



Bildung und aktives Altern

Prof. Franz Kolland

9. November 2013

7. Gerontologietagung Salzburg/St. Virgil

Fragen

- Was heißt Bildung im Alter?
- Welche empirischen Forschungsergebnisse sind vorhanden?
- Ist eine disziplinübergreifende Perspektive in Sicht?
- Welche neuen Fragen sind zu stellen?

Was ist Altern? Wann ist jemand alt?



- Männer mit 77,7; Frauen mit 83,2 Jahren
- Pensionierung
- Bundesseniorengesetz: Frauen mit 55, Männer mit 60 Jahren
- Seniorenkarte mit 60 Jahren
- Mit 40 Jahren am Arbeitsmarkt

1

Bildung im Alter

Begrifflichkeiten

+ Was ist Lernen (im Alter)?

(Schmidt 2009)

- Lernen bedeutet Erweiterung und Neuorganisation von Wissensstrukturen = „träges Wissen“
- Und: Lernen bedeutet Veränderungen im Handeln einer Person = „gestaltendes Wissen“
- D.h. Lernen bezieht sich sowohl auf kognitiv strukturierende Umweltaneignung als auch auf Erweiterung der Handlungskompetenz



Geragogik

- ... in Analogie zu Pädagogik, pädagogische Zuwendung zu alten Menschen = ich geleite, ich begleite ältere Menschen (*Wingchen 2004*)
- ...kann als die Theorie und Praxis der Bildung, Anleitung und Förderung im Alter bezeichnet werden.
- „die Pädagogik des alternden und alten Menschen.“ (*Mieskes 1956*) – **Begründer des Begriffs**

+ Bildungsansatz der Geragogik

(Kricheldorf 2010)

- Die Entfaltung von Identität und die Auseinandersetzung mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben in einer konkret-historischen Kultur und Gesellschaft.
- Es wird ein ganzheitlicher Bildungsbegriff eingeführt, der nicht funktionalistisch ist und deshalb für die gesamte Altersphase, also auch für das hohe Alter, anwendbar ist.

2

Psychologische Erkenntnisse

Lernen, Intelligenz

+ Lernen im Alter ist möglich

The Seattle Longitudinal Study (K.W. Schaie)

- Welche Ergebnisse zeigen die Forschungen zur intellektuellen Leistungsfähigkeit im Lebensverlauf?
- Schaie, K. W., Willis, S. L., & Caskie, G. I. L. (2004). The Seattle Longitudinal Study: Relation between personality and cognition. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11, 304-234.

+ The Seattle Longitudinal Study

(K.W. Schaie)

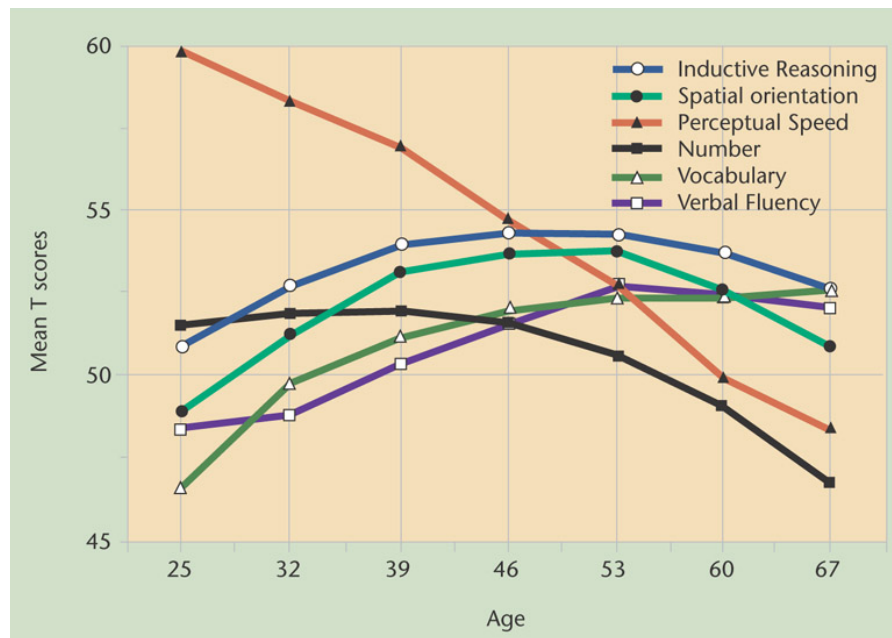


- Wie verändern sich im Lebensverlauf:
- induktive Schlussfolgerung,
- räumliche Orientierung,
- Wahrnehmungsgeschwindigkeit,
- Zahlenverständnis,
- Verbale Flüssigkeit?

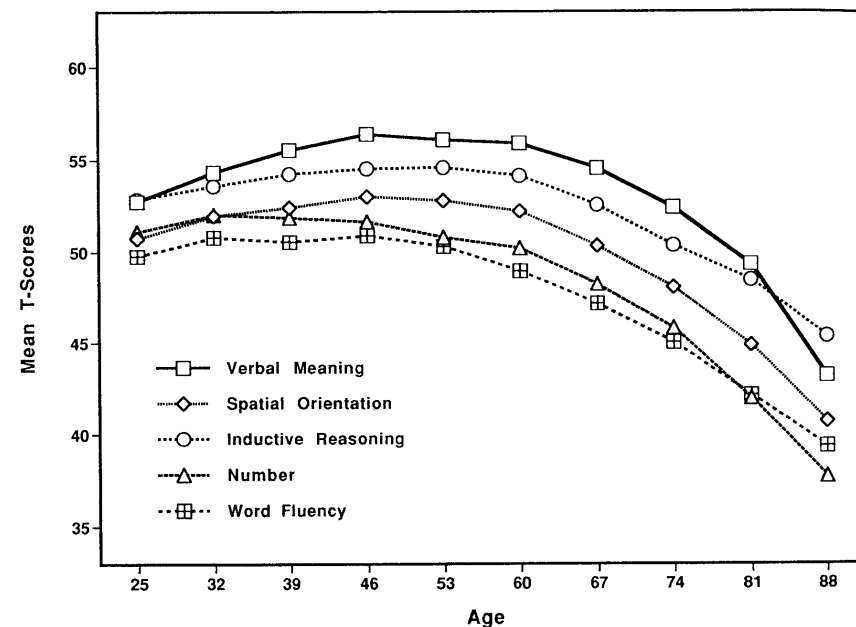
Starke Abnahme – Abnahme – bleibt gleich – verbessert sich

Kognitive Leistungsveränderungen im Längsschnittvergleich (Schaie 2004)

Bis 67 Jahre

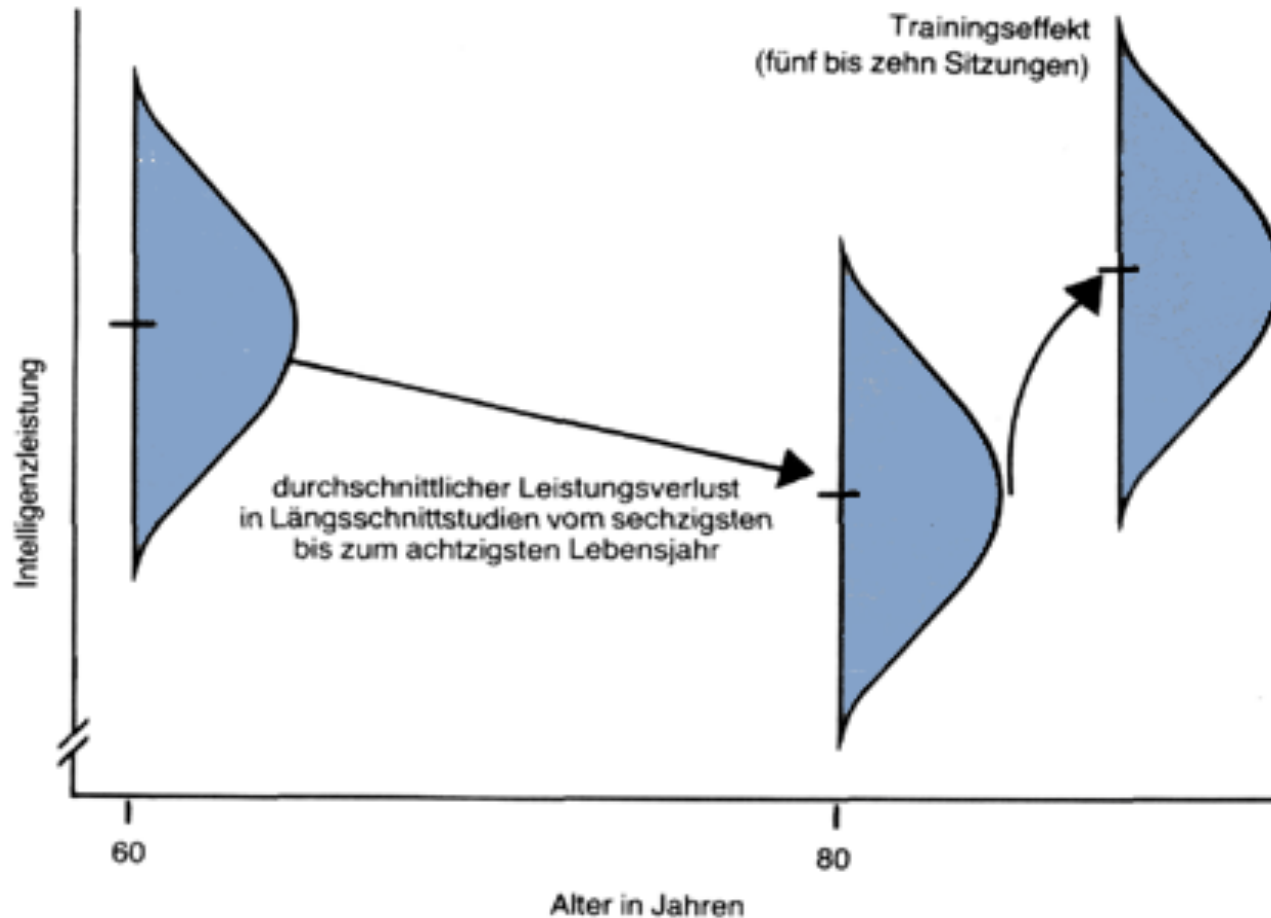


Bis 88 Jahre



Verbales Verständnis, induktive Schlussfolgerung, räumliche Orientierung, Zahlenverständnis und verbale Fertigkeiten (Wortschatz, Flüssigkeit) sind alterskorreliert und differentiell.

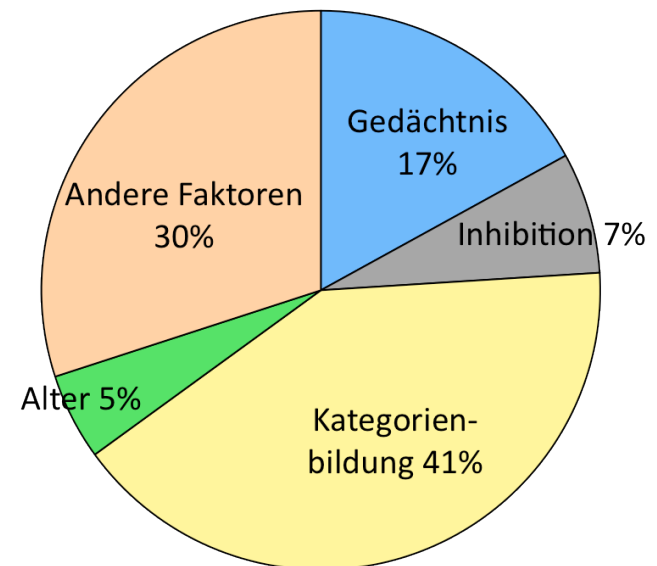
+ Entwicklung der Leistungsfähigkeit im Alter (Baltes 1984)



Training kann z.T. Alterseffekte vollständig aufheben, wenn:
hohe Spezifität des Inhalts, hohe persönliche Relevanz und langfristige zeitliche Investitionen
(Kruse & Schmitt 2001)

Faktoren der Lernleistung im Alter

- Strukturierung, Gedächtnis, „Störungen“, (*Kliegel et al. 2003*)
- Unsicherheit, Zeitdruck, kontinuierliche Anforderungen (*Bellon 2004*)

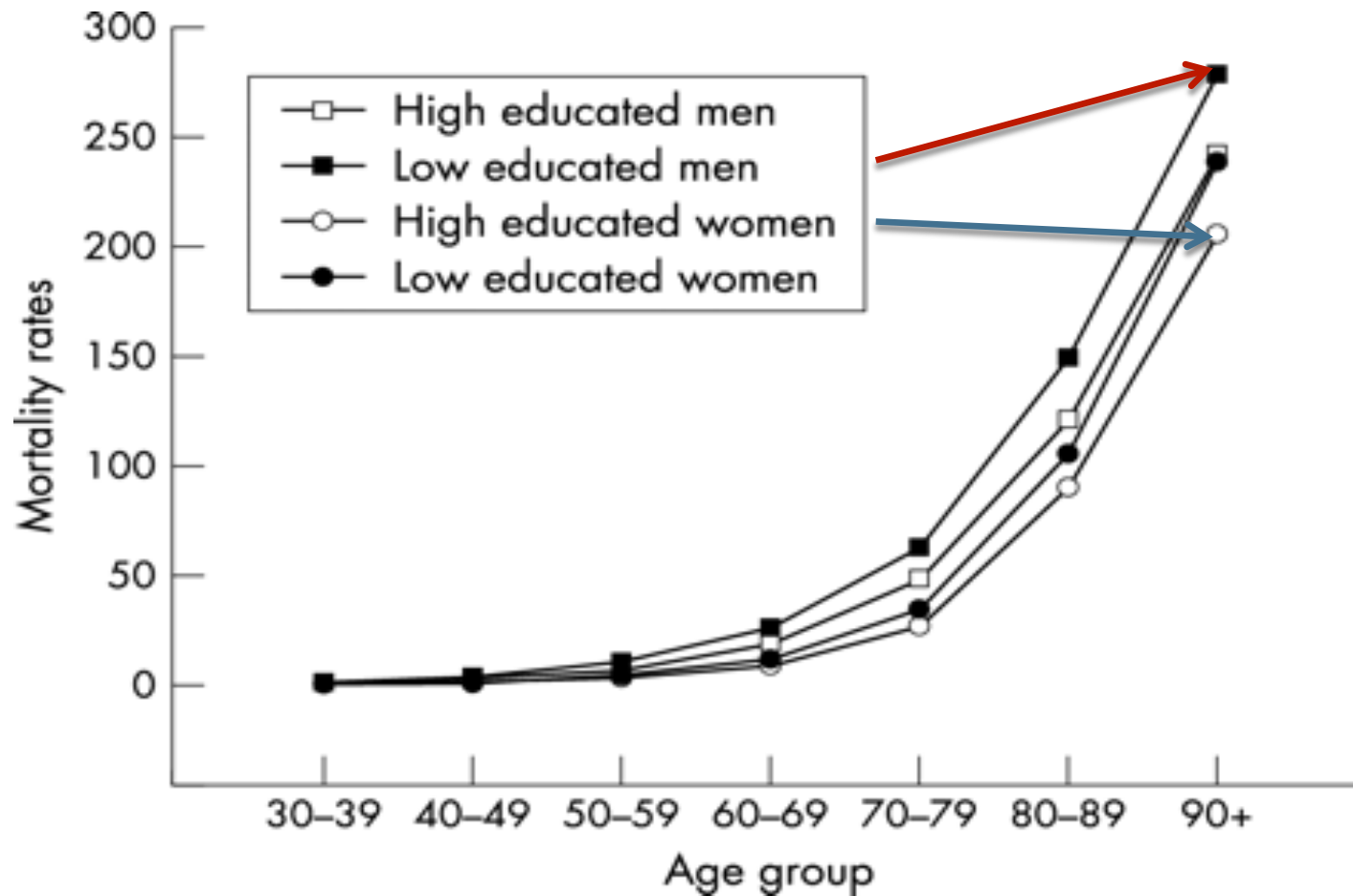


3

Soziologische Erkenntnisse

Ungleichheit

Mortalitätsraten und Bildungsniveau nach Alter und Geschlecht



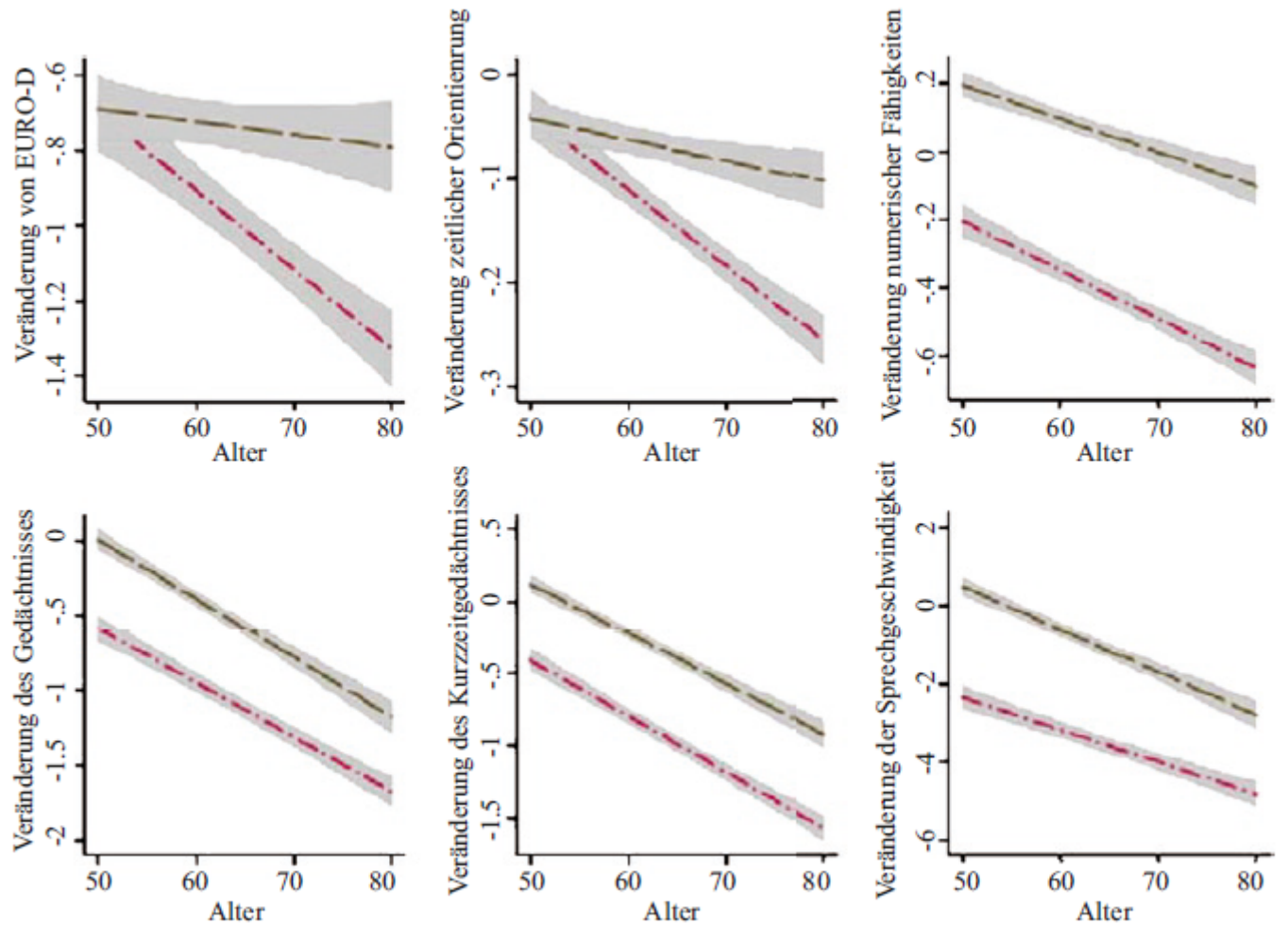
Huisman, M et al. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:468-475

Thesen zum Zusammenhang von Bildung, Gesundheit und Alter

1. Bildungsbedingte Gesundheitsunterschiede sind im Erwachsenenalter gering, sie vergrößern sich aber mit zunehmendem Alter (= **Divergenzthese**);
2. Gesundheitsunterschiede zwischen verschiedenen Bildungsgruppen vergrößern sich im Jugend- und Erwachsenenalter, im höheren Alter nehmen sie ab (= **Konvergenzthese**).
3. Gesundheitsunterschiede zwischen Hoch- und Niedriggebildeten bleiben bis ins hohe Alter konstant (= **Kontinuitätsthese**).

Leopold, Liliya; Engelhardt, Henriette (2011): Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE. Köln Z Soziol, 63/2: 207–236.

Modellbasierte Veränderung psychischer Gesundheit und kognitiver Funktionen



Quelle: SHARE 2004-2007, Release 2.3.1

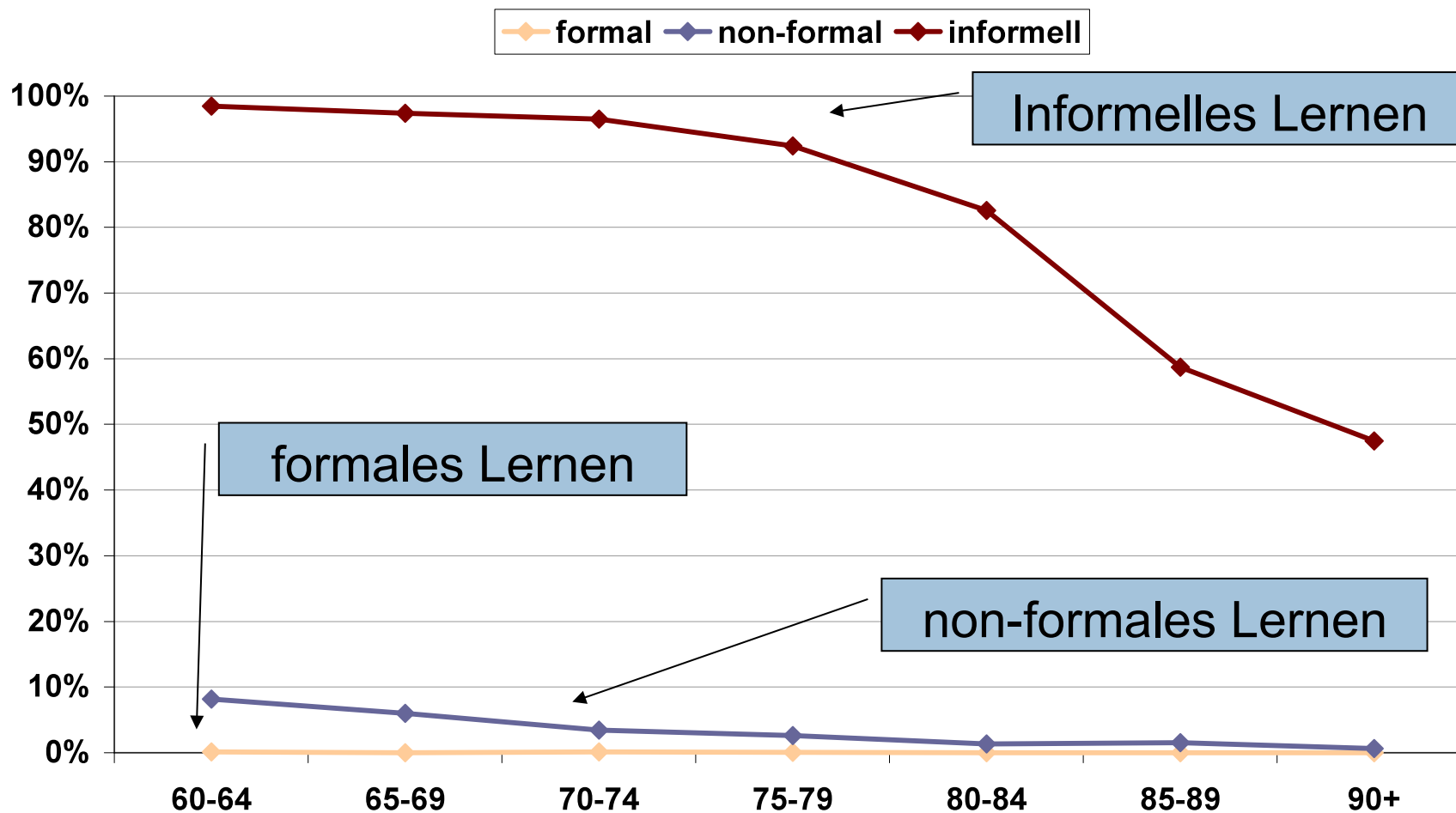
--- Hohe Bildung -.-.- Niedrige Bildung ■ 95% KI

Ergebnisse



- Divergenz ist das Hauptmuster bildungsbedingter Veränderungen der Gesundheit im Alter. Sie setzt bei den meisten Indikatoren etwa ab einem Alter von 60 Jahren ein.
- Konstant im Sinne der Kontinuitätsthese ist der Abstand zwischen Hoch- und Niedriggebildeten bei der Veränderung der Anzahl chronischer Krankheiten, der subjektiv eingeschätzten Gesundheit und bei den Messungen des Gedächtnisses.
- Eine Reduktion der bildungsbedingten gesundheitlichen Unterschiede (=Konvergenz) konnte lediglich bei einem Indikator, der Veränderung der Sprechgeschwindigkeit, beobachtet werden.

Weiterbildungsbeteiligung nach Altersgruppen



Q: Mikrozensus 2003, n=13.393, Österreich, in %)

Faktoren geringer Bildungsteilnahme im Alter

- Einkommen
- Bildungsherkunft/Schulbildungsstatus
- „Cooling-Out“: Motivation
- Geringe berufliche Weiterbildung
- Frühes berufliches Disengagement
- Wechsel des Lernformats (formal->non-formal-> informell)
- Ungünstige Altersbilder (Selbst- und Fremdbilder)
- Ökologische Bedingungen (urban/ländlich)
- Physische Mobilität
- Gesundheit

Non-formales Lernen: Beteiligung, Interesse und Realisierungslücke nach Alter (MZ 2003, Österreich)

Altersgruppen	Beteiligung	Interesse	Realisierungslücke
25-29	29,9	51,1	-21,2
30-34	30,8	53,6	-22,8
35-39	30,7	52,7	-22,0
40-44	30,0	48,4	-18,4
45-49	28,3	45,4	-17,1
50-54	21,3	39,3	-18,0
55-59	15,9	32,3	-16,4
60-64	8,3	26,0	-17,7
65-69	6,2	19,6	-13,4
70-74	3,5	13,0	-9,5
75-79	2,9	11,1	-8,2
80+	1,8	8,7	-6,9

4

Welche Effekte hat Bildung?

Grundlagenforschung

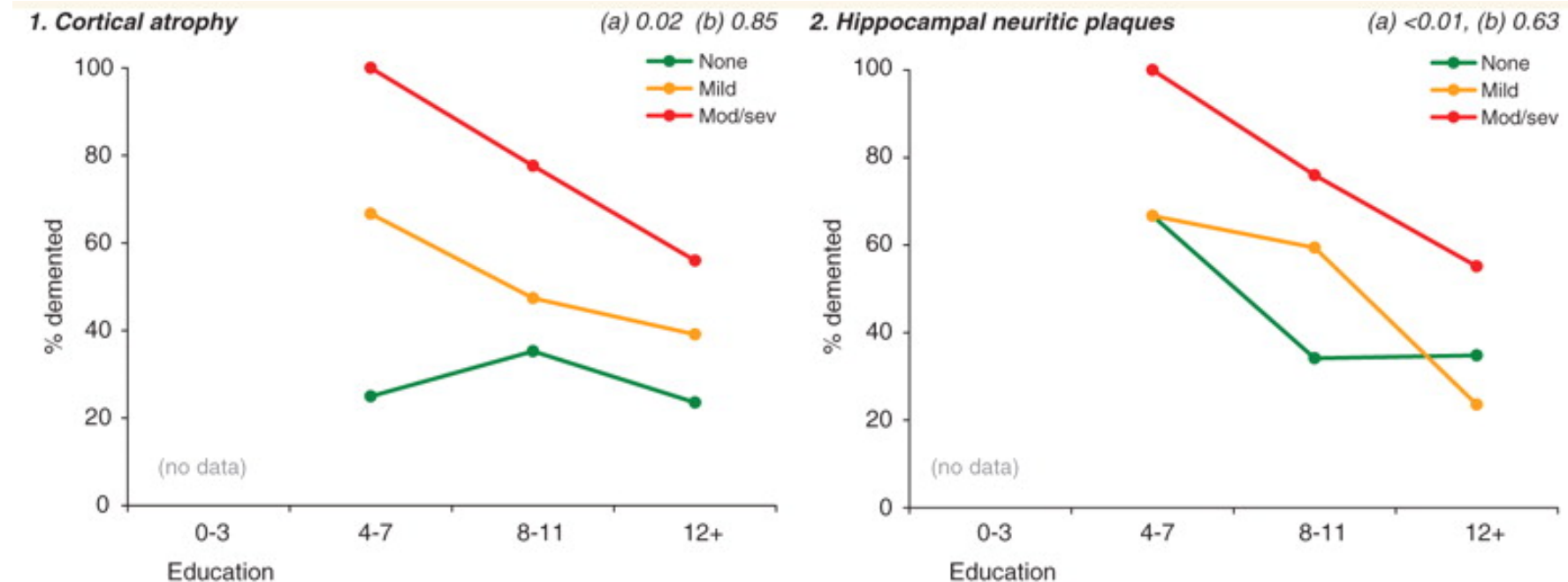
Pädagogische Erkenntnisse

+ Education „blocks dementia“

(Carol Brayne et al.)

- Brayne C, Ince P, McKeith I, et al.
Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? Brain 2010; 133: 2210-16
- Hypothesis:
Greater exposure to education reduces the risk of dementia.
- Data:
Longitudinal; n=872; Methodenmix (klinische Tests, Befragung)

Prozentsatz dementer Personen nach Schulbildung und pathologischen Veränderungen



More exposure to formal education (per year) was associated with a lower risk of clinical dementia at death [odds ratio (OR) = 0.89; 95% confidence interval (CI) 0.83–0.94].

Symptoms but not brain changes are reduced by education!

Bildung als Ressource – Effekte des Lernens



- Steigerung des physischen und psychischen Wohlbefindens (*Schaie 1994*)
- Aufwertung des sozialen Status (*Phillipson 1998*)
- Stärkung der Kompetenz und Selbstorganisation des Individuums (*Baltes 1996*)
- Verbesserung des gesellschaftlichen Altersbildes (*Palmore 1979*)
- Senkung des Demenzrisikos (*Cummings 2005*)
- Senkung des Mortalitätsrisikos (*Amaducci et al. 1998*)

6

Ausblick



Neue Leitbilder der Bildung im Alter

- Die Potentiale Älterer liegen in ihrem Wissensumfang, ihrer praktischen Urteilsfähigkeit, ihrer Alltagskompetenz und ihren sprachlichen Fähigkeiten.
- Entwicklung von Möglichkeiten zu einer aufgabenbezogenen Lebensführung in der Spätlebensphase.
- Partizipatives Lernen zur Stärkung der gesellschaftlichen und kulturellen Teilhabe im Alter.

Bedingungen



- Alter ist kein bestimmter Status, sondern ein plastischer Prozess.
- Bedeutung/Sinn eines Gegenstandes
- Wissen Älterer braucht gesellschaftliche Nachfrage