

Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Health Sciences

**Gesundheitliche Bedeutung von Bildungsangeboten für  
Seniorinnen und Senioren  
*Die Senioren-Uni der HAW Hamburg***

**Bachelorarbeit**

**Vorgelegt von:**

*Annike Morgane Nock*



*Betreuende Prüfende: Frau Christiane Deneke*

*Zweite Prüfende: Frau Prof. Dr. Gabriele Perger*

Tag der Abgabe: 13.06.2013

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>S.4</b>
<b>Glossar</b>	<b>S.4</b>
<b>1. Abstract</b>	<b>S.5</b>
<b>Theoretischer Teil</b>	
<b>2. Einleitung</b>	<b>S.6</b>
2.1. Problemstellung	S.8
2.2. Fragestellung und Zielsetzung	S.9
2.3. Aufbau der Arbeit	S.9
<b>3. Gesundheitliche Bedeutung von Bildung im Alter</b>	<b>S.11</b>
3.1. Gesundheit im Alter und deren Erhaltung	S.11
3.2. Bildung im Alter und Abgrenzung zu beruflichen Weiterbildung	S.14
3.3. Biomedizinische Perspektive	S.16
3.3.1. <i>Kurzübersicht Neurophysiologie des alternden Gehirns</i>	S.17
3.3.2. <i>Neuronale Mechanismen des menschlichen Lernens und Gedächtnisses</i>	S.19
3.3.3. <i>Eigene Einschätzung</i>	S.20
3.4. Psychologische Perspektive	S.21
3.4.1. <i>Eigene Einschätzung</i>	S.22
3.5. Soziologische Perspektive	S.23
3.5.1. <i>Sozioökonomische Einflüsse und soziale Beziehungen</i>	S.23
3.5.2. <i>Eigene Einschätzung</i>	S.25
3.6. Zusammenfassende Diskussion	S.26
<b>Empirischer Teil</b>	
<b>4. Hintergrund</b>	<b>S.26</b>
<b>5. Beschreibung der Forschungsmethodik</b>	<b>S.29</b>
5.1. Vorgehensweise	S.29
5.1.1. <i>Fragebogenentwicklung und Pretests</i>	S.30
5.1.2. <i>Durchführung der Befragung</i>	S.31

5.2. Der Fragebogen	S.31
5.2.1. Fragenformulierung und Skalierung	S.31
5.2.2. Rücklauf	S.32
5.2.3. Auswertung der empirischen Daten	S.33
<b>6. Ergebnisse der Studie</b>	<b>S.33</b>
6.1. Teilnehmerstruktur der Stichprobe	S.33
6.1.1. Geschlecht	S.33
6.1.2. Alter	S.34
6.1.3. Bildung	S.34
6.1.4. Lebenslage	S.35
6.2. Gesundheitliche Lage	S.36
6.2.1. Krankheit	S.38
6.2.2. Körperliche Aktivität	S.39
6.3. Soziale Kontakte und Vernetzung	S.39
6.4. Bildungsbeteiligung	S.40
6.5. Limitationen	S.42
<b>7. Fazit</b>	<b>S.43</b>
7.1. Handlungsempfehlungen	S.47
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>S.50</b>
<b>Anhang</b>	
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	

## Abbildungsverzeichnis

**Abbildung 1:** Verteilung nach Geschlecht

**Abbildung 2:** Tabelle Altersstruktur in sechs Gruppen

**Abbildung 3:** höchster allgemeiner Bildungsabschluss

**Abbildung 4:** Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

**Abbildung 5:** Mittelwerte des Faktors Gesundheitseinschätzung n. Altersgruppen

**Abbildung 6:** Krankheitsanzahl der Befragten in 3 Kategorien

**Abbildung 7:** neue Bekanntschaften während der Teilnahme

**Abbildung 8:** Kriterien Weiterbildungsveranstaltungen

**Abbildung 9:** Kategorie „Geistige Fitness“ nach Alter und Geschlecht

## Glossar

**Amygdala:** auch Mandelkern genannt; Sitz im limbischen System des Hirns; analysiert Informationen auf emotionalen Inhalt hin.

**Corpus Callosum:** auch Brücke genannt; bezeichnet Verbindung beider Hirnhälften.

**Encephalon:** Fachbegriff für das menschliche Gehirn

**Hippocampus:** Ort im Gehirn, an dem Erinnerungen gebildet und gespeichert werden.

**Hirnrinde:** auch Kortex genannt; Furchen, Windungen, Falten-Oberfläche des Hirns; Ort im Hirn an dem Nervenzellen ihren Platz haben

**Limbisches System:** System im Gehirn, das auf erste Gefühle und Eindrücke (reflexartig) reagiert

**Neurone:** Nervenzellen

**Neurogenese:** Bildung von Nervenzellen

**Neuroplastizität:** Eigenschaft von Synapsen und Nervenzellen sich ständig neu und flexibel zu entwickeln und zu gruppieren

**Synapsen:** Kontaktstellen zwischen den Nervenzellen

**Thalamus:** Vermittler von Sinneseindrücken zur Hirnrinde und zur Amygdala

# 1. Abstract

Um dem fortschreitenden Wandel der Bevölkerungsstrukturen gerecht zu werden, ist eine gesellschaftlich-politische Wendung hinsichtlich vermehrter Akzeptanz des Alterungsprozesses erforderlich. Für diesen Umbruch und um den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen älterer Menschen in unserer Gesellschaft entgegenzukommen, bedarf es gezielter Unterstützungs- und Präventionsmaßnahmen für diese einzelnen Zielgruppen. Bildungsangebote, die speziell auf Altersgruppen in der nachberuflichen Phase abzielen, stellen ein Medium für die Förderung des gesundheitlichen Wohlbefindens im Alter dar.

Die Erhaltung der Gesundheit im Alterungsverlauf, sowie maßgebliche Aspekte der gesundheitlichen Bedeutung von aktiver Bildung im Alter und Ressourcen für das Lernen im Alter werden im ersten Teil der vorliegenden Arbeit aus biomedizinischer, psychologischer sowie aus soziologischer Betrachtungsweise vorgestellt. Bildungsbeteiligung im Alter begünstigt soziales Lernen und aktive Teilhabe. Die Entwicklung neuer außerfamiliärer Netzwerke wird durch die Partizipation an Bildungsangeboten gestärkt. Gleichzeitig fördert der Erwerb von neuem Wissen die Neuroplastizität des Gehirns –einer Eigenschaft von Synapsen und Nervenzellen sich ständig neu zu entwickeln– und die Entstehung neuer Handlungs- und Denkmuster beim Einzelnen. Diese Faktoren sind elementar für die Förderung psychischer und geistiger Entwicklung im Alter.

Anhand meiner empirischen Studie aus dem Bereich Public Health, die auf einer Stichprobe aus der Kohorte des spezifischen Bildungsangebots „Senioren-Uni“ an der HAW Hamburg beruht, werden im zweiten Teil dieser Arbeit die Bedeutung von aktiver Bildungsteilhabe als Faktor für die Gesunderhaltung im Alter untersucht; und die erhobenen Ergebnisse vorgestellt. Dabei werden speziell die beiden Determinanten soziale Teilhabe und Vernetzung, und deren Funktion untereinander, beleuchtet. Das abschließende Résumé fasst Schlussfolgerungen aus der empirischen Untersuchung und den wissenschaftlichen theoretischen Erkenntnissen zusammen.

Abschließend werden praktische Handlungsempfehlungen für das spezifische Bildungsangebot „Senioren-Uni“ abgeleitet.

# Theoretischer Teil

## **2. Einleitung**

In den meisten westlichen Industrienationen findet seit etwa 30 Jahren ein grundlegender Wandel in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung statt. Während der Anteil älterer Menschen steigt, sinkt die Geburtenrate und damit der Anteil junger Menschen. Zugleich ist die Mehrzahl der Menschen, die das Pensions- bzw. Rentenalter erreichen, insgesamt mobiler und gesünder als je zuvor. Dieser Zugewinn an Lebenserwartung und an Lebensqualität impliziert neben einem nicht zu unterschätzenden Potential für die gesellschaftliche Produktivität auch individuelle und gemeinschaftliche Herausforderungen. Die Veränderung familiärer und verwandtschaftlicher Strukturen, der intergenerationelle Wandel, sowie politische, soziokulturelle und wirtschaftliche Veränderungen zählen zu den Auswirkungen der demographischen Entwicklung (Bundesamt, 2009).

Wichtige Voraussetzungen, um eine Gesellschaft für alle Lebensalter zu gestalten und sicherzustellen, sind soziale Teilhabe und die Integration von älteren Altersgruppen in gesellschaftliche Entwicklungen. Infolgedessen bilden gezielte und übergreifende Gestaltungs- und Unterstützungsmaßnahmen, insbesondere im dritten und vierten Lebensabschnitt, einen wesentlichen Bestandteil für die Entwicklung einer älter werdenden Gesellschaft. Zugleich darf die gesellschaftlich-politische Stärkung und Förderung der älteren Generationen nicht zum Nachteil der jüngeren Menschen erfolgen (Altenberichtskommission, 2010; Kolland, 2011).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahre 2002 in ihrem Konzept des „Aktiven Alterns“ den Faktor „Lebenslanges Lernen“ als einen bedeutenden Ansatzpunkt benannt. Dieses Konzept der WHO hat die Zielsetzung, die Lebensqualität alternder Menschen durch Chancengleichheit bei den Determinanten Gesundheit, Bildung, soziale Teilhabe und Sicherheit insgesamt zu verbessern (WHO, 2002).

In der Verpflichtungserklärung der UN-Wirtschaftskommission für Europa (Economic Commission for Europe- UNECE) für die Gewährleistung der vollen gesellschaftlichen Integration und Teilhabe der älteren Menschen in Europa, wird

eine der empfohlenen Strategien als „...die Förderung von lebenslangem Lernen und Bildung für ältere Menschen...“ benannt (UNECE, 2010).

Die Partizipation an politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, das Eingebundensein in die Gemeinschaft, der Erhalt individueller Selbstverantwortlichkeit und Selbstbestimmung sowie eine Stärkung der Kompetenzen zur Bewältigung sich verändernder Lebensumstände und Alltagsanforderungen sind wichtige Faktoren für die Bewahrung von Lebensqualität und den Erhalt geistiger und körperlicher Kräfte. Dies ist insbesondere bedeutsam für die Lebensbewältigung und -gestaltung im Alter. Bildungsangebote für ältere Erwerbstätige sowie für Ältere in der nachberuflichen Phase können dazu beitragen, diese Bedingungen individuell sowie gesellschaftlich zu fördern. So stellt die Möglichkeit, sich mit gesellschaftlichen Fragen auseinanderzusetzen und Veränderungen mitzugestalten, neben dem persönlichen Gewinn für den Einzelnen, auch Potenziale für die Gesellschaft dar. Erwachsenenbildung der Älteren kann als ein Ansatz dienen, um Menschen in höheren Lebensphasen aktiv an gesellschaftsrelevanten Entscheidungen zu beteiligen und dadurch zukünftige Entwicklungen voranzubringen. Hinsichtlich der Folgen des demographischen Wandels ist es von besonderer Bedeutung, dass die Zielgruppe der Älteren bei Entscheidungen, die für diese Bevölkerungsgruppe für die Zukunft getroffen werden, einbezogen wird und auch aktiv partizipiert (Heidecker/Schneeberger, 2011).

Sachwissen und die Fähigkeit zu (kritischer) Reflexion und Diskussion sind dabei von großer Bedeutung. Dies erfordert wiederum geistige und intellektuelle Flexibilität.

Darüber hinaus wird heutzutage von Arbeitnehmern jeden Alters eine erhöhte Anpassungsfähigkeit erwartet. Der steigende Bedarf an Kompetenzen und Weiterqualifikation des Individuums im alltäglichen Leben und besonders auf dem Arbeitsmarkt setzt einen Fokus auf den Faktor der Weiterbildung im gesamten Lebenslauf. Neben den informations- und kommunikationstechnologischen Anforderungen werden besondere individuelle Kompetenzen (s.g. „soft skills“) von Arbeitnehmern verlangt, die diese trainieren und nachweisen sollen. Der wachsende Anteil an älteren Beschäftigten auf dem Arbeitsmarkt macht Weiterbildungsangebote und deren Nachfrage zu einem zentralen Thema der Bildungspolitik (Altenberichtskommission, 2010;Heidecker/Schneeberger, 2011).

Gesundheit im Alter bedingt –neben den genannten Faktoren wie der Erhaltung der Selbstständigkeit oder einer aktiven Teilhabe– sowohl die Sicherung der Gesundheitsversorgung, als auch die Prävention von Krankheiten und die aktive Förderung der Gesundheit (Walter, 2008).

Gesundheitsbildung ist ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung von gesundheitsförderndem Verhalten bei Menschen in allen Lebensphasen. Viele Angebote der Erwachsenenbildung für Ältere befassen sich mit Gesundheitsthemen. Erwachsenenbildung und Gesundheitsbildung sind damit häufig verknüpft. Die Kompetenzstärkung durch partizipatives Lernen zum Gesundheitsverhalten, kann bei der Bewältigung von auftretenden Gesundheitsstörungen im Alter einen wichtigen Beitrag leisten. Eine aktiv-partizipierende Form der Gesundheitsbildung bedeutet, dass Gesundheit durch eigenes aktives Handeln erlebt und dadurch eingeübt wird (Waller, 2006:219-229).

Offen bleibt allerdings, wie der Zugang zur Erwachsenenbildung erfolgt. Um dieselben Voraussetzungen für aktives Altern zu schaffen, muss allen älteren Menschen unabhängig von Geschlecht, Schichtzugehörigkeit und (Bildungs-) Herkunft der Zugang zu Bildungsangeboten gewährleistet werden. Um Maßnahmen für eine Inklusion der gesamten Zielgruppe älterer Menschen an Bildungsangeboten zu entwickeln, muss erhoben werden, wie die tatsächliche Bildungsbeteiligung dieser Zielgruppe sich zum jetzigen Zeitpunkt gestaltet (Heidecker/Schneeberger, 2011).

### *2.1. Problemstellung*

Gerontologische Studien haben gezeigt, dass die Lernfähigkeit eines Menschen bis ins hohe Alter bestehen kann. Die Herausforderung für Anbieter von Seniorenbildung ist daher, die vorhandenen Angebote und Themenbereiche auf die verschiedenen Lebensphasen innerhalb des Alternsprozesses anzupassen und spezielle Angebote gemäß den Wünschen und Anregungen der Zielgruppe zu entwickeln. Die Themen ergeben sich dann aus den jeweiligen Lebenssituationen der Nachfrager. Angebote für ältere Erwerbstätige unterscheiden sich meist von denen in der nachberuflichen Phase; sie umfassen daher andere Themenstellungen und Anforderungen.



Das Thema Gesundheit im Alter ist aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung und den dazugehörigen Entwicklungen in der westlichen Welt ein wichtiger Inhalt der Public-Health-Wissenschaften. Die Weiterbildungsforschung hat sich mit dem Thema Bildung und Alter in mehreren Studien befasst (Menning, 2008; Gabrych/Pahl, 2011; Werner, 2005).

Doch über den Zusammenhang von Lernen und Bildung im Alter als Faktor gesundheitsförderlichen Verhaltens ist bisher nur in begrenztem Umfang geforscht worden. Außerdem befasst sich die Forschung heutzutage –durch den demografischen und soziökonomischen Wandel in den westlichen Industrienationen bedingt– eher mit der Weiterbildung für ältere Erwerbstätige.

## *2.2. Fragestellung und Zielsetzung*

In dieser Arbeit sind folgende Fragen als Ausgangspunkt für die Forschung relevant: Warum ist der Faktor Bildung im Alter maßgebend für die Gesundheit Älterer? Wie kann Erwachsenenbildung für ältere Erwachsene als Determinante für ein aktives Alter(n) wirken? Und inwieweit kann eine aktive Teilhabe an Bildung für die Lebensqualität eines Menschen ausschlaggebend sein?

Ziel dieser Arbeit ist das Thema Erwachsenenbildung von älteren Menschen in der nachberuflichen Phase als Gesundheitsfaktor aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Im Zentrum stehen ein theoretischer und ein empirischer Teil. Anhand meiner empirischen Studie, die auf einer Stichprobe aus der Kohorte der Zuhörerinnen und Zuhörer des Bildungsangebots Senioren-Uni der HAW Hamburg beruht, werde ich aufzeigen, dass Bildung im Alter ein wichtiger Faktor für die geistig-mentale und psychosoziale Gesunderhaltung darstellt. Die besondere Perspektive meiner Arbeit liegt auf dem Aspekt der sozialen Teilhabe und Vernetzung untereinander.

## *2.3. Aufbau der Arbeit*

Zunächst stelle ich den theoretischen Teil dar, dann folgt das empirische Kapitel. Die Bedeutung von Vernetzung und sozialer Teilhabe wird in meiner Studie hervorgehoben. Im theoretischen Teil werden relevante Aspekte der gesundheitlichen Bedeutung von aktiver Bildung im Alter und Ressourcen für das Lernen im Alter vorgestellt. Dazu werden verschiedene aktuelle Forschungsergebnisse und Theo-

rien zum Thema Lernen im aktiven Alter wiedergegeben und erläutert. Um Bildungsangebote für ältere Erwachsene als Faktor in der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu diskutieren, werden im Rahmen dieser Arbeit Bildung und Gesundheit im Alter aus drei verschiedenen Perspektiven betrachtet. Damit wird eine einseitige Sicht auf den Zusammenhang der Faktoren Bildungsteilhabe und Gesundheit im Alter vermieden. Als Grundlage dafür verwende ich drei der geltenden vier grundlegenden Betrachtungsweisen von Gesundheit: biomedizinisch, psychologisch, soziologisch. Die ökologische Perspektive wird nicht integriert, da sie beim Thema Bildung im Alter eine untergeordnete Rolle spielt.

Im Abschnitt „Biomedizinische Perspektive“ (3.3) werden neurologische Einflüsse eines gesunden alternden Gehirns beschrieben und der Faktor Lernen im Alter anhand der aktuellen neurobiologischen Forschung dargelegt. Darüber hinaus wird die Bedeutung kognitiver Aktivitäten im höheren Erwachsenenalter beleuchtet. Im darauffolgenden Abschnitt „Psychologische Perspektive“ (3.4) werden dann Aspekte der seelischen Gesundheit im Alter dargestellt. Abschließend soll die „soziologische Betrachtungsweise“ (3.5) zeigen, welche sozialen Komponenten auf Lernaktivitäten im Alter einwirken und welche Bedeutung soziale Ressourcen und Risiken auf Bildungsteilhabe im Alter haben.

Der theoretische Teil bildet die Grundlage für die Bildung von Hypothesen und Annahmen, die im empirischen Teil untersucht werden. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwachsenenbildung für Ältere wird anhand eines spezifischen Bildungsangebots für ältere Erwachsene vorgestellt: Der Senioren-Uni der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Zur Einleitung des empirischen Teils erfolgen eine Beschreibung des Hintergrunds der Studie und anschließend die Darstellung der methodischen Grundlagen und die Vorstellung der Ergebnisse. Die Limitationen der Studie werden abschließend beschrieben. Zusammenfassend werden im Fazit die Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Handlungsempfehlungen und persönliche Einschätzungen diskutiert.

### ***3. Gesundheitliche Bedeutung von Bildung im Alter***

#### *3.1. Gesundheit im Alter und deren Erhaltung*

Während der Literaturrecherche wurden zum Begriff „Altern“ unterschiedliche Definitionen entdeckt. In einigen Definitionen wird das Alter in Phasen, die der Lebenslauf eines Menschen mit sich bringt, eingeteilt (Heinz, 2007).

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Definitionen über die Zusammenhänge zwischen dem Alter und einer Vielzahl von sozialen Merkmalen: z.B. dem Geschlecht, dem Bildungsstand, der Gesundheit oder familiären Strukturen (Heinz, 2007).

Der Alternsprozess dagegen wird oft anhand unterschiedlicher Perspektiven von Gesellschaften bestimmt. Der festgelegte Habitus für Menschen verschiedener Altersgruppen unterscheidet sich demnach in den unterschiedlichen Kulturen. Heinz (Heinz, 2007) benennt in diesem Zusammenhang die Wirkung auf den Alternsprozess durch kulturell bedingte Werte, Traditionen und fortwährende gesellschaftliche und politische Entwicklungen.

Zugleich ergab sich während der Literaturrecherche der Begriff der „neuen“ Alten. Hier spielen Veränderungen der Altersphasen in den heutigen Altengenerationen im Gegensatz zu früheren Generationen eine Rolle: *„Neu ist natürlich jede ins Alter kommende Generation. Es gibt eine ganze Menge Neues am Alter heute und in absehbarer Zukunft. Die neuen Alten sind soziologisch-strukturell jedoch nur ein Teilphänomen des neuen Alters. Es umfasst mehr als einzelne Verhaltens- und Einstellungsunterschiede der jungen Alten heute im Vergleich zu den vorgehenden Altengenerationen und den heutigen alten Alten.“* (Tews, 2012:23).

Auf die soziologischen Themen Alterskonstrukte und Altersbilder soll in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden (Kuhmlehn, 2012).

Aus den genannten Definitionen lässt sich ableiten, dass Alter (n) ein interindividuell sehr unterschiedlicher Prozess ist: Menschen fühlen sich in allen Phasen ihres Lebensverlaufs auf wechselnde Art und Weise gesund oder krank und der gesundheitliche Status eines Menschen wird demnach nicht allein vom chronologischen Alter beeinflusst. Gesund älter zu werden wird heute als eine lebenslange Aufgabe gesehen; dies bedingt der Förderung aller Altersgruppen von Geburt an (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Der Alterungsprozess eines Menschen beginnt mit dem Zeitpunkt der Geburt und dauert an bis zum Tod. „Älter werden“ ist ein natürlicher Vorgang, der konstante Lebensveränderungen einschließt. Dennoch ist dieser Prozess abhängig von individuellen, zeitlichen und äußeren Gegebenheiten; Und er ist beeinflussbar (Kuhlmeier 2008).

Daher ist die Verwendung des Begriffs „des Alters“ an dieser Stelle ungeeignet.

Im Folgenden wird erläutert wie der Begriff „Gesundheit im Alter“ verstanden wird und auf welchen Wegen Handlungsfelder und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung (nach der Ottawa Charta von 1986) interagieren können, um die Voraussetzungen für gesundes Altern zu schaffen und welchen Beitrag dabei das Setting Erwachsenenbildung für Ältere leistet.

Gegenwärtig werden die Menschen in den westlichen Industrieländern gesund älter und leben länger, obwohl generell gesundheitliche Beeinträchtigungen mit steigendem Alter zunehmen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fördert in ihren Programmen das Verständnis vom Gesunden Altern (healthy ageing). Die Konzepte und Strategien der WHO zur Gesunderhaltung der Zielgruppe der älteren Erwachsenen orientieren sich an Strategien der Gesundheitsförderung. Das Modell des „Aktiven Alterns“ (active ageing) wurde im Jahre 2002 von der WHO entwickelt, um den Folgen des demographischen Wandels zu begegnen (Walter, 2008 nach WHO, 2002).

*„Unter Aktiv Altern versteht man den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern.“ (WHO, 2002:12).*

Der Begriff „Aktives Altern“ bezieht sich demnach auf Individuen als auch auf Bevölkerungsgruppen und beschreibt die Chance auf Teilhabe am sozialen Umfeld als eine Voraussetzung für physisches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Zudem wird die Sicherheit und Versorgung von Hilfsbedürftigen als Ziel für Sozial- und Gesundheitssysteme einbezogen (WHO, 2002).

Die Gesundheit von Menschen und deren Erhaltung ist in allen Altersgruppen abhängig von unterschiedlichen Lebensbedingungen, und von individuellen Gegebenheiten, aber auch Betrachtungsweisen. Menschen besitzen subjektiv empfun-

dene Vorstellungen und Erklärungsmodelle zur (eigenen) Gesundheit, sogenannte „Laienkonzepte von Gesundheit“. Die Tatsache, dass sich Menschen eigene Begrifflichkeiten von Gesundheit machen und sich für ihre eigene Gesundheit interessieren bzw. den Wunsch haben sie zu fördern, stellt eine wichtige Ressource dar, auf der Gesundheitsförderungsprogramme aufbauen können. Die französische Medizinsoziologin Herzlich untersuchte im Jahre 1973 Angehörige der Pariser Mittelschicht und stellte fest, dass Konzepte zum Thema Gesundheit und Krankheit sich je nach Geschlecht, Sozialschicht, Kultur und Alter unterscheiden. Studien zu altersbezogenen Unterschieden von Millstein und Irwin aus dem Jahre 1987 haben verdeutlicht, dass sich Gesundheitskonzepte mit zunehmendem Alter verändern und weiterentwickeln können. Ältere Menschen, die –bedingt durch den Alterungsprozess– vermehrt mit Funktionseinschränkungen und anderen Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit konfrontiert sind, definieren Gesundheit anders als jüngere Menschen (Waller, 2006:13-18).

Gesundheit im Alter wird also von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Von außen nach innen betrachtet: Zu den äußeren Faktoren zählen soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie z.B. soziale Teilhabe, das Gesundheits- und Pflegeversorgungssystem, genderspezifische Aspekte, oder die Integration älterer Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt sowie weitere soziologische und ökologische Ressourcen und Risiken. Zu den inneren Faktoren zählen z.B. das persönliche Gesundheitsverhalten, biografische Erlebnisse, und biologische (genetische), psychologische Ressourcen und Risiken. Darüber hinaus wirken auf die Gesundheit von älteren Menschen gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen ein. Der gegenwärtige demografische Verlauf hat mehrdimensionale Auswirkungen auf die Gesundheit von Älteren. Die gestiegene Lebenserwartung von Männern, und insbesondere von Frauen in der westlichen Welt impliziert einen Anstieg von altersassoziierten Gesundheitsproblemen, wie nicht-übertragbare und chronische Krankheiten, zunehmende seelische Leiden und eine wachsende Pflegebedürftigkeit (Kuhlmey, 2008).

Auch der Anteil sozioökonomischer Ungleichheiten bei älteren Menschen wächst. Bestimmte Lebensumstände, die von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst sind und zusammentreffen, begünstigen soziale Benachteiligung. Dazu können z.B. benachteiligte Bildungschancen, geringes Einkommen, oder genderspezifische

Aspekte gehören. Besonders die Altersarmut unter älteren Frauen ist eine fortschreitende negative Entwicklung. Gleichwohl beinhaltet die höhere Lebenserwartung eine prognostisch längerfristige Lebensqualität und nachhaltige physische sowie geistige Gesundheitserhaltung (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Manche Krankheiten und Einschränkungen im Alter sind positiv beeinflussbar. Die Erzielung eines gesunden Alternsprozesses beinhaltet neben einer gesundheits-erhaltenden Förderung älterer Menschen auch die Vermeidung altersbedingter Erkrankungen und Funktionseinschränkungen durch präventive Ansätze. Durch Gesundheitsförderung und Prävention können Eintritt und Folgen mancher Erkrankungen verringert werden. Psychosoziale Komponenten, wie eine aktive Kompetenzstärkung als Medium zur Selbsthilfe und das Empowerment der Zielgruppen stehen dabei im Vordergrund. Von entscheidender Bedeutung ist in erster Linie eine Gesundheitsauffassung, die unter Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit versteht, sondern die Förderung von selbstbestimmten Handeln, aktiver Lebensgestaltung, ein stabiles soziales Unterstützungssystem und die Sicherung einer gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstruktur als Grundlagen hat (Walter, 2008; Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Um gesundheitsfördernde Projekte und Unterstützungsmaßnahmen für die Zielgruppe der Älteren effektiv und ergebnisorientiert gestalten zu können, bedarf es einerseits eines passenden Zugangs, um möglichst viele Menschen aus der Zielgruppe tatsächlich zu erreichen, und andererseits gezielter Grundlagen und Instrumente, an denen sich die Mitwirkenden orientieren können und an dem sie durch intrinsische Motivation beteiligt sind.

### *3.2. Bildung im Alter und Abgrenzung zur beruflichen Weiterbildung*

Obwohl in der Literatur der Begriff Erwachsenenbildung neben der beruflichen Weiterbildung für Erwerbstätige auch die Seniorenbildung inkludiert, geht diese Arbeit ausschließlich auf die Wirkungen von Bildungsmaßnahmen in der nachberuflichen Phase ein. Die Weiterbildung von Berufstätigen in der zweiten Berufshälfte zu berücksichtigen, würde dem Thema dieser Arbeit nicht gerecht.

Lernen und Bildungsteilhabe in der beruflichen und in der nachberuflichen Phase sind aufgrund verschiedener Faktoren voneinander abzugrenzen. Bei Menschen, die nach ihrer Erwerbstätigkeit Bildungsangebote wahrnehmen, gibt es nicht den-

selben Verwertungsdruck, der die heutige Weiterbildung neben dem und im Beruf zunehmend kennzeichnet. Anstelle dieses Verwertungsdrucks treten neue Formen und Motive von selbstgewählter Bildung auf, wie z.B. bürgerschaftliches Engagement (ehrenamtliche Tätigkeiten), Erweiterung persönlicher Erfahrungen oder des allgemeinen Wissensschatzes. Menschen jenseits der Erwerbstätigkeit betreiben Weiterbildung eher aus aktuellen und persönlichen Interessen heraus. Die Auswahl der Inhalte erfolgt mehrheitlich nach individuellen Kriterien, und eben nicht nach Vorgaben eines Arbeitgebers oder notwendigen Weiterbildungsinhalten zur Fortbildung im Berufsfeld (Siebert, 2011). Es ergibt sich daraus häufig eine selbstgewählte Professionalisierung in einem neuen, dem früheren Beruf fernen, Interessen- oder Tätigkeitsfeld. Kuhmlehn (2012:179, nach Kade) sagt voraus: *„Die Altersbildung der Zukunft wird systemisch vernetzt, nachfragebezogen und selbstorganisiert sein.“*

In der Literatur wird in Verbindung mit Bildung und Alter, häufig der Begriff des „Lebenslangen Lernens“ verwendet. Die Relevanz für „Lebenslanges Lernen“, ist in Verbindung mit den sich ändernden Anforderungen im Alltag und durch den sozioökonomischen Wandel zu sehen (z.B. Neuerungen in der elektronischen Datenverarbeitung und -übermittlung). In der humanistischen Bildung wird das Lernen im gesamten Lebensverlauf als eine Bedingung von Freiheit, also als ein Menschenrecht verstanden (Kuhmlehn, 2012). Das trifft auch auf die älteren Bildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu.

Inwieweit ein älterer Mensch seine Partizipationschancen im Setting der Seniorinnen- und Seniorenbildung tatsächlich nutzt, ist abhängig von mehreren Bedingungen. Ein Beweggrund für die Bildungsbeteiligung im höheren Erwachsenenalter, ist eine subjektive Lernbereitschaft. Diese entsteht meist schon in früheren Jahren, denn ein Mensch erfährt Bildung bewusst spätestens ab dem Schulalter. Zudem ist die individuelle kognitive Lernfähigkeit notwendig, aber nicht ursächlich für die Beteiligung an Bildungsangeboten. Bildungsstatus und Bildungsbiografie sind neben persönlichen Erfahrungen und individuellen Interessen wichtige Einflussgrößen (Kolland, 2011).

Darüber hinaus sind institutionelle Faktoren ausschlaggebend für eine aktive Teilnahme, z.B. ob der Zugang niedrigschwellig ist, oder wie das bestehende Angebot von Weiterbildung im nahen Umkreis der Nachfragegruppe aussieht. In der Bun-

desrepublik ist z.B. die Zahl von Bildungseinrichtungen für ältere Zielgruppen gegenwärtig noch geringer als in skandinavischen Ländern (6. Altenberichtscommission, 2010).

Kolland (2011) bezeichnet die Bedingung des Handlungsalltags auf das Lernen im Alter folgendermaßen:

*„Lernen im Alter ist zu beziehen auf die Veränderungen, die sich durch die Pensionierung ergeben, auf die Veränderungen, die sich im höheren Alter in gesundheitlicher Hinsicht einstellen, auf technologische Wandlungsprozesse und auf Veränderungen in den sozialen Beziehungen.“* (Kolland, 2011: 02-4).

Hier findet sich eine erste ernstzunehmende Bezugnahme auf Bildung im Alter und die Einflüsse sozialer Beziehungen auf den Bildungsprozess. Dieser Aspekt wird später genauer ausgeführt, zunächst sollen jedoch biomedizinische Anteile der gesundheitlichen Bedeutung von Bildung im Alter erläutert werden.

### *3.3. Biomedizinische Perspektive*

Die biomedizinische Perspektive beleuchtet den Einfluss physischer Ressourcen und Risiken auf die Entstehung und den Verlauf von Gesundheits- und Krankheitsaspekten, mithilfe medizinischer Kriterien (Waller, 2006:37-40).

Im folgenden Kapitel werden neurobiologische Vorgänge des aktiven Lernens und daraus resultierende gesundheitsfördernde physische Aspekte beleuchtet.

Die Phasen, die ein Mensch im Lebenslauf durchlebt, umfassen unterschiedliche physiologische Aufbau- und Abbauprozesse. Diese Veränderungen im Laufe des Alterungsprozesses sind individuell verschieden und multilateral.

Die Vitalfunktionen des menschlichen Organismus reduzieren sich schrittweise über einen langen Zeitraum. Das Herz-Kreislauf-System, die Atmungsorgane, die Sinnesorgane, das Immunsystem sowie der Bewegungs- und Stützapparat werden schwächer (Kruse, 2008).

Körperliche und persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten verändern sich im Verlauf des Älterwerdens. Einige Kompetenzen optimieren sich, andere verschlechtern sich wiederum, und manche bleiben unverändert. Im Gehirn (Encephalon) finden bis zum Lebensende vielseitige, hochkomplexe Reifungs- und Veränderungsprozesse statt. Ein gesundes Gehirn bildet eine elementare Ressource für



die Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen in jedem Lebensabschnitt. Eine Voraussetzung dafür ist, in jeder Altersgruppe, die Stimulation des Gehirns durch Kognitionen, Emotionen und zwischenmenschliche Interaktionen. Daraus ergibt sich, dass das menschliche Gehirn nicht eine rein biologische Struktur, sondern vielmehr ein soziales Organ ist, welches mit anderen Gehirnen in Verbindung steht (Cozolino, 2010). Hier findet sich wieder ein Hinweis auf die hohe Bedeutung sozialer Beziehungen.

Welche neurologischen Einflüsse auf ein gesundes alterndes Gehirn einwirken, und welche Rolle kognitive Aktivitäten im höheren Erwachsenenalter dabei spielen, wird folgend dargestellt. Dazu werden aktuelle Erkenntnisse aus der sozialen Neurowissenschaft beleuchtet.

Die neurobiologischen Forschungserkenntnisse der letzten Jahre revidieren die zuvor verbreitete Annahme, dass sich die Gehirnentwicklung mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter ausschließlich verschlechtere, das Gehirn sich abbaue (Cozolino, 2010).

Nach dem heutigen Stand der Neurowissenschaften ist das menschliche Gehirn *„...zeitlebens zur adaptiven Modifikation und Reorganisation seiner einmal angelegten Verschaltungen befähigt...“* (Hüther, 2011:17).

Das menschliche Gehirn entwickelt sich demnach während der gesamten Lebensspanne eines Menschen und besitzt die Fähigkeit seine Strukturen an innere und äußere Erfordernisse anzupassen. Daraus ergibt sich ein Potenzial, das lebenslanges Lernen möglich macht (Herschkowitz, 2006:35-58).

### *3.3.1. Kurzübersicht Neurophysiologie des alternden Gehirns*

Das Encephalon besteht aus unzähligen-, spezialisierten Systemen, neuronalen Netzwerken und Kommunikationsfasern, die aufeinander abgestimmt sind und zusammenwirken, um immer komplexere Aufgaben auszuführen.

Nach Herschkowitz (2006:17-19) ist das Endhirn (Telencephalon) unterteilt in zwei zerebrale Hemisphären mit verschiedenen Arbeitsweisen, die durch den „corpus callosum“ (der Balken) miteinander verbunden sind und Teile des Zwischen- und Mittelhirns abdecken. Während die linke Hirnhälfte eher konkrete Details erfasst, nimmt die rechte Hirnhälfte die Gesamtheit von Dingen wahr. Die Hirnrinde, ober-

halb der anderen Hirnstrukturen gelegen, hat eine faltige Struktur und ist Sitz der Nervenzellkörper. Die Spezialgebiete der Hirnrinde sind zwar verteilt, sie wirken aber gemeinsam im gesamten Netzwerk des Gehirns. Dies ermöglicht zeitgleiche Abläufe von verschiedenen Prozessen. Die Hirnrinde ist an Denkprozessen, an emotionalen Ereignissen-, und an der Koordination von Erinnerungen beteiligt (Herschkowitz, 2006).

Unabhängig davon, ob Gedächtnisleistungen oder motorisches Verhalten gesteuert werden, sind unterschiedliche neuronale Netzwerke im Gehirn beteiligt, und jedes einzelne dieser Systeme weist eigene Paradigmen an altersbedingten Veränderungen auf. Die Nervenzellen sind bis zum Lebensende fähig, ihre hochkomplexen Zellverschaltungen an veränderte Nutzungsbedingungen zu akkommodieren (Cozolino, 2010).

Das Anpassungspotenzial der neuronalen Verschaltungen und strukturellen Veränderungen entsteht vermutlich aufgrund von erlebten Erfahrungen eines Menschen. Dass heißt Verschaltungen und deren strukturelle Festigung im Gehirn sind davon abhängig, wofür ein Mensch sein Gehirn in der Gegenwart sowie in der Vergangenheit benutzt und benutzt hat. Daraus lässt sich ableiten, dass es zeitlebens lernfähig, strukturell formbar und damit wandelbar ist (Hüther, 2011).

Die Weiterentwicklung und Komplexität eines Gehirns ist also abhängig davon, ob es neue Aufgaben lösen und neue Anforderungen bewältigen muss, und welche Gefühle damit assoziiert werden: *„...Wofür ein Gehirn benutzt werden kann, hängt zwangsläufig davon ab, wie es aufgebaut ist. Und wie ein Gehirn aufgebaut ist, ist wiederum davon abhängig, wofür es bisher gebraucht wurde, und zwar nicht nur von dem jeweiligen Besitzer, sondern auch von dessen Vorfahren...“* (Hüther, 2011:21). Dies bedeutet, dass sowohl genetische Anlagen eine Rolle bei der Hirnentwicklung spielen als auch äußere Bedingungen, die Einfluss auf die Hirnkonstruktion mehrerer-, aufeinanderfolgender Generationen nehmen (Hüther, 2011).

Für diese Arbeit ist entscheidend, dass soziale Beziehungen, auch in historischer Perspektive, an der Entwicklung der Hirnkonstruktion beteiligt sind.

Fasst man die vorliegenden Befunde zusammen, so liegt es nah, dass altersbedingte Modifikationen von unterschiedlichen Variablen abhängen. Neben der Komplexität der Beschaffenheit und dem strukturellen System des Gehirns, beeinflussen Erfahrungen und Handlungen, äußere soziale Bedingungen, genetische

Anlagen, sowie die physische und psychisch-seelische Gesundheit eines Menschen, altersbedingte Veränderungen eines Gehirns (Cozolino, 2010).

Es ist zu folgern: Wenn die Lebensgestaltung im Alter aktiv und bewusst erfolgt, ist ein Gehirn bis zum Lebensende fähig, neue und verbesserte Kompetenzen zu entfalten (Herschowitz, 2006).

### *3.3.2. Neuronale Mechanismen des menschlichen Lernens und Gedächtnisses*

Lernen und Gedächtnis zählen zu den grundlegendsten Funktionen des menschlichen Gehirns und sind sehr eng miteinander verbunden. Diese Vorgänge werden hier knapp beleuchtet, da sie eine Verbindung zu sozialen Aspekten des Lernens beinhalten. An Lern- und Gedächtnisvorgängen ist insbesondere das limbische System beteiligt. Zum limbischen System gehören einzelne Strukturen, die in unterschiedlichen Hirnabschnitten liegen. Dazu zählt u.a. der Hippocampus. In den dortigen komplexen Verschaltungsmustern werden neue Informationen gespeichert und damit das Lernen ermöglicht (Ulfig, 2008).

Der neuronale Vorgang des Lernens besteht grob dargestellt aus der Sinnesaufnahme äußerer Eindrücke durch das zentrale Nervensystem (ZNS), der folgenden Erzeugung, Verarbeitung-, und Abspeicherung der Informationen, und einer körperlichen Verhaltensreaktion auf diese Eindrücke (Bednorz, 2002).

Bei der Sinnesaufnahme werden (visuelle, auditive, olfaktorische etc.) Informationen als elektrische Impulse in den Thalamus geleitet. Dieser sendet weiter an die primäre Seh- und Hirnrinde, und gleichzeitig an die Amygdala (Mandelkern). Die Amygdala ist Teil des limbischen Systems im Gehirn, das besonders auf Emotionen reagiert. Deshalb werden die Informationen hier auf ihren emotionalen Inhalt untersucht. In der primären Sehrinde werden parallel die (visuellen) Informationen gesammelt und an die Assoziations-Sehrinde gesendet. Es wird vermutet, dass an diesem Vorgang verschiedene Gruppen von Neuronen beteiligt sind. Die Hirnrinde und die Amygdala konvertieren nun den Gesamteindruck des aufgenommenen Bildes, und leiten diesen an den Hippocampus zur Kurzzeitspeicherung weiter. Zur Langzeitspeicherung wird die Erinnerung dann sukzessive der Assoziations-Sehrinde zugeführt. Wenn erlebte/erlernte Informationen zu einem späteren Zeitpunkt wieder abgerufen werden müssen, kann das Arbeitsgedächtnis seine ver-

fügbaren Informationen mit denen aus dem Langzeitgedächtnis abgleichen (Herschkowitz, 2006).

Die genaue Lokalisation des Gedächtnisses ist nicht möglich. Es wird angenommen, dass Erinnerungen keinen festen Sitz im Gehirn haben, sondern durch die Interaktion zwischen Neuronen funktionieren. Forschungen haben ergeben, dass die Transformationen vom Kurzzeit- ins Langzeitgedächtnis größtenteils im Schlaf stattfinden (Herschkowitz, 2006).

Dass Menschen in der Lage sind in jedem Alter zu lernen, ist mit dem Prozess der neuronalen Plastizität verbunden, einer Eigenschaft von Synapsen und Nervenzellen sich ständig neu und flexibel zu entwickeln und zu gruppieren. Neuroplastische Vorgänge bezeichnen das Lernen im Gehirn anhand von biochemischen Prozessen, wie z.B. der Neurogenese, das Wachstum neuer Nervenzellen. Dies bedeutet, dass das Nervensystem sich entsprechend von Erfahrungen ständig verändert. In diesen Prozessen liegt der Schlüssel für das Verständnis von Bildungsprozessen im Alter aus biomedizinischer Sicht: das Gehirn ist zu jeder Zeit des Lebens entwicklungsfähig (Montalcini, 2007).

### *3.3.3. Eigene Einschätzung*

Vor dem Hintergrund der hier dargelegten Forschungsergebnisse ist zu vermuten, dass eine regelmäßige, aktive Teilhabe an Bildung und Lernen auch im höheren Erwachsenenalter eine förderliche neuroplastische Wirkung auf das Gehirn hat. Die Hirnstrukturen verfügen aufgrund ihrer Plastizität über das Potenzial zu wachsen und sich zu modifizieren, wenn der Mensch neue Erfahrungen macht, kognitiv stimuliert wird und sein Gedächtnis trainiert. Ausgehend davon, dass das Gehirn zudem als soziales Organ auch auf zwischenmenschliche Interaktion mit neuen neuronalen Verknüpfungen reagiert, kann man ableiten, dass gerade das soziale Lernen neben Wissenserwerb und Gedächtnistraining zur Gesunderhaltung beiträgt. Aus biomedizinischer Sicht ergibt sich daher, dass die aktive Beteiligung an Bildung im höheren Erwachsenenalter gesundheitlich äußerst bedeutsam ist.

### *3.4. Psychologische Perspektive*

Die psychologische Perspektive beleuchtet den Einfluss von psychischen und psychosomatischen Ressourcen und Risiken auf Gesundheits- und Krankheitsaspekte und die psychischen Belastungen, die aufgrund von Krankheit entstehen können (Waller, 2006).

Die psychische Entwicklung eines Menschen während des Alternsprozesses ist eng verbunden mit biologisch-physiologischen Veränderungen, und sozialen und ökologischen Faktoren. Darüber hinaus beeinflussen persönliche Erfahrungen, die ein Mensch während seines gesamten Lebenslaufs mit sich und Anderen erlebt, die seelische Reifung. Altersspezifische psychologische Veränderungen sind demnach individuell und von positiven wie negativen Entwicklungen in sozialen Beziehungen geprägt. In welchem Umfang sich z.B. der Verlust einer nahestehenden Person auf die psychische Gesundheit auswirkt, hängt aber neben äußeren Faktoren besonders von den inneren Faktoren, wie z.B. den persönlichen Coping-Strategien und Lebenserfahrungen ab. Das Risiko der Vereinsamung könnte ansteigen, jedoch wird die Vermutung, dass ältere Menschen gefährdeter für Isolation und Einsamkeit sind als jüngere Menschen durch neuere Forschungen revidiert: Als Determinanten für Vereinsamung werden eher Bildungsherkunft, sozialer Status und Kontaktfähigkeit als das Alter eines Menschen genannt (Kruse, 2008).

Eine gesunde psychische Entwicklung ist gekennzeichnet von der Fähigkeit des Menschen, unabhängig von seinem Alter, von seinen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien und seinem angeeigneten Wissen zu profitieren. Langjährig erprobte Handlungs- und Denkkompetenzen ermöglichen einen erleichterten Umgang mit gegenwärtigen und neuen Herausforderungen und stabilisieren das Selbstbewusstsein. Die Ausbildung von stabilen Persönlichkeitseigenschaften, die wiederum zur Stärkung der individuellen Handlungsspielräume führen, ist darüber hinaus eine wichtige Ressource für psychisches Wohlbefinden im Alter (Kruse, 2008).

In den verschiedenen hier bereits vorgestellten Untersuchungen wurde betont, dass zur Erhaltung und zur Förderung von psychischer Gesundheit jeder Altersgruppe die Unterstützung und Stärkung von personalen sowie sozialen Ressour-

cen wichtig sind. Dies kann anhand unterstützender Maßnahmen auf verhaltensbezogener Ebene oder durch die Förderung in den Lebenswelten bestimmter Zielgruppen (z.B. Familien) auf verhältnisbezogener Ebene erfolgen —bis hin zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (Waller, 2006).

Lernfähigkeit bleibt im Alter genauso bestehen wie bei jüngeren Menschen. Allerdings ändern sich die Umstände und Inhalte des Lernens. So brauchen ältere Menschen tendenziell für die Aneignung von Wissen mehr Lernzeit als Jüngere. Das Kurzzeitgedächtnis wird schwächer, das Langzeitgedächtnis effektiver. Aufgrund der umfassenderen Erfahrungen steigt jedoch die Fähigkeit zur Reflexion und Abstraktion. Es ist zu beobachten, dass, wenn Lernen im Alter weiterhin kontinuierlich praktiziert und damit Gedächtnis und Aufnahmefähigkeit trainiert werden, kaum ein Abfall zu beobachten ist. Darüber hinaus ergeben sich bei einigen Aufgaben auch Konstanz und Steigerungen der Lernleistung und Gedächtnisfähigkeit. Ältere Lernende haben die Fähigkeit, durch ihre Lebenserfahrung und ihr Wissen neue Themen sinnvoll zu selektieren und aufzunehmen (Kruse, 2008).

Alter und Expertenwissen korrelieren positiv. Studien haben ergeben, dass ältere Menschen, die über eingegrenztes Expertenwissen verfügen, sich Informationen dieses Sachgebiets besser merken können als Neulinge auf dem Gebiet. Dies ist auf eine hohe Plastizität kognitiver Vorgänge zurückzuführen. Wenn sich Defizite aus einer physiologischen Veränderung einstellen, bedeutet dies nicht, dass die Lernfähigkeit eingeschränkt wird, denn diese können durch Strategien der Informationsverarbeitung kompensiert werden (Montalcini, 2007).

#### *3.4.1. Eigene Einschätzung*

Viele ältere Menschen denken, dass sie nicht mehr so aufnahmefähig für neue Informationen seien und entziehen sich deshalb entsprechenden Lernaktivitäten. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse in Medizin und Psychologie belegen: dies ist ein Irrtum, den es gilt aufzuklären, und älteren Menschen Mut zum Lernen zu machen.

Lernen ist in diesem Zusammenhang nicht allein als eine Anhäufung von Wissen oder Sachinhalten zu verstehen, sondern als ein Prozess des Verstehens und Reflektierens von neuen Themen mit der Zielsetzung, dieses Neue als sinnhaft für das eigene Erleben und Denken zu erkennen und daraus neue Handlungen und

Bewertungsmuster zu entwickeln. Dieser Prozess ist gerade aufgrund der Lebenserfahrungen des älteren Menschen besonders wirksam: er stärkt die geistige Beweglichkeit und verhindert damit soziale Isolation, Stagnation und Vergessen.

Allein deswegen stellt eine aktive Bildungsbeteiligung eine nicht zu unterschätzende psychische und soziale Ressource dar.

### *3.5. Soziologische Perspektive*

Die soziologische Perspektive beleuchtet soziale und gesellschaftliche Ressourcen wie z.B. primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke und Risiken wie z.B. Armut auf Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung. Zudem werden die epidemiologischen, also die Zahlenverteilungen der Public Health Problematiken in der soziologischen Perspektive benannt (Waller, 2006).

Die Gruppe der älteren Menschen ist in ihrer Struktur bezüglich sozioökonomischer und Herkunftsfaktoren sehr heterogen. Um wirksame Strategien der Gesundheitsförderung (u.a. im Setting der Weiterbildung für ältere Erwachsene in der nachberuflichen Phase) für die Zielgruppe älterer Erwachsener und deren Lebenswelten zu schaffen, ist es bedeutsam, diese Vielfältigkeit zu berücksichtigen (Heusinger/Wolter, 2011).

Wie aktive Bildungsbeteiligung zur Gesundheitserhaltung im Alter beiträgt, wurde in den vorigen Kapiteln aus der biomedizinischen und der psychologischen Perspektive vorgestellt. Welche Rolle sozial- gesellschaftliche Ressourcen und Risiken spielen, zeigt sich an bestimmten sozioökonomischen Determinanten und der Bedeutung von familiären und außerfamiliären Netzwerken. Die Bedeutsamkeit sozialer Teilhabe an der Gruppe und gesellschaftlichen Prozessen in Bezug auf aktive Weiterbildung wird im Folgenden erörtert.

#### *3.5.1. Sozioökonomische Einflüsse und soziale Beziehungen*

Zu den Lebensbedingungen eines Menschen oder einer Gruppe gehören auch ihre sozialen Ressourcen und sozialen Risiken (z.B. Armut). Wichtige sozioökonomische Determinanten sind Alter, Geschlecht, Sprache, Bildungsstatus, Herkunft, Wohnsituation und Einkommen (Waller, 2006).

Aus der Literatur geht hervor, dass soziobiografische sowie gegenwärtige sozialstrukturelle Rahmenbedingungen Einfluss auf die Weiterbildungsaktivität in den

höheren Altersgruppen nehmen: *„Die Teilnahme an Bildungsmaßnahmen im Erwachsenenalter ist abhängig von sozialen Faktoren: dem Bildungshintergrund, der aktuellen Lebens- und Erwerbssituation, den Wertorientierungen in sozialen Milieus, der Verfügbarkeit von Bildungsangeboten in verschiedenen Regionen oder Wohnvierteln“* (Bilger/von Rosenblatt, 2008:58).

Der Zugang zu Bildung im Alter ist demnach für bestimmte Untergruppen der Gesamtgruppe Ältere Menschen begrenzt. Besonders der Faktor Bildungsstatus macht dies deutlich. Je besser die schulische Bildung und je höher der Ausbildungsabschluss ist, umso ausgeprägter ist die Bildungsbereitschaft. Menschen mit vorteiliger Bildungsbiografie nehmen häufiger an Weiterbildungsangeboten teil, als Menschen mit einem niedrigen Bildungsstatus (Menning, 2008; Strobel, 2011). Menning's Untersuchung (2008) über die Weiterbildungsbeteiligung nach Berufsgruppen, unabhängig vom Alter, und basierend auf Daten von TNS-Infratest-Sozialforschung hat die Tendenz bestätigt, dass sich Menschen mit höherem Bildungsstatus eher als Menschen mit niedrigerem Bildungshintergrund beteiligen. Aus ihren Ergebnissen ging hervor, dass Beamte, Selbstständige, Freiberufler und Angestellte eine deutlich höhere Weiterbildungsquote als Arbeiterinnen und Arbeiter aufwiesen (Menning, 2008). Dieses Ergebnis ist sicherlich auch auf Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in der nachberuflichen Phase zu übertragen.

Ein bedeutsamer Faktor bezüglich der Beteiligung an nachberuflicher Weiterbildung ist sicherlich auch die Kostenfrage. Besonders für ältere Menschen, die über ein geringes Einkommen verfügen, ist die Höhe der Kosten für die Bildungsbeteiligung ausschlaggebend. Eine Zuschussung der Kosten durch Bildungsministerien oder andere soziale Träger ist i.d.R. nicht vorgesehen. Die großen Einkommensunterschiede in der Gesamtgruppe der älteren Menschen bewirken damit einen ungerechten Zugang zu den Bildungsangeboten (Heusinger/Wolter, 2011). Verschiedene sozioökonomische Einflüsse sind demnach für den Zugang zu Bildungsangeboten von großer Bedeutung. Inwiefern soziale Beziehungen mit Gesundheit im Alter und Bildungsbeteiligung korrelieren, wird anknüpfend erläutert.

Soziale Netzwerke gründen auf zwischenmenschlichen Beziehungen und den Austausch zwischen einzelnen Personen, Gruppen und Institutionen. Die Bewältigung von altersbedingten gesundheitlichen Veränderungen erfordert verschiedene



soziale Unterstützungsformen. Besonders wichtig sind dabei gewachsene soziale Beziehungen des Individuums. Nach wie vor spielen die Familie und die Partnerschaft oder Ehe die größte Rolle als soziale Unterstützungsformen bei älteren Menschen. Doch auch Familienformen als soziale Netzwerke unterliegen einem Wandel. Der Anteil von Menschen ohne eigene Kinder und ohne feste Partnerschaft steigt an. Der Übergang zur Großelternschaft verschiebt sich in das höhere Lebensalter oder entfällt. Wohnortnähe zwischen Familienmitgliedern wird seltener. Diese und weitere Aspekte des Wandels von familiären Strukturen und Unterstützungsmechanismen lässt außerfamiliäre Strukturen an Bedeutung gewinnen. Ältere Menschen, denen eigene familiäre Netzwerke fehlen, bauen sich häufig Unterstützungsformen in ihrer Community (Nachbarschaft, Freundeskreis, Vereine) auf. Das Setting der Bildungsangebote kann an dieser Stelle eine wichtige Ressource für solche Bedarfe darstellen (Heusinger/Wolter, 2011).

Für den Menschen als primär soziales Wesen beinhaltet die Eingebundenheit in soziale Netzwerke und Unterstützungsformen einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsversorgung und Gesunderhaltung des Einzelnen: *„Gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation haben einen eigenständigen, positiven Einfluss auf die Gesundheit.“* (Heusinger/Wolter, 2011:149). Mit steigendem Alter gewinnt dieser Zusammenhang an Bedeutung.

### *3.5.2. Eigene Einschätzung*

Um sozial benachteiligte ältere Personengruppen zu erreichen, bedarf es einer gezielten Stärkung hinsichtlich der Gestaltung gleichberechtigter Zugangsmöglichkeiten zur Bildung. Im Setting der Erwachsenenbildung in der nachberuflichen Phase muss daher innerhalb der Anbieterinstitutionen u.a. die Frage gestellt werden: Wie kann man als Bildungseinrichtung die Zielgruppe sozial Benachteiligter unterstützen und sie umfassend am Angebot beteiligen?

Bei der aktiven Teilnahme an Bildungsangeboten können neue soziale Kontakte und persönliche Bekanntschaften entstehen, die wiederum die Grundlage für eine umfassendere soziale Vernetzung darstellen. Die Beteiligten treffen auf Menschen mit ähnlichen Interessen und Hintergründen. Solche neu gewonnenen sozialen Kontakte fördern die soziale Teilhabe und bilden eine wichtige Ressource für das gesundheitliche Wohlbefinden. Daraus lässt sich folgern, dass sich durch aktive

und regelmäßige Bildungsbeteiligung unterstützende Netzwerke, die auch in anderen Lebensbereichen wirksam werden, entwickeln können und dadurch zusätzlich ein gesundheitserhaltender und –fördernder Effekt erzielt wird.

### *3.6. Zusammenfassende Diskussion*

In Verbindung mit den Erkenntnissen aus Kapitel 3.3. und 3.4. ist festzuhalten, dass alle wissenschaftlichen Studien den Zusammenhang möglicher Bildungserfolge mit sozialen Beziehungen und Vernetzungen betonen. Soziale Aspekte verweben sich hier mit körperlichen Vorgängen und formen so die Möglichkeiten positiver Lernerlebnisse im gesamten Alternsprozess. Diese Ergebnisse der Literaturstudie sind nun am empirischen Beispiel zu überprüfen.

## Empirischer Teil

Im empirischen Teil wird der Stand der Forschung, der im theoretischen Teil erläutert wurde, anhand meiner Studienergebnisse überprüft. Die quantitative Querschnitterhebung bildet den Hauptteil meiner Forschungsarbeit. Zusätzlich habe ich zwei weitere Methoden angewandt: teilnehmende Beobachtung (Diekmann, 2010:548ff) und Evaluation mit Feedbackbögen. Einleitend werde ich Hintergründe und Intentionen zur Studie vorstellen.

## **4. Hintergrund**

Das Studium zum BSc. Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) beinhaltet neben den fünf Vorlesungssemestern ein Praxissemester, das ein mindestens sechzehnwöchiges studentisches Pflichtpraktikum umfasst und damit die Möglichkeit bietet, Praxiserfahrungen außerhalb der Hochschule zu sammeln.

Ich habe dieses Praktikum im Weiterbildungszentrum der HAW absolviert. Mein Tätigkeitsfeld bestand dabei im direkten Bearbeitungsbereich einer akademischen Vorlesungsreihe für ältere Erwachsene, der Senioren-Uni.

Das Angebot Senioren-Uni des Weiterbildungszentrums WInQ e.V. an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg ist auf die Bedürfnisse und Interessen, insbesondere des höheren Erwachsenenalters, zugeschnitten. Die Aus-

wahl der Themenangebote für die Vorlesungen zielt darauf ab, die Zielgruppe der älteren Erwachsenen zu erreichen. Die Themenbereiche werden abwechslungsreich angeboten und einmal jährlich wird eine neue, geänderte Auswahl von Vorlesungsinhalten für die kommende Vorlesungsreihe vorgenommen. Die Selektion der Themen und die Auswahl entsprechender Dozentinnen und Dozenten erfolgt seitens der Leitung der Senioren-Uni, teils anhand von persönlichen Gesprächen mit den Besucherinnen und Besuchern, teils nach eigenen Erfahrungen und in Abstimmung mit dem Team. Das Angebotsspektrum der Vorlesungsreihe reicht von kunstgeschichtlichen und literarischen Inhalten bis zu Gesundheits- und aktuellen Themen wie dem Klimawandel. Eine gezielte Erhebung der Themenwünsche der Seniorstudierenden wurde innerhalb der bisherigen Vorlesungsreihen, bis zum Lauf 2012/ 2013, nicht durchgeführt. In Anlehnung daran ergab sich während meines studentischen Praktikums die Aufgabe ein Messinstrument zur Evaluation der Lehrveranstaltungen zu entwickeln, sowie die Erhebung, Auswertung und Dokumentation. Die Bewertung des Bildungsangebots hilft herauszufinden, ob diese akademische Vorlesungsreihe die vom Anbieter intendierten Ziele, wie die Qualität der Vorlesungen durch die ausgewählten Dozentinnen und Dozenten, oder die Auswahl der Inhalte, erfüllt. Parallel wird die Bewertung durch die partizipierenden Studierenden dazu dienen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Vorlesungsreihe die Möglichkeit zu geben, eigene Themenvorschläge, persönliche Meinungen und Anregungen einzubringen. Intern wird die Bewertung des Angebots als Instrument der Qualitätssicherung dienen.

Hierfür habe ich erstmals im September 2012 ein Instrument, in Form von Feedbackbögen zur Erfassung der Qualität der einzelnen Lehrveranstaltungen für das Wintersemester 2012/ 2013 der Senioren-Uni konzipiert. Mit Beginn der ersten Lehrveranstaltung des Semesters wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Senioren-Uni dann zu den jeweils besuchten einzelnen Vorlesungen, mithilfe der Feedbackbögen befragt. Die schriftlichen Befragungen erfolgten zunächst jeweils in insgesamt dreizehn Vorlesungen von Mitte September 2012 bis zum Ende Januar 2013. Die Feedbackbögen umfassten eine Seite mit geschlossenen Fragen zu Qualitätsmerkmalen der jeweiligen Lehrveranstaltung und mit offenen Fragen, um individuelle Anregungen mitzuteilen sowie die jeweiligen Dozentinnen und Dozenten und Vorträge subjektiv zu bewerten. Zusätzlich wurden auf der Rückseite soziodemographische Merkmale in optionalen Fragen abgefragt, um die Teil-

nehmerstruktur zu erfassen: Welchen allgemeinen Bildungshintergrund haben die Studierenden? Seit welchem Jahr besuchen sie die akademische Vorlesungsreihe? Auf welchem Weg haben sie vom Angebot der Senioren-Uni erfahren? Jeder Feedbackbogen wurde mit der Verbindlichkeit zur anonymen Auswertung gekennzeichnet. Um die Rücklaufquote der Bögen zu steigern, wurden diese jeweils am Anfang einer Lehrveranstaltung persönlich angekündigt und dann in der zweiten Hälfte der Vorlesungen ausgelegt. Die anonyme Rückgabe erfolgte durch eine am Hörsaalzugang positionierte und beschriftete Urne. Die Dateneingabe bzw. die Auswertung der Bögen und deren Dokumentation erfolgten jeweils nach den Lehrveranstaltungen mithilfe von den Programmen MS Excel und MS Word. Weiterführend wurden zeitnah Kurzfassungen der Auswertungen der jeweiligen Vorlesung an die verantwortlichen Dozentinnen und Dozenten weitergeleitet.

Die Mitarbeiterinnen der Senioren-Uni werden bis zum Ende der Vorlesungsreihe die vorbereiteten Feedbackbögen in jeder Lehrveranstaltung auslegen und die Ergebnisse in der vorgesehenen Datenbank eintragen. Ziel ist es, zum Semesterabschluss ein Gesamtergebnis zusammenzufassen und einen Bericht des Evaluationsergebnisses den interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern und den Teammitglieder zu präsentieren. Die Konzeption der Themenauswahl für die darauffolgende Vorlesungsreihe ab September 2013 kann dann mithilfe der ausgewerteten Daten erweitert und noch spezifischer gestaltet werden. Anhand der Auswertungen der Feedbackbögen im Verlauf der ersten Hälfte der Vorlesungsreihe fiel auf, dass die Befragten sehr großes Interesse an speziellen Bildungsangeboten für ältere Erwachsene zeigten. Auch kamen viele neue Themenvorschläge. Zum Beispiel wurden „Philosophie und Ethik“ sowie „Juristische Aspekte zum Betreuungsgesetz“ dabei wiederholt als Themen Anregungen geäußert.

In meinen teilnehmenden Beobachtungen und durch einzelne persönliche Interviews habe ich festgestellt, dass viele Seniorstudierende die Vorlesungsreihe nicht nur wegen der angebotenen Inhalte besuchten, sondern auch, um neue-, soziale Kontakte zu knüpfen und eine Plattform für Austausch und Diskussionen zu finden. Auch der Wunsch sowie das subjektive Bedürfnis, die eigene geistige Aktivität zu fördern, wurden mehrfach während der Gespräche geäußert. Eine Hörerin erzählte, dass sie schon seit einigen Jahren diverse Vorlesungen der Senioren-

Uni besuchen würde, da sie *„sich schon immer gerne geistig aktiv beschäftigt hat, und dies nur weil sie älter würde, nicht aufgeben möchte“*.

Vor diesem Hintergrund, und durch die positiven persönlichen Erfahrungen mit den Besucherinnen und Besuchern der Senioren-Uni, entstand die Idee, den Themenbereich Bildungsangebote für ältere Erwachsene, speziell in Zusammenhang mit dem Einfluss auf soziale Gesundheitsaspekte, am Beispiel entsprechender Kohorte der Senioren-Uni zusätzlich mit einem extra Fragebogen zu beforschen. Eine noch gezieltere Umfrage innerhalb dieser Kohorte, erschien als geeignetes empirisches Instrument, um Näheres über Zusammenhänge zwischen dem Bildungsangebot und der Nachfragegruppe herauszufinden. Die Voraussetzung für die Erarbeitung dieser Inhalte war schlussfolgernd eine erweiterte Beleuchtung von Zusammenhängen wie u.a. der Bereich der Bildung von Netzwerken durch das Bildungsangebot, der Zugang der Kohorte zum Angebot und dem allgemeinen Gesundheitszustand aus subjektiver Sicht der älteren Studierenden. Um diese und andere Zusammenhänge zu ergründen, wurde daraufhin der Entwurf eines schriftlichen Fragebogens für eine Umfrage innerhalb der bestehenden Kohorte in die Planung der vorliegenden Arbeit integriert.

## **5. Beschreibung der Forschungsmethodik**

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen von der Entwicklung des Fragebogens hin bis zum Abschluss der Querschnitterhebung vorgestellt.

### *5.1. Vorgehensweise*

Am Anfang der Entwicklungsphase des Erhebungsinstruments für die Studie wurde zunächst eine Übersicht zur Thematik erstellt, in der erste Gedanken in einem Brainstorming gesammelt und grobe Hypothesen formuliert wurden:

- Das Bildungsangebot trägt zur Bildung von sozialen Netzwerken innerhalb der Kohorte bei.
- Die Teilnahme am Angebot fördert die soziale Teilhabe der Studierenden.
- In der Bewertung der subjektiven Gesundheit ist ein geschlechterspezifischer Unterschied zu Gunsten von Frauen festzustellen.
- Die Studierenden sind an gesundheitlichen Themen innerhalb der Vorlesungsreihe interessiert.

- Das Bildungsangebot erreicht eher Menschen mit bildungsnahem Hintergrund, weniger Menschen mit bildungsfernem Hintergrund.

Anschließend wurde zur bildlichen Veranschaulichung und zur Ordnung der Ideen eine Mindmap erstellt und die deskriptive Zielsetzung formuliert. Die thematischen Einteilungen und deren Eingrenzung sowie Konkretisierung waren nötig, um operationalisierbare Fragestellungen zu formulieren und einen Fokus zu setzen. Hierbei wurde gleichzeitig auch festgelegt, dass ein standardisierter schriftlicher Fragebogen als Erhebungsinstrument passend wäre.

Die Literatur wurde zu den Themen Methoden und Anwendungen der empirischen Sozialforschung für die Sozialwissenschaften sowie zu beschreibender und analytischer Statistik recherchiert und ausgewählt. Sie diente der Unterstützung bei der Entwicklung des Fragebogens sowie bei der Auswertung der Studienergebnisse.

#### *5.1.1. Fragebogenentwicklung und Pretests*

Die Formulierung der Items und Fragen, erfolgte teilweise anhand der zuvor eigens erstellten Feedbackbögen und mithilfe von Literatur zu entsprechenden Methoden und Anwendungen in quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Darüber hinaus wurden vergleichbare, wissenschaftliche Studien zur Evaluation von Bildungsangeboten für ältere Erwachsene herangezogen, um einen Eindruck über bereits vorhandene Forschung zu diesem Bereich zu erhalten und die Möglichkeit des Vergleichs zu haben. Aus der Studie mit dem Titel „Gasthörer- und Seniorenstudium an der Universität zu Köln“ (Gabrych/Pahl, 2011) wurden einzelne Fragestellungen rezipiert. Anschließend wurden die vorformulierten und die selbstformulierten Fragen- und Antwortkategorien zusammengeführt und ein erster Entwurf des Fragebogens erstellt. Zwei Expertengespräche (mit der zuständigen Leitung der Senioren Uni Frau Gabriele Schubert sowie der Vorsitzenden des Weiterbildungszentrums Frau Christiane Deneke), dienten einer objektiven Beurteilung der Fragekategorien und ergaben, dass der Fragebogen noch weiter konkretisiert werden sollte. Daraufhin erfolgte eine erste Überarbeitung, die anhand der Erfahrungen aus den vier Monaten Laufzeit mit den vorigen Feedbackbögen auf systematische und Zufallsfehler hin überprüft und mit zusätzlichen soziographischen Merkmalen zur Erfassung der Kohorten-Zusammensetzung erweitert wurde. In der

Abschlussphase der Fragebogenentwicklung wurden insgesamt drei Pretestungen durchgeführt: Anhand der Erkenntnisse des ersten Pretest mit vier freiwilligen Testteilnehmern, wurde der Fragebogen ergänzt und verbessert. Es erfolgte ein zweiter Pretest mit drei anderen Testpersonen. Der Fragebogen wurde daraufhin noch um drei weitere Items erweitert, sowie im Format erneuert und schließlich in einen letzten Pretest gegeben. Der endgültige Fragebogenentwurf umfasste insgesamt 24 Fragen, beidseitig, auf vier Seiten bedruckt.

### *5.1.2. Durchführung der Befragung*

Als Erhebungsmethode für die Umfrage wurde eine Querschnitterhebung gewählt. Der Zeitplan für die Erhebung umfasste insgesamt drei Wochen. Da die Stichprobe für die Befragung schon feststand, erfolgte nun die Auswahl eines passenden Zeitpunkts für die Erhebung. Es wurden insgesamt drei aufeinanderfolgende Lehrveranstaltungen gewählt, aus deren Anmeldelisten hervorging, dass voraussichtlich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer partizipieren würden. Das Ziel dieser Vorgehensweise war die Absicht, eine positive Rücklaufquote zu sichern und eine durchmischte Erfassung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erhalten.

In den drei ausgewählten, sehr gut besuchten Veranstaltungen wurde der Fragebogen verteilt. Das Vorgehen der Verteilung und der Rückgabe wurde gleichbleibend wie bei der Erhebung mit den Feedbackbögen fortgesetzt, um Irritationen bei den Befragten zu vermeiden (siehe: 26-27).

## *5.2. Der Fragebogen*

### *5.2.1. Fragenformulierung und Skalierung*

Die Erhebung erfolgte in Form einer quantitativen schriftlichen Befragung anhand eines vierseitigen Fragebogens. Um die verschiedenen Aspekte zu beleuchten, wurde eine Kombination aus teilstandardisierten und vollständig strukturierten Fragekategorien ausgewählt. Für Einstellungs- und Zufriedenheitsmessungen diverser Items wurden Likert- und Ratingskalen mit 4 bis 5 Punkte Antwortskala verwendet, die in tabellarischer Form angeordnet wurden:

trifft zu	trifft eher zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu	
ja, immer	oft	gelegentlich	selten	nein, nie

Die Frage nach dem subjektiv einzuschätzenden Gesundheitszustand der Befragten wurde anhand einer Ordinalskala mit den Werten von 0 bis 10 gestellt. Mögliche Mehrfachnennungen oder maximale Anzahl von Nennungen in den jeweiligen Antwortvorgaben wurden als solche gekennzeichnet.

Die Reihenfolge der Fragenanordnung wurde teilweise an die Kriterien zur Fragebogenkonstruktion nach Diekmann (Diekmann, 2010:483ff) und nach Flick (Flick, 2009) akkommodiert: Der Fragebogen beginnt nach einer sachlich informativen Einleitung mit Eröffnungsfragen zum Thema Vorlesungsreihe der SeniorenUni. Diese Fragen fungierten als „Eisbrecherfragen“, um das Interesse bei den befragten Seniorstudierenden zu wecken. Die soziodemographischen Merkmale wurden im zweiten Teil des Fragebogens platziert, da diese meist weniger Aufmerksamkeit erfordern (Diekmann, 2010:485). Die letzte Frage wurde als offene Kategorie verfasst, um den Befragten die Möglichkeit für Anmerkungen und Hinweise zu geben. Das grundsätzliche Ziel bei der Erstellung des Fragebogens war die Anwenderfreundlichkeit. Die Fragen wurde einfach und klar wie möglich formuliert. Darüber hinaus wurde versucht, eine jeweils kurze Beantwortungsdauer pro Frage anzustreben. Zur Verdeutlichung der Art der Beantwortung bestimmter Fragen wurden verschiedene Kennzeichnungen eingebaut: Wenn Mehrfachnennungen möglich waren, wurde dies z.B. vermerkt (siehe Fragebogen im Anhang)

### *5.2.2. Rücklauf*

Es wurden insgesamt 40 Fragebögen an die Kohorte ausgeteilt. Die Rücklaufquote belief sich auf insgesamt 36 ausgefüllte Fragebögen. Die vier nicht ausgefüllten Fragebögen wurden nicht zurückgegeben. Aus der Stichprobengröße von  $n=36$  ergibt sich, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht repräsentativ für den Bevölkerungsdurchschnitt dieser Altersklassen sind. Dies ist auch nicht zu erwarten, weil sich die Befragung ausschließlich auf die Kohorte der Senioren-Uni 2012/2013 bezieht. Trotzdem sind von der Befragung erste Tendenzen anzunehmen, die weiteren Untersuchungen als Grundlage dienlich sind.



### *5.2.3. Auswertung der empirischen Daten*

Die Dateneingabe und die Auswertung über statistische Analysen erfolgten mit dem Programm MS Excel 2007. Dabei wurden überwiegend deskriptive Verfahren für Häufigkeiten und Kreuztabellen angewendet.

Um die statistische Datenauswertung der Umfrage übersichtlich und in Zahlenformat zu gestalten, wurde die Operationalisierung der Frage- und Antwortkategorien durchgeführt und in einem Handbuch festgehalten. Die Vorgehensweise der Codierung erfolgte nach Kriterien von Kühnel und Krebs (Kühnel/Krebs, 2006).

Die Zuordnung verschiedener Zahlenwerte zu den Antwortkategorien wurde z.B. bei ordinalen Skalenniveaus so festgelegt, dass die numerischen Größen den Intensitäten der Antwortvorgaben entsprachen; bei nominalen Skalenniveaus wie bei der Frage nach der Geschlechterzugehörigkeit wurden hingegen beliebige Zahlen zugeordnet (Kühnel/Krebs, 2006).

Zwei zusätzliche Variablen für nicht beantwortete Fragen (missing data) und für nicht verwendbare Antworten wurden mit den Zahlenwerten 111 und 999 codiert.

Anknüpfend an die Beschreibung der Methodik werde ich im folgenden Kapitel die Ergebnisse der Studie vorstellen.

## ***6. Ergebnisse der Studie***

Zunächst wird die Teilnehmerstruktur der befragten Kohorte beschrieben. In Kapitel 6.2. bis 6.4. werden die Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage, sozialer Vernetzung und Bildungsbeteiligung dargestellt. Abschließend werden die Begrenzungen der Studie beleuchtet.

### *6.1. Teilnehmerstruktur der Stichprobe*

#### *6.1.1. Geschlecht*

Von den 36 Befragten in der Stichprobe gaben 35 Personen ihr Geschlecht an. Davon sind 74,3 % (n=26) Frauen und 25,7 % (n=9) Männer. Der Anteil von Frauen innerhalb der Befragung ist damit fast dreimal höher als der Männeranteil.



Abb. 1: Verteilung nach Geschlecht

### 6.1.2. Alter

Das durchschnittlich errechnete Lebensalter der Befragten (n= 35, m=1) liegt bei 1946 in Geburtsjahren, der Median des Alters in Jahren berechnet ergibt 67 Jahre, der Mittelwert ergibt 68,08 Jahre. Da der Mittelwert höher als der Median ist, und damit Ausreißer miteinschließt, wird der Altersdurchschnitt dieser Stichprobe mit dem Wert des Median=67 Jahre angegeben. In der statistischen Auswertung wurde die Altersverteilung in sechs Altersgruppen berechnet<sup>1</sup>.

Die Tabelle zeigt die Altersstruktur in sechs Altersgruppen. Die durchschnittliche Verteilung liegt in den Altersgruppen der 66 bis 75- Jährigen.

Lebensalter in Gruppen	%	n
50 bis 60 Jahre	8,6	3
61 bis 65 Jahre	22,8	8
66 bis 70 Jahre	28,6	10
71 bis 75 Jahre	28,6	10
76 bis 80 Jahre	8,6	3
81 bis 85 Jahre	2,8	1
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>	<b>35</b>

Abb. 2: Tabelle Altersstruktur in sechs Gruppen

### 6.1.3 Bildung

Das folgende Diagramm (Abb. 3) zeigt, dass von den 36 Befragten (n=34, m= 2), 20 Personen (58,9%) die Kategorie Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule als ihren höchsten allgemeinen Bildungsabschluss angegeben haben. 13 der Befragten (38,2%) gaben das Abitur/die Fachoberschulreife an. Eine der befragten Personen (2,9 %) gab den Haupt-/Volksschulabschluss an. Die Kategorien „kein Abschluss“ und „anderer Abschluss“ wurden ausgelassen.

<sup>1</sup> (siehe Abb.28 und Abb.29,Anhang:12)

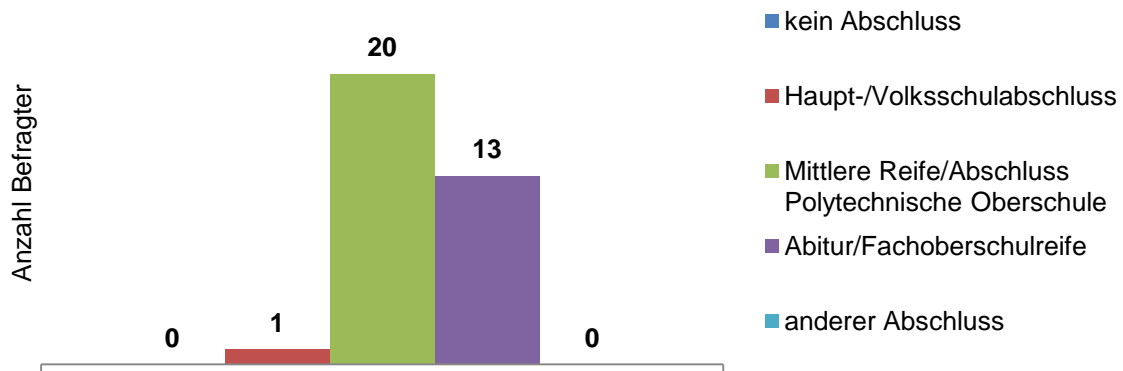


Abb. 3: höchster allgemeiner Bildungsabschluss

Eine nachträgliche Aufteilung nach Geschlecht und Bildungsabschluss zeigt, dass die weiblichen Befragten überwiegend einen niedrigeren allgemeinen höchsten Bildungsabschluss haben als die männlichen Befragten. Von insgesamt 25 Frauen, die ihren Bildungsabschluss angaben, haben 4% (n=1) ihren höchsten Abschluss mit dem Haupt-/Volksschulabschluss benannt, 68% (n=17) die Mittlere Reife/Polytechnische Oberschule und 28% (n=7) das Abitur/Fachoberschulreife. Hingegen haben von den 9 befragten Männern 66,7% (n=6) das Abitur/Fachoberschulreife und 33,3 % (n=3) die Mittlere Reife/ Polytechnische Oberschule benannt<sup>2</sup>.

Bei der Frage nach ihrem höchsten Ausbildungsabschluss konnten die Befragten zwischen neun Kategorien auswählen. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Sechsmal wurden Kategorien mehrfach benannt. Von den insgesamt 31 Befragten gab niemand die Kategorien „kein Abschluss“, „mehrjähriges Studium ohne Abschluss“ und „Lehre ohne Abschluss“ an.

Die Mehrheit, 70,1% (n=22) benannte „Lehre mit Abschluss/Gesellenbrief“; 3,2% (n=1) gaben „Meisterbrief“; 25,9% (n= 8) „Fachhochschulabschluss“; 6,5% (n=2) „universitärer Abschluss“; 3,2% (n=1) „Promotion/2.Staatsexamen“, und 9,7% (n=3) einen „anderen Abschluss“ mit zwei dazugehörigen Textangaben: „Technikerausbildung“ und „Fortbildung im Bewegungsbereich“ an<sup>3</sup>.

#### 6.1.4. Lebenslage

Insgesamt 34 Personen gaben ihren derzeitigen Familienstand folgendermaßen an: 11,8% (n=4) „ledig ohne feste Partnerschaft“; 5,9% (n=2) „ledig, in fester Part-

<sup>2</sup> (siehe Abb.12 und Abb.13,Anhang:6)

<sup>3</sup> (siehe Abb.14a-Abb.14h,Anhang:6-7)

nerschaft“; 47,1 % (n=16) „verheiratet, zusammenlebend“; 2,9% (n=1) „geschieden/getrennt lebend, mit fester Partnerschaft“; 11,8% (n=4) „geschieden/getrennt lebend, ohne neue Partnerschaft“; 2,9% (n=1) „verwitwet, mit neuer Partnerschaft“ und 17,6% (n=6) „verwitwet, ohne neue Partnerschaft“<sup>4</sup>.

Der derzeitige Status wurde mehrheitlich mit 78,8% (n=26) „Altersrente/ Witwenrente“ angegeben; 12,2% (n=4) „Pension“; und jeweils 3% (n=3) „Altersteilzeit aktiv“, „Altersteilzeit passiv“, sowie „Erwerbs- oder Berufsunfähig“. Die Angaben „arbeitslos gemeldet“ und „Hausfrau/ Hausmann“ wurden ausgelassen<sup>5</sup>.

Ihre derzeitigen Tätigkeiten gaben insgesamt 16 Personen an. Davon benannte die Mehrheit (n=11) ehrenamtlich tätig zu sein; 2 eine Nebenerwerbs-, und 3 eine Hauptberufstätigkeit<sup>6</sup>.

Nach ihrer subjektiven Einschätzung verbringen die Befragten die meiste Zeit in ihrem Alltag- und Tagesablauf mit Hobbys, Haushalt und Familie<sup>7</sup>.

34 Befragte (n=34, m=2) gaben an, in ihrer eigenen Wohnung/ihrem eigenem Haus zu leben<sup>8</sup>.

## 6.2. Gesundheitliche Lage

Die Erfassung der Gesundheit entspricht der subjektiven Einschätzung der gesundheitlichen Lage durch die befragten Personen selbst. Die Abfrage der subjektiven Gesundheit erfolgte anhand einer Bewertungspunkteskala von den Ziffern „0“ bis „10“, wobei „0“ dem denkbar schlechtesten, und „10“ dem denkbar besten subjektiven Gesundheitszustand entspricht. Im folgenden Balkendiagramm (Abb. 4) ist die Verteilung der Bewertung in Prozentangaben dargestellt. 31 von 36 Befragten haben ihre Einschätzungen angegeben. Im Durchschnitt wurde die subjektive Gesundheit in der Kohorte mit „gut“ bewertet.

---

<sup>4</sup> (siehe Abb.10,Anhang:5)

<sup>5</sup> (siehe Abb.16,Anhang:8)

<sup>6</sup> (siehe Abb.17,Anhang:8)

<sup>7</sup> (siehe Abb.15,Anhang:8)

<sup>8</sup> (siehe Abb.18,Anhang:9)

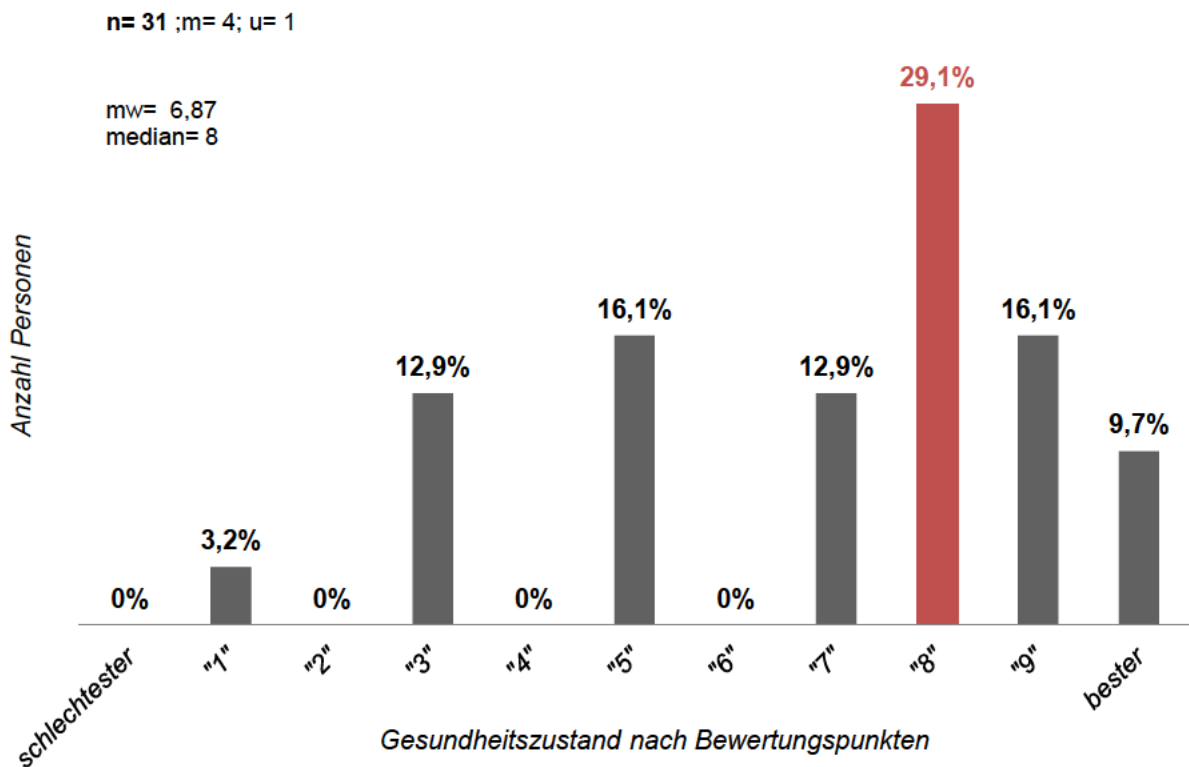


Abb. 4: subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Die Aufteilung nach Geschlecht und Gesundheitszustand zeigt, dass die Streuung der Bewertungspunkte bei den befragten Frauen größer ist als bei den Männern. Die Männer gaben ausschließlich Werte im positiven Bereich von „5“ bis „10“ an, während die Frauen Werte von „1“ bis „10“ benannten<sup>9</sup>.

Das folgende Kurvendiagramm (Abb.5) zeigt, dass die jüngeren Befragten zwischen 50- und 60 Jahren, mit einem Mittelwert von 5 ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter bewertet haben, als die älteren Befragten zwischen 61- bis 70 Jahre und 76- bis 85 Jahre. Hier liegen die Mittelwerte zwischen 6,8 bis 10

<sup>9</sup> (siehe Abb.20, Anhang:9)

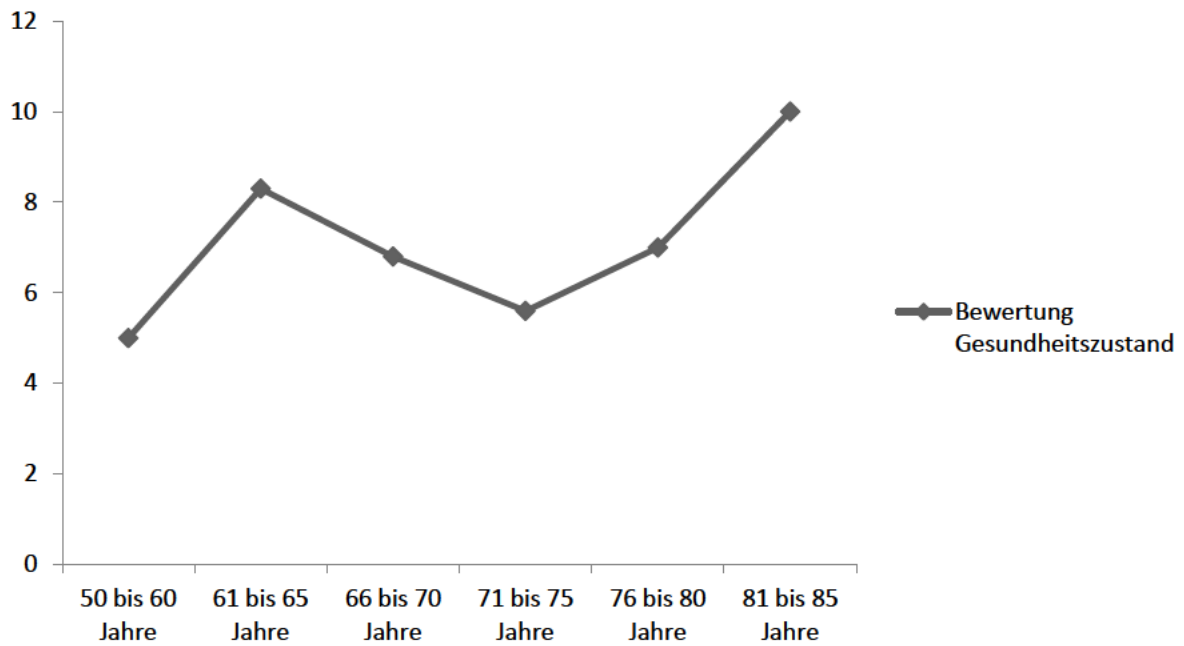


Abb. 5: Mittelwerte des Faktors Gesundheitseinschätzung nach Altersgruppen

### 6.2.1. Krankheit

Zur Erfassung der Krankheitsanzahl in der Stichprobe, wurde zunächst nach bestehenden chronischen Erkrankungen gefragt. Von 35 ( $n=35$ ,  $m=1$ ) gab die Mehrzahl (54%,  $n=19$ ) an, an einer oder mehreren chronische/-en Krankheit/-en und/oder Handicap/-s zu leiden. 16 Personen (46%) verneinten die Frage<sup>10</sup>.

In der Auswertung wurde nachträglich die Krankheitsanzahl in drei Kategorien zusammengefasst. Abbildung 6 stellt diese, in prozentualer Verteilung, dar:

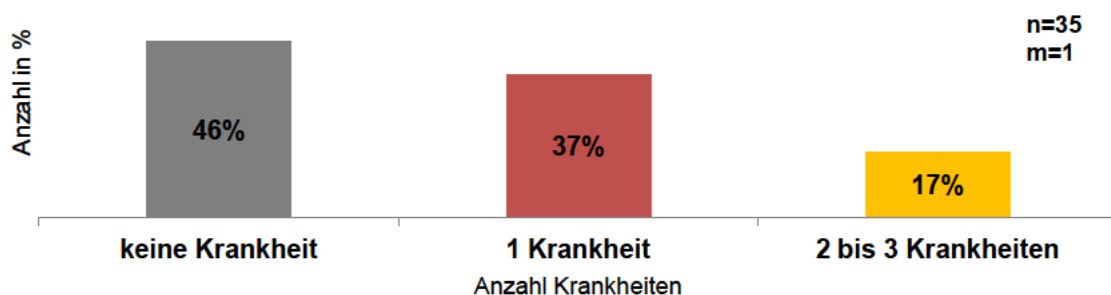


Abb. 6: Krankheitsanzahl der Befragten in 3 Kategorien

Darauffolgend wurde die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung/ en, anhand von neun vorgegebenen Krankheiten, die bei Betroffenheit angekreuzt werden sollten, abgefragt. Zusätzlich gab es eine offene Kategorie für sonstige Krankheiten.

<sup>10</sup> (siehe Abb.24, Anhang:10)

Die berechneten Häufigkeiten ergaben eine Mehrheit bei „Bewegungs- und Mobilitätseinschränkung“ (31,6%, n=6). Der Rangfolge nach wurden „Allergie“; „länger andauernde/chronisch-somatische Krankheit“ und „Sonstige“ (jeweils 21%, n= 4); „Atemwegserkrankung“ und „Diabetes mellitus“ (jeweils 15,8%, n=3); „Hör- und/ oder Sprechstörung“ und „Psychische/Seelische Erkrankung“ (jeweils 10,5%, n=2) angegeben. Vier Personen haben zwei Krankheiten, und zwei Personen haben drei Krankheiten angegeben<sup>11</sup>. Von den 19 Personen, die eine oder mehrere Krankheiten angegeben haben, fühlen sich insgesamt 52,6 % (n=10) aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung/-en“ immer, bis „gelegentlich“ und 47,4% (n=9) „selten“ bis „nie“ in ihrer Mobilität eingeschränkt<sup>12</sup>. In ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt fühlen sich 21,1% (n=4) „gelegentlich“; 9% (n=15) „selten“ bis „nie“. Keine/r dieser 19 Personen fühlt sich 0% (n=0) „immer“ bis „oft“ in ihrer/seiner sozialen Teilhabe eingeschränkt<sup>13</sup>.

### 6.2.2. körperliche Aktivität

Die subjektiv empfundene körperliche Aktivität der Befragten wurde in Stunden pro Woche erfragt. Im Durchschnitt haben die Befragten (n=30, m=6) angegeben, in der letzten Woche (vor der Erhebung) 10 Std. körperlich aktiv gewesen zu sein. Der errechnete Mittelwert ergibt 13,35, der Median 10. Da der Mittelwert die Ausreißer miteinschließt, wird der Median=10 als Maß verwendet. Zwischen Frauen und Männern zeigen sich eher geringe Unterschiede<sup>14</sup>.

Als häufigste, ausgeübte körperliche Aktivitäten, wurden „Spaziergehen“, „Haushalt- und Gartenarbeiten“ und „Gymnastik/ Turnen“ angegeben<sup>15</sup>.

### 6.3. Soziale Kontakte und Vernetzung

Um die vermutete Vernetzung innerhalb der Stichprobe zu erfassen, wurden drei Fragen mit Antwortkategorien in Form von Likert Skalen von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“ gestellt. Mehrheitlich gaben die Befragten, wie beispielhaft in Abbildung 7

---

<sup>11</sup> (siehe Abb.26,Anhang:11)

<sup>12</sup> (siehe Abb.27,Anhang:11)

<sup>13</sup> (siehe Abb.28,Anhang:11)

<sup>14</sup> (siehe Abb.22, Anhang:10)

<sup>15</sup> (siehe Abb.23,Anhang:10)

dargestellt, die negativen Aussagestärken „trifft weniger zu“ und „trifft nicht zu“ an<sup>16</sup>.

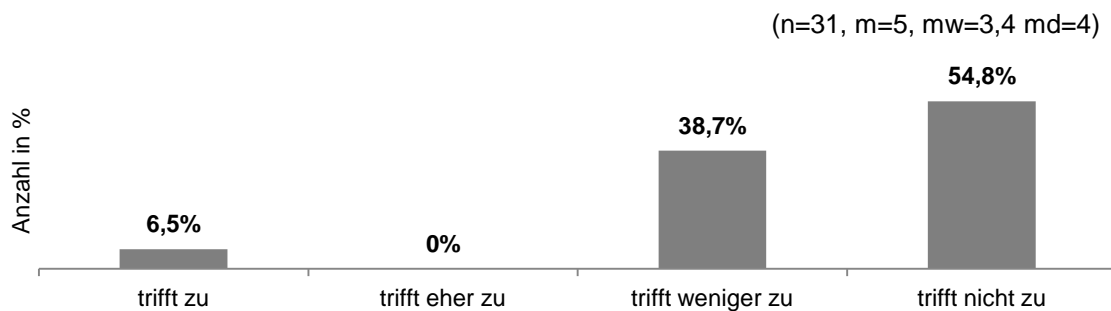


Abb. 7: neue Bekanntschaften während Teilnahme  
Währenddessen gaben mehr als die Hälfte der Befragten einen regen, interpersonellen Austausch mit den Werten „trifft zu“ und „trifft eher zu“ an<sup>17</sup>. Dass sich Menschen mit ähnlichen Interessen getroffen haben, wurde auch mehrheitlich positiv genannt<sup>18</sup>.

#### 6.4. Bildungsbeteiligung

Zum Erhebungszeitpunkt haben 30 der befragten Personen (n=30, m=6) durchschnittlich an 7 Vorlesungen der Senioren-Uni 2012/ 2013 teilgenommen. Die befragten Frauen haben dabei an durchschnittlich zwei Vorlesungen mehr teilgenommen, als die Männer<sup>19</sup>.

Als häufigster Zugang zum Bildungsangebot wurden die Informationsquellen „Tagesezeitung/Wochenblatt“ und „Freunde/Bekannte/Angehörige“ angegeben<sup>20</sup>.

Die am häufigsten genannten Kriterien zur Auswahl von Weiterbildungsveranstaltungen der Befragten, im folgenden Diagramm (Abb.8) dargestellt, zeigen, dass mehrheitlich positive Bewertungen von „trifft zu“ und „trifft eher zu“ angegeben wurden. Die Kategorien „Uhrzeit“ und „Ort“ wurden dabei am häufigsten ausgewählt und positiv bewertet:

<sup>16</sup> (siehe Abb.7 und Abb.8,Anhang:4-5)

<sup>17</sup> (siehe Abb.9,Anhang:5)

<sup>18</sup> (siehe Abb.8,Anhang:5)

<sup>19</sup> (siehe Abb.1,Anhang:1)

<sup>20</sup> (siehe Abb.2,Anhang:2)



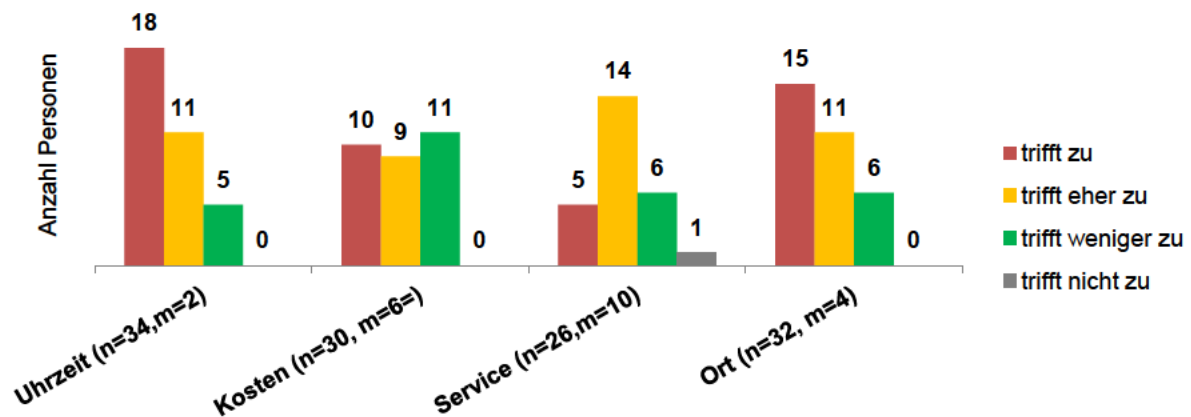


Abb. 8: Kriterien Weiterbildungsveranstaltungen

Ihre Teilnahme an Weiterbildungsangeboten anderer Institutionen zum Erhebungszeitpunkt haben 30 Personen angegeben. Der Rangfolge nach wurden am häufigsten Angebote der Volkshochschule besucht<sup>21</sup>.

Die Erfassung der Teilnahmemotive erfolgte anhand von sieben Fragekategorien mit 4-Punkt- Bewertungsskalen von „trifft zu“ bis „trifft nicht zu“. Mehrheitlich wurden folgende Kategorien positiv bestätigt: Um a) „geistig fit und beweglich zu bleiben“, um b) „die Allgemeinbildung zu verbessern“, c) „weil Themen angeboten werden, die in anderen Bildungseinrichtungen nicht vertreten sind“, und aus d) „fachlichem Interesse“. Als (eher) unzutreffend wurden die Kategorien e) „Ich konnte früher nicht studieren und möchte dies nun nachholen“ und f) „Ich möchte Menschen mit ähnlichen Interessen treffen“ mehrheitlich gewählt<sup>22</sup>. Die Kategorie g) „Sonstiges“ hat niemand beantwortet.

Bei einer weiteren Aufteilung nach Geschlecht und Alter, zeigt sich, dass die Frauen sich insgesamt im positiveren Wertebereich bei den Kategorien a) „Geistige Beweglichkeit“ und f) „Menschen mit ähnlichen Interessen treffen“ eingeordnet haben, als die befragten Männer<sup>23</sup>. In Abbildung 9 ist diese Verteilung zwischen Geschlecht, Alter und der Kategorie „Geistig beweglich bleiben“ exemplarisch dargestellt: Hier haben sich alle Frauen, unabhängig von ihrem Alter, im positivsten Wertebereich „trifft zu“ eingeordnet.

<sup>21</sup> (siehe Abb.6,Anhang:4)

<sup>22</sup> (siehe Abb.3a-3g,Anhang:2-3)

<sup>23</sup> (siehe Abb.4,Anhang:3)

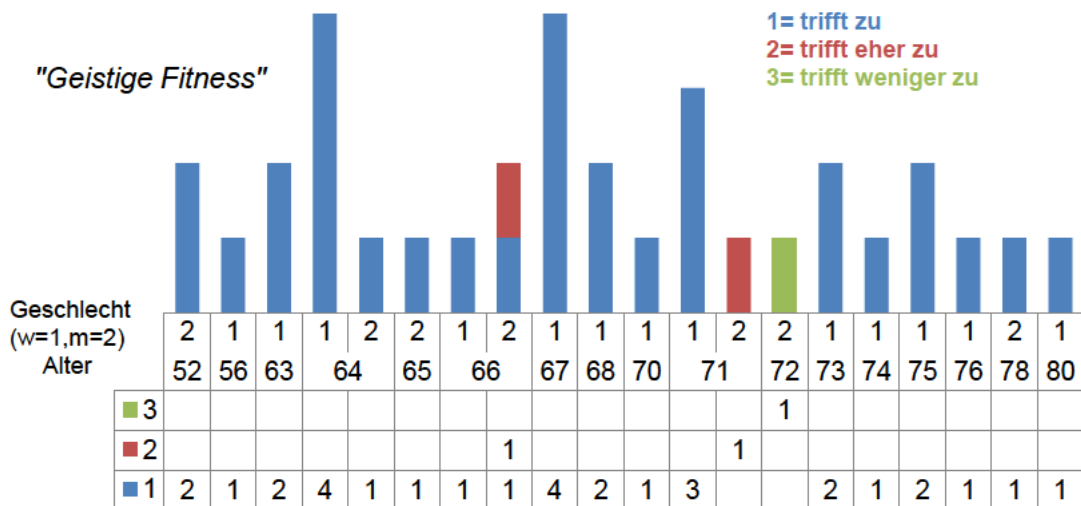


Abb. 9: Kategorie „geistige Fitness“ nach Alter und Geschlecht

### 6.5. Limitationen

Die Auswahl der Sample erfolgte in einem bewusst ausgesuchten, eingegrenzten Cluster. Es wurden ausschließlich Teilnehmerinnen und Teilnehmer befragt, die zum Erhebungszeitpunkt anwesend waren. Der endgültige Stichprobenumfang (n=36) fiel anschließend klein aus und es wurden mehr Frauen als Männer erfasst. Die Stichprobenergebnisse sind nicht repräsentativ auf die Gruppe der älteren Erwachsenen, die (in Deutschland) an Bildungsangeboten teilnehmen, übertragbar. Sie geben lediglich Tendenzen an.

Potentielle Verzerrungen in der Beantwortung der Fragebögen sind nicht ausschließbar. Den Interviewten war bewusst, dass die Befragung Gegenstand einer wissenschaftlichen Forschung ist. Dieses Kenntnis könnte bei einzelnen Befragten zu Einstellungsänderungen und Verzerrungen in der Beantwortung, aufgrund von z.B. sozialer Erwünschtheit geführt haben. Der Fragebogen wurde vor der endgültigen Erhebung auf bestimmte Kriterien hin überprüft: Verständlichkeit, einfache Sprache, präzise Formulierung, Vermeidung von Wertungen und Suggestivfragen. Negative Beeinflussungen der Antwortreaktionen aufgrund einzelner Frage- und Antwortmerkmale (Logik, Begriff) können dennoch nicht völlig ausgeschlossen werden. Um zu überprüfen, inwieweit das gewählte Messinstrument und die Operationalisierung der Items und Einstellungsmessungen, wirklich objektiv und valide sind, wäre eine wiederholte Befragung der Kohorte (Längsschnittdaten) sinnvoll. Für die Studie spricht die Gegebenheit der Methodenkombination aus teilnehmen-

der Beobachtung, Feedbackbögen und schriftlicher Befragung, die im Zusammenspiel Limitationen aufheben.

Die vorgestellten Ergebnisse aus dem empirischen Teil werden folgend in Verbindung mit den Forschungserkenntnissen aus dem theoretischen Teil diskutiert und resümiert.

## **7. Fazit**

Aus den von mir recherchierten wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird deutlich, dass Bildung im Alter und die aktive Teilhabe an Bildungsangeboten gesundheitsförderliche Wirkungen haben. Dieser Zusammenhang wurde in der vorliegenden Arbeit im theoretischen Teil aus neurowissenschaftlicher, psychologischer und soziologischer Perspektive beleuchtet. Ein empirischer Nachweis, ob auch das Bildungsangebot der Senioren–Uni sich tatsächlich gesundheitsfördernd auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auswirkt, wurde aufgrund der Komplexität einer solchen Fragestellung und dem begrenzten Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht erbracht. Derzeit kann aufgrund der Befragung nur eine Querschnitzaussage über den individuellen subjektiv empfundenen Gesundheitszustand der Befragten nach der Hälfte der Vorlesungsreihe gemacht werden. Um einen Wirkungszusammenhang (Gesundheitszustand und dessen mögliche positive Veränderungen) zu erheben, wäre eine Längsschnitterhebung notwendig; dies könnte als Inhalt einer zukünftigen Arbeit interessant sein.

Die hier vorliegenden Ergebnisse zeigen allerdings andere aufschlussreiche Zusammenhänge auf: Bei der Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, die vorher gegensätzlich vermutet wurden. Die Streuung zwischen den Bewertungspunkten zeigt, dass bei den weiblichen Befragten eine größere Varianz als bei den Männern besteht. Die männlichen Befragten gaben allesamt Werte im positiven Bereich an, während sich die Frauen auf der Rating-Skala vom schlechtesten bis zum besten Gesundheitszustand einordneten. Es könnte daher bei einer weiteren Befragung interessant sein, herauszufinden, ob sich die Männer subjektiv gesundheitlich besser einschätzen, obwohl sie objektiv gar nicht gesünder sind. Und andererseits ob die Frauen sich schlechter subjektiv in ihrer Gesundheit bewerten, obwohl sie eigentlich gesünder sind.

Aus meinen teilnehmenden Beobachtungen, die ich während der Betreuung des Bildungsangebots Senioren-Uni und der Besucher im Semester 2012/ 2013 gemacht habe, entnehme ich, dass wohl die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine durchschnittlich gute Gesundheit aufweisen, da sie das Bildungsangebot ohne weitere Einschränkungen oder Ausfälle wahrnehmen konnten und sich aktiv beteiligt haben. Außerdem weisen die Befragten eine hohe körperliche Aktivitätsrate in ihrem Alltag auf (vgl. 6.2.2. körperliche Aktivität). Dies legt den Schluss nahe, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer körperlich und seelisch fit fühlen. Betrachtet man die Teilnehmerlisten der Jahre 2008 bis 2013, ist zu erkennen, dass viele Studierende die Vorträge und Lehrveranstaltungen wiederholt und regelmäßig besuchten. Daraus könnte man schließen, dass dies u.a. möglich ist, weil viele Seniorstudierende einen kontinuierlich positiven Gesundheitszustand aufweisen –wenn es denn eine nachweisbare Korrelation von individueller Gesundheit und Art/ Grad der Teilnahme gäbe.

Bezüglich der Themen der Lehrveranstaltungen an der Senioren-Uni ist anzumerken, dass zwar eine gewisse Nachfrage nach Gesundheitsthemen besteht, jedoch das Interesse an aktuellen gesellschaftlichen, politischen und ökologischen Themen doch größer zu sein scheint. Der Wunsch nach Gesundheitsinhalten besteht eher bei den Frauen als bei den Männern. Aus der Themennachfrage könnte man schließen, dass es entweder bereits einen hohen Kenntnisstand bezüglich der Bereiche Gesundheit-Krankheit-Diagnosen-Heilung gibt; oder dass abhängig vom eigenen (objektiven oder subjektiv empfundenen) Gesundheitszustand das Interesse größer oder geringer ist; oder dass Gesundheit für viele gar kein wichtiges Thema für Kenntniserwerb oder Reflexion ist. Ob gesundheitsbildende Themen, die nicht allein auf Krankheitsinhalten beruhen (z.B. Entstehung und Therapien von Diabetes mellitus und Osteoporose) als neuer Inhalt das Interesse wecken würden, könnte Teil einer weiteren Befragung sein.

Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich ableiten, dass das Bildungsangebot in der Mehrzahl von Menschen mit einem höheren Bildungsstatus aufgesucht wird. Die Hypothese hierfür kann bestätigt werden. Aus den bereits veröffentlichten Studien ist zu entnehmen, dass sich generell eher Menschen mit einem höheren Bildungsstatus weiterbilden, unabhängig vom Alter. Bildungsbenachteiligte Personengruppen und Menschen mit Migrationshintergrund haben sich an der derzeiti-

gen Vorlesungsreihe der Senioren-Uni nicht beteiligt. Aus welchen Gründen der Zugang nicht erreicht wurde, kann nur vermutet werden: Dazu können u.a. die hohen Kosten für die Lehrveranstaltungen, fehlende Informationen, Sprachbarrieren, Bildungsferne oder Arbeitsweisen des Trägers zählen.

Dass die Seniorstudierenden am Bildungsangebot partizipieren, andere Menschen treffen, und neue zwischenmenschliche Interaktionen erleben, spricht für die soziale Funktion der Senioren-Uni und für die sozialen Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Neue soziale Kontakte zu Mitstudierenden, zum Team der Senioren-Uni, und zu Dozentinnen und Dozenten, lässt die Entstehung sozialer Vernetzung vermuten. Doch die Ergebnisse zeigen, dass sich die Seniorinnen und Senioren innerhalb dieses Bildungsangebots, nach eigener Einschätzung, nicht vernetzt haben. Ein möglicher Grund dafür könnte die Eingebundenheit der Befragten in schon bestehende und langfristig gewachsene Netzwerke (familiär und außerfamiliär) sein. Es gibt für diese Gruppe möglicherweise keinen dringenden Bedarf an neuer Netzwerkbildung. Allerdings kann jedoch ein erhöhtes Interesse am Austausch mit anderen beobachtet werden und damit vermutet werden, dass es implizit doch einen Vernetzungswunsch gibt. Meinen eigenen Beobachtungen konnte ich entnehmen, dass viele an Vernetzung interessiert sind; doch diverse Hürden die Umsetzung verhindern. Zum Beispiel habe ich wiederholt erlebt, dass sich Teilnehmerinnen aufmerksam nach anderen Mitstudierenden, die grade abwesend waren, erkundigt haben. Das spricht dafür, dass besonders die beteiligten Frauen sich austauschen und kennenlernen, und ein Wunsch zur Vernetzung besteht. Bekanntermaßen sind insbesondere Frauen gute und motivierte „networkers“. Obwohl die Hypothese der tatsächlichen Vernetzung durch das Bildungsangebot nicht nachgewiesen werden kann, ist aber aufgrund der teilnehmenden Beobachtungen zu schließen, dass bei optimierten Bedingungen neue Netzwerke im Verlauf der Vorlesungsreihe entstehen könnten.

In Verbindung mit dem Stand der Forschung und aus Ergebnissen meiner empirischen Studie schlussfolgere ich, dass Bildungsbeteiligung im Alter einen zentralen Aspekt für das gesundheitliche Wohlbefinden darstellt, und persönliche sowie gesellschaftliche Entwicklungen positiv beeinflusst. Ich werde diese Gedanken im folgenden Abschnitt zusammenfassen.

Aufgrund verbesserter Lebensbedingungen und einem umfassenden Zugang zu Leistungen von Krankenversicherungs-, Gesundheits- und Bildungssystemen ist es heute einem großen Teil der deutschen Bevölkerung möglich, bei guter Lebensqualität ein sehr hohes Alter zu erreichen. Alter(n) hat dadurch an persönlichem Wert gewonnen, und die Gesundheit bildet dabei einen essentiellen Faktor. Diese „gesunde Langlebigkeit“ korreliert dennoch mit einer Zunahme chronischer Krankheiten und vermehrter Pflegebedürftigkeit. Unsere Gesellschaft ist darauf noch nicht hinreichend eingestellt, und die Integration von älteren Generationen in gesellschaftliche Prozesse ist sicherlich verbesserbar. Wenn es jedoch gelingt, die Zielgruppen älterer Erwachsener gezielt in das Bildungswesen zu integrieren, wird unsere Gesellschaft davon profitieren; u.a. durch viele –mittlerweile oft unentbehrliche– Aktivitäten, die ältere Menschen leisten: Das soziale und ehrenamtliche Engagement von „junggebliebenen“ älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, aber auch Seniorinnen und Senioren bildet derzeit eine bedeutende Ressource in Hinblick auf die soziale und gesundheitliche Versorgung. Zudem wirkt ein solches Engagement beim einzelnen Akteur auch gesundheitsfördernd - gesellschaftliche Wertschätzung, soziale Integration und aktive Teilhabe fungieren als schützende und gesundheitsförderliche Faktoren.

Um die Potenziale älterer Menschen zu fördern, aber auch ihren spezifischen (gesundheitlichen und sozialen) Bedürfnissen entgegenzukommen, bedarf es gezielter Unterstützungs- und Präventionsmaßnahmen für diese einzelnen Zielgruppen. Bildungsangebote, die speziell auf die Bedürfnisse der Altersgruppen in der nachberuflichen Phase abzielen, stellen ein Medium für die Förderung des gesundheitlichen Wohlbefindens im Alter dar. Aktive Bildungsteilhabe fördert zum einen das soziale Lernen: Die Aneignung von neuem Wissen trainiert das Gedächtnis, und fördert die Neuroplastizität des Gehirns. Darüber hinaus beinhaltet aktives Lernen einen Prozess des Verstehens und der Reflexion neuer Inhalte; es fördert neue Handlungs- und Denkmuster, die als fördernde Faktoren für die psychische Entwicklung im Alternsprozess bedeutend sind, und wirkt sinnstiftend.

Bei aktiver und regelmäßiger Bildungsbeteiligung können Teilnehmerinnen und Teilnehmer zudem neue persönliche Kontakte gewinnen. Die Entstehung sozialer Netzwerke wird also gefördert. Funktionierende soziale Netzwerke bilden wiederum eine wichtige Ressource für das gesundheitliche Wohlbefinden im Alter, sei

es als Unterstützung für das Individuum oder als geistig-seelisch-intellektuell bereichernder Kontakt oder als aktive Teilhabe. Soziale Teilhabe und die persönliche Entwicklung sind zunehmend abhängig davon, inwieweit jemand mit der Technisierung des Alltags zurechtkommt und welche technischen Möglichkeiten und Kompetenzen ein Mensch hat. Bildungsangebote für die nachberufliche Phase können auch die Förderung von Medienkompetenzen und gleichzeitig soziale Partizipation und zwischenmenschliche Interaktion verbinden.

Die positiven Einflüsse auf das gesundheitliche Wohlbefinden im Alter durch Bildungsbeteiligung zeigen, dass die Integration von älteren Zielgruppen in das Bildungswesen unabdingbar ist. Doch es reicht nicht, nur unverbindlich Bildungsangebote zu machen, sondern auch der gleichberechtigte Zugang zu Bildung muss ermöglicht und gestärkt werden. Um sozial benachteiligte ältere Personengruppen zu erreichen, müssen Bildungseinrichtungen sich daher um niedrighschwellige Zugänge und Angebote bemühen; evtl. wird es dabei notwendig sein, Bildungsanbieter über passende Vorgehensweisen und Angebote zu beraten und zu unterstützen. Um den Zugang zu Angeboten so zu gestalten, dass die Inanspruchnahme für die oder den Einzelnen einen so geringen Aufwand wie möglich erfordert, sind aufsuchende Angebotsstrukturen empfehlenswert. Dazu zählen z.B. geringe bzw. einkommensabhängig gestaffelte Gebühren, leichte und überschaubare Anmeldeformalitäten, Barrierefreiheit, für alle verständliche Sprach- und Vermittlungsformen und aktive Unterstützung bzw. direkte Ansprache beim Zugang zu den Bildungsangeboten.

### *7.1. Handlungsempfehlungen*

Die folgenden Handlungsempfehlungen begründen sich aus den Inhalten des theoretischen und des empirischen Teils dieser Arbeit. Sie beziehen sich ausschließlich auf das Bildungsangebot Senioren-Uni der HAW Hamburg.

Obwohl die Vorlesungen der Senioren-Uni eine große Themenvielfalt aufweisen, stellen die Frauen die Mehrheit der Studierenden. Um auch männliche Nachfrager zu erreichen und für das Angebot zu interessieren, sollte das Themenspektrum um typisch „männliche“ Themen erweitert werden. Vorlesungen der vergangenen Jahre, die aktuelle politische Inhalte hatten, wurden häufig von Männern besucht. Anhand der persönlichen Feedbacks in meinen Feedbackbögen lassen sich The-

menvorschläge der Seniorstudierenden erkennen; diese könnten gezielt in die Themenplanung einbezogen werden.

Ein (professionell erstelltes) Marketingkonzept wäre ein hilfreicher Ansatz, um das Angebot der Senioren-Uni umfassender zu verbreiten und bekannt zu machen. Bisherige und auch neue Werbestrategien und Angebotsstrukturen sollten einer Evaluation unterzogen werden, um daraus langfristig ein nachhaltiges Konzept für die Senioren-Uni zu entwickeln. Aus meiner Arbeit für die Senioren-Uni möchte ich als persönliche Beobachtungen einige praktische Vorschläge und Gedanken ableiten: Die Studierenden der Senioren-Uni sind Kunden, sie bezahlen für diese Dienstleistung und sie erwarten eine hohe Qualität und guten Service. Kundenbindung ist essentiell –viele Studierende besuchten über mehrere Semester die Veranstaltungen– d.h. persönliche Ansprache und Kontakthalten sind wichtige Faktoren für Bindung und Kundenzufriedenheit. Aber auch neue Interessenten müssen erreicht werden. Dafür wäre es sinnvoll das Themenangebot entsprechend der Nachfrage zu gestalten. Auch die Flyer mit den Lehrveranstaltungsangeboten bzw. mit dem Vorlesungsverzeichnis könnten frühzeitiger ausgestellt werden und einen größeren Verbreitungsgrad haben. Parallel könnte dieser Flyer auch als Mittel für die persönliche Ansprache genutzt werden.

Das (vermutete) Bedürfnis nach Vernetzung innerhalb der Kohorte stellt eine wichtige Ressource dar, um die sozialen Kontakte der Beteiligten aktiv zu fördern. Dafür könnten jeweils am Anfang und am Ende einer neuen Vorlesungsreihe „get-together-Veranstaltungen“ in ansprechendem und persönlichem Ambiente für die Studierenden organisiert werden (natürlich im Rahmen der verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen des Trägers). Solche - eher informellen Treffen außerhalb des eigentlichen Bildungsprogramms ermöglichen den aktiven Austausch zwischen den Besuchern, persönliche Kontakte und Kennenlernen, und fördern damit die Bildung von Netzwerken. Gleichzeitig werden Barrieren, die oft aus einem „offiziellen“ Charakter von Uni oder Lehre entstehen können, schon zu Beginn aufgehoben.

Es wäre sinnvoll sich darüber Gedanken zu machen, warum die Gruppe der sozial Benachteiligten mit dem Angebot nicht erreicht wird. Ich denke, dass die hohen Kosten der Vorlesungen sicherlich eine Barriere darstellen. Hierfür müssten Lö-



sungen gefunden werden. Aber auch die Relation zwischen Kosten und Nutzen kann für Menschen mit niedrigen Einkommen oder aus bildungsfernen Schichten eine wichtige Überlegung sein; sie wird vielleicht als unangemessen empfunden. Hier stellt sich die Frage, wie man den „Wert“ von Bildung auch an diese Zielgruppe vermitteln kann. Eine Idee wäre die Kooperation mit regionalen sozialen Einrichtungen: Man könnte z.B. ausgewählte Vorlesungen für Besucher des Kooperationspartners zu einem vergünstigten Preis bzw. kostenfrei anbieten.

Durch eine aufsuchende Arbeitsweise (z.B. man könnte ein Seminar/ einen Vortrag in der kooperierenden sozialen Einrichtung stattfinden lassen) kann der Erstkontakt zur Zielgruppe auf eine direkte Art geschaffen werden.

Aufgrund meiner Beobachtungen und persönlicher Gespräche habe ich während der Betreuung der Vorlesungsreihe wiederholt erlebt, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht zur Veranstaltung kommen konnten, weil sie eigene Kinder oder (zumeist) Enkelkinder oder Angehörige betreuen mussten. Daraus ergibt sich eine Handlungsempfehlung, deren praktische Umsetzung durchdacht werden müsste: Kinder und Enkelkinder dürfen mitgebracht werden, für Betreuung wird gesorgt.

Abschließend möchte ich meine persönliche Einschätzung zum Bildungsangebot der Senioren-Uni abgeben. Ich finde, dass die Vorlesungsreihe eine große Bedeutung hat hinsichtlich der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen— der Stellenwert von Bildungsangeboten für Menschen in der nachberuflichen Phase muss hoch eingeschätzt werden. In der Region Hamburg bieten zwar etliche Institutionen Bildung für ältere Erwachsene an. Doch die Senioren-Uni hat viele Vorteile. Zu nennen sind: der zentrale Standort, die räumlichen Möglichkeiten, die Nähe zum wissenschaftlichen Milieu, Kontaktmöglichkeiten zu Dozentinnen und Dozenten aus vielen Fachbereichen (Professorinnen und Professoren der HAW), wodurch Wissenschaft und Wissen „greifbar“ werden auch für die Menschen, die sonst keinen Zugang zur Universität hätten. Ich habe während meines Praktikums, auch in meiner Arbeit als studentische Hilfskraft festgestellt, dass viele Studierenden und Lehrenden der HAW dieses besondere Bildungsangebot der Hochschule nicht kennen und erstaunt waren, davon zu hören. Vielleicht wäre ein erster Ansatz, diese Informationslücke durch eine gezielte, nachhaltige PR-Strategie der Hochschule für Angewandte Wissenschaften zu schließen.

## 8. Literaturverzeichnis

Altenberichtscommission. *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland- Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010.

Bargfreude A. *FrauenNetzWerke- Spinnstuben statt Kaminabende?* Münster:Verlag Westfälisches Dampfboot, 2011.

Bednorz S. *Einführung in die Lernpsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2002.

Bertelsmann Stiftung. Raffel/ Rothen (Hrsg.) *Alter neu denken-Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2008.

Bilger/von Rosenblatt. *Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland- Sozialforschung, TNS Infratest*. München: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2008.

Buck/Pack. *Demografie Transfer*. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2000.

Bundesamt, Statistisches. *Bevölkerung Deutschlands bis 2060-12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2009.

Bundesministerium für Gesundheit. *Nationales Gesundheitsziel- Gesund älter werden*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit/Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses-BMG-V-10018, März 2012.

Cozolino L. *Ein gesundes, alterndes Gehirn;1.Aufl. der deutschen Ausgabe*. Freiburg: Arbor Verlag, 2010.

Diekmann A. *Empirische Sozialforschung- Grundlagen, Methoden, Anwendungen; 4.Aufl.* Reinbek: Burghard König, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010.

Flick U. *Sozialforschung-Methoden und Anwendungen-Ein Überblick für BA-Studiengänge*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2009.

Franzkowiak/Kaba-Schönstein/Lehmann/Sabo. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung- Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung;4.Aufl.* Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo, 2003.

Gaber/Heuft/Kruse. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.Heft 10-Gesundheit im Alter*.Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Berlin: Verlag RKI, 2005.

Gabrych/Pahl. *Zur Studiensituation von Seniorstudierenden.Studienmotive und - Erfahrungen, Ergebnisse einer Umfrage unter Seniorstudierenden an der Universität zu Köln*. Köln: CEfAS–Centrum für Altersstudien/Koordinierungsstelle Wissenschaft&Öffentlichkeit,Arbeitsbereich Gasthörer-und Seniorenstudium, 2011.

Heidecker/Schneeberger. *Kapitel 1 Erwachsenenbildung als Faktor aktiven Alterns*, S.01-2-01-5. In: *Magazin Erwachsenenbildung als Faktor aktiven Alterns*, Ausgabe 13, Wien/Norderstedt: Books on Demand GmbH, Oktober 2011.

Heinz W. R. *Der Lebenslauf aus soziologischer Perspektive*, S.163-165ff. In: *Soziologie*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2007.

Herschowitz N. *Das vernetzte Gehirn-Seine lebenslange Entwicklung*;3.Aufl. Bern: Hans Huber, Hofgrete AG, 2006.

Heusinger J./ Wolter B. *Die Jungen Alten-Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*;Band 38. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011.

Hüther G. *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*;10.Aufl. Göttingen: Verlag Vandenhoeck& Ruprecht, 2011.

Joas. H. *Lehrbuch der Soziologie*;3.Aufl. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 2007.

Kammermeyer F./Zerpiess R. *Statistik*. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH&Co, 2003.

Kolland F. *Bildung und aktives Altern*, S.:02-2-02-7. In: *Magazin Erwachsenenbildung als Faktor aktiven Alters*, Ausgabe13. Wien/Norderstedt: Books on Demand GmbH, Oktober 2011.

Kornmeier M. *Wissenschaftlich schreiben leicht gemacht-für Bachelor,Master und Dissertationen*;1. Aufl. Bern: Haupt Verlag, 2008.

Kruse A. *Psychologische Veränderungen im Alter*, S.15- 32. In: Kuhlmeij/Schaeffer (Hrsg.) *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, Hofgrete AG, 2008.

Kuhlmeij A. *Altern- Gesundheit und Gesundheitseinbußen*, S.:85-94. In: Kuhlmeij/Schaeffer (Hrsg.) *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, Hofgrete AG, 2008.

Kumlehn M. *Alterskonstrukte bilden, Bildung im Alter-Bildung für das Alter*. In: Kumlehn/ Kubik (Hrsg.) *Konstrukte gelingenden Alters*. Stuttgart/Rostock: Kohlhammer Verlag, 2012.

Menning S. *Bildung und Alter-GeroStat Report Altersdaten*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2008.

Mielke R. *Psychologie des Lernens*. Stuttgart: W Kohlhammer Verlag, 2001.

Montalcini R. L. *Die Vorzüge des Alterns- Leistungsfähigkeit und geistige Aktivität ein Leben lang*. München/Zürich: PIPER Verlag, 2007.

Sieber H. *Bildung im Alter*, S.03-2-03-7 In: *Magazin Erwachsenenbildung- Erwachsenenbildung als Faktor aktiven Alterns*, Ausgabe 13, Wien/Norderstedt: Books on Demand GmbH, Oktober 2011.

Siegrist J. *Medizinische Soziologie*. München: ELSEVIER Urban & Fischer, 2005.

Steffen M./Kühnel D.K. *Kapitel 2-Vom Ergebnungsinstrument zur Datenmatrix*. In: König (Hrsg.) *Statistik für Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie-Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2006.

Strobel/Schmidt-Herta. *Bildungsbiographische und soziale Bedingungen des Lernens in der Nacherwerbsphase*, S. 06-2-06-8. In: *Magazin Erwachsenenbildung- Erwachsenenbildung als Faktor aktiven Alterns*, Ausgabe 13, Wien/Norderstedt: Books on Demand GmbH, Oktober 2011.

Tews H. P. *Die neuen Alten- Ergebnis des Strukturwandels des Alters*. In: Karl (Hrsg.) *Das Alter der neuen Alten- Eine Generation im Strukturwandel des Alters*. Münster/Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf, 2012.

Ulfig N. *Funktionelle Systeme-Das limbische System*. In: Ulfig. *Kurzlehrbuch Neuroanatomie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2008.

UNECE United Nations Economic Commission for Europe/Working Group on Ageing, *Dossier zum Thema Altern Nr. 4; Policy Brief- Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft*. Genf: United Nations Economic Commission for Europe, 2010.

Waller H. *Gesundheitswissenschaft*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2006.

Walter U. *Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter*. In: Kuhlmei/Schaeffer (Hrsg.) *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, Hofgrete AG, 2008.

Weltgesundheitsorganisation. *Bericht Aktiv Altern- Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz-Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik (Hrsg.). Genf/Wien: Weltgesundheitsorganisation, 2002.

Werner C. *Dissertation:Kompetenzentwicklung und Weiterbildung bei Mitarbeitern in der zweiten Berufshälfte*. München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München, 2005.

## Anhang

### Ergebnisse Befragung

Erfasste Fragebögen= 36

#### **Legende:**

n= Anzahl

mw= Mittelwert

m= missing

md= Median

e= Enthaltung

Sa= Standardabweichung

u= ungültig

---

**Frage 1:** An wie vielen Vorlesungen der Senioren- Uni haben Sie 2012/ 2013 bereits teilgenommen? (Anzahl Vorlesungen) n= 30, m= 5, u= 1, mw= 8,2, md= 7, Sa= 4,1

→ Durchschnittliche Teilnahme an **7** Vorlesungen 2012/ 2013 zum Erhebungszeitpunkt.

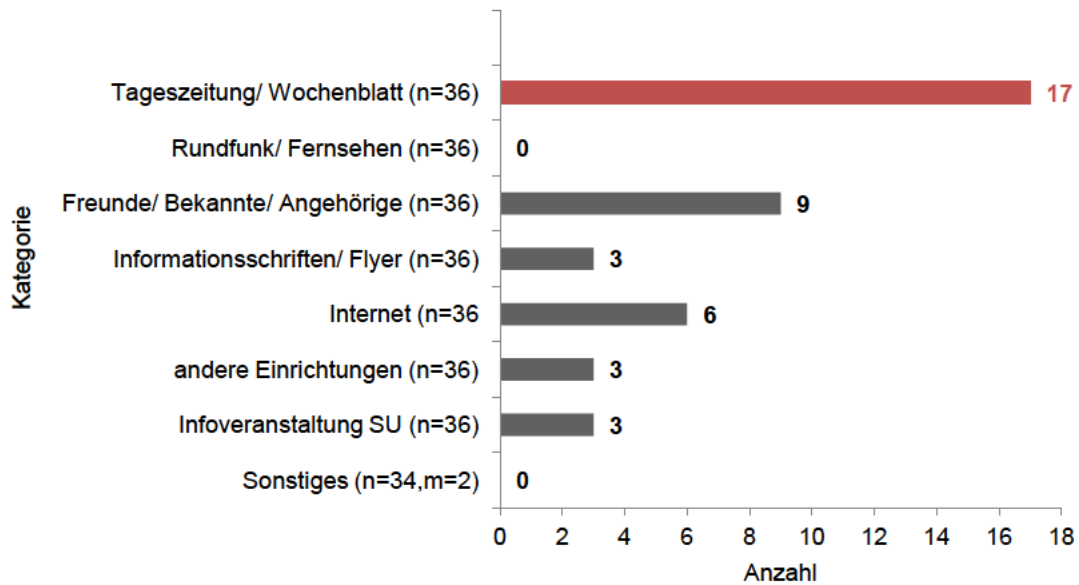
Abbildung 1: Tabelle Durchschnittliche Teilnahme nach Geschlecht:

Anzahl LV	weiblich	männlich	Gesamt
1	0	1	1
2	1	0	1
3	1	0	1
4	0	1	1
5	2	1	3
6	2	3	5
7	4	0	4
8	2	0	2
9	2	0	2
10	2	0	2
11	0	0	0
12	3	1	4
13	1	0	1
14	0	0	0
15	2	0	2
20	111	111	
mw= 8,75	Summe: 22	Summe: 7	Summe: 29
median= 7			

- Frauen haben durchschnittlich an **8** Lehrveranstaltungen teilgenommen (zum Erhebungszeitpunkt)
- Männer haben durchschnittlich an **6** Lehrveranstaltungen teilgenommen (zum Erhebungszeitpunkt)

**Frage 2:** Wo oder durch wen haben Sie von der Vorlesungsreihe der Senioren- Uni erfahren?

Abbildung 2: Balkendiagramm Informationsquelle Zugang Senioren- Uni



**Frage 3: Warum nehmen Sie an der / den Vorlesung/ - en der Senioren- Uni teil?**

Codierung Aussagestärken:

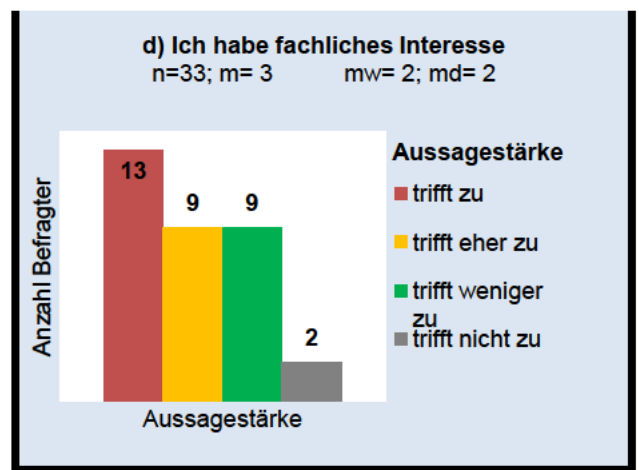
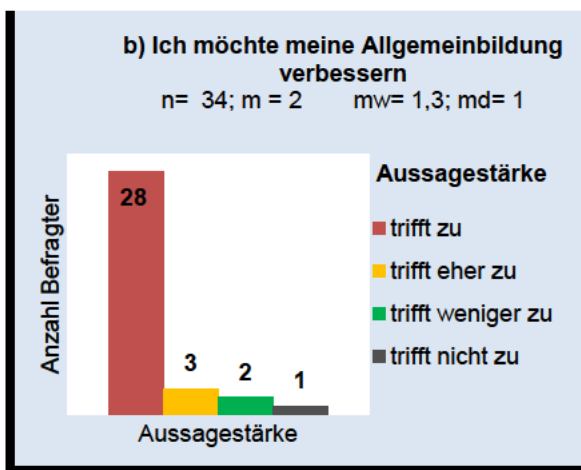
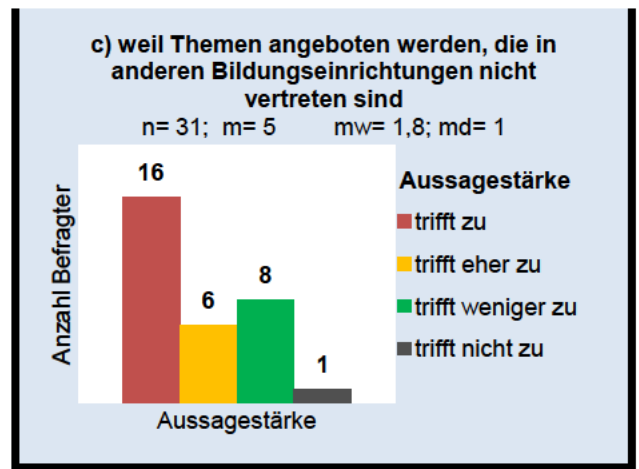
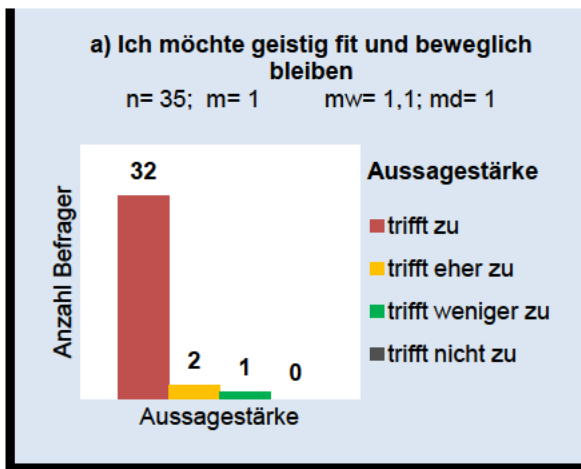
trifft zu= 1

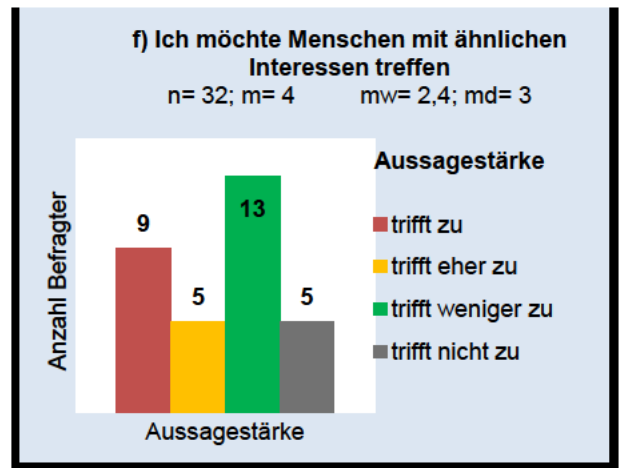
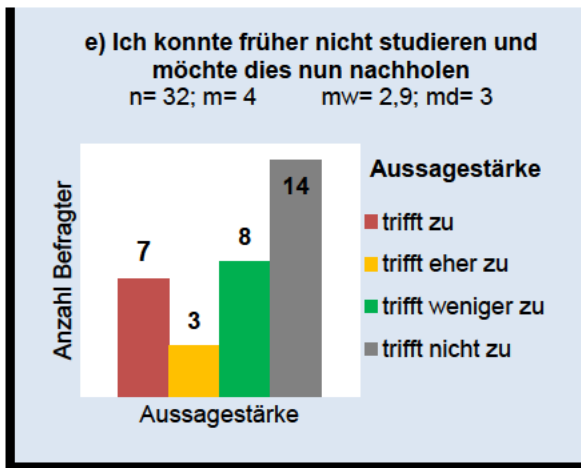
trifft eher zu= 2

trifft weniger zu= 3

trifft nicht zu= 4

Abbildungen 3 a) bis 3 g): Balkendiagramme Motive der Teilnahme





g) Sonstiges

n= 0	m= 36
------	-------

Abbildung 4: Kreuztabelle „geistig fit bleiben“ und „Menschen mit ähnlichen Interessen treffen“ \*Geschlecht

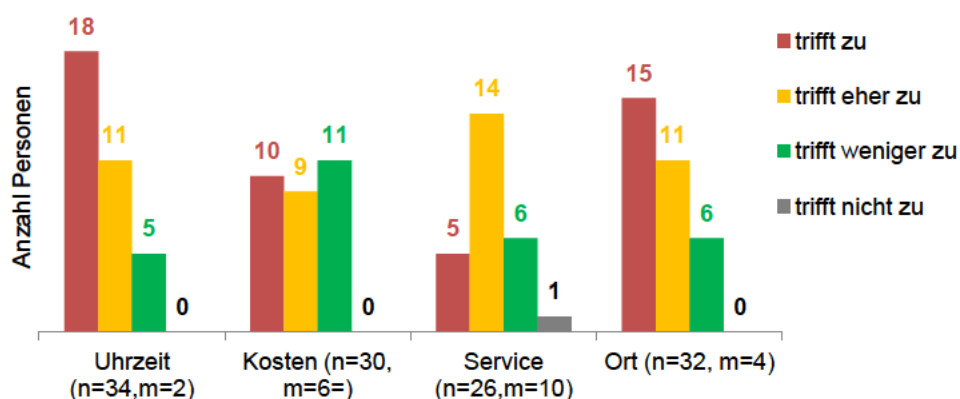
Absolute Häufigkeiten	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
<b>„Geistig fit“</b>			
trifft zu	25	6	31
trifft eher zu	0	2	2
trifft weniger zu	0	1	1
trifft nicht zu	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>34</b>
<b>„Menschen treffen“</b>			
trifft zu	9	0	9
trifft eher zu	2	3	5
trifft weniger zu	9	4	13
trifft nicht zu	2	2	4
<b>Gesamt</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>31</b>

**Frage 4:** Haben Sie Anregungen zur Vorlesungsreihe der Senioren- Uni? (n= 5; m= 29; u=2)

- „eigentlich keine da ich nur Kurse belege die ich gut finde“
- „es sollten auch weiterhin sehr interessante Themen behandelt werden“
- „Gut wäre es die Vorlesungsmaterialien als Email zu erhalten“
- „Verlängerungen einmal wöchentlich z.B. 4 Std. und dann zwei Vorlesungen oder Themenvertiefung“
- „noch mehr Kurse im juristischen Bereich bezüglich politischem Sinne“

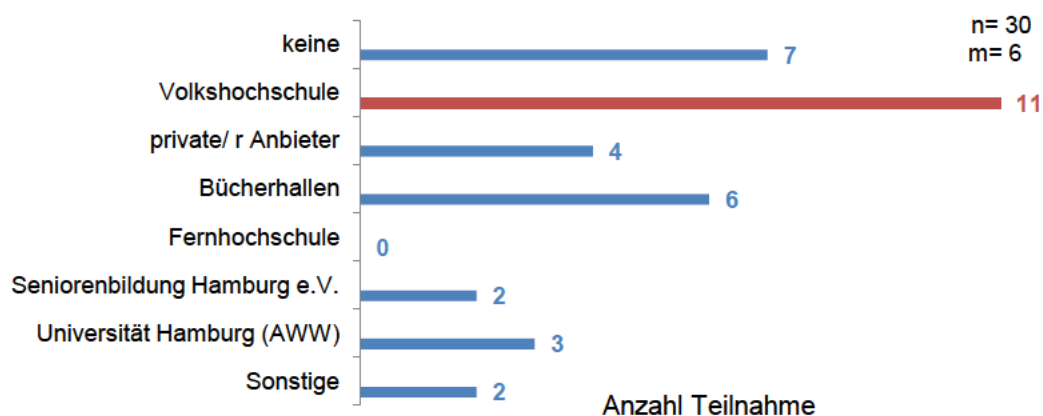
**Frage 5:** Wie wichtig sind Ihnen folgende Kriterien bei Ihrer Auswahl von Weiterbildungsangeboten?

Abbildung 5: Balkendiagramm Kriterien Auswahl Angebote



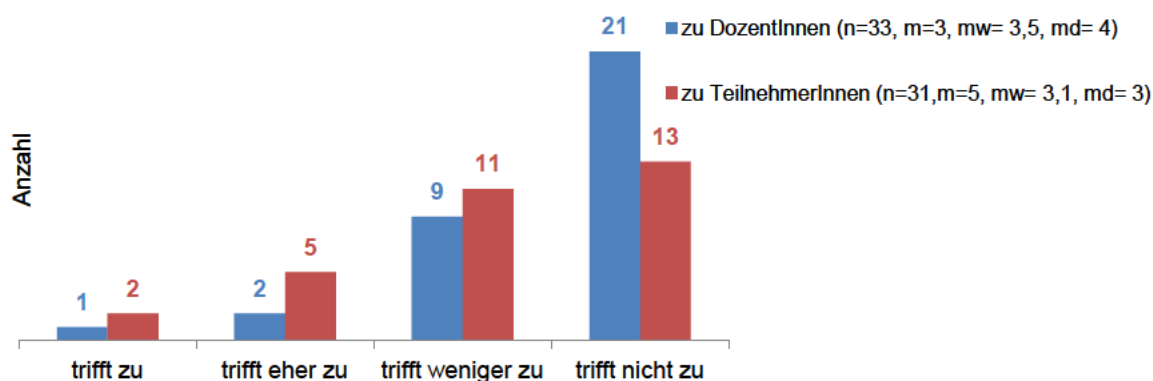
Frage 6: Haben Sie in 2012 Weiterbildungsveranstaltungen anderer Institutionen wahrgenommen?

Abbildung 6: Balkendiagramm Teilnahme andere Institutionen



Frage 7: Haben Sie durch die Teilnahme an der Senioren- Uni neue Kontakte/ Netzwerke zu  
a) Dozentinnen und Dozenten und b) zu anderen Teilnehmerinnen/ Teilnehmern geknüpft?

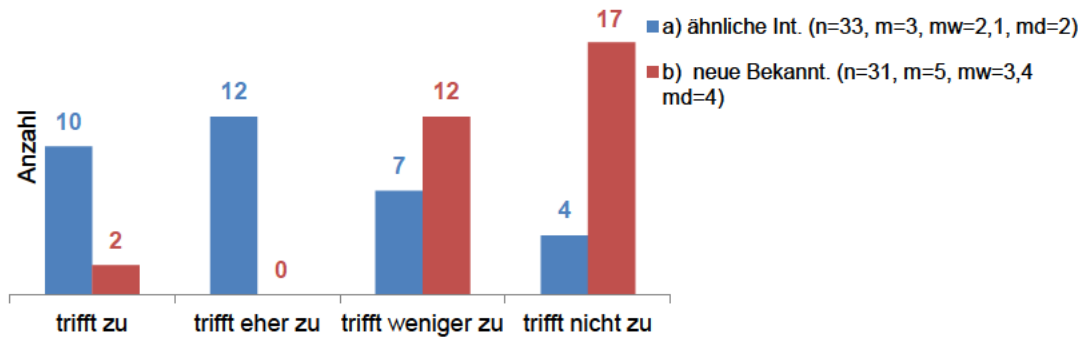
Abbildung 7: Balkendiagramm Kontakte/ Netzwerke



Frage 8: Haben Sie während Ihrer Teilnahme a) Menschen mit ähnlichen Interessen getroffen und  
b) neue Bekanntschaften geschlossen?

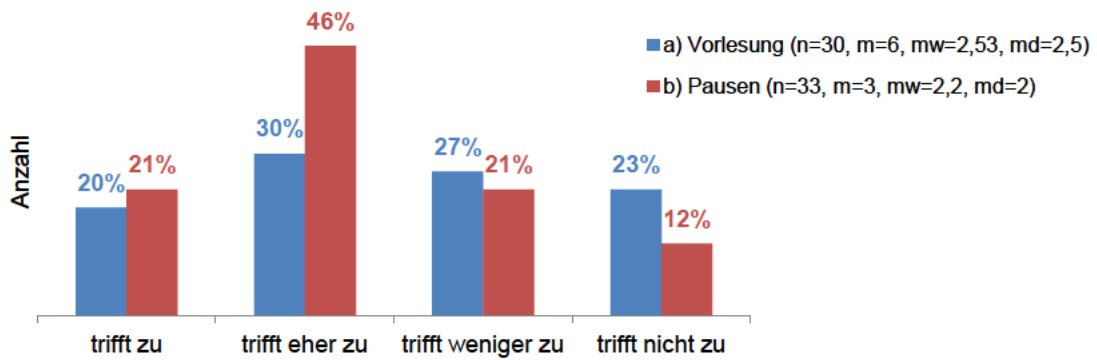


**Abbildung 8: Balkendiagramm Kontakte/ Bekanntschaften**



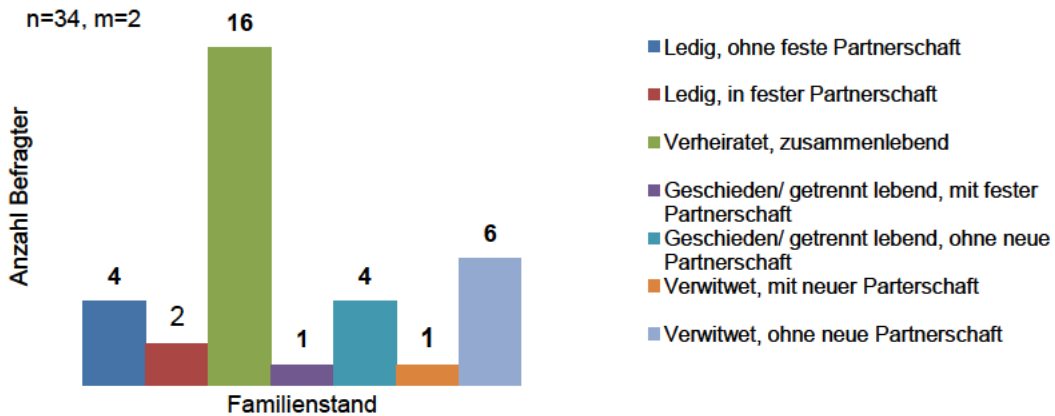
**Frage 9: Hatten Sie regen Austausch zu anderen Teilnehmerinnen/ Teilnehmern a) innerhalb der Vorlesungen und b) während der Pausen?**

**Abbildung 9: Balkendiagramm Austausch in Vorlesung und Pausen**



**Frage 10: Ihre Partnerschaft und ihr Familienstand ist...**

**Abbildung 10: Balkendiagramm Familienstand**



**Frage 11: Welchen höchsten allgemeinen Bildungsabschluss haben Sie? (1 Nennung)**

Abbildung 11: Balkendiagramm höchster Bildungsabschluss

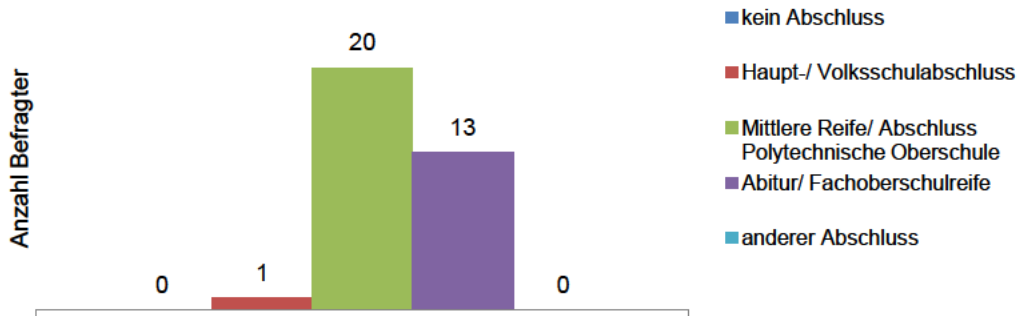
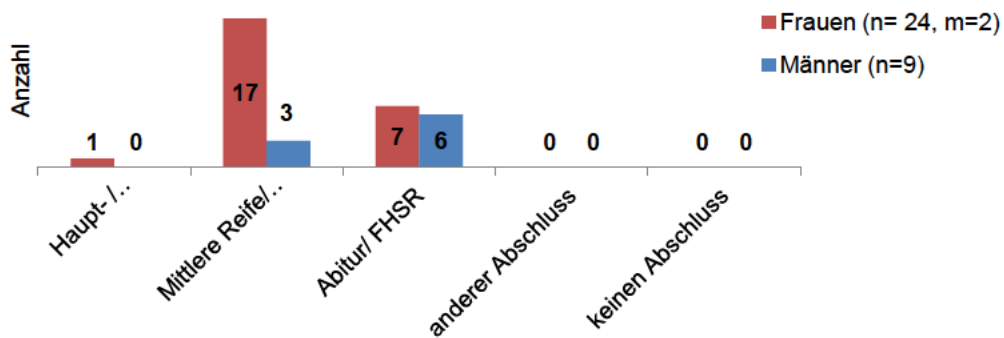


Abbildung 12: Tabelle nach Geschlecht und höchsten allgemeinen Bildungsabschluss

Geschlecht	Art Bildungsabschluss					Gesamt
	mit allgemeinen Bildungsabschluss				ohne allgemeinen Bildungsabschluss	
	Haupt-/ Volksschulabschluss	Mittlere Reife/ Abschluss POS	Abitur/ FOSR	anderer Abschluss	keinen Abschluss	
Frauen	1	17	7	0	0	25
Männer	0	3	6	0	0	9
<b>Gesamt</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>34</b>

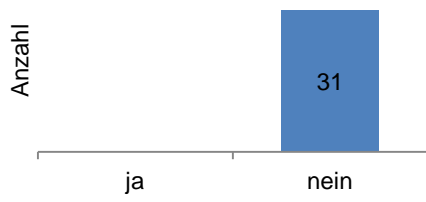
Abbildung 13: Balkendiagramm nach Geschlecht und höchsten allgemeinen Bildungsabschluss



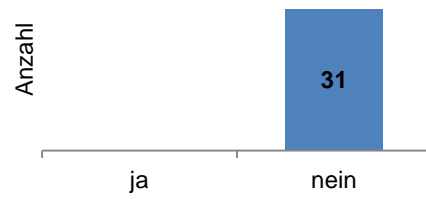
Frage 12: Welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Abbildung 14 a) bis 14 h): Diagramme höchster Ausbildungsabschluss

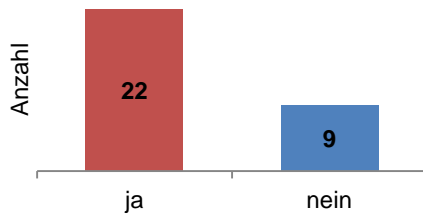
**a) kein Abschluss (n=31, m=5)**



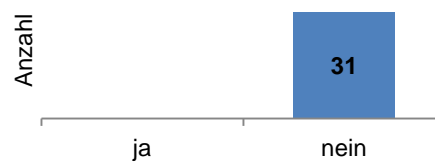
**b) mehrjähriges Studium ohne Abschluss (n=31, m=5)**



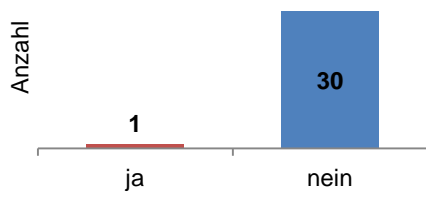
**c) Lehre mit Abschluss/ Gesellenbrief (n=31, m=5)**



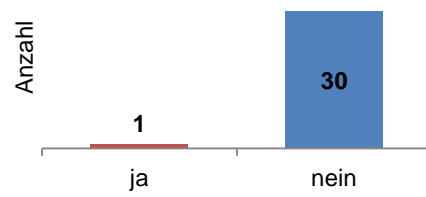
**d) Lehre ohne Abschluss (n=31, m=5)**



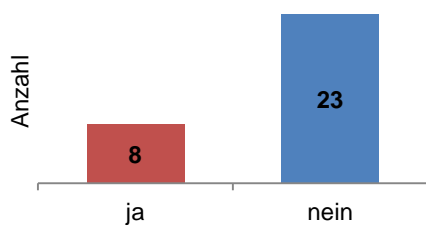
**e) Meisterbrief (n=31, m=5)**



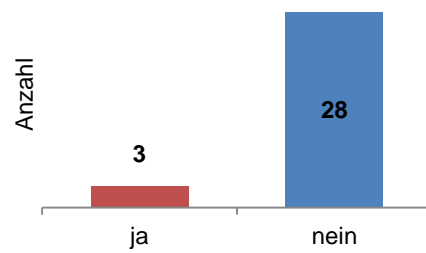
**h) Promotion/ 2. Staatsexamen (n=31, m=5)**



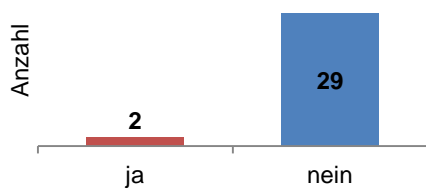
**f) Fachhochschulabschluss (n=31, m=5)**



**i) anderer Abschluss (n=31, m=5)**



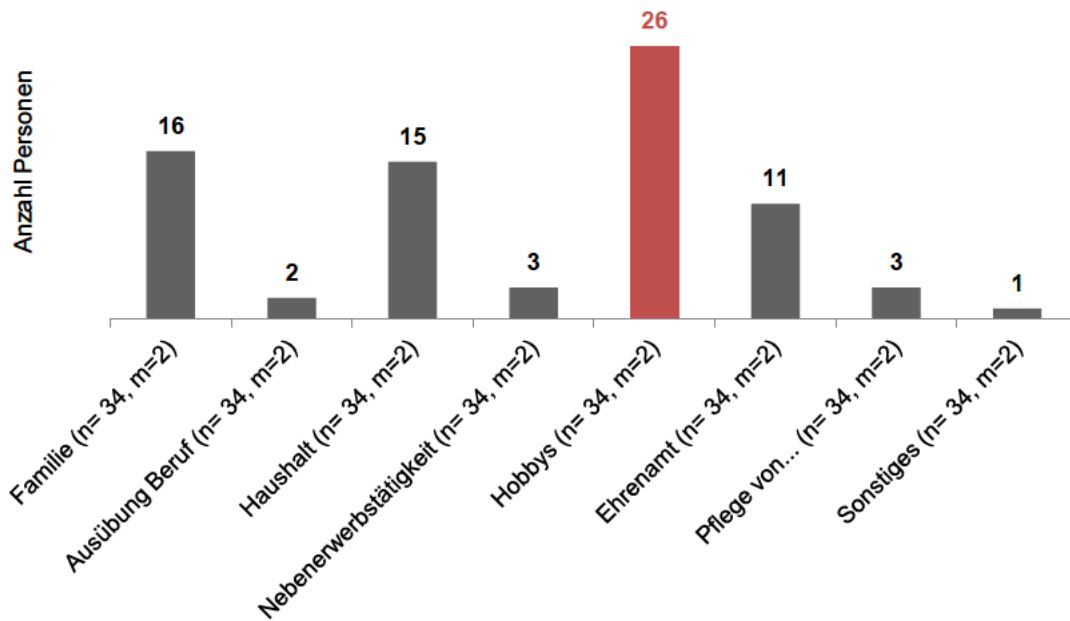
**g) universitärer Abschluss**



**i): 2 Textangaben:** „Technikerausbildung“ und „Fortbildung Bewegungsbereich“

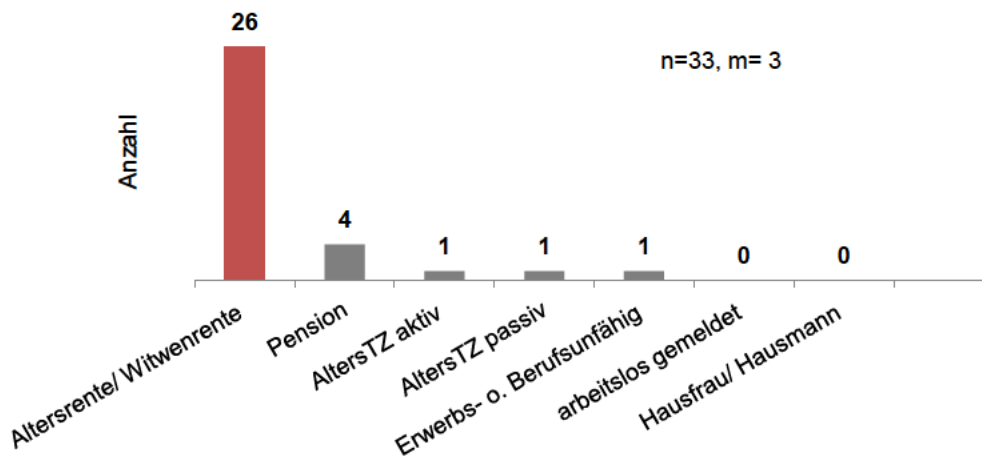
**Frage 13:** Mit welchen der folgend aufgelisteten Dinge verbringen Sie Ihrer Einschätzung nach die meiste Zeit in Ihrem Alltag/ Tagesablauf?

*Abbildung 15: Diagramm Freizeitbeschäftigungen*



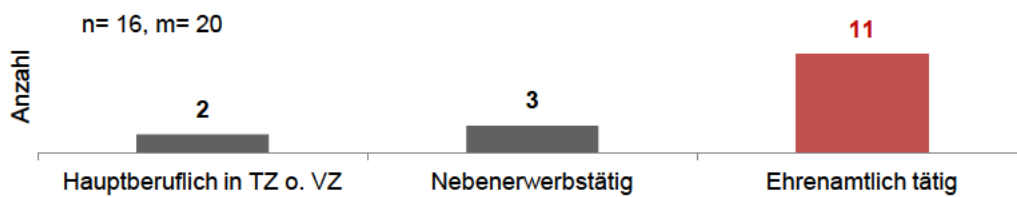
**Frage 14:** Ihr derzeitiger Status ist...?

*Abbildung 16: Diagramm derzeitiger Status*



**Frage 14 b):** Sind Sie derzeit tätig...?

*Abbildung 17: Diagramm derzeitige Tätigkeit*



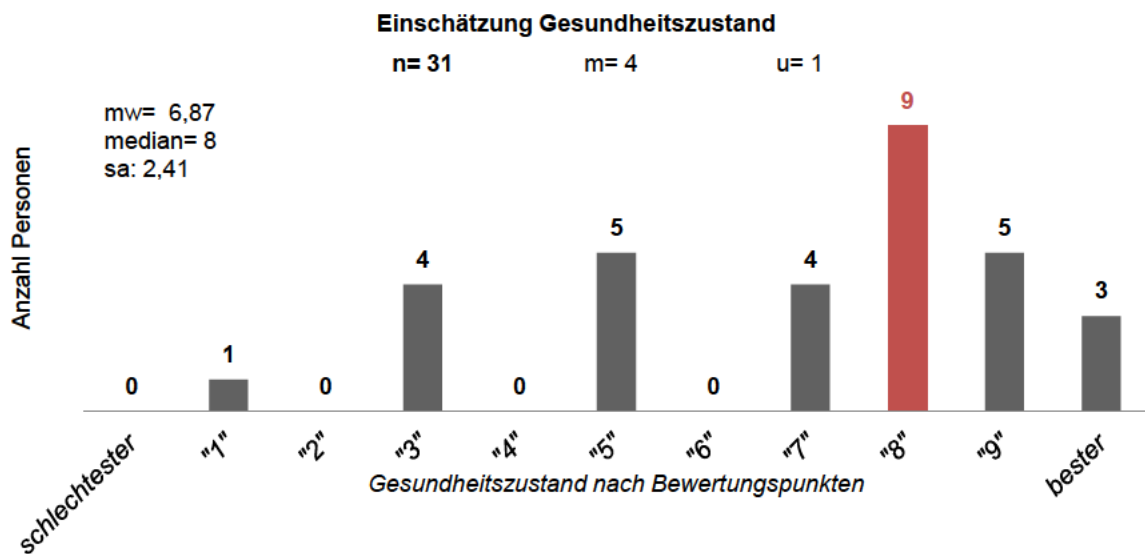
**Frage 15: Sie leben zurzeit in...?(n= 34, m=2)**

*Abbildung 18: Diagramm Wohnsituation*



**Frage 16: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren aktuellen Gesundheitszustand? (1 Nennung)**

*Abbildung 19: Diagramm subjektive Einschätzung Gesundheitszustand*



*Abbildung 20: Kreuztabelle Geschlecht und Gesundheitszustand nach Bewertungspunkten*

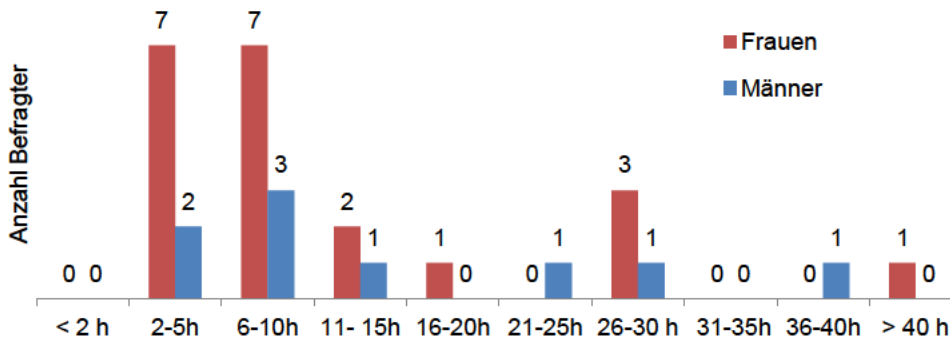
Geschlecht	Gesundheitszustand nach Bewertungspunkten											Gesamt
	„0“ (schlechtes- ter)	„1“	„2“	„3“	„4“	„5“	„6“	„7“	„8“	„9“	„10“ (bes- ter)	
<b>Frauen</b>	0	1	0	4	0	3	0	3	5	3	3	22
<b>Männer</b>	0	0	0	0	0	2	0	1	4	2	0	9
<b>Ge- samt</b>	0	1	0	4	0	5	0	4	9	5	3	31

**Frage 17: Wie viele Std. pro Woche ca. sind Sie körperlich aktiv?**

(n= 30,m= 5, u=1, mw= 13,35, md= 10)

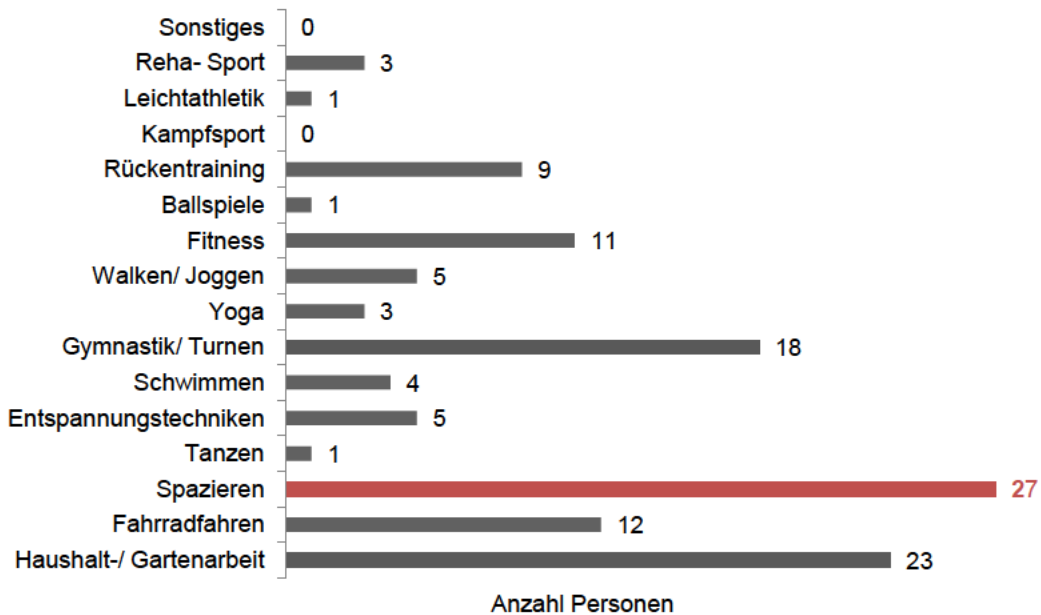
→ Durchschnitt körperliche Aktivität in Std./ Woche der Befragten insgesamt= **10** Std.

Abbildung 22: Diagramm Umfang körperliche Aktivität in Stunden nach Geschlecht



Frage 18: Welche der folgenden körperlichen Aktivitäten haben Sie in den letzten 7 Tagen ausgeübt? (n= 34, m=2)

Abbildung 23: Diagramm Art der körperlichen Aktivität



Frage 19: Haben Sie eine/ mehrere chronische Krankheit/- en/Handicap/-s?

Abbildung 24: Diagramm vorhandene chronische Krankheit/Handicap

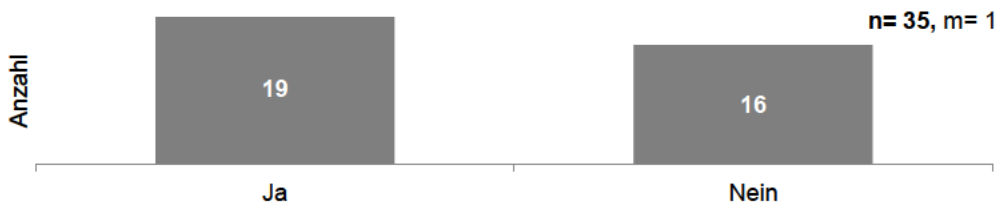
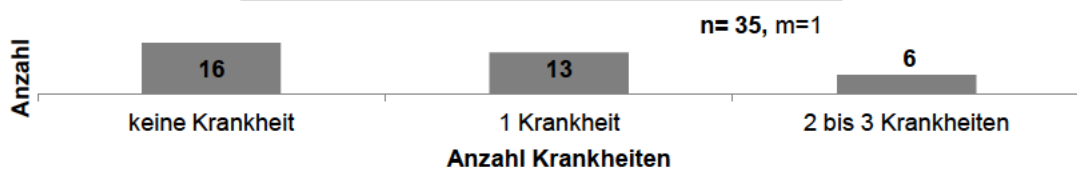
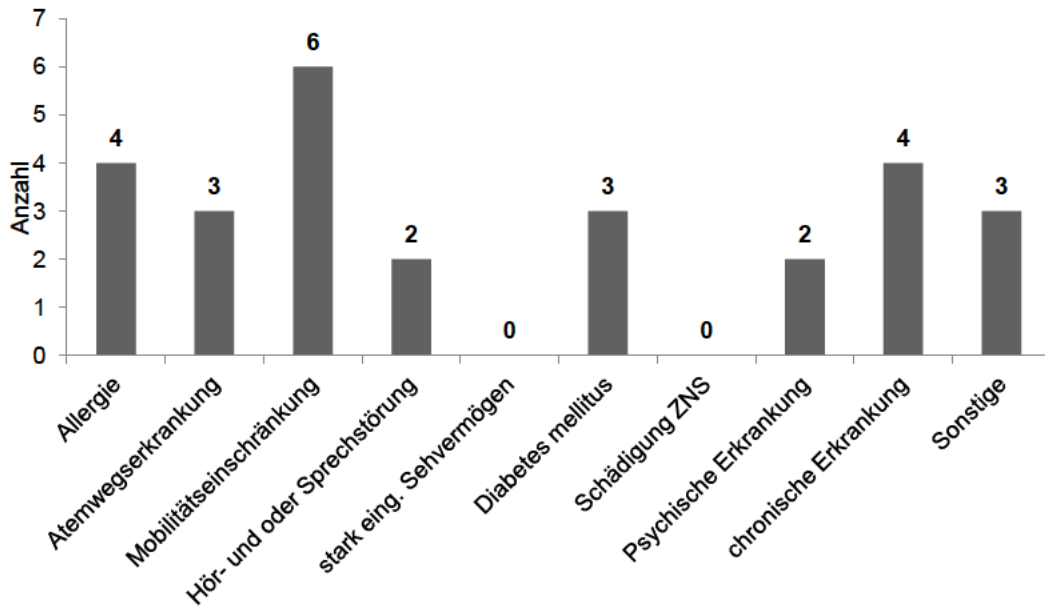


Abbildung 25: Diagramm Krankheitsanzahl in 3 Gruppen



Frage 19 a: Art der chronischen Erkrankung:

Abbildung 26: Diagramm Art der Erkrankung



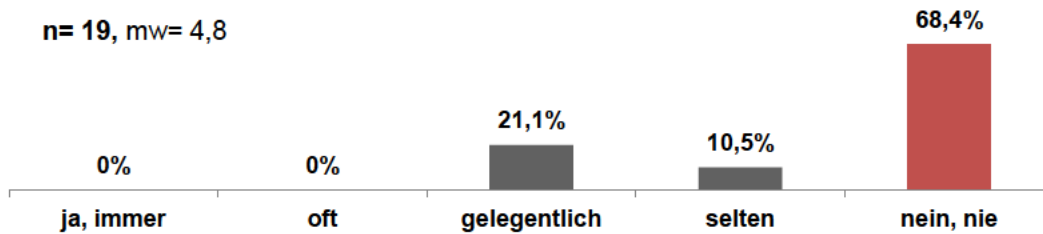
**Frage 20: Sind Sie durch Ihre gesundheitliche/ n Schädigung/ - en...**

Codierung Kategorien: ja, immer= 1; oft= 2; gelegentlich= 3; selten= 4; nein,nie= 5

a) ... in Ihrer Mobilität eingeschränkt?

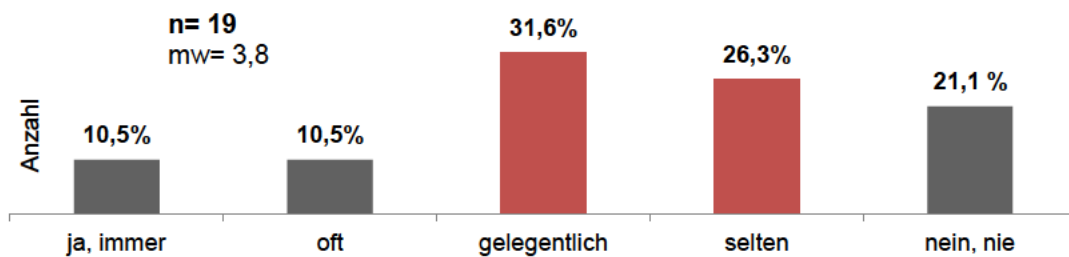
Abbildung 27: Diagramm: Einschränkung Mobilität (in Prozentangabe)

n= 19, mw= 4,8



b) ... in Ihrer soziale Teilhabe eingeschränkt?

Abbildung 28: Diagramm- Einschränkung in sozialer Teilhabe (in Prozentangabe)

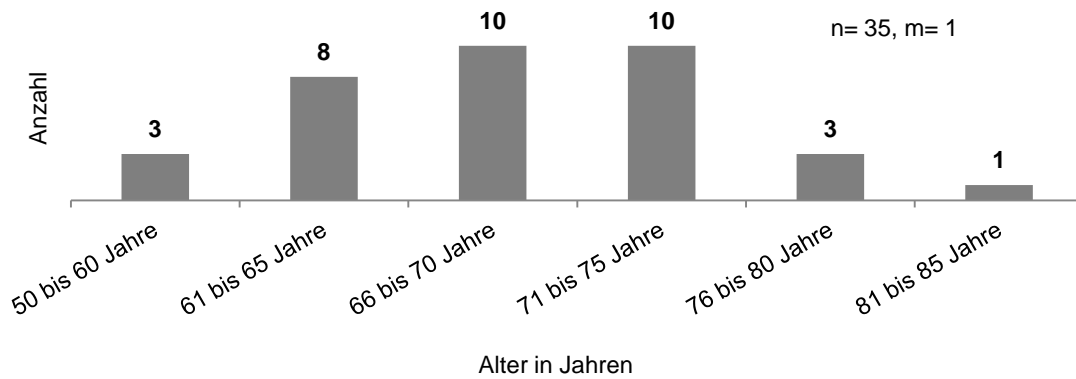


**Frage 21: Geburtsjahr**  
 (n= 35, m=1) (mw= 68,0, md= 67)

*Abbildung 28 Tabelle: Altersstruktur in 6 Gruppen*

Lebensalter in Gruppen	%	n
50 bis 60 Jahre	8,6	3
61 bis 65 Jahre	22,8	8
66 bis 70 Jahre	28,6	10
71 bis 75 Jahre	28,6	10
76 bis 80 Jahre	8,6	3
81 bis 85 Jahre	2,8	1
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>	<b>35</b>

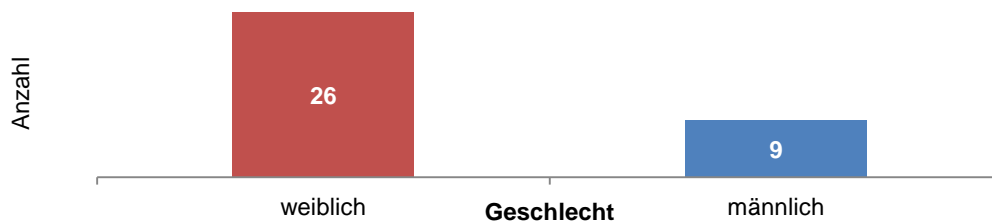
*Abbildung 29: Diagramm: Altersverteilung*



**Frage 22: Geschlecht**

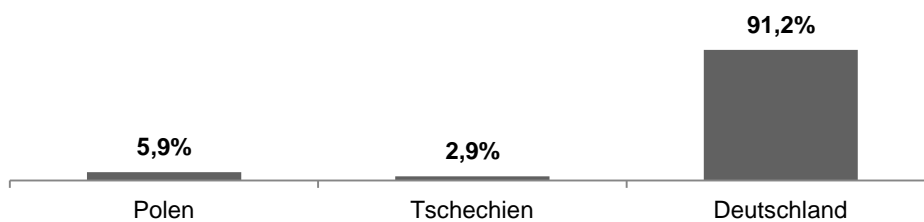
*Abbildung 30 Diagramm: Verteilung Geschlecht*

n= 35, missing= 1



**Frage 23: In welchem Land sind Sie geboren?** (n= 34;m=1; u=1)

*Abbildung 31: Diagramm: Geburtsland (in Prozentangabe)*



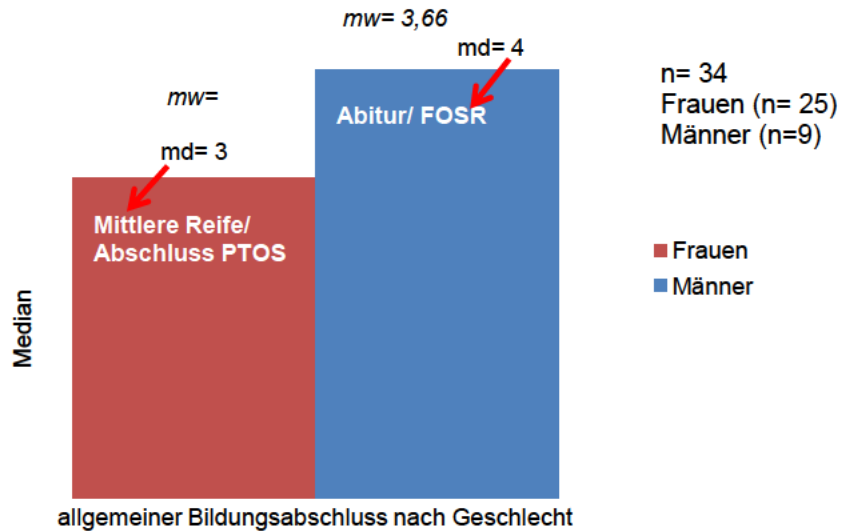


**Frage 24:** Haben Sie Anmerkungen/ Hinweise, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

**Antworten** (n= 4, m= 32):

- „Ich wünsche mir, dass die TN nur wichtige Anmerkungen machen. Die letzten 20 Min. zur Diskussion“
- „Viel Glück und Erfolg“
- „Fühle mich bei der SU sehr gut betreut“
- „Entwicklung zukünftiger Themen in einer 1 stündigen Diskussionsrunde“

Abbildung 32 Diagramm: allgemeiner Bildungsabschluss \*Geschlecht nach Mittelwert und Median



→weitere Codierung Bildungsabschluss siehe Codierungshandbuch

Abbildung 33: Kreuztabelle Alter\*Gesundheitszustand nach Bewertungspunkten

Alters- gruppe	Gesundheitszustand nach Bewertungspunkten											Gesamt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
50-60 J.	0	0	0	3,2%	0	3,2%	0	3,2%	0	0	0	9,6% (3)
61-65 J.	0	0	0	0	0	0	0	3,2%	9,8%	9,8%	0	22,8% (7)
66-70 J.	0	0	0	3,2%	0	6,5%	0	0	12,9%	0	3,2%	25,8% (8)
71-75 J.	0	3,2%	0	6,5%	0	6,5%	0	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	29 % (9)
76- 80 J.	0	0	0	0	0	3,2%	0	3,2%	0	3,2%	0	9,6% (3)
81-85 J.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,2%	3,2% (1)
<b>Gesamt (absolut)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>100% (31)</b>

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 13.06.2013

---

*Anniko Morgane Nock*



**Umfrage zur akademischen Vorlesungsreihe Senioren-Uni der HAW Hamburg**

Liebe Seminarteilnehmerin, lieber Seminarteilnehmer,  
im Rahmen meiner Abschlussarbeit evaluiere ich die laufende Vorlesungsreihe der Senioren-Uni.  
Ihre Rückmeldungen sind mir dabei eine bedeutende Hilfestellung. Ich freue mich, wenn Sie die folgenden  
Fragen *subjektiv aus Ihrer persönlichen Wahrnehmung heraus* beantworten. **Alle Angaben sind freiwillig  
und werden wie Ihre persönlichen Daten vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.**

**Vielen Dank fürs Mitmachen!**

*Anniko Morgane Nock*

1. **An wie vielen Vorlesungen der Senioren-Uni haben Sie 2012/ 2013 bereits teilgenommen?**  
\_\_\_\_\_ (Anzahl Vorlesung/- en)

2. **Wo oder durch wen haben Sie von der Vorlesungsreihe der Senioren-Uni erfahren?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tageszeitung/ Wochenblatt     | <input type="radio"/> andere Einrichtungen<br>(z.B.Volkshochschule, Bücherhalle) |
| <input type="radio"/> Rundfunk/ Fernsehen           | <input type="radio"/> Informationsveranstaltung der<br>Senioren-Uni              |
| <input type="radio"/> Freunde/ Bekannte/ Angehörige | <input type="radio"/> Sonstiges:_____  |
| <input type="radio"/> Informationsschriften/ Flyer  |  |
| <input type="radio"/> Internet                      |  |

3. **Warum nehmen Sie an der/ den Vorlesung/- en der Senioren-Uni teil?**

*Bitte kreuzen Sie hier die Ihrer Meinung nach zutreffende Aussagestärke an (eine Angabe pro Zeile).*

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft weniger zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
a) Ich möchte geistig fit und beweglich bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Ich möchte meine Allgemeinbildung verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) weil Themen angeboten werden, die in anderen Bildungseinrichtungen nicht vertreten sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ich habe fachliches Interesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Ich konnte früher nicht studieren und möchte dies nun nachholen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Ich möchte Menschen mit ähnlichen Interessen treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Sonstiges:_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. **Haben Sie Anregungen zur Vorlesungsreihe der Senioren-Uni?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. **Wie wichtig sind Ihnen folgende Kriterien bei Ihrer Auswahl von Weiterbildungsangeboten?**

<i>(bitte nur eine Angabe pro Zeile)</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>eher wichtig</i>	<i>eher unwichtig</i>	<i>völlig unwichtig</i>
a) Uhrzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) günstige Teilnahmegebühr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Service ( <i>Kundenbetreuung</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Standort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. **Haben Sie in 2012 noch Weiterbildungsveranstaltungen anderer Institutionen wahrgenommen?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> keine                                  | <input type="radio"/> Fernhochschule               |
| <input type="radio"/> Volkshochschule                        | <input type="radio"/> Seniorenbildung Hamburg e.V. |
| <input type="radio"/> private/r Anbieter (z.B. Sprachschule) | <input type="radio"/> Universität Hamburg (AWW)    |
| <input type="radio"/> Bücherhallen                           | <input type="radio"/> Sonstige: _____              |

<i>(bitte nur eine Angabe pro Zeile)</i>	<i>trifft zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft weniger zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
<b>7. Haben Sie durch Ihre Teilnahme an der Senioren-Uni neue Kontakte/ Netzwerke zu...</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a) ... Dozentinnen und Dozenten geknüpft?				
b) ... anderen Teilnehmerinnen/ Teilnehmern geknüpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8. Haben Sie während Ihrer Teilnahme...</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a) ... Menschen mit ähnlichen Interessen getroffen?				
b) ... neue Bekanntschaften geschlossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9. Hatten Sie regen Austausch zu anderen Teilnehmerinnen/ Teilnehmern...</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a) ... innerhalb der Vorlesungen?				
b) ... während der Pausen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. **Ihre Partnerschaft und ihr Familienstand ist...**

- Ledig, ohne feste Partnerschaft
- Ledig, in fester Partnerschaft
- Verheiratet, zusammenlebend
- Geschieden/ getrennt lebend, mit fester Partnerschaft
- Geschieden/ getrennt lebend, ohne neue Partnerschaft
- Verwitwet, mit neuer Partnerschaft
- Verwitwet, ohne neue Partnerschaft

11. **Welchen höchsten allgemeinen Bildungsabschluss haben Sie? (Bitte nur 1 Nennung)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> keinen Abschluss                                    | <input type="radio"/> Abitur/ Fachhochschulreife |
| <input type="radio"/> Haupt-/ Volksschulabschluss                         | <input type="radio"/> anderer Abschluss: _____   |
| <input type="radio"/> Mittlere Reife/ Abschluss Polytechnische Oberschule |  |

12. **Welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)**

- kein Abschluss
- Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom)
- mehrjähriges Studium ohne Abschluss
- universitärer Abschluss (Diplom, Magister, 1.Staatsexamen)
- Lehre mit Abschluss / Gesellenbrief
- Promotion/ 2.Staatsexamen
- Lehre ohne Abschluss
- anderer Abschluss:\_\_\_\_\_
- Meisterbrief

13. **Mit welchen der folgend aufgelisteten Dinge verbringen Sie nach Ihrer Einschätzung die meiste Zeit in Ihrem Alltag/ Tagesablauf? (max. 3 Nennungen)**

- Familie
- Hobbys
- Ausübung Beruf
- Ehrenamt/ bürgerschaftliches Engagement
- Haushalt
- Pflege von Angehörigen oder Bekannten
- Nebenerwerbstätigkeit
- Sonstiges:\_\_\_\_\_

14. **Ihr derzeitiger Status ist ...?**

- Altersrente/ Witwenrente
- Erwerbs- oder Berufsunfähig
- Pension
- arbeitslos gemeldet
- in Altersteilzeit ( aktiv oder  passiv)
- Hausfrau/ Hausmann

b) **Sind Sie derzeit tätig...? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Hauptberuflich in Teilzeit oder Vollzeit (18 Wochenstunden oder mehr)
- Unregelmäßig/ geringfügig beschäftigt/ nebenerwerbstätig (weniger als 18 Wochenstunden)
- Ehrenamtlich tätig

15. **Sie leben zurzeit in...**

- einer eigenen Wohnung/ Haus
- einem Mehrgenerations-/ Wohnprojekt
- Betreutes/ Service- Wohnen
- Sonstiges:\_\_\_\_\_
- Seniorenresidenz/ Altenheim

16. **Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren aktuellen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. **Wie viele Stunden pro Woche ca. sind Sie körperlich aktiv (z. B in der letzten Woche)?**

\_\_\_\_\_ (in Stunden)

18. Welche der folgenden körperlichen Aktivitäten haben Sie in den letzten 7 Tagen ausgeübt?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haushalt-/ Gartenarbeiten | <input type="checkbox"/> (Nordic) Walking/ Joggen |
| <input type="checkbox"/> Fahrradfahren             | <input type="checkbox"/> Fitness                  |
| <input type="checkbox"/> Spaziergehen              | <input type="checkbox"/> Ballspiele               |
| <input type="checkbox"/> Tanzen                    | <input type="checkbox"/> Rückentraining           |
| <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken     | <input type="checkbox"/> Kampfsport               |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen                 | <input type="checkbox"/> Leichtathletik           |
| <input type="checkbox"/> Gymnastik/ Turnen         | <input type="checkbox"/> Reha- Sport              |
| <input type="checkbox"/> Yoga                      | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____         |

19. Haben Sie eine/ mehrere chronische Krankheit/-en / Handicap/ -s?

- Nein (wenn „Nein“, dann bitte weiter mit Frage 21)  
 Ja

a) falls ja, welcher Art ist/ sind ihre gesundheitliche Beeinträchtigung/ en?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie                             | <input type="checkbox"/> Schädigung ZNS (z.B. Morbus Parkinson)                                 |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung                   | <input type="checkbox"/> Psychische/ seelische Erkrankung                                       |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/ Mobilitätseinschränkung  | <input type="checkbox"/> länger dauernde/ chronisch-somatische Krankheit (z.B. Krebserkrankung) |
| <input type="checkbox"/> Hör- und/ oder Sprecheseinschränkung | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____  |
| <input type="checkbox"/> stark eingeschränktes Sehvermögen    |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                    |   |

20. Sind Sie durch ihre gesundheitliche/n Schädigung/- en... (Bitte nur eine Angabe pro Zeile)

	ja, immer	oft	gelegentlich	selten	nein, nie
a) ... in Ihrer Mobilität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... in Ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Ihr Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

22. Ihr Geschlecht:

- weiblich  männlich

23. In welchem Land sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

24. Haben Sie noch Anmerkungen/ Hinweise, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

--

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**