


\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 30:



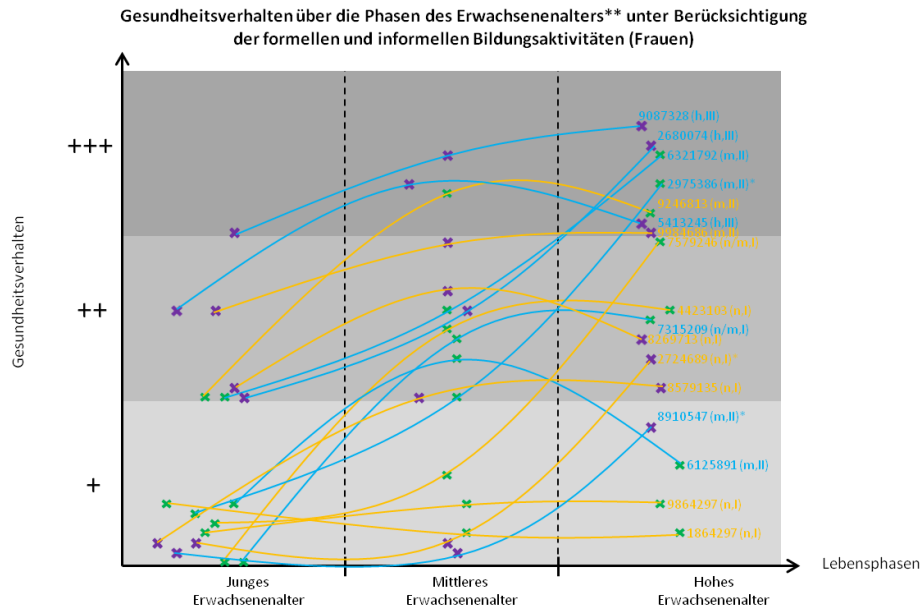
\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**

Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Untersuchungszentrum: grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III



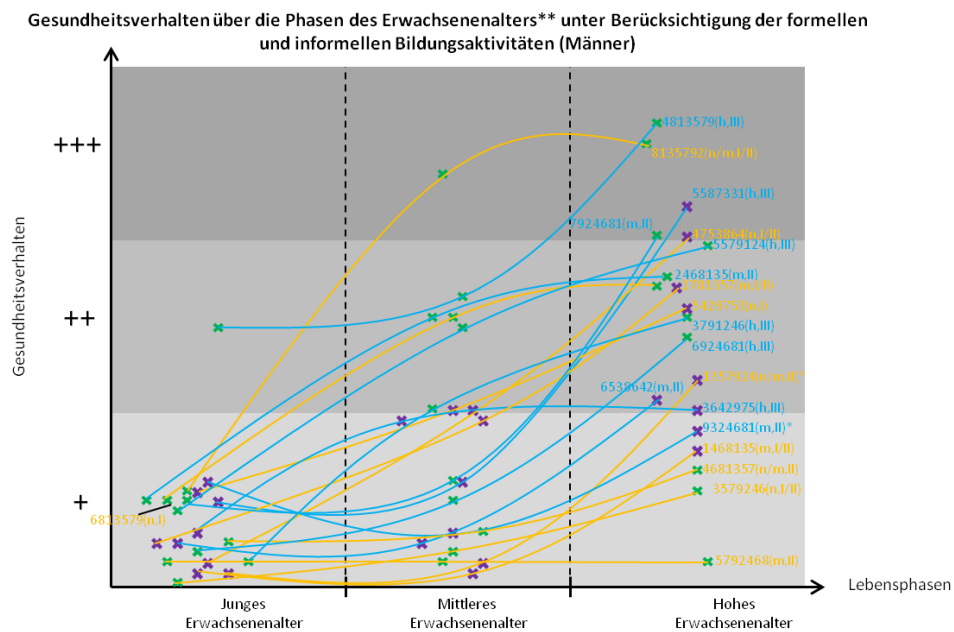
## Appendix 31:



\* Die Probandin befindet sich mit ihrem Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probandinnen der Substichprobe  
 Typen: Weiterbildungsaktivitäten (formell & informell) über den Lebenslauf:  
 Rot=geringe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
 Gelb= mittlere formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
 Blau= hohe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuz): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III

## Appendix 32:



\* Der Proband befindet sich mit seinen Wert zwischen zwei typologischen Zuordnungen.  
 \*\* Es handelt sich um eine Zuordnung in den einzelnen Lebensphasen. Der Verlauf der Kurve entspricht nicht zwangsläufig dem tatsächlichen Verlauf. Die Punkte wurden verbunden aufgrund der Visualisierung.

**Legende:**  
 Geschlecht: alle Probanden der Substichprobe  
 Typen: Weiterbildungsaktivitäten (formell & informell) über den Lebenslauf:  
 Rot=geringe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
 Gelb= mittlere formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
 Blau= hohe formelle & informelle Bildungsaktivitäten  
 Untersuchungszentrum: Markierungen (Kreuz): grün=HD; violett=LE  
 Formaler Bildungsstand: niedrig=n; mittel=m; hoch=h  
 Berufliche Position: niedrig= I; mittel= II; hoch= III





UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG  
ZUKUNFT  
SEIT 1386

## FAKULTÄT FÜR VERHALTENS- UND EMPIRISCHE KULTURWISSENSCHAFTEN

### **Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

#### **Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

#### **Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_