

**LEBENSKONDITION
DER
NIEDERSCHLESISCHEN
SENIOREN**

Forschungsbericht

Teil II. Analyse der
Forschungsergebnisse

Maryla Bogowolska – Wępieć
Grażyna Dąbrowska
Jacek Klakočar
Zbigniew Machaj
Agnieszka Pierzchalska
Ewa Pisarczyk – Bogacka
Walentyna Wnuk

*Je höher die durchschnittliche Lebenserwartung
und damit auch die Zahl der alten Menschen größer wird,
ist es notwendig, einen Sinneswandel zu fördern,
damit die älteren Menschen angenommen und geschätzt,
und nicht an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden.*
[Johannes Paul II. „Brief an die alten Menschen“
”]

EINLEITUNG

Die Veröffentlichung, die wir Ihnen vorstellen, ist zweiter Teil der 2007 vom Marschallamt der Woiwodschaft Niederschlesien (Wrocław 2007) herausgegebenen Publikation unter dem Titel „Lebenskondition der niederschlesischen Senioren“¹. Die im früheren Forschungsbericht enthaltenen Informationen werden in der vorliegenden Ausgabe sachlich erweitert, auch die während der empirischen Studie gesammelten Angaben wurden hier einer tiefer greifenden Analyse unterzogen.

2005 veranlasste das Marschallamt der Woiwodschaft Niederschlesien die Entstehung des landesweit ersten Niederschlesischen Rats für Angelegenheiten der Senioren. Dabei wurden zwei wichtige Ziele ins Auge genommen. Das erste Ansinnen war es, die wichtigsten Einrichtungen (Selbstverwaltungseinrichtungen, Institutionen der Regierungsverwaltung, NGOs, Hochschulen), die sich für ältere Menschen einsetzen zu integrieren, um die Effektivität ihrer Maßnahmen zu vergrößern und die Betrachtungsweise des Alterns der Gesellschaft und der diesbezüglich vorgeschlagenen Lösungen zu erweitern. Das zweite Ansinnen des Rates ist es, nach Lösungen für die Probleme der in Niederschlesien lebenden Senioren zu suchen, um ihre Chancen auf ein würdiges, aktives und wertvolles Leben zu erhöhen.

Als Mitglieder eines Rates mit interdisziplinärem Charakter hielten wir es für notwendig, unsere Arbeit für das Wohl der ältesten Niederschlesier mit einer redlichen Diagnose ihrer Lebenswelt zu beginnen. Jeder der Partner (Autoren) des Vorhabens hatte eine genau präzierte Aufgabe zu erfüllen, die im Einklang mit seiner beruflichen Erfahrung stand.

Der Umfang der in diesem Band dargestellten Analysen soll als Bezugspunkt für den Aufbau eines Unterstützungssystems für die ältesten Einwohner Niederschlesiens und

¹ Senioren sind eine gesellschaftliche Kategorie, deren Synonyme ältere Menschen, alte Menschen (ab dem 60. Lebensjahr) sind.

letztendlich dem Aufbau eines integrierten Modells der gerontologischen Betreuung dienen. Daher wurden die Forschungsergebnisse in Anlehnung an einschlägige Literatur interpretiert und mit den bereits in Polen und im Ausland erarbeiteten Systemlösungen verglichen.

Das Alter, bzw. spätes Erwachsenenalter ist ein multidimensionales Phänomen, eine sich zeitlich umwandelnde Lebensphase mit sehr individuellen Bedürfnissen. Wir alle möchten ein gutes Alter haben. Eine für viele Wissenschaften und für jeden Menschen relevante Frage ist die Frage danach, was es bedeutet, in Würde zu altern.

Der Prozess des Älterwerdens der Gesellschaft zieht zahlreiche Probleme sozialer, kultureller, wirtschaftlicher und medizinischer Natur nach sich. Dies begründet die Notwendigkeit, ein Unterstützungsprogramm auszuarbeiten und erfordert manchmal die Änderung der bisherigen Prioritäten in der Sozialpolitik, die Reorganisation bestimmter Bestandteile des Gesundheitswesens und der Sozialhilfe. Man kann kein gutes Programm der Unterstützung von Senioren ausarbeiten, ohne die Probleme der älteren Menschen holistisch (insgesamt) zu betrachten. Und dies bedarf der Zusammenarbeit von Fachleuten aus mehreren Bereichen.

Wir hoffen, dass Ihnen das von uns zusammengetragene Material bei der Wahl der Richtungen der für das Wohl der Senioren in Niederschlesien zu ergreifenden Maßnahmen behilflich sein wird.

Wir möchten uns bei allen unseren Partnern für ihren Einsatz bei der Verwirklichung dieses Forschungsprojekts bedanken. Wir danken unseren Gesprächspartnern, Interviewern, Studenten, den Leitungen der lokalen Selbstverwaltungen und den Mitarbeitern des Marschallamtes der Woiwodschaft Niederschlesien. Ohne Ihre Unterstützung wäre die Verwirklichung dieses Projekts nicht möglich. Wir sind fest davon überzeugt, dass unsere gemeinsamen Bemühungen zur Verbesserung der Lebensqualität der niederschlesischen Senioren beitragen werden.

Die Autoren

I. Problematik und Organisation der Erforschung der Lebenskondition der niederschlesischen Senioren.

Die Gewährleistung der angemessenen sozialen Absicherung (darunter der Daseinsbedingungen, Ernährung, Gesundheit, Beschäftigungsmöglichkeit) für die Bevölkerung gehört zu den grundlegenden Pflichten des Staates und ist Bestandteil der Sozialpolitik.

Auf der internationalen Ebene begannen diesbezügliche Maßnahmen mit der Entstehung der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) im Jahre 1919, einer Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Diese Organisation sowie übrige Institutionen mit regionalem Wirkungsbereich (auf unserem Kontinent die Europäische Union und der Europarat) und NGOs (z.B. Internationales Rotes Kreuz) und Regierungsorganisationen der einzelnen Länder beschließen rechtliche Normen, die in den einzelnen Staaten gelten. Die Ausarbeitung dieser Normen bedarf einer genauen Analyse der Lebensumwelt, der Lebensbedingungen der Menschen, der dort auftretenden gesundheitlichen Probleme sowie der Bewertung der Funktionsweise des Gesundheitswesens.

Eine besondere soziale Kategorie sind Menschen im fortgeschrittenen Alter, zu denen man in verschiedenen Ländern Menschen ab dem 60., bzw. so wie in Polen, ab dem 65. Lebensjahr rechnet. Bei Personen, welche zu dieser Kategorie zählen, sinkt im Moment der Pensionierung die Existenzsicherheit (Bedrohung mit Unterernährung, Probleme mit der Erhaltung der eigenen Wohnung), ihre Gesundheit verschlechtert sich (Auftreten mehrerer gleichzeitiger Erkrankungen, die gleichzeitiger Behandlung bedürfen) es vergrößert sich ebenfalls das Risiko sog. großer geriatrischer Syndrome, was zur erheblichen Steigerung der alltäglichen Lebenskosten beiträgt.

Das Phänomen der Alterung der Menschen unterlag im vergangenen Jahrhundert einer erheblichen Beschleunigung, was einerseits aus dem Rückgang der Gebärfähigkeit und aus der Verringerung der Zahl von Personen im Vorproduktionsalter und andererseits aus dem großen Fortschritten in der Medizin und in den mit ihr verwandten Wissenschaften resultiert. Auch obligatorische Impfungen, die Entdeckung des Insulins, der Antibiotika, der Bau moderner, Epidemien vorbeugender Abwasseranlagen, die Einführung neuer Reanimierungstechniken, die Entwicklung der Transplantationsmöglichkeiten, die Popularisierung der Prinzipien der gesunden Ernährung, entsprechender Ernährungsweise, neue Techniken der Diagnostik (Computertomografie, Magnetresonanztomografie), die Entdeckung der Protease-Inhibitoren gegen den HIV-Virus, die Entschlüsselung des menschlichen Genoms – all das

hat die durchschnittliche Lebenserwartung verlängert. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug in Polen am Anfang des 20. Jahrhunderts etwa 50 Jahre und verlängerte sich seitdem auf 70,93 bei Männern und auf 79,62 bei Frauen (Angaben von 2006). Dementsprechend verlängert sich auch die sog. zusätzliche Lebenserwartung (DTŽ), die 2006 in Polen für 60-jährige Männer 21,77 und für Frauen 22,84 Jahre betrug. So lange werden durchschnittlich Personen leben, die 2006 60 Jahre alt wurden. Die Dynamik des Alterns der Bevölkerung ist in Polen, ähnlich wie in allen Ländern der Welt, sehr groß. Anfang 1900 betrug der Prozentsatz der Menschen mit mehr als 60 Jahren in Polen 6,3%, 1955 – 8,5% und 2000 – 16,7% . Damit zählt Polen zu Staaten in der Phase des demografischen Alters. Die Prognosen für die nächsten Jahre suggerieren, dass der Prozentsatz von Personen mit mehr als 60 Jahren immer größer wird und 2020 – 24,4% und 2050 – 26,7% beträgt.

Die mit dem Älterwerden verknüpften Probleme und Erscheinungen haben bereits früher die Politiker bewegt und zu konkreten Maßnahmen gezwungen. Bei der XXIV. Sitzung der Generalversammlung der UNO erhielt der UNO-Generalsekretär die Aufgabe, einen Bericht über die Alterung der Bevölkerung und über die Probleme der alten Menschen vorzubereiten. In einer vier Jahr später verabschiedeten Resolution wies die UN-Generalversammlung darauf hin, dass der Prozess der demographischen Alterung der Weltbevölkerung eine zunehmende Tendenz aufweist. Die Mitgliedstaaten wurden beauftragt, für diese Personenkategorie entsprechende Programme und Maßnahmen im Bereich der Sozialpolitik auszuarbeiten, wobei die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Senioren als Priorität gelten sollte.

Weitere wichtige Etappen der Sorge um die Verbesserung der Lebensbedingungen der Senioren waren die Weltversammlungen zur Frage des Alterns 1982 in Wien und in Madrid 2002 und die frühere 1995 in Kopenhagen unter der Schirmherrschaft der UNO abgehaltene Weltgipfelkonferenz für Sozialentwicklung, bei der die Idee einer Menschen jeden Alters freundlich gesinnten Gesellschaft propagiert wurde. Das Arbeitsprogramm enthielt – als Ergebnis der Weltgipfelkonferenz – eine wichtige Botschaft, welche sich auf dieses Problem bezog. Sie fand ihre Widerspiegelung in der Äußerung, dass die „Generationen gegenseitig ineinander investieren und an den Ergebnissen dieser Investitionen teilhaben, indem sie sich von zwei miteinander verknüpften Prinzipien, der Gegenseitigkeit (reciprocity) und Gerechtigkeit (equity)“ leiten lassen.

Daraus ist zu entnehmen, dass der Entwicklungsprozess allen Alterskategorien den gleichen Zugriff auf die herausgebildeten Ressourcen, Rechte und Pflichten garantieren

muss und dass Menschen in jedem Alter aktiv sein und im gesellschaftlichen Leben im Einklang mit ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen repräsentiert werden müssen.

Um sich an den Initiativen für die Verbesserung der Lebensqualität der Senioren zu beteiligen, hat der Niederschlesische Rat für Angelegenheiten der Senioren Ende 2006 und im Laufe des Jahres 2007 empirische Nachforschungen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Nachforschungen bilden die Grundlage der vorliegenden Diagnose der Situation der in Niederschlesien lebenden älteren Menschen. Die Analyse des zusammengetragenen Forschungsmaterials ist ein Versuch der Beantwortung der Frage nach der Lebenscondition der älteren Menschen unter drei Aspekten: dem wirtschaftlichen, dem soziokulturellen, und dem gesundheitlichen. Darüber hinaus ist es unser Anliegen, auf diejenigen Bereiche hinzuweisen, wo die Unterstützung verschiedener Institutionen und Dienste notwendig ist und die wesentlichsten Bedürfnisse der älteren Personen zu formulieren.

Das Alter und das Älterwerden sind Begriffe, die bislang weder in den Sozial- noch in den Naturwissenschaften eindeutig definiert wurden. Der erste Begriff wird als eine Erscheinung, als eine Lebensphase, der zweite als ein Prozess verstanden. Das Alter als eine Etappe, als ein Zustand im Leben des Menschen hat statischen Charakter, das Älterwerden wird hingegen als ein Entwicklungsprozess betrachtet und ist eine dynamische Erscheinung. Das Älterwerden ist nach W. Peđich [2007: 3] ein normaler, lang andauernder und nicht rückgängiger physiologischer Prozess, der sich im Leben der lebenden Organismen, darunter auch des Menschen abspielt. Die im mittleren Alter begonnenen Alterungsprozesse verstärken sich im Laufe der Zeit und verursachen die Senkung der Leistungsfähigkeit des Organismus, wobei das Tempo dieses Prozesses von vielen Faktoren abhängt und im bestimmten Maße individualitätsgebunden ist.

Als Beginn des Alters wird am häufigsten das 60. (nach WHO) oder das 65. Lebensjahr betrachtet. Meistens werden vier Zeitabschnitte des Alters unterschieden: 60 – 69 Jahre – Beginn des Alters; 70 – 74 Jahre – Übergangsalter zwischen dem Beginn der Alters und dem Alter der eingeschränkten körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit; 75 – 84 Jahre – das Alter des fortgeschrittenen Alters; 85 Jahre und mehr – gebrechliches Alter. Eine andere Klassifizierung, die für die Zeit des Altseins angewandt wird ist die Aufteilung dieser Lebensphase in zwei Zeitperioden: frühes Alter (auch als fortgeschrittenes Alter, „jüngere Ältere“ bezeichnet) zwischen 60 und 74 Jahren und spätes Alter (eigentliches Altsein, „Ältere Alte“) zwischen 75 und 89 Jahren. Unterschieden wird auch eine Kategorie von langlebigen Personen im Alter von 90 und mehr Jahren, diese Kategorie weist besondere biologische Merkmale und erbliche Prädisposition zur Langlebigkeit auf. [Golinowska u.a. 1999: 8-9].

Bei den in Niederschlesien betriebenen Forschungen wurde die von der WHO angewandte Definition einer älteren Person angewandt, so wurden bei den Stichproben Personen mit 60 Jahren und ältere befragt.

Damit die Forschungen für ganz Niederschlesien repräsentativ sind, wurde festgelegt, dass die grundlegende Forschungseinheit, im Rahmen welcher die Angaben geprüft und Analysen durchgeführt werden, eine Gemeinde darstellen wird.

Die Wahl der Stichprobe erfolgte in zwei Stufen. Zuerst wurden die niederschlesischen Gemeinden hinsichtlich des Charakters der Gemeinde eingeteilt: Dorfgemeinden, Stadt- und Dorfgemeinden und Stadtgemeinden. Berechnet wurde, dass für die Nachforschungen – proportional zur Aufteilung dieses Merkmals in der Woiwodschaft Niederschlesien – 9 Dorfgemeinden, 7 Stadt- und Dorfgemeinden und 4 Stadtgemeinden ausgelost werden müssen plus Wrocław als Großstadt², ohne die die Informationen über die Lebenskondition der Senioren unvollständig wären. Danach wurde bezüglich jeder Gemeindeart der prozentuale Anteil von Personen mit 60 und mehr Lebensjahren an der Gesamtzahl der Einwohner jeder Gemeinde berechnet. Die Ergebnisse wurden dann vom kleinsten bis zum größten Wert geordnet. Danach wurden 5 Prozentintervalle gebildet, denen die einzelnen Gemeinden zugeordnet wurden und auf dieser Basis wurden die Proportionen der zu verlosenden Gemeinden festgelegt.

² Merkmale einer Großstadt:

1. „nimmt aus dem Ausland stammende Produktionsfaktoren, Investitionen, Arbeitskraft sowie Waren und Dienstleistungen auf“.
2. ist Sitz ausländischer Firmen, Firmensitze und Filialen internationaler Unternehmen, Banken, NGOs, wissenschaftlicher und Bildungseinrichtungen (Schulen) und Universitäten mit zahlreichen ausländischen Studenten und diplomatischer Vertretungen.
3. exportiert Produktionsfaktoren: Unternehmen, Banken und andere sozialwirtschaftliche, kulturelle und wissenschaftliche Einrichtungen.
4. ist direkt mit dem Transport- und Verkehrsnetz ins Ausland, mit den Autobahnen, Schnellbahnen und internationale Flughäfen im Ausland verbunden.
5. hat einen intensiven Kontakt mit dem Ausland durch Post-, Telekommunikationsverbindungen und Tourismus.
6. verfügt über einen ausgebauten Dienstleistungssektor, der auf ausländische Kunden ausgerichtet ist: Kongress- und Ausstellungszentren, Luxushotels, internationale Schulen, Büros mit Ausstattung mit höchster Qualität, ist Sitz internationaler wissenschaftlichen Institute.
7. verfügt über Massenmedien die über die Landesgrenzen hinausgehen (Zeitungen, Zeitschriften, Radisender, Fernsehsender)
8. ist Veranstaltungsort großer internationaler Events: Kongresse, Ausstellungen, Festivals, Sportveranstaltungen, und Kunstaufführungen mit Teilnahme ausländischer Künstler.
9. ist Sitz von Landes- und regionalen Institutionen, die sich mit Auslandsbeziehungen befassen, eine internationale Marke aufweisen, wie z.B. Vereine, Sportklubs, u.ä.
10. wenn städtische öffentliche oder private Institutionen in anderen Städten im Ausland eigene Vertretungen haben, die Paradiplomatie betreiben; Mitgliedschaft an internationalen Organisationen – wie z.B. Partnerstädte usw. (Jałowiecki, Szczepański, 2002:224 – 225)

Für die Durchführung der empirischen Forschungen wurden folgende Gemeinden ausgelost: Dorfgemeinden – Wisznia Mała, Głogów, Dobroszyce, Miękinia, Lubin, Zagrodno, Legnickie Pole, Wądroże Wielkie, Walim; Stadt- und Dorfgemeinden – Chocianów, Środa Śląska, Kały Wrocławskie, Leśna, Złoty Stok, Węgliniec, Mirsk; Stadtgemeinden: Legnica, Świebodzice, Zgorzelec, Wałbrzych und Wrocław.

Geplant war, dass in jeder Gemeinde jeweils 60 Personen und in den Stadtgemeinden Legnica, Wałbrzych und Wrocław jeweils 120 Personen befragt werden. Insgesamt sollten 1440 Einwohner Niederschlesiens im Alter von 60 und mehr Jahren befragt werden. Die zu befragenden Personen wurden nach dem Schicksalsprinzip ausgewählt, die Zahlen wurden Tabellen mit Zufallszahlen entnommen. Die Personenangaben stammten aus den Anmelde Daten, die den Gemeinden zur Verfügung standen. Leider konnte angesichts objektiver Schwierigkeiten (mangelnde finanzielle Mittel zur Durchführung der Forschung auf dem Lande, mangelnde Zusammenarbeit seitens der lokalen Verwaltungen) das Forschungsziel nicht hundertprozentig erreicht werden. Definitiv wurde die Nachforschung in 18 Gemeinden Niederschlesiens durchgeführt. Insgesamt wurden 1137 Personen befragt.

Das zur Forschung benutzte Werkzeug war ein Befragungsformular mit Dominanz geschlossener Fragen (solcher, wo der Befragte eine der in der Frage vorgeschlagenen möglichen Antworten auswählt). Das zur Forschung benutzte Werkzeug umfasste mit seinem Themenbereich drei Aspekte des Lebens älterer Personen: den sozialkulturellen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Aspekt.

Der wirtschaftliche Aspekt betraf u.a. die Wohnungssituation der Befragten, die im Haushalt lebenden Personen, die finanzielle Selbständigkeit der Befragten, die Struktur der Ausgaben, das Netz der Unterstützung in schwierigen Lebenslagen und mangelnde Dienstleistungen für ältere Personen.

Der sozialkulturelle Aspekt konzentrierte sich auf Probleme der zwischenmenschlichen Kontakte der älteren Personen, auf Formen der Freizeitgestaltung, auf berufliche und bürgerliche Aktivität (Meinungen zum Thema des Pensionsalters und zur beruflichen Tätigkeit nach Erreichen des Pensionsalters, Tätigkeit in gesellschaftlichen Organisationen), auf Vor- und Nachteile des Alters und auf Haltungen gegenüber dem Alter und gegenüber den Lebenswerten der älteren Personen.

Der gesundheitliche Aspekt betraf hingegen die Probleme des ungehinderten Zugangs zum Hausarzt und zu Fachärzten, die Hindernisse bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen, die Häufigkeit der Arztbesuche, die Art der Erkrankungen und Beschwerden

bei älteren Menschen, die gesundheitliche Verfassung (Bewegungs-, psychische und geistige Fähigkeit), die Medikamenteneinnahme und die Häufigkeit der gesundheitlichen Diagnostik.

II. Charakteristik der Stichprobe

Befragt wurden 720 Frauen, was 63,3% der Stichprobe ausmachte und 417 Männer (36,7%). Die zahlreichste Kategorie bildeten Personen zwischen 70 und 74 Jahren. Die Stichprobe enthielt 255 Befragte in dieser Alterskategorie, was 22,7% der Gesamtheit der Befragten darstellte. Befragt wurden auch 239 Personen im Alter zwischen 65 und 69 Jahren (21,3%), 221 Personen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren (19,7%), 203 Personen im Alter zwischen 75 und 79 Jahren (18,1%), 121 Personen im Alter zwischen 80 und 84 Jahren (10,8%) und 82 Personen, die über 85 Jahre alt waren (7,3%).

Unter den Befragten befanden sich 630 Dorfeinwohner, was 55,5% der Stichprobe ausmachte und 505 Stadteinwohner (44,5%). Unter den Stadteinwohnern wohnten die meisten Befragten (59,7%) in Großstädten mit über 100 000 Einwohnern, 17,1% der Befragten wohnen in Städten mit 21 – 50 000 Einwohnern, 10,5% der Befragten wohnen in Städten mit 6 – 20 000 Einwohnern und 12,6% der Befragten wohnen in Kleinstädten bis zu 5 000 Einwohnern.

Auf der Grundlage der Umfrageergebnisse kann festgestellt werden, dass das Bildungsniveau der niederschlesischen Senioren nicht allzu hoch ist. Die zahlreichste Kategorie unter den Befragten bildeten Personen mit Grundschulausbildung (53,1%) und unvollendeter Grundschulausbildung (5,0%) – sie machten fast 60% der Befragten aus. Personen mit Berufsschulausbildung machten fast 1/5 der Befragten aus (17,9%). Fast gleich viele Befragte konnten Oberschulausbildung nachweisen (17,2%). Personen mit Berufsausbildung nach dem Abitur und (1,4%) und mit Hochschulausbildung (4,6%) bildeten die zahlenmäßig schwächsten Kategorien.

Die Feststellung, dass die Senioren zu einer der am niedrigsten ausgebildeten Kategorien gehören, findet ihre Widerspiegelung auch in der Volkszählung von 2002. Gemäß den damals zusammengetragenen Informationen konnten 58,7% Einwohner Niederschlesiens im Alter von 60 und mehr Jahren höchstens eine Grundschulausbildung nachweisen. Die Ursachen dieses Zustands können sehr vielfältig sein und hängen von individuellen Wahlen und Bedingungen ab, man könnte jedoch durchaus auf einige systemische Ursachen hinweisen, die Grund für die derartige Situation sind. Eine davon ist mit Sicherheit die

historische Zeit³, in der die heutigen Senioren aufwuchsen (Personen, die 2007 60 Jahre alt waren, als die jüngsten unter den Befragten, wurden 1947 geboren und die 85-jährigen kamen 1922 zur Welt). Unterschiedliche Bildungsmuster, der erste und der zweite Weltkrieg, die Zwischen- und Nachkriegszeit, die unplanbar und instabil waren – all das war für das Erreichen eines hohen Ausbildungsniveaus recht ungünstig.

Unterstreichenswert sind auch die Konsequenzen, die ein niedriges Ausbildungsniveau der Senioren nach sich zieht. Man könnte annehmen, dass das es solchen Personen schwerer fällt, sich an die Veränderungen anzupassen, die sich in der heutigen Welt vollziehen, umso mehr, weil die Welt, in der sie den größten Teil ihres Lebens funktionierten sich seit 1989 radikal verändert hat. Politische, wirtschaftliche, kulturelle Umwälzungen und die Mitgliedschaft Polens in der Europäischen Union haben die heutige Realität grundlegend modifiziert. In Gesellschaften, die Sztompka [2004] als „heiß“ bezeichnet, also als solche, in denen die Veränderungen schnell auftreten und bereits innerhalb einer Generation erheblich sind, erweisen sich neue Technologien und Entdeckungen sehr schnell als „veraltet“ und werden immer wieder durch neue, bessere Lösungen und Gadgets verdrängt. Ältere Personen nehmen zivilisatorische Erfindungen in der Regel viel seltener als jüngere Generationen in Anspruch. Einerseits verspüren die Senioren kein Bedürfnis im Alltagsleben komplizierte Geräte und technische Neuheiten anzuwenden, andererseits ist deren Kompliziertheit und die große Auswahl ein Grund dafür, dass die meisten Senioren aus Angst vor ihrer eigenen Hilflosigkeit auf die Inanspruchnahme neuer Technologien verzichten. Es kann angenommen werden, dass je niedriger das Ausbildungsniveau ist, desto größer die Probleme mit dem Begreifen der Prinzipien der Funktionsweise der modernen Welt und die Abneigung, sich neuer Lösungen und Technologien zu bedienen sind.

Das Ausbildungsniveau beeinflusst auch die vorgezogene Lebensweise. Personen mit höherem Ausbildungsniveau leben häufiger nach den Prinzipien gesunder Lebensweise und Ernährung, sie bemühen sich, ihrem Organismus unentbehrliche Nährwerte zuzuführen, sie tun viel für ihre Gesundheit und kontrollieren deren Zustand, sie treiben Sport und andere Arten körperlicher und geistiger Aktivität. Meistes verfügen sie auch über umfangreicheres Wissen über die Bedrohung für ihr körperliches und geistiges Wohlbefinden und wissen, wie man negative Zustände vermeiden bzw. deren negative Folgen minimalisieren kann. Daher erfreuen sich besser ausgebildete Personen einer relativ besseren Gesundheit und leben länger

³ Historische (soziale) Zeit wird als die Zeit) verstanden, in der menschliche Gemeinschaften leben – abstrakter Rahmen der sozialen Existenz der Individuen und Gemeinschaften.

[Vgl. z.B. Nationaler Gesundheitsplan / Narodowy Program Zdrowia für die Jahre 2007 – 2015: 10].

Zu bedenken ist ebenfalls die Tatsache, dass die zivilisatorischen Veränderungen, die gegenwärtig in der polnischen Gesellschaft eintreten, dazu führen werden, dass wir es in zwanzig, dreißig Jahren mit einem ganz anderen Typus von Senioren zu tun haben werden als heute – gut ausgebildet, aktiv, rechtsbewusst, und auch im Alter dazu geneigt, ihren Leidenschaften und Interessen nachzugehen. Daher müssen bereits jetzt Lösungen gesucht, diagnostiziert und popularisiert werden, die den sich verändernden Bedürfnissen dieser sozialen Kategorie gerecht werden.

III. Wirtschaftlicher Aspekt

Lebensbedingungen der niederschlesischen Senioren

Die Lebensbedingungen der älteren, in Niederschlesien lebenden Menschen wurden auf der Basis einiger Indikatoren bestimmt, die sowohl die Lebenssituation dieser sozialen Kategorie beschreiben als auch eine subjektive Bewertung einiger ihrer Aspekte darstellen. Die Bemessung der Lebensbedingungen umfasste die Wohnsituation, die im Haushalt lebenden Personen, die finanzielle Kondition, darunter die finanzielle Selbständigkeit der Befragten, die Struktur der Ausgaben und die Selbsteinschätzung der materiellen Situation der Befragten. Darüber hinaus wurden die Befragten nach dem Netz der ihnen zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten in schwierigen Lebenssituationen und nach dem Umfang mangelnder Dienstleistungen für Senioren befragt.

Wohnsituation. Zusammensetzung des Haushalts.

Die befragten älteren Personen lebten meistens in freistehenden Häusern – eine solche Antwort erteilten 41,8% der Befragten. Über 30% (33,2) der Befragten wohnten in Eigentumswohnungen, 15,3% Personen in Kommunalwohnungen und 5,0% der Befragten wohnten in Genossenschaftswohnungen. Ein separates Zimmer bei ihren Kindern hatten 6,6% der Befragten und nur 1,3% der Befragten teilten ihr Zimmer mit anderen Personen. Die obigen Angaben weisen darauf hin, dass die Wohnbedingungen der Senioren gut sind, dass die meisten von ihnen über entsprechenden Lebensraum verfügen. Auch dann, wenn sie mit anderen Familienmitgliedern zusammen wohnen (meistens mit ihren Kindern) ist der Wohnraum nicht streng in „Einflussbereiche“ aufgeteilt. Nur eine geringe Anzahl der Senioren (jeder 13.) könnte Probleme mit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse in diesem Bereich haben.

Der Besitz von Immobilien (Gebäuden oder Wohnungen) bringt viele berechenbare Vorteile mit sich. Es ist eine Kapitalanlage und eine Absicherungsform für den Fall nicht voraussehender finanzieller Schwierigkeiten oder mangelnder finanzieller Mittel im Alter, was bei der Popularisierung von Lösungen der Gewährleistung würdiger materieller Bedingungen nach der Pensionierung⁴ an Bedeutung gewinnt. Andererseits ist der Besitz von Immobilien mit der Notwendigkeit verbunden, entsprechende Reparaturen und laufende Instandhaltungsmaßnahmen vorzunehmen, was mit finanziellen Aufwendungen verknüpft ist. Je größer die Fläche der Immobilie, desto größer die Steuer und die Gebühren für die Inanspruchnahme der Räume. Für ältere Menschen kann es sich als schwierig erweisen, die Immobilie in einem guten Zustand zu erhalten, insbesondere dann, wenn sie allein wohnen und wenig Kontakt mit ihrer Familie haben.

Die Forschungen zeigen, dass die Bande zwischen den Generationen in den polnischen Familien immer noch stark sind. Eine große Zahl der Senioren wohnte mit ihrer Familie und führte gemeinsamen Haushalt mit ihr. Eine solche Antwort gaben 44,4% der Befragten. Über 1/3 der befragten Personen (34,5%) wohnte zusammen mit ihren Ehegatten. Selbständigen Haushalt führte 1/5 der älteren Personen (20,2%). Nur knapp 1% der Befragten wies auf eine andere Lebenssituation hin.

Frauen wohnten häufiger allein oder mit ihrer Familie, was mit Sicherheit mit der früheren Sterblichkeit der älteren Männer verbunden ist. Nach dem Tod des Ehegatten/Lebenspartners ist die Frau gezwungen, den Haushalt selbständig zu führen, oder sie lebt – was häufiger vorkommt – zusammen mit ihren Kindern. Auf dem Lande waren auch Mehrgenerationenfamilien mit gemeinsamer Haushaltsführung häufiger als in der Stadt, was sich vor allem aus dem Charakter der Arbeit in der Landwirtschaft ergibt und daraus, dass die Kinder die Bauernhöfe übernehmen, nachdem die Eltern das Pensionsalter erreicht haben.

Im gesellschaftlichen Bewusstsein ist es verankert, dass für die Unterstützung und Betreuung der Senioren vor allem die Familie verantwortlich ist [vgl. Dyczewski u.a. 1999], insbesondere „im hohen Alter“, wenn verschiedene Krankheiten und Gebrechlichkeiten selbständiges Funktionieren der Senioren erschweren oder gar unmöglich machen. Daher ist gemeinsames Wohnen mit der Familie eine der Strategien des Zurechtkommens mit Problemen des Alters.

Manchmal ist die Haushaltsführung durch ältere Personen keine Frage der Wahl, sondern eine Notwendigkeit. Diverse familiäre Probleme (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit,

⁴ Z.B. umgekehrte Hypothek – vereinfacht: lebenslange Rente für Übereignung einer Immobilie.

alleiniges Erziehen von Kindern, hohe Erwerbskosten der Wohnungen oder hohe Mieten, diverse Pathologien) sind der Grund dafür, dass die Kinder das Familienhaus nicht verlassen, eine eigene Familie gründen, sodass beide Seiten zum Leben unter einem Dach „gezwungen“ sind. Eine derartige Situation kann einerseits für den Senioren günstig sein, wenn die jüngeren Familienmitglieder für ihn sorgen und seine Bedürfnisse befriedigen, andererseits kann es dabei jedoch zu zahlreichen Spannungen und Problemen, ja sogar zur Gewalttätigkeit kommen.

Die Lebensbedingungen der Senioren. Ausstattung des Haushalts.

Aus den Befragungen geht hervor, dass die Lebensbedingungen der Senioren gut sind und dass sie generell Zugang zur grundlegenden Ausstattung haben. Die Wohnungen von 86,7% der Befragten Personen hatten ein Badezimmer, 80% der Befragten hatten Zugang zu warmem Wasser, 86,9% Haushalte waren an Gasleitungen angeschlossen und 73,7% kanalisiert. Gleichzeitig sagten über 1/5 der Befragten aus, dass sich ihre Toilette im Hausflur – 15,1% und im Hof – 7,6% befindet. Wenn man diese Zahl mit den Angaben vergleicht, in denen ausgesagt wurde, dass im Haus ein Badezimmer vorhanden sei, machen sich einige Diskrepanzen bemerkbar. Wahrscheinlich liegt dies daran, dass einige der Befragten über ein Badezimmer in der Wohnung verfügen und außerdem eine zusätzliche Toilette im Flur oder auf dem Hof haben. So ist es manchmal im Altbau oder auf dem Dorf. Daher ist anzunehmen, dass der mangelnde direkte Zugang zu einem Badezimmer *de facto* etwa 10% der Befragten (9,4%) betrifft.

Auch die Nachforschungen des Hauptamtes für Statistik (GUS) von 2008 bestätigen, dass die meisten Haushalte der Pensionierten mit unentbehrlichen Anschlüssen ausgestattet sind. Den Besitz eines Badezimmers mit Wanne bzw. Dusche bestätigten 85,7%, Zugang zum laufenden, warmen Wasser hatten 86,8% und zum Gas aus der Flasche oder aus der Leitung 92,3% aller Haushalte der Pensionierten.

Beobachtet wurde, dass über den Zugang zu grundlegenden Anschlüssen der Wohnort der Befragten entscheidet. Die in Städten lebenden Senioren zeigen öfter den Zugriff auf Gas und Kanalisation an und die Dorfbewohner haben häufiger eine Toilette draußen, wobei der Prozentsatz der Befragten mit einem Bad, unabhängig vom Wohnort, vergleichbar ist.

Die Ausstattung der Haushalte mit Haushaltsgeräten ist ein Indikator für die Befriedigung und gleichzeitig für die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Kategorien der Befragten. Es gibt eine Reihe von Geräten, die auch für die Senioren die Grundausstattung eines Haushalts darstellen. Es sind: Kühlschränke (98,8%), Farbfernseher

(93,4%), Staubsauger (88,9%), Waschautomaten (82%) und Telefon (82%). Fast 1/5 der Senioren hat ein Mobiltelefon (17,3%). Weniger Personen – jede 7 – hat einen Videorecorder (13,4%), und jede 10 einen DVD-Player (10,8%). Die wenigsten Befragten benutzen einen CD-Player (6,1%), einen Computer (6%), einen Geschirrspülautomaten (4,9%). Über Internetzugang verfügen weniger als jeder 20 der Befragten (4,1%). So haben die Befragten zwei Hauptkategorien aufgestellt – grundlegende Güter, die die meisten der Befragten in Anspruch nehmen und die der Befriedigung der wichtigsten Existenzbedürfnisse dienen und „Luxusgüter“, die der Befriedigung der Bedürfnisse dienen, welche mit Kultur, Unterhaltung (sog. höhere Bedürfnisse) verbunden sind oder die darüber zeugen, dass der Haushalt vermögend ist.

Männer nutzen „technische Neuheiten“ häufiger und bevorzugter als Frauen. ¼ von ihnen besitzt ein Mobiltelefon (Frauen – 12,87%), 1/5 Videorecorder (Frauen – 9,51%), 15,42% - DVD (Frauen – 8,11%). Fast 10% der Männer besitzen einen CD-Player (nur 4,34% Frauen), 8,19% Computer (4,76%), 6,51% Geschirrspülautomaten (Frauen – 3,92%), 5,3% benutzen das Internet (3,36% Frauen). Die Stadteinwohner geben die Nutzung von „Luxusgütern“ häufiger an als Dorfbewohner. Auch das Ausbildungsniveau ist für den Besitz von „Luxusgütern“ ausschlaggebend – z.B. benutzen 44,23% Personen mit Hochschulausbildung einen Computer (und nur 1,79% Personen mit unvollständiger Grundschulausbildung und 2,03% mit Grundschulausbildung).

Je älter die Befragten sind, umso seltener benutzen sie verschiedene Haushaltsgeräte.

Auch die Untersuchungen der Lebensbedingungen der Polen durch das Hauptamt für Statistik (GUS) zeigen, dass zu den populärsten Haushaltsgeräten in den Haushalten der Pensionierten der Kühlschrank (Gefriertruhe) – 96,4%, der Farbfernseher – 95,7%, das Festnetztelefon – 77,5% und der Waschautomat – 69,7% gehören. Fast 40% der Haushalte der Pensionierten verfügt über ein Mobiltelefon und 18,8% kann sich aus finanziellen Gründen keines leisten. Über einen Computer verfügt jeder siebente Haushalt, fast jeder vierte Haushalt möchte einen Computer haben, kann sich ihn aber aus finanziellen Gründen nicht leisten. Ähnlich verhält es sich mit anderen Geräten, die man als „Luxuswaren“ bezeichnen könnte. In vielen Fällen würden ältere Menschen die technischen Neuheiten und Geräte, die Unterhaltung bieten gern in Anspruch nehmen, sie sind dazu aber nicht imstande und zwar mangels finanzieller Mittel. So würden 35,1% der Befragten gern ein Heimkino besitzen, 30,6% einen DVD-Recorder, 30,7% einen Geschirrspülautomaten und fast die gleiche Anzahl von Personen würde eine Mikrowelle kaufen, wenn sie sich eine leisten könnten und 22,9% möchten Internetanschluss haben. Aus diesen Angaben folgt, dass auch die Senioren eine

soziale Gruppe darstellen, die gern verschiedene Verbrauchsgüter in Anspruch nähme, wenn die Geldmittel, über die sie verfügen, ausreichend wären.

Finanzielle Kondition der niederschlesischen Pensionierten.

Einkommensquellen. Arten der Ausgaben.

Bei der Auswertung der wirtschaftlichen Situation der Senioren wird häufig ihre relative Stabilität unterstrichen, was daraus folgt, dass die Pension lebenslanglich ausgezahlt wird, also haben ältere Menschen demzufolge die Sicherheit, dass sie jeden Monat einen bestimmten Betrag erhalten, der es ihnen ermöglicht, ihre Bedürfnisse im geringeren oder höheren Maße zu befriedigen. Fast alle Befragten sagten aus, dass sie finanziell selbständig sind. Die meisten Befragten erhielten eine Pension (80,4%) oder Rente (15,6%). Erwerbstätigkeit als grundlegende oder zusätzliche Einkommensquelle gaben nur 3,3% der Befragten an. Ein geringer Prozentsatz der Senioren hatte keine eigenen Einkommensquellen und wurde vom Ehegatten unterhalten (1,8%) oder nahm die Unterstützung der nächsten Verwandten in Anspruch (0,3%). Nur 2,2% der Befragten wiesen auf andere Einkommensquellen hin.

Zu bedenken ist jedoch, dass die Haushalte der Pensionierten und Rentner in der Regel über mittleres oder geringes Einkommen verfügen. Laut den Angaben des Hauptamtes für Statistik (GUS) [2008], betrug das durchschnittliche Nettojahreseinkommen pro Person in den Haushalten der Pensionierten 10.234 Zloty, was einen monatlichen Betrag von 852,8 Zloty ergibt. Die Sozialversicherungsanstalt (ZUS) gibt hingegen an, dass die Höhe der durchschnittlichen monatlichen Pension 2007 1346,42 Zloty betrug, was 59,2% des durchschnittlichen Einkommens darstellte und dass der Betrag im Vergleich mit 2006 um 4,4% gesunken ist.

Eine derartige finanzielle Situation älterer Menschen führt zu Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in ihren Haushalten. Die Befragungen ergeben, dass die niederschlesischen Senioren ihr Geld am häufigsten für die Befriedigung von Grundbedürfnissen ausgaben – für Lebensmittel, feste Gebühren und Medikamente. Seltener wurde das Geld für Kleidung und Schuhe und für Besuche bei Fachärzten verwendet. Noch weniger Geld bestimmten sie für die Befriedigung kultureller und Unterhaltungsbedürfnisse – Erwerb von Büchern, Zeitschriften, für Theater-, Kino- oder Philharmoniebesuche. Weit hinten standen auch die Ausgaben für alkoholische Getränke und Tabakwaren. Am seltensten bestimmten jedoch die Befragten einen Teil ihres Haushaltsgeldes für Ferienreisen, Kuren oder Ausflüge.

Hinsichtlich der Medikamente waren die Ausgaben am häufigsten für vom Arzt verschriebene Arzneien bestimmt, viel seltener wurden Medikamente erworben, für die im Fernsehen geworben wurde oder die von Bekannten, Familienmitgliedern oder Nachbarn empfohlen wurden.

Die finanzielle Kondition der niederschlesischen Senioren unterscheidet sich kaum von der generellen Situation dieser Kategorie der Bevölkerung. Auch andere Untersuchungen zur Struktur der Aufwendungen bestätigen, dass die meisten Ausgaben in den Haushalten der Senioren aus Aufwendungen für Lebensmittel, Mieten, Arzneimittel und andere gesundheitliche Bedürfnisse bestehen. Ältere Menschen beanspruchen wegen beschränkter finanzieller Möglichkeiten selten gastronomische Dienstleistungen (90% der Ruheständler speisen nie oder selten außer Haus) [Zentrum für Meinungsforschung / CBOS 2005], sie nehmen auch selten die Möglichkeiten der aktiven Freizeitgestaltung oder des Tourismus wahr. 2005 verbrachten die Ruheständler durchschnittlich 9 Tage außerhalb des Wohnortes zu Erholungszwecken [Zentrum für Meinungsforschung / CBOS 2005]. Meistens verlassen die Befragten ihren Wohnort, um Verwandte oder Bekannte zu besuchen, um sich zu erholen oder zu Wallfahrten. Der Tourismus ist bei älteren Menschen in Polen im Gegensatz zu westlichen Ländern eher noch eine Randerscheinung.

Angesichts der beschränkten Möglichkeiten der Haushalte ist das Hauptkriterium, von dem sich ältere Menschen bei der Wahl der Verbrauchsgüter leiten lassen, der Preis. Lebensmittel kaufen sie meistens in kleinen Läden, wo die Ware vom Verkäufer ausgehändigt wird sowie in Selbstbedienungsgeschäften und Supermärkten. Kleidung und Schuhe kaufen sie in kleinen Läden, auf Basaren und Marktplätzen [Zentrum für Meinungsforschung / CBOS 2004].

Über 62% der Haushalte der Ruheständler wären nicht imstande, von dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld für eine unerwartete Ausgabe in Höhe von 500 Zloty aufzukommen. 75% erklären, dass sie keine Erholungsreise mit der Familie für eine Woche im Jahr finanzieren könnten, 87,3% - können sich keine neuen Möbel und 64,5% - keine Kleidung besserer Qualität leisten [Hauptamt für Statistik (GUS) 2008].

Fast die Hälfte der Haushalte der älteren Menschen musste die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Ausgaben für kulturelle Bedürfnisse einschränken, wie Kauf von Büchern und Presse, Kino-, Theater-, Konzertbesuche u.ä. [Zentrum für Meinungsforschung / CBOS 2006]. Durch die beschränkten finanziellen Möglichkeiten befriedigen Senioren in allererster Linie die Grundbedürfnisse und schränken Ausgaben für Bedürfnisse höheren Ranges ein. Zu beachten ist dabei, dass es Fälle gibt, in welchen die Geldleistung, die eine ältere Person

erhält, die Haupteinnahmequelle oder zuweilen auch die einzige Einnahmequelle einer Mehrgenerationenfamilie darstellt, was die Möglichkeit der Befriedigung von Bedürfnissen, sogar der grundlegenden, bedeutend verringert [vgl. Zabłocki u.a. 1999, Tarkowska 2000, Laskowska – Otwinowska 2000, Halik 2002, Korzeniewska 2002]. Man spricht in solchen Fällen von „verlängerter Elternchaft“ [vgl. Dyczewski u.a. 1999: 33], die auf systematischer finanziellen und sachlichen Unterstützung der erwachsenen Kinder durch Senioren beruht.

Gleichzeitig bilden die Senioren jene gesellschaftliche Kategorie, die angesichts der Stabilität ihrer finanziellen Situation weniger durch soziale Armut bedroht ist. Die meisten Indikatoren der sozialen Kohärenz weisen diesbezüglich auf die privilegierte Position der älteren Menschen im Vergleich mit anderen Bevölkerungskategorien hin.

Zukunftsdenkend scheint es jedoch, dass auch die Verhaltensweisen bei Inanspruchnahme von Verbrauchsgütern auch evaluiert werden. Ins Pensionsalter schreiten langsam auch Personen aus mittleren und höheren Schichten, die besser ausgebildet und vermöglicher und deren Verbraucherbedürfnisse höher sind. Anzunehmen ist, dass diese Situation zur Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebots und Waren beitragen wird, die direkt an diese Alterskategorie gerichtet sein werden. Gleichzeitig müsste für diese Senioren, die nicht imstande sind, Bedürfnisse höheren Ranges zu befriedigen ein kulturelles, Unterhaltungs- und touristisches Angebot geschaffen werden, das ihnen die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht, was mit Sicherheit ihre Lebensqualität verbessern würde.

Einschätzung der eigenen materiellen Situation

Die Autoren der Umfrage verzichteten bewusst auf Fragen zur Höhe des Einkommens und auf Fragen hinsichtlich anderer Indikatoren, die es ermöglichen würden, die objektive materielle Situation der niederschlesischen Senioren einzuschätzen. Sie gingen davon aus, dass die subjektive Einschätzung der eigenen finanziellen Situation ein ebenso gutes Kriterium darstellen kann, ohne beim Befragten unangenehme Empfindungen auszulösen, was häufig bei Fragen nach Geld und Vermögensstand der Fall ist. Daher sollten die Befragten ihre materielle Situation einschätzen, indem sie eine der fünf Möglichkeiten auswählten. Jede Möglichkeit wurde erklärt, damit man verstehen kann, was sich hinter ihr verbirgt. Und so bedeutete eine „sehr gute“ Situation, dass die Person alle ihre Bedürfnisse befriedigt, ohne auf den Preis zu achten und die Möglichkeit hat, Geld für die Zukunft zu sparen. „Gut“ bedeutete, dass die Person zwar alle Bedürfnisse befriedigt, aber keine Möglichkeiten zum sparen hat. „Durchschnittlich“ – der Befragte lebt zwar sparsam, aber sein

Geld reicht ihm für die Befriedigung aller Bedürfnisse aus; „schlecht“ – die Person befriedigt nur die wichtigsten Bedürfnisse, zahlt die Rechnungen und kauft nur die notwendigsten Artikel und Produkte ein; „sehr schlecht“ ist die Situation dann, wenn das Geld des Befragten nicht einmal für die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse ausreicht.

Die meisten Befragten schätzten ihre materielle Situation als durchschnittlich (47,2%) ein, sie leben sparsam und dadurch gelingt es ihnen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Gleichzeitig betrachtete 1/3 der Befragten (33,6%) ihre wirtschaftliche Situation als ungünstig, sie waren der Meinung, sie sei schlecht (27,6%) und sehr schlecht (6%). Der Prozentsatz der Personen, die ihre materielle Situation als positiv betrachten betrug 19,2%, 17% waren der Ansicht, dass ihr Haushalt in guter Kondition ist und nur 2,2% der Befragten war der Meinung, dass ihre Situation sehr gut ist. Unter der Berücksichtigung der Umfrageergebnisse kann festgestellt werden, dass etwa 80% der Befragten ihr Haushaltsgeld gut einteilen und die Befriedigung ihrer Bedürfnisse wegen des geringen Einkommens mehr oder weniger limitieren müssen.

Die Männer schätzen ihren materiellen Status optimistischer als Frauen ein, wahrscheinlich deshalb, weil die Pensionen und Renten der Männer höher sind und sie ihre Bedürfnisse leichter befriedigen können. Ihre materielle Situation stellten als gut und sehr gut 22,76% Männer und 17,15% Frauen, als schlecht und sehr schlecht 28,08% Männer und 36,82% Frauen dar. Am zufriedensten sind über ihre finanzielle Kondition Senioren zwischen 60 und 64 Jahren und Personen über 80. Zur Zufriedenheit in diesem Bereich trägt auch das Ausbildungsniveau bei – Personen mit mittlerer oder höherer Ausbildung sind in der Regel zufriedener mit ihren Lebensbedingungen als Personen, die über niedrigere Ausbildung verfügen.

Auch gesamtpolnische Umfragen ergeben, dass die Pensionäre meistens durchschnittlich (das Geld reicht für alltägliche Ausgaben, für größere Ausgaben muss gespart werden) oder bescheiden leben (sie müssen Tag für Tag mit ihrem Geld sparsam umgehen) [Zentrum für Meinungsforschung / CBOS 2006]. Auf kleinere bzw. größere Schwierigkeiten mit dem Zurechtkommen mit dem für den Haushalt zur Verfügung stehenden Einkommen wiesen 82,9% der Ruheständler hin, nur 17,2% von ihnen meinte, es sei verhältnismäßig leicht [Hauptamt für Statistik (GUS) 2008].

Strategien beim Zurechtkommen mit schwierigen Lebenslagen

Das Forschungsteam hat bei der Untersuchung der unterschiedlichen Aspekte des Lebens der niederschlesischen Senioren auch nach Antworten auf die Frage gesucht, wie das

System der Unterstützung älterer Menschen in ihrer lokalen Gemeinschaft aussieht, ob die Senioren jemanden haben – eine Person oder eine Institution, an welche sie sich im Falle von Schwierigkeiten wenden können.

Aus den erteilten Antworten ergibt sich, dass Personen, die sich in einer schwierigen Lebenslage befinden, in erster Reihe Unterstützung und Hilfe bei Familienmitgliedern ersuchen würden. Diese Feststellung stimmt mit anderen während dieser Umfrage erlangten Ergebnissen überein, bestätigt werden die starke Position der Familie im Rahmen des Wertesystems und deren beinahe ständige Teilnahme am Alltagsleben der Senioren.

An zweiter Stelle wurden Sozialhilfeeinrichtungen genannt, wobei man dieses Ergebnis mit Vorsicht betrachten muss. Zu bedenken ist, dass die Umfrage in den meisten Gemeinden von den Mitarbeitern der Sozialhilfeeinrichtungen durchgeführt wurden, was dazu geführt haben kann, dass die Befragten eine solche Antwort „aus Höflichkeit“ erteilten. Die Annahme, dass die Ergebnisse nicht aus dem sog. „Umfrageeffekt“ resultierten, scheinen die Ergebnisse anderer in Niederschlesien durchgeführter Umfrage zu bestätigen, wo die Gemeinden und deren Strukturen als wichtigste Unterstützer in schwierigen Lebenslagen genannt wurden [vgl. Kurzępa, Lisowska, Pierzchalska 2008]. Trotzdem müsste man, um eindeutig festzustellen, inwiefern die öffentlichen Dienste, darunter die Einheiten der lokalen Selbstverwaltungen als unterstützende Einheiten betrachtet werden, tiefgreifende Forschungen durchführen.

In weiterer Folge sagten die Befragten aus, dass sie sich an niemanden mit der Bitte um Hilfe wenden würden, wahrscheinlich deshalb, weil sie keine vertraute Person oder Personen haben, um diese um Hilfe zu ersuchen oder weil sie niemanden mit den eigenen Sorgen belästigen möchten. An vierter Stelle kam die Antwort „Freunde“. Die Senioren würden sich auch bemühen, ihre Probleme eigenständig zu lösen, ohne jemanden einzuschalten. An weiteren Stellen kamen Subjekte, die sowohl zur unformellen (Nachbarn, ehemalige Arbeitskollegen) als auch zur formellen „Ordnung“ zählen (Arzt, Pfarrer). Am seltensten würden ältere Menschen, die Hilfe benötigen, diese in den NGOs und bei der für das jeweilige Milieu zuständigen Krankenschwester suchen.

Überraschend ist die verhältnismäßig niedrige Position des Pfarrers und der Nonprofit-Organisationen als Bestandteile des Systems der sozialen Unterstützung. Es sieht so aus, als ob ältere Menschen den Pfarrer selten als jemanden betrachten, bei dem man Hilfe suchen könnte. Vielleicht resultiert dies aus Schüchternheit oder daraus, dass man „einen Geistigen nicht mit seinen persönlichen Problemen belasten will“. Es scheint jedoch, dass sich im gesellschaftlichen Bewusstsein eine schrittweise Trennung der sakralen Funktionen der

Kirche und ihrer Vertreter von unterstützenden / karitativen Funktionen vollzieht und dass kirchliche Institutionen ausschließlich mit den ersteren identifiziert werden [vgl. auch Kurzepa, Lisowska, Pierzchalska 2008]. Das Problem ist zwar interessant, trotzdem müsste es, um eindeutige Schlüsse ziehen zu können, näher untersucht werden. Auch die NGOs sind für die Senioren kein wichtiges Element des Unterstützungssystems. Diese Beobachtung kann als eine spezifische Niederlage der Nonprofit-Organisationen betrachtet werden, die es nicht fertigbrachten, an die Senioren heranzukommen und dadurch für sie nur ein schwer erkennbares Element der sozialen Wirklichkeit bleiben. Der Grund hierfür liegt vielleicht darin, dass eine verhältnismäßig geringe Zahl der NGOs ihre Tätigkeit auf ältere Menschen ausrichtet, obwohl sich die Situation hierin glücklicherweise langsam ändert.

Fehlende Dienstleistungen für Senioren

Die Lebensqualität ist eine Resultante der Möglichkeiten der Befriedigung von verschiedenen Bedürfnissen in dem Umfeld, in dem man Tag für Tag lebt. Die Befriedigung der Bedürfnisse ist mit dem Vorhandensein entsprechender Infrastruktur verbunden, dank welcher dies möglich wird. Daher wurden die älteren Menschen gefragt, welche Dienstleistungen ihrer Meinung nach in ihrem Umfeld fehlen, vorausgesetzt wurde, dass die Antwort auf diese Frage indirekt etwas über die Zufriedenheit der niederschlesischen Senioren mit ihrem Leben aussagt.

Bei der Beantwortung dieser Frage haben die meisten Personen (26,67%) behauptet, dass keine Dienstleistungen fehlen und dass ältere Menschen alle ihre Bedürfnisse befriedigen können. Gleichzeitig wiesen genauso viele Personen (24,69%) darauf hin, dass es keinen Ort gäbe, an dem sich ältere Menschen treffen könnten. Diese Antwort zeigt, dass sich die Senioren mit ihren Bedürfnissen nach Kontakten mit anderen Menschen nicht von anderen Kategorien unterscheiden und dass sie gleichzeitig weniger Gelegenheiten haben, um diese Kontakte anzuknüpfen und zu pflegen. Daher sollten die Einrichtungen, die für die Verwirklichung der lokalen Sozialpolitik verantwortlich sind, diese Tatsache ins Auge fassen. 1/5 der Befragten beklagt sich, dass es in ihrem Wohnort keine staatliche ärztliche Praxis gibt, 1/6 (14,38%) darüber, dass es keine Sozialhilfeeinrichtung gibt. Beinahe genauso viele Personen (13,44%) möchten, dass das lokale, an die älteren Menschen gerichtete Angebot um Hilfe im Haushalt erweitert wird, 9,79% möchten, dass man im Wohnort Essen nach Hause bestellen kann und fast genauso viele Befragte sind der Ansicht, dass zu den mangelnden Dienstleistungen heilende Fußpflege gehört. Sonstige Vorschläge erfreuten sich bedeutend geringerer Popularität.

Man kann also behaupten, dass etwa $\frac{1}{4}$ der Befragten keine Probleme mit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse in ihrem sozialen Umfeld hatten. Gleichzeitig kann man bezüglich beinahe eines Viertels der befragten Personen von Problemen mit der Befriedigung des Bedürfnisses der Affiliation sprechen, die zu den Grundbedürfnissen des Menschen zählt. Die Empfindung der Verbundenheit mit anderen Menschen, der Wunsch nach Gruppenzugehörigkeit und sozialer Akzeptanz sind auch für Senioren von grundlegender Bedeutung. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist für die Art und Weise der Weltbetrachtung ausschlaggebend. Ausgrenzung aus lokaler Gemeinschaft sowie Einsamkeit empfinden ältere Menschen als sehr schmerzhaft. Die Senioren wiesen auch auf Defizite hinsichtlich der Befriedigung ihrer Bedürfnisse in Bezug auf Gesundheit und Betreuung hin. Diese Informationen sollten bei der Gestaltung des lokalen sozialen Raumes berücksichtigt werden.

Die Dorfbewohner unterstrichen, dass es in ihren Wohnorten keine staatliche ärztliche Praxis gibt. Gleichzeitig konnte vermerkt werden, dass Stadtbewohner häufiger auf infrastrukturelle Defizite hinwiesen als Dorfbewohner. In Städten lebende Personen äußerstem meistens das Bedürfnis, dass die Dienstleistungssphäre um Einkäufe per Telefon, um heilende Fußpflege oder um eine Sozialhilfeeinrichtung erweitert werden sollten. Gleichzeitig unterstrichen sowohl Dorf- und Stadtbewohner das Bedürfnis, einen Ort für geselliges Beisammensein zu bilden, wo die Senioren Zeit verbringen, sich austauschen und am Leben der lokalen Gemeinschaft teilnehmen könnten.

Sicherheitsgefühl

Das Bedürfnis nach Sicherheit ist eines der wichtigsten Bedürfnisse des Menschen. In der Bedürfnishierarchie nach Maslow [2006] steht es an der zweiten Stelle, gleich nach den physiologischen Bedürfnissen. Die meisten Psychologen, die sich mit Bedürfnissen befassen, setzen das Bedürfnis nach Sicherheit an eine der ersten Stellen und betrachten dessen Befriedigung als Hauptbedingung der richtigen Persönlichkeitsentwicklung [vgl. z.B. Murray, Obuchowski].

Die Befragung ergab, dass die meisten älteren Menschen in Niederschlesien ein Sicherheitsgefühl besitzt, wobei nicht präzisiert wurde, was der Forscher unter dem Begriff „Sicherheit“ versteht. Man ließ die Befragten die Definition dieses Begriffs selbständig erstellen, so sind unterschiedliche Definitionen der Sicherheit möglich: wirtschaftliche, emotionale, keine Bedrohung in der Öffentlichkeit oder im alltäglichen Leben. Bedrohung empfand jeder zehnte der Befragten (10,4%). Die von Stadteinwohnern empfundene

Bedrohung war minimal größer als die der Dorfbewohner. Am meisten bedroht fühlten sich Menschen zwischen dem 65. und 69. Lebensjahr (14,22%), am wenigsten Menschen mit 85 und mehr Jahren (4,94%). Vielleicht haben wir es im Falle der ersten mit einer Situation zu tun, in der sich plötzlich viele Lebensumstände ändern (Pensionierung, Verlust nächster Verwandten, Krankheiten). Der Mensch empfindet spürbar die Grenze zwischen der Etappe des Lebens „die zu Ende geht“ und der „die gerade beginnt“. Viele Personen empfinden das als das Ende einer relativen Stabilität, sie beschreiten die Zeit der Unsicherheit und müssen ihre Situation neu definieren, was ein Gefühl der Bedrohung und mangelnder Sicherheit auslösen kann. Die Situation der ältesten Personen ist hingegen meistens bereits stabil und daher empfinden sie womöglich nicht so viele Spannungen, wie „jüngere“ Senioren.

Die meisten Personen, die sich nicht sicher fühlen, gaben als Ursache dafür die Angst vor Kriminalität und vor Aggression an, wovor sie sich nicht wehren könnten (47,12%). Ein weiterer Grund für mangelndes Sicherheitsgefühl ist die Angst vor der Verschlechterung des Gesundheitszustands – 20,19%. Diese Personen fürchten sich einerseits vor den zunehmenden Schmerzen, andererseits möchten sie keine Belastung für ihre Nächsten sein, die wegen ihres Zustands teilweise oder ganz auf die Befriedigung ihrer Bedürfnisse verzichten müssten. Hinzu kommt auch die Angst vor Verschlechterung der materiellen Situation (9,62%), auch in Verbindung mit den steigenden Kosten für ärztliche Behandlungen.

Eine andere Ursache des Verlusts des Sicherheitsgefühls ist die Angst vor Einsamkeit (5,77%) und für 2,88% Personen ist es die Angst vor Verlust einer nahestehenden Person. Die Männer befürchten überwiegend die Verschlechterung ihres Gesundheitszustands, die Frauen ängstigen sich hingegen mehr um ihre materielle Situation und diesbezügliche Probleme, sie äußern auch häufiger Ängste vor Einsamkeit und Verlassensein. Ein großer Teil der Stadteinwohner fürchtet sich hingegen vor kriminellen Handlungen und Aggressionen und die Dorfbewohner verspüren größere Angst vor der Verschlechterung des Gesundheitszustands und der materiellen Situation.

Schlussfolgerungen

1. Die Lebensbedingungen der niederschlesischen Senioren sind gut und ihre Wohnsituation stabil. Der Besitz einer Immobilie (eines freistehenden Hauses oder einer Eigentumswohnung) kann eine Kapitalanlage darstellen und damit eine Absicherung für die Zukunft sein. Die meisten Wohnungen sind mit den wichtigsten Anschlüssen

ausgestattet, die Seniorenhaushalte verfügen auch über die wichtigsten Haushaltsgeräte. Schlechter sieht es mit Geräten aus, die als „Luxusgüter“ bezeichnet werden könnten.

2. Die Familie ist eines der wichtigsten Lebensbestandteile der Senioren und unterstützt sie bei Krankheiten und anderen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Zu berücksichtigen ist jedoch die Tatsache, dass sich die Struktur der heutigen Familien verändert, die Familienbande lockerer werden, insbesondere aufgrund der Verdienstmigration in entfernte Ortschaften oder ins Ausland. Künftig kann eine derartige Situation die Steigerung des Bedarfs an betreuenden Dienstleistungen, die von öffentlichen Einrichtungen und NGOs erbracht werden, hervorrufen.
3. Die finanzielle Kondition der Haushalte der niederschlesischen Senioren ist stabil, obwohl die meisten Befragten sie als durchschnittlich und schlecht betrachten. Ältere Menschen sind nicht imstande, ihre Bedürfnisse im vollen Umfang zu befriedigen, angesichts finanzieller Einschränkungen müssen sie limitiert werden. In erster Linie bestimmen sie das Geld für Lebensmittel, ständige Gebühren, und für Ausgaben, die mit der Gesundheit zusammenhängen, sie beschränken hingegen die Befriedigung von Bedürfnissen höheren Ranges.
4. Im Falle von Problemen würden sich die Senioren in erster Linie an ihre Familie wenden, was die Relevanz der Familie für Senioren bestätigt.
5. Die Senioren sind generell mit der in ihrem Wohnort vorhandenen Infrastruktur zufrieden. Ein wichtiges Bedürfnis, dessen Verwirklichung auf Schwierigkeiten auf Schwierigkeiten in der lokalen Gemeinschaft stößt, ist das Bedürfnis nach Affiliation. Die Senioren sehen es als notwendig, Orte für geselliges Beisammensein zu bilden, wo sie Kontakte mit anderen Menschen anknüpfen und pflegen könnten, Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe spüren würden und Bande mit der lokalen Gemeinschaft knüpfen könnten. Das Schaffen von Möglichkeiten, die die soziale Integration begünstigen, sollte zum wichtigen Bestandteil der lokalen Sozialpolitik für Senioren werden.
6. Die meisten Senioren fühlen sich sicher aufgehoben. In irgendeiner Weise bedroht fühlte sich jeder zehnte Befragte. Als empfundene Bedrohung wurden häufig Kriminalität und Aggression, Angst vor Verschlechterung des Gesundheitszustands und schlechte finanzielle Situation genannt.
7. Ein wichtiger Faktor, der das Funktionieren der niederschlesischen Senioren in der Gegenwart beeinflusst ist das niedrige Ausbildungsniveau, was zu Schwierigkeiten mit der Zurechtfindung in der sich schnell verändernden Welt führt. In zwanzig, dreißig Jahren wird sich diese Situation wahrscheinlich bessern, was für die gesellschaftliche

Ordnung mit neuen Herausforderungen verbunden ist. Es müssen solche Lösungen und Möglichkeiten geschaffen werden, die den Bedürfnissen eines Senioren des „neuen Typus“ gerecht werden, der gut ausgebildet, sich seiner Rechte bewusst, aktiv ist und seine Leidenschaften auch im fortgeschrittenen Alter verwirklichen möchte.

IV. Kultureller Aspekt

Die zum Lebensraum des älteren Menschen dazugehörige gesellschaftlich-kulturelle Welt verleiht seiner Existenz einen tieferen Sinn, gibt ihr einen höheren Wert und lässt das Gefühl einer verhältnismäßig hohen Lebensqualität entstehen. Die gesellschaftlich-kulturelle Welt des älteren Menschen bildet nicht nur die Außenwelt, wie z.B. Betreuungs- und Hilfeinrichtungen, Kulturinstitutionen, das kulturelle Angebot im Wohnort, sondern auch sein Inneres: seine Lebenswerte, die durch ihn anerkannten Werte, das Verhältnis zum eigenen Älterwerden, das verwirklichte Lebensmodell, die Freizeitgestaltung und soziale Kontakte.

Die älteren Menschen sollten sich für dieses Bild mitverantwortlich fühlen. Ihre Haltungen, ihre Lebensweise determinieren ihr eigenes Bild und im Endeffekt das subjektive Gefühl der eigenen Gesundheit. Die Senioren verlieren in der Praxis generell mit dem allgegenwärtigen „Jugendkult“. Sie verlieren auch mit dem eigenen Bewusstsein, das ihnen den Aufbau des „psychischen Wohlstands“ unmöglich macht.

Die Welt verändert sich sehr schnell. Die Rolle und der Platz des älteren Menschen, die ihm einst seines Alters wegen in der Gesellschaft gebührten, ändern sich. Die Entwicklung der Zivilisation, die Informatikrevolution, sozial-kulturelle Umwandlungen wurden zur Ursache der Veränderung der Rolle und des sozialen Status älterer Personen.

In der Mentalität der Bevölkerung existiert ein negatives, ungerechtes Stereotyp des Alters. Im Endeffekt wird der ältere Mensch mit mangelnder Orientierung in der heutigen Welt, mit mangelnder Fähigkeit der Nutzung der modernen Technik und schließlich mit dem Rückzug aus dem aktiven gesellschaftlichen Leben in Verbindung gebracht. Er wird als ein passiv lebender Mensch betrachtet.

Das ist ein Bild des Senioren – eine gängige Vorstellung, die den kulturellen Wert des Alters gewissermaßen negiert.⁵

⁵ Unter kulturellem Wert des Alters wird Lebenserfahrung, Vernunft, Distanz zu Ereignissen, Objektivität in der Wahrnehmung der Realität und analytische Reflexion verstanden.

Es gibt jedoch ein zweites Bild des Alters, wo der ältere Mensch mit Aktivität, auf Erfahrung basierender Lebensweisheit identifiziert wird – ein Mensch, der weiterhin am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilnehmen will. Die zweite Vorstellung artikuliert positive Attribute des Seniorenalters.

Diese zwei Vorstellungen bestätigen auch die Gerontologen, die neben der „Aktivitätstheorie“ die „Rückzugstheorie“ nennen – als zwei quasi gegensätzliche Alterungsstrategien.

In der heutigen Welt ist Aktivität ein sozial anerkannter Wert. Daher sollte – auch wenn die Wahl dem älteren Menschen überlassen wird – ein Modell des aktiven Alterns kreiert werden, wodurch die Begründetheit der von den Theoretikern vorgeschlagenen Theorie des „kreativen Alters“ und des „Alters als Aufgabe“ bestätigt wird.

Die Aktivität des älteren Menschen ist nämlich ein fundamentaler Faktor, der für die Form und Dimension des Lebensraumes des Menschen entscheidend ist. Dieser Lebensraum wird – neben der eigenen Aktivität – durch das soziale Umfeld aufgebaut, d.h. durch die Welten anderer Menschen, durch das lokale, nachbarliche und familiäre Umfeld. Gegenwärtig macht sich eine drastische Einschränkung des bisherigen Lebensraumes älterer Menschen bemerkbar, was vor allem auf das Tempo der Veränderungen in den „heißen“ Gesellschaften zurückzuführen ist [Sztompka 2003].

Es ist ein sehr ernst zu nehmendes soziales Problem. Für ältere Menschen ist nämlich das soziale Alter auch Ausdruck ihrer ich sozialer Situation. Die unbestrittene Autorität, Prof. St. Rembowski schrieb in seinem Buch „Psychologische Probleme des Alterns“: „wirklich alt sind diejenigen, die soziale Kontakte aufgegeben haben“. So ist das Alter auch ein Prozess von Veränderungen, der durch die Reaktion auf all das hervorgerufen wird, was im sozialen Umfeld des alternden Individuums geschieht. Der Umfang, der Charakter und die Hierarchie der sozialen Aktivität verändern sich nämlich. Mit anderen Worten muss sich ein älterer Mensch der neuen kulturellen und sozialen Situation anpassen. Daher ist die Teilnahme älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben, die den Generationenkonflikten (Aufbau von Brücken zwischen den Generationen), und der Ausgrenzung vorbeugt („sozialer Tod“) und Chancen für Aktivität liefert, so wichtig.

Welches Bild des sozialen und kulturellen Lebens der niederschlesischen Senioren ergibt sich aus der Analyse des zusammengetragenen Materials? Die Forschungen in diesen Bereich sollten bei der Beantwortung der folgenden Fragen behilflich sein:

Womit verknüpfen die Befragten das Alter?

Welche Haltung haben sie gegenüber diesem Lebensabschnitt?

Welche sozialen Kontakte unterhalten sie – an welchen Formen sozialer Aktivitäten haben sie teil?

Wie verbringen sie ihre Freizeit?

Welche Werte sind für sie von Relevanz?

Wie schätzen sie ihre eigene psychische Kondition ein?

Welche ihrer Bedürfnisse erfordern soziale Unterstützung?

Was möchten sie in ihrem Leben ändern?

Möchten sie noch berufstätig sein (eventuelle berufliche Aktivierung)?

Was hat sich in ihrem Leben nach der Pensionierung verändert?

Definitionen des Alters. Haltungen gegenüber dem eigenen Alter.

Das Alter, mit anderen Worten spätes Erwachsenenalter, fortgeschrittenes oder Seniorenalter ist kein eindeutiger Begriff und kein gleicher Zustand für alle – es ist ein zeitbeweglicher Lebensabschnitt. Man heute die „Verjähung des Alters“ beobachten, was die zeitliche Verschiebung des Alterns in den Hintergrund bedeutet. So ist das Alter ein schwieriger, schwer zu definierender Begriff. Beim Alterungsprozess sind folgende drei Aspekte zu berücksichtigen: der physiologische, psychische und soziale. Man kann sich körperlich alt (angesichts der regressiven Veränderungen des Organismus) und gleichzeitig psychisch jung fühlen (angesichts guter psychischer Kondition). Auf die Geschichte rückblickend kann man vom negativen und positiven Bild des Alters sprechen.

Die Befragten nehmen das Alter als eine Zeit verdienten Ruhestands wahr (57,51% der Antworten), als einen Preis für die ins bisherige Leben investierten Bemühungen, für die berufliche, familiäre und soziale Aktivität vor der Pensionierung. So betrachten die Befragten das Alter vor allem als Ausscheidung aus bestimmten Faktoren des Lebens und als Verlangsamung ihrer Existenz. Die bedeutet jedoch nicht, dass ein Senior überhaupt auf Aktivitäten verzichten will. Er will vielmehr belastende und Mühe erfordernde Pflichten zugunsten der Freuden des Alltags abschütteln. Für 41,41% der Befragten bedeutet das Alter eine Zeit der Verschlechterung des Gesundheitszustands. Das Erreichen eines bestimmten Alters „begünstigt“ die Entstehung diverser Beschwerden. Charakteristisch ist für das Alter die Existenz vieler Krankheiten nebeneinander. Diesen beschwerlichen Aspekt des Alters unterstreichen die Senioren besonders. 36,49% der Befragten assoziieren das Alter mit keinen besonderen Vorkommnissen und betrachten diese Zeit als einen Lebensabschnitt, der weder besser noch schlechter als die vorherigen ist. Fast genauso viele Personen (36,23%) meinten, dass das Alter eine Zeit ist, die man der Familie und den Freunden widmen kann. Die

Senioren betonen auch ihre Lebenserfahrung, die sie mit anderen teilen möchten (über 1/5 der Antworten). Entwicklungsmöglichkeiten bietet auch die Auffassung dieses Lebensabschnitts als einer Zeit der Reflexion und Nachdenkens (ebenfalls über 1/5 der Antworten).

Viel weniger Personen (11,36%) betrachten das Alter als eine Zeit, in der man seinen Interessen, Hobbys und Leidenschaften frei nachgehen kann, für die man bisher keine Zeit hatte. Dies betrifft auch die Suche nach neuen Arten der Selbstverwirklichung und des Ausdrückens der eigenen Menschlichkeit. Man könnte meinen, dass das Alter, als eine Zeit in der man nicht besonders pflichtbelastet ist und über viel Freizeit verfügt, die Entwicklung verschiedener Formen weit verstandener intellektuellen Aktivität begünstigen sollte. Die Ausfindung und Beschäftigung mit Hobbys begünstigt „positives Altern“ und gute psychische und körperliche Kondition. Daher ist der Prozentsatz der älteren Menschen, die das Alter derartig betrachten, beunruhigend.

Andererseits kann die Tatsache zuversichtlich betrachtet werden, dass noch weniger Personen diese Zeit negativ, als eine Zeit der Vereinsamung und Einsamkeit (8,5%) und als Zeit, die direkt dem Tode vorausgeht betrachten (7,25%).

Frauen betrachten das Alter häufiger als die Zeit, in der sich ihre Gesundheit verschlechtert, als eine Zeit der Reflexion und des Nachsinnens und als eine Zeit, die sie ihren Familien und Freunden widmen können. Die Männer legen hingegen viel größeren Wert auf die Möglichkeiten der Entwicklung von Interessen und Hobbys (der Unterschied beträgt 5,64%). Je älter der Befragte war, desto seltener wählte er die Antwort, dass das Alter eine Zeit ist, in welcher man seine Lebenserfahrung mit anderen teilen kann. Vielleicht sind Menschen im fortgeschrittenen Alter häufiger unselbständig, von anderen Personen abhängig und können sich daher nicht als eine Autorität oder als ein Berater verstehen, auf dessen Meinung andere etwas geben. Je älter die Befragten waren, desto niedriger war die Anzahl von Personen, für die das Alter eine Zeit für die Entwicklung von Interessen und Hobbys ist. Bereits bei Personen zwischen 70 und 74 Jahren und auch bei älteren Personen ist es nur eine Randerscheinung. Mit dem Alter steigt auch die negative Wahrnehmung des Alters - die Zahl der Personen, für die es eine Zeit der Verschlechterung des Gesundheitszustands, die Zeit vor dem Tode ist. Niedriger wird hingegen die Zahl derjenigen Personen, die der Meinung sind, dass es eine Zeit ist, die sie ihren Familien und Freunden widmen können. Hierbei kippt das Verhältnis um - jetzt beginnt die Familie die Verantwortung für die Befriedigung der Bedürfnisse der Person im fortgeschrittenen Alter zu übernehmen.

Je höher die Ausbildungsniveau der Befragten, desto nachdrücklicher betonen sie das Alter als eine Zeit für die Entwicklung von Interessen und Hobbys, als eine Zeit des

Austauschs von Lebenserfahrung und betrachten das Alter als eine vollkommen normale Etappe des Lebens. Hohes Ausbildungsniveau begünstigt die Wahrnehmung des Alters als einer aktiven Zeit – Personen mit Hochschulausbildung antworteten am seltensten, dass es die Zeit der verdienten Entspannung, Einsamkeit und Vereinsamung und der Verschlechterung des Gesundheitszustands, Zeit für ihre Familien und Freunde und Zeit, die dem Tode vorausgeht, ist (nur 1,92% Antworten).

Die Dorfbewohner unterstrichen bei der Definition des Alters vor allem die Verschlechterung des Gesundheitszustands (schlechterer Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, zunehmende Beschwerden u.ä.), mehr Zeit für Familie und Freunde. Dies ist wahrscheinlich mit der Struktur der Familien auf dem Lande verbunden, die häufiger aus mehreren Generationen bestehen. Im Zusammenhang damit haben die beruflich inaktiven Personen die Möglichkeit, ihre Enkel oder andere Familienmitglieder zu betreuen, die dieser Betreuung bedürfen. Die Stadtbewohner betrachten hingegen das Alter als eine weitere Lebensetappe, die weder schlechter noch besser als die anderen ist und als eine Zeit, in der man seinen Interessen und Hobbys nachgehen kann.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Befragten einen entschieden passiven Lebensstil repräsentieren, der sich in Abhängigkeit und Schutzhaltung (fordernder Haltung) ausdrückt. Konstruktive Haltungen sind eher selten, wobei der Wohnort (Stadt oder Land) die Haltungen der Befragten kaum beeinflusst. Ein besseres Bild kommt bei Frauen zum Vorschein, was die bisherigen Forschungsergebnisse bestätigt, dass die Anpassung der Frauen an dieses Lebensalter besser ist. Die Zeit des Alters betrachten als eine Etappe der Weiterentwicklung vor allem Menschen mit besserer Ausbildung.

Verbesserungen nach dem Erreichen des Pensionsalters

Über 20% der Befragten behauptet, das sich in ihrem Leben nach Erreichen des Pensionsalters nichts verändert hat. Dies bestätigen ca. 1/3 der Befragten (32,06%). Können diese Aussagen so interpretiert werden, dass sie mit ihrem Leben zufrieden sind und es auf dem gleichen Niveau wie vorher fortsetzen? Die Befragten freuen sich über die Freiheit und Entlastung von vorherigen Pflichten (26,3% der Antworten), unterstreichen den hohen Stellenwert der Freizeit (20,07%), die sie sich selbst (18,68%), ihren Familien und Freunden widmen können (18,68% der Antworten). Für 12,73% bedeutet die Möglichkeit der Entspannung eine Besserung im bisherigen Leben. Jeder zehnte Befragte unterstreicht die jetzt eingetretene stabile finanzielle Situation. Nur 6,69% der Befragten sagt, dass sie jetzt

ihren Leidenschaften und Interessen nachgehen können und 3,81, dass sie jetzt mehr Zeit für schöne Sachen und Erlebnisse haben. Ähnlich wie im Falle der Definition des Alters ist auch hierbei der Prozentsatz der Personen, die die Änderungen als entwicklungsfördernd betrachten sehr gering.

Die Männer unterstrichen häufiger als Frauen, dass sie nach der Pensionierung mehr Zeit und Möglichkeiten haben, um jetzt ihren Leidenschaften und Hobbys nachgehen zu können. Die Frauen unterstrichen hingegen, dass sie jetzt mehr Zeit für sich selbst haben. Das Erreichen des Pensionsalters ist sicherlich mit Rückgang der Pflichten in beruflicher und privater Hinsicht verbunden. So können auch Frauen die Zeit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse widmen.

Die Stadtbewohner unterstreichen häufiger die Möglichkeit, dass sie jetzt ihren Leidenschaften und Hobbys nachgehen können und mehr Zeit für ihre Familien und Freunde haben. Die Dorfbewohner weisen hingegen auf die stabile finanzielle Situation hin, die sie nach dem Erreichen des Pensionsalters erlangt haben. Es ist für sie sehr wichtig, weil die Einkünfte in der Landwirtschaft sehr unterschiedlich und unstabil sind, sie hängen von den Witterungsverhältnissen, von der Größe der Ernte und von der Nachfrage nach landwirtschaftlichen Produkten ab.

Verschlechterungen nach dem Erreichen des Pensionsalters

In Verbindung mit dem Pensionsalter sind vor allem die Verschlechterung des Gesundheitszustands (49,53% der Antworten) und die Verschlechterung der materiellen Situation (41,98% der Antworten) als negative Aspekte hervorgehoben worden. Interessant ist es, dass über 1/5 der Befragten keine Verschlechterung empfindet, wobei hier die Männer überwiegen. Jeder sechster (15,95%) Befragte unterstrich die Einsamkeit und die Einschränkung der Kontakte mit anderen Menschen als ein Aspekt der beruflichen Passivität / der Vollendung des 60. Lebensjahres. Über Langeweile und Nichtstun beklagten sich nur 4,1% der Befragten. 2,33% der Befragten klagten hingegen über Stimmungsschwankungen und schlechtes Wohlbefinden. Verlust von nahestehenden Personen erlebten 2,05% der Befragten.

Frauen nannten am häufigsten die Verschlechterung des Gesundheitszustands, die Männer waren diesbezüglich optimistischer und behaupteten häufiger, dass sie in ihrem Leben keine negativen Veränderungen zu verzeichnen haben. Die Stadtbewohner beklagten sich häufiger über die Verschlechterung des Gesundheitszustands und die Dorfbewohner

unterstrichen die erreichte Lebensstabilität, wobei sie sich häufiger nicht über die Verschlechterung ihrer Lebensbedingungen beklagten.

Um das Wohlbefinden der niederschlesischen Senioren zu diagnostizieren, wurde ihnen die Frage gestellt, ob es in ihrem Leben vorkam, dass sie länger als zwei Wochen nicht imstande waren⁶, Freizeit-Aktivitäten zu unternehmen. Fast 40% (37,8) antworteten mit „ja“.

Die Stadtbewohner haben auf derartige Probleme häufiger hingewiesen als die Landbewohner. Gleichzeitig sagte die Hälfte der Befragten (46,7%), dass sie Zeiten erlebten (über zwei Wochen), wo sie sich grundlos Sorgen um ihre eigene und um die Zukunft ihrer Nächsten machten. Eine bejahende Antwort gaben häufiger Frauen und Stadtbewohner an. Je älter der Befragte war, desto häufiger stimmte er dieser Antwort zu. Über 40% (41,7) der Befragten sagten, dass sie über eine längere Zeit hinweg traurig und niedergedrückt waren und an den Tod dachten. Die Frauen hatten solche Gefühle und Gedanken viel häufiger als Männer.

Zu unterstreichen ist, dass über 41% der Befragten Traurigkeit empfanden und niedergedrückt waren, wobei es meistens Frauen waren. Der Wohnort ist dafür nicht ausschlaggebend. Dies bezeugt, dass es mit der psychischen Kondition (der psychischen Gesundheit) der Senioren nicht am besten bestellt ist.

Bevorzugte Werte

Werte sind im erweiterten Sinnen mit Lebenszielen und Bestrebungen gleichzusetzen. Sie sagen viel über die Wünsche und Bestrebungen der älteren Personen aus. Die von den Senioren anerkannten Werte sagen auch vieles über ihre Bedürfnisse aus. Quelle der Bedürfnisse des Menschen sind also die von ihm vertretenen Werte.

Generell kann man von primären Bedürfnissen mit biologisch-natürlichem Charakter, von Bedürfnissen höheren Ranges (psychosoziale Bedürfnisse) und schließlich von kulturellen Bedürfnissen sprechen (Bedürfnis nach der Wahrnehmung von Schönheit, Bedürfnis nach Kreativität und Schönheit). Es ist offensichtlich, dass die älteren Menschen in ihrem Leben und für ihr gutes Befinden nicht nur primäre Bedürfnisse befriedigt wissen wollen, Bedürfnisse höheren Ranges sind auch nicht ohne Bedeutung. Die Welt der Kultur, die ihren Lebensraum betritt, gibt ihrem Dasein tieferen Sinn und macht es wertvoller.

Und wie sieht die Liste der Bedürfnisse und der Erwartungen der Befragten aus, die eine Resultante der bevorzugten Werte sind? Die Familie und Freunde scheinen der höchste

⁶ Der Begriff (war nicht imstande“ bedeutet keine objektive Situation, z.B. „keine Zeit gehabt zu haben“, sondern die subjektive Einstellung, psychische Indisposition, mangelnde Kraft und Willen.

Wert zu sein (82,21% der Antworten), an zweiter Stelle Gesundheit und Wohlbefinden (62,1%). An weiteren Stellen nannten die Befragten Ruhe und Entspannung (35,14%) sowie Religion und religiöse Werte (34,79%). Zu den wichtigsten Werten zählte 1/5 der Befragten das Geld und materielle Stabilisierung (21,53%), Ehrlichkeit und Rechtschaffenheit und (19,75%). Für 11,12% waren Fleiß und berufliche Zuverlässigkeit wichtig. An vorletzter Stelle standen Werte, die mit der Heimat verbunden waren und der Patriotismus (9,96%), die wenigsten Personen, nur 7,21% der Befragten nannten Liebe als einen in ihrem Leben wichtigen Wert.

Festgestellt werden kann, dass die Familie als solche und gute Kontakte in der Familie die Niederschlesier am meisten befriedigen. Die Familie spielte bei der Befriedigung der Bedürfnisse des älteren Menschen eine bedeutende Rolle. Es scheint also, dass nicht das Geld der wichtigste Faktor im Leben der Senioren ist, wie man meinen könnte. Den negativen Stereotypen nach wird behauptet, dass die Senioren vor allem höhere Renten und unentgeltliche Medikamente wollen.

Beunruhigend ist hingegen das Gefühlsleben der Befragten, da die Liebe als Wert als letztes wichtiges Element gewählt wurde. Vielleicht sagt man deshalb über ältere Menschen, dass sie „emotional arm“ seien. Und psychischer Wohlstand wird doch über die Möglichkeit des Gefühlsaustauschs aufgebaut. Es sei, die Befragten verstanden diesen Begriff als Liebe zwischen Mann und Frau und nur unter sexuellem Aspekt. Und die Liebe hat ja bekanntlich „nicht nur einen Namen“. Im Leben der erwachsenen Menschen ist das Gefühlsleben, die Möglichkeit, Gefühle auszudrücken und auszutauschen, Nähe zu empfinden für die Zufriedenheit mit dem Leben nicht minder wichtig als bei Personen im anderen Alter.

Frauen nannten häufiger Gesundheit und Wohlbefinden als wertvolle Lebenswerte, höher als Männer platzierten sie auch die Religion und religiöse Werte. Für Männer hingegen war Fleiß und berufliche Zuverlässigkeit von größerer Bedeutung. Diese Ergebnisse können sich durchaus aus dem unterschiedlichen Sozialisationsmuster der Frauen und Männer ergeben, wonach Frauen enger mit der Privatsphäre und deren Werten und die Männer mit der öffentlichen Sphäre verbundener sind.

Zwischen den Antworten der Stadt- und Landbewohner sind keine wesentlichen Unterschiede zu vermerken, wobei ein gewisser Traditionalismus der Dorfgemeinden darin zum Ausdruck kommt, dass sie der Religion größere Bedeutung beimessen. Auf die Religion als Wert weisen ebenfalls die ältesten Menschen hin (mit 85 und mehr Jahren), gleichzeitig messen sie die geringste Bedeutung dem Geld und der materiellen Stabilisierung als Lebenswert bei. Auch die Schulbildung der Befragten ist bei der Beantwortung dieser Fragen

ausschlaggebend. Personen mit Hochschulausbildung unterstreichen die Bedeutung des Fleißes und der beruflichen Zuverlässigkeit, sie heben ebenfalls patriotische Werte hervor. Im geringeren Maße ist für sie die Entspannung und materielle Stabilisation als Wert wichtig.

Postulierte Änderungen im Leben der Senioren.

Auf die Frage, was sie in ihrem Leben verändern möchten, antworteten die Befragten, dass sie nichts ändern würden. Man könnte überlegen, ob eine solche Antwort als Zufriedenheit der Befragten mit ihrer eigenen Lebensweise zu verstehen ist oder ob sich dahinter noch andere Motivationen verbergen.

Ihre Bestrebungen und Träume sind eher bescheiden. 1/5 (21,2%) der Personen möchte sich besserer Gesundheit erfreuen, fast genauso viele Personen (18,7%) wünschen sich eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation. Und diese Antworten erschöpfen bereits den Katalog der postulierten Änderungen. Viel weniger Befragte antworteten anders. 5,93% der Befragten will keine Änderungen, weil sie mit ihrer Lebenssituation zufrieden sind. 5,56% der Befragten möchten eine Reise machen, überhaupt die Möglichkeit zum Reisen haben, um etwas anderes zu sehen. 4,26% der Befragten träumt vom Wohnortwechsel. „Jung sein“ möchten 2,87% der Befragten, 2,78% von ihnen möchte ihre Relationen mit anderen Menschen, mit der Familie und Freunden verbessern. 4,44% der Befragten behaupten, dass sie nicht imstande sind irgendetwas zu verändern, diese stehen ihrem Leben hilflos gegenüber.

Frauen möchten häufiger ihre materielle und existenzielle Situation verbessern (ihre Pensionen sind meistens niedriger, so erleben sie häufiger wirtschaftliche Notsituationen). Die Männer möchten nichts verändern. Je älter die Befragten waren, desto seltener wollten sie ihre materielle Situation verbessern. Gleichzeitig behaupten die ältesten Menschen, mit 85 und mehr Jahren, dass sie in ihrem Leben nichts ändern können. Die Stadtbewohner wünschen sich eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands und die Dorfbewohner möchten meistens nichts in ihrem Leben ändern. Personen mit Hochschulausbildung möchten häufiger als andere Befragte die Möglichkeit haben, zu verreisen und ihren Lebensabend aktiv zu verbringen.

Es sieht so aus, dass ein Drittel der Befragten die Tendenz zeigt, ihre Lebensbilanz als positiv zu betrachten. Ihre Erwartungen beziehen sich auf grundlegende Bedürfnisse jedes reifen Menschen: Gesundheit, materielle Versorgung. Nicht immer offenbaren sie ihre

Träume und versteckte Bedürfnisse und sehen meistens keine Chance auf Verbesserung ihres Lebens.

Gesellschaftliche Aktivität

Die Lebenszufriedenheit älterer Menschen ist eine Resultante der breit verstandenen Aktivität, auch im sozialen Bereich. In diesem Bereich bestätigen die Forschungsergebnisse die früher angedeutete passive Lebensweise dieser gesellschaftlichen Kategorie, da fast 90% der Befragten keinen gesellschaftlichen Organisationen angehören. Nur 4,01% aller Befragten sagen aus, dass sie aktiv an Arbeiten gesellschaftlicher Organisationen beteiligt sind, und dies betrifft meistens die Männer, die in Städten leben. Diese niedrige Mitgliedschaft an Organisationen ergänzt in gewisser Weise die Arbeit in kirchlichen Organisationen, die von vorn heraus für Ältere „reserviert“ sind – es betrifft knappe 3% der Befragten, vor allem Frauen, die auf dem Land leben.

Einrichtungen, die Angebote für Ältere haben – sog. „Seniorenklubs“ besuchen nur 3,6% der Befragten. Dies bezieht sich sowohl auf Frauen als auch auf Männer, und zwar Personen, die relativ jünger sind. Das niedrige Ergebnis hängt vielleicht damit zusammen, dass es kein solches Angebot im Wohnort gibt.

Das Postulat, dass man sich aus gesundheitlichen Gründen und für besseres Wohlbefinden gleichaltrigen Gruppen anschließen sollte, ist im Falle der niederschlesischen Senioren fehl am Platz. Die Forschungen bestätigen die Tatsache, dass der häufige gesundheitliche und geistige Regress der älteren Menschen nicht nur die Folge der Alterungsprozesse sind, sondern auch in der mangelnden Aktivität, auch in sozialer Hinsicht sowie in mangelnden Kontakten mit anderen Menschen zu suchen ist. Entfremdung und keine Teilnahme am Leben der lokalen Gemeinschaft führen zur Marginalisierung dieser Alterskategorie. Das Leben der älteren Menschen spielt sich meistens im Kreis der nächsten Familie, der Freunde und Nachbarn ab. Die meisten Senioren suchen keinen Kontakt zur lokalen Gemeinschaft und die Bedürfnisse, an größeren sozialen Gruppen teilzuhaben, ist nicht besonders ausgeprägt. Einerseits resultiert es aus dem Stereotyp, dass eine pensionierte Person die Zeit der Aktivität längst hinter sich gelassen hat und der Gesellschaft nichts Wertvolles geben kann. Diese Ansicht schränkt beide Seiten ein: ältere Menschen verspüren kein Bedürfnis, den engen Kreis der Familienprobleme zu verlassen und die Gesellschaft nimmt das Potential der älteren Menschen und den Nutzen, die sie der Gemeinschaft bringen könnten, nicht wahr. Im Zusammenhang damit stößt ein Senior, auch wenn er sich einer gesellschaftlichen Organisation anschließen will entweder auf mangelnde Möglichkeiten oder

aber auf mangelnde Ideen, wie man seine Initiative verwirklichen könnte – so verlässt er enttäuscht diese Lebenssphäre. Die 2007 vom Niederschlesischen Zentrum für Sozialpolitik und durch vom Stadtamt Wrocław durchgeführten Testforschungen zum Volontariat in Wrocław ergaben, dass Personen über 65 am seltensten als Volontäre gern gesehen werden. Einrichtungen, die die Hilfe von Freiwilligen annehmen würden, würden lieber minderjährige Volontäre einstellen als Menschen mit 65 und mehr Jahren.

Es stimmt, dass unter den Faktoren, welche die gesellschaftliche Aktivität einschränken, sowohl interne (die von den älteren Menschen abhängig sind) als auch externe Faktoren mit sozial-kulturellem Charakter (die von ihnen unabhängig sind) unterschieden werden können. Schuld daran ist das diesbezüglich mangelnde Angebot in dem jeweiligen Umfeld und keine Aufgeschlossenheit der existierenden Organisationen gegenüber älteren Menschen („Kult der Jugend“). Um diese ungünstige Situation zu ändern, ist es wichtig, lokale Initiativen zu ergreifen, die eine Chance dafür böten, die passive Lebenshaltung in eine aktive umzuwandeln und die den sich im Alter häufenden (manchmal scheinbaren) Hindernissen, welche die spontane Aktivität verhindern, entgegengestellt werden können. Die Schwierigkeiten sind auch das Ergebnis der mangelnden Fähigkeiten der Anknüpfung von Kontakten mit Fremden. Manchmal betrachten die älteren Menschen die Relationen mit anderen Menschen durch das Prisma einer stark verankerten Aufteilung in die „Eigenen“ (dazugehörenden) und in die „Fremden“, wobei die zweiten als eine potenzielle Bedrohung der eigenen Sicherheit wahrgenommen werden.

Daher ist es notwendig, älteren Menschen Gelegenheiten für sinnvolle psychophysische Aktivitäten zu bieten, was häufig als „Elixier der Jugend“ bezeichnet wird. Denn Menschen in Gruppen leben länger.⁷

Gesellschaftliche Kontakte. Das Netz interpersoneller Relationen

Zweifelsohne ist für die Verwirklichung der meisten Bedürfnisse älterer Menschen die Aufrechterhaltung sozialer und gesellschaftlicher Kontakte unentbehrlich. Die Nutzen, die sich daraus für die Senioren ergeben, könnte man endlos aufzählen. Wie sieht also das Netz der interpersonellen Relationen der niederschlesischen Senioren aus?

Zu beobachten war, dass die Senioren meistens Kontakte mit der nächsten Familie, mit Nachbarn oder mit Freunden pflegen. Als Kriterium der Kontaktfrequenz waren folgende Antworten möglich: „täglich“, „mehrmals in der Woche“ und „mehrmals im Monat“ – was

⁷ Forschungsbericht von Prof. Boryslawski, gehalten bei der Konferenz (Buch im Druck)

bedeutete, dass sich die Person mindestens einmal im Monat mit der anderen Person in einer Cafeteria traf. Mit Kindern und Familienmitgliedern treffen sich häufig 88,84% ältere Personen, sporadisch – 8,99% und niemals nur 2,18% der Befragten. Am nächsten ist für den älteren Menschen die Familie, dies wurde nie infrage gestellt. Geordnete Familienverhältnisse ermöglichen, sich besser an die sich verändernden Lebensumstände zu gewöhnen. Sie geben den Menschen ein Geborgenheits- und Sicherheitsgefühl und das Gefühl, dass sie sich gebraucht fühlen. So ist die Familie die beste „Betreuungseinrichtung“.

Kontakte mit Nachbarn pflegen 84,92% der Befragten, sporadische Kontakte mit Nachbarn pflegen 5,64% und keine Kontakte mit Nachbarn hat jede zehnte Person (9,44%). Für über die Hälfte der Senioren spielen Freunde in ihrem Alltagsleben eine große Rolle – häufigen Kontakt mit Freunden geben 55,89% der Befragten zu, sporadische Kontakte zu Freunden pflegen $\frac{1}{4}$ (24,55%) der Senioren. Gleichzeitig besitzen fast $\frac{1}{5}$ der Befragten (19,57%) keine Freunde, was beunruhigend ist, da Freunde häufig in schwierigen Situationen behilflich sind, mit Rat und Tat beiseite stehen – die Umfrage zeigt, dass jeder fünfte der Senioren keine derartige Unterstützung hat.

Personen, die ihre berufliche Aktivität bereits hinter sich haben, pflegen selten Kontakte mit ehemaligen Arbeitskollegen – häufigen Kontakt mit ihnen geben lediglich 19,21% der Befragten zu, sporadischen - 32,8% und 47,99% der Befragten treffen sich niemals mit den ehemaligen Arbeitskollegen. Der Verlust der ehemaligen sozialen Rollen und des damit verbundenen Ansehens ist sehr häufig ein Grund dafür, dass diese Kontakte einschlafen.

Die Analyse der Kontakte mit formalen Personen und Einrichtungen (Pfarrer, Mitarbeiter der staatlichen ärztlichen Praxis, Sozialarbeiter) zeigte, dass diese Kontakte sporadisch sind. Ältere Menschen begegnen am häufigsten Mitarbeiter staatlicher ärztlicher Praxis – häufig: 37,83% der Befragten, selten – 41,63% und niemals – 20,54% der Befragten. Hier könnte die Frage gestellt werden, inwiefern die Hausärzte auf komplexe Betreuung der älteren Menschen vorbereitet sind. Es entsteht dabei der Eindruck, dass die diesbezügliche Vorbereitung der Hausärzte bislang nicht ausreichend ist.

$\frac{1}{5}$ der Senioren (22,96%) gibt häufige Kontakte mit Pfarren zu, von Zeit zu Zeit treffen sich 57,31% mit Pfarrern und 19,72% pflegen mit ihnen keinen Kontakt.

Am seltensten treffen sich ältere Menschen mit Sozialarbeitern. Als häufig bezeichnen diesen Kontakt nur 3,55% der Befragten, als sporadisch – 14,36, und 82,09% treffen sich überhaupt nicht mit ihnen. Wenn man die Organisationsweise des Systems der Sozialpflege in Polen berücksichtigt, zeigt der seltene Kontakt der älteren Menschen mit Sozialarbeitern, dass

die niederschlesischen Senioren generell keine größeren Lebensschwierigkeiten haben und selbständig sind. Diese Feststellung ergibt sich aus der Tatsache, dass das Einschreiten der Sozialpflegeeinrichtungen meistens in Situationen eintritt, wenn das Individuum nicht imstande ist, seine Lebensprobleme selbständig zu lösen. Es ist aber auch ein Zeichen dafür, dass die lokale Gemeinschaft keine Situationen veranlasst, in denen solche Kontakte vonnöten wären. Die Rolle des Sozialarbeiters sollte nicht nur in der Intervention in einer Krisensituation bestehen. Er sollte auch integrative Maßnahmen in Angriff nehmen und durchführen, damit die älteren Personen im größeren Umfang am Leben der lokalen Gemeinschaft teilnehmen können. Ein Sozialarbeiter ist sich jedoch nicht immer darüber bewusst, dass er die lokale Gemeinschaft zu animieren hat, da ihm die Vorbereitung zur Durchführung derartiger Maßnahmen fehlt.

Die nicht allzu besonders differenzierten sozialen Kontakte bestätigen die bereits früher signalisierte passive, familienkonzentrierte Lebensweise. Es ist jedoch so, dass das nähere und weitere soziale Umfeld einen wichtigen Teil des Lebensraumes älterer Menschen darstellt, deren Entfremdung und Isolierung vorbeugt (ist es tatsächliche oder scheinbare Einsamkeit?).

Es gibt auch immer neue Bereiche der sozialen Ausgrenzung, was sich aus der zivilisatorischen Entwicklung ergibt. Dazu zählt die Informatik, die älteren Personen angesichts des sich vertiefenden „Informatikanalphabetismus“ kaum zugänglich ist. In diesem Fall können bei der Überwindung der Barrieren und Stereotypen, dass ältere Menschen nichts neues lernen können und dass ihnen die neuen Technologien a priori unzugänglich sein müssen, die nächsten Familienmitglieder behilflich sein. Ein gutes Beispiel ist die Nutzung des Computers, des Internets und der Internetkommunikation durch ältere Menschen, deren Kinder im Ausland arbeiten. Die räumliche Entfernung und die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Kontakts „erzwang“ bei den Senioren gewissermaßen das Bedürfnis, neue Kommunikationsmethoden kennenzulernen, wobei ihre ersten und einzigen Lehrer dabei die jüngeren Familienmitglieder sind.

Zu unterstreichen ist, dass die Senioren ein großes Bedürfnis haben, die Computerbedienung zu erlernen, sich des Internets, des Mobiltelefons, der Multimediageräte und der Bankautomaten zu bedienen, weil sie auch an den technischen Neuheiten teilhaben wollen.

Die Übertragung der kulturellen Werte ist in diesem Fall nicht einseitig. Die Senioren können an die jüngeren Generationen ihre Lebenserfahrung, Familien- und nationale Traditionen, Wissen und Fertigkeiten weitergeben. Das Schlagen von „Generationsbrücken“

nicht nur im Rahmen der eigenen Familie, scheint eines der wichtigsten Elemente der Integration der älteren Menschen in die lokale Gemeinschaft zu sein. Es lohnt sich, Initiativen zu ergreifen, im Rahmen welcher sich ältere Menschen mit Jugendlichen treffen. Beide Seiten haben dann die Möglichkeit, einander kennenzulernen und bekommen die Chance, die Stereotypen zu überwinden und auf gegenseitiger Achtung basierende Haltungen aufzubauen. Das würde zur Vermeidung bzw. Linderung der Folgen des Generationenkonflikts führen, der sich in Zeiten schneller kultureller Wandlungen verstärkt, wenn die jüngere Generation neue kulturelle Muster internalisiert, die vollkommen anders als die der älteren Generation sind [Sztompka 2003].

Formen der Freizeitverbringung

Die Freizeit ist für einen älteren Menschen sehr wichtig und er sollte sie für sich selbst, für Familie und für andere Menschen verwenden (soziale und gesellschaftliche Kontakte). Der Wert der Freizeit wird an den Aktivitätsformen gemessen, mit welchen sie gefüllt wird. Die einschlägige Literatur verleiht der Freizeit eine Reihe von Funktionen, u.a. (in erster Reihe) die Entwicklungs-, die Erholungs- und die Unterhaltungsfunktion. Die Freizeit der älteren Menschen sollte nicht „leer“ sondern „erlebt“ werden.

Am häufigsten verbringen die Senioren ihre Freizeit mit Fernsehen. Eine solche Antwort gaben 82,27% der Befragten. Fast 60% (58,6) der Befragten widmet ihre Freizeit Spaziergängen und Erholung an der frischen Luft. Fast genauso viele Personen lesen Bücher und Presse (57,8%) und treffen sich mit der Familie und mit Bekannten (55,41%). Eine Aktivitätsform der älteren Menschen ist auch die Gartenarbeit (46,37%). Fast 40% der Befragten nutzt ihre Freizeit für Erholung (36,97%). Ein Teil der Befragten widmet ihre Freizeit der Familie, betreut die Enkelkinder (24,29%), hilft den Kindern im Haushalt (20,04%) und betreut kranke Familienmitglieder (7,98%). Jeder sechste Senior trifft sich in seiner Freizeit mit Freunden, jeder zehnte sagt, dass er sich langweilt, jeder zehnte treibt Sport, sieht sich Filme auf dem Video- oder DVD-Rekorder an. Nur 3,46% Senioren antworteten, dass sie aktiv an sozialen Aktivitäten teilnehmen. Sonstige Formen der Freizeitverbringung erfreuten sich keiner Anerkennung der Senioren. Nur knapp 3% gehen ins Kino, Theater, in die Philharmonie oder verbringen ihre Zeit in Cafes, Restaurants oder gehen ihren Interessen oder Hobbys nach. Die Männer geben häufiger an, dass sie fernsehen oder die Zeit draußen verbringen, sie langweilen sich öfter oder treiben Sport. Häufiger als Frauen verbringen sie ihre Freizeit in Restaurants, Cafes oder gehen ihren Interessen oder

Hobbys nach. Sie sind auch häufiger gesellschaftlich aktiv. Die Frauen widmen ihre Freizeit hingegen häufiger ihren Familien, betreuen die Enkel, helfen ihren Kindern im Haushalt und machen Handarbeiten. Die Stadtbewohner widmen ihre Freizeit häufiger der Lektüre von Büchern und Presse, sehen sich Filme an und treffen sich mit Familie, Bekannten und Freunden. In ihrer Freizeit pflegen sie auch kranke Familienmitglieder und nehmen aktiv am Leben der lokalen Gemeinschaft teil. Die Dorfbewohner geben hingegen an, dass sie im Garten arbeiten, entspannen (schlafen) und ihren Kindern im Haushalt helfen. Das Leben auf dem Lande bietet mit Sicherheit viel weniger Möglichkeiten aktiven Zeitvertreibs als in der Stadt. Die Senioren aus ländlichen Gebieten klagen öfter über Langeweile.

Ansichten der Senioren über berufliche Aktivität

Das Leben einer älteren Person konzentriert sich meistens um die Familie und um die Ausübung der dort anfallenden Pflichten. Andere soziale Rollen rücken in dieser Zeit in den Hintergrund. In Polen wird die Pensionierung nicht als unangenehmer Zwang, sondern eher als ein Privileg betrachtet [vgl. Halik 2002]. Die Pension sieht man als einen Preis und Genugtuung für die schwere Arbeit und als Garantie für finanzielle Stabilisierung, obwohl die Höhe der Geldleistung es nicht immer gewährleistet, dass man den Komfort hat, keine finanziellen Schwierigkeiten zu haben.

Das Älterwerden der Bevölkerung ist mit neuen Herausforderungen für die europäischen Länder verbunden. Geschätzt wird, dass im Jahr 2050 die Hälfte der Bevölkerung Europas das Pensionsalter erreicht hat, was dazu führen wird, dass auf dem Arbeitsmarkt 160 Mio. Arbeitnehmer fehlen werden. Diese Situation ist ein Ansatz für die Aufnahme einer Diskussion über die Funktionsweise des künftigen Arbeitsmarktes und über die Probleme, die die wachsende Anzahl von Menschen im postproduktiven Alter für die sozialen Systeme nach sich zieht. Fragen, wie die sinkende Zahl der berufstätigen Personen, niedrige Geburtenrate, steigende Auflagen für Geldleistungen für die wachsende Zahl der beruflich passiven Personen, steigende Auflagen für gesundheitliche Leistungen, zunehmende Marginalisierung älterer Menschen werden nach und nach zu den wichtigsten Problemen in Diskussionen über die Zukunft Europas, als Faktoren, die die Stabilität der sozialökonomischen Systeme der europäischen Länder bedrohen. Um den ungünstigen Einfluss dieser Faktoren zu nivellieren, hat die EU die Lissabonner Strategie entwickelt. Sie sieht z.B. die Erhöhung der Beschäftigungsrate auf 70% im Jahre 2010 vor und in der Kategorie der Beschäftigten zwischen 55 und 64 Jahren auf 50%. Der Erhöhung der Beschäftigung sollen diverse, aus den EU-Mitteln finanzierte Aktivierungsprogramme dienen,

die an beruflich passive Personen gerichtet sind, wie Schulungen, Workshops und andere Qualifizierungsmaßnahmen auch für werktätige Personen, um sie so lange wie möglich zum Verbleib auf dem Arbeitsmarkt zu motivieren. Polen nimmt als Mitgliedstaat der EU ebenfalls an der Verwirklichung der Lissabonner Strategie teil, wobei die Skala der diesbezüglich vor unserem Land stehender Herausforderungen enorm ist. Die Beschäftigungsrate schwankt in Polen um 53%, während sie in der Europäischen Union durchschnittlich um 64% oszilliert. Gleichzeitig beträgt die Beschäftigungsrate von Personen zwischen dem 55. und 64. Lebensjahr etwa 28% und ist somit über die Hälfte geringer, als jene, die die Lissabonner Strategie vorgibt. Die in den Diskussionen vorgeschlagenen Erhöhungen des Pensionsalters, der Gleichstellung des Pensionsalters der Frauen und Männer sowie andere Vorschläge zur Erhaltung der Werkstätigen auf dem Arbeitsmarkt, finden bei der polnischen Bevölkerung keine allzu große Akzeptanz.

Die Ansichten der niederschlesischen Senioren zu Fragen der Beschäftigung im Pensionsalter sind geteilt. Zwar war über die Hälfte der Befragten – 53,1% - der Ansicht, dass ältere Menschen nach dem Erreichen des Pensionsalters eher nicht arbeiten sollten, aber immerhin waren 46,9% Senioren diesbezüglich anderer Meinung.

Die Erforschung der Ansichten über das Pensionsalter zeigt, dass ältere Menschen keine Anhänger der Verlängerung der gesetzlichen Zeit der beruflichen Aktivität sind. Die meisten Senioren waren der Meinung, dass man früher pensioniert werden sollte – 49,6% und zwar so wie jetzt, Frauen mit 60 und Männer mit 65 Jahren – 48,8%. Nur 1,6% der Befragten war der Meinung, dass das Pensionsalter höher gelegt werden sollte. Die Frauen waren häufiger als Männer der Meinung, dass das Pensionsalter niedriger liegen sollte, die Männer behaupteten hingegen öfter, dass das gegenwärtig geltende Pensionsalter angemessen ist. Die Konzeption, dass das Pensionsalter niedriger liegen sollte, fand Zuspruch bei Stadtbewohnern, die auf dem Lande wohnenden Menschen vertraten häufiger die Meinung, dass das gegenwärtig geltende Pensionsalter optimal ist.

Vor dieser generell vertretenen Ansicht über die Verkürzung der Berufstätigkeit bzw. deren zeitmäßige Aufrechterhaltung weicht die Meinung der Personen mit Hochschulausbildung ab. 12,24% Senioren mit Hochschulausbildung waren der Meinung, dass das Pensionsalter höher gelegt werden sollte (wobei diesbezügliche Meinungen von Personen aus anderen Kategorien der Ausbildung um 1% oszillierten). Die entschiedene Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass das Pensionsalter bei Frauen bei 50 Jahren liegen sollte (70,2%). Fast 20% der Befragten sähe das generelle Pensionsalter lieber auf das 50. Lebensjahr verlegt (19,2%). Das gegenwärtige Pensionsalter (60 Jahre) hatte nur 5,4%

Anhänger. Nur 2,5% der Senioren waren der Meinung, dass Frauen erst mit 65. pensioniert werden sollten. Die Frauen waren häufiger der Meinung, dass das Pensionsalter der Frauen beim 55. oder 50. Lebensjahr liegen sollte. Die Männer äußerten sich zwar ähnlich, sie waren jedoch eher dazu geneigt, das Pensionsalter so wie es jetzt ist, aufrechtzuerhalten. Die Ansicht, dass die Frauen mit 55 Jahren pensioniert werden sollten, überwog bei Dorfbewohnern. Lediglich Personen mit Hochschulausbildung optierten dafür, dass das Pensionsalter der Frauen auf 65 Jahre erhöht wird.

Auch in Bezug auf das Pensionsalter der Männer, waren die meisten Befragten der Ansicht dass, man das jetzige Pensionsalter 5 Jahre niedriger, auf das 60. Lebensjahr setzen sollte. Gleichzeitig postulierten für die Herabsetzung des Pensionsalters für Männer um 10, also auf 55 Jahre beinahe 20% (18,9%) der Senioren, wobei es meistens Frauen waren, die dafür plädierten. Die Männer waren hingegen dafür, dass ihr Pensionsalter um 5 Jahre herabgesetzt wird. Die Konzeption der Anhebung des Pensionsalters auf 70 erfreute sich keinen großen Zuspruchs, nur Personen mit Hochschulausbildung wählten diese Option häufiger (12,5%). Auch diese Personen zeigten häufiger als andere das 65. Lebensjahr als Grenzalter für die Pensionierung an.

Die diesbezüglichen Meinungen der niederschlesischen Senioren sind ähnlich wie in ganz Polen. Die meisten während anderer Umfragen interviewten Personen sind der Ansicht, dass das Pensionsalter niedriger liegen sollte, fast die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass Männer im Alter von 60 Jahren pensioniert werden sollten und 67% der Befragten möchten, dass Frauen ihre berufliche Laufbahn im Alter von 55 Jahren oder früher beenden. Gleichzeitig sind die meisten - 80% - der Befragten der Ansicht, dass das Pensionsalter von Frauen und Männer nicht angeglichen werden sollte [Zentrum für Meinungsforschung / CBOS 2005].

Um diese im gesellschaftlichen Bewusstsein so stark verankerten Überzeugungen zu ändern (eine 2003 durchgeführte Umfrage ergab fast die gleichen Ergebnisse), müssen eine Reihe von Instrumenten herangezogen werden, die die älteren Menschen zum längstmöglichen Verbleib auf dem Arbeitsmarkt motivieren. Vor allem sollte das Mitarbeiterpotential gefestigt werden, durch kontinuierliche, die Verbesserung der Qualifikationen und Erwerb neuer Fähigkeiten ermöglichende Fortbildung. Darüber hinaus sollten die Mitarbeiter psychische Unterstützung bekommen, die der beruflichen Auspowerung entgegenwirkt. Ein wichtiges Instrument, welches zur Aktivierung der älteren Menschen auf dem Arbeitsmarkt beitragen kann ist die Popularisierung der Einführung des Altersmanagements in Firmen und Institutionen (u.a. Anpassung des Aufgabenbereichs an die

Bedürfnisse der älteren Menschen, Bereitstellung von Schulungspaketen, die den Möglichkeiten des älteren Menschen angepasst sind, entsprechende Nutzung der Erfahrung und der Kompetenzen des Mitarbeiters – mit einem Wort – eine Änderung der Definition des Begriffes des älteren Mitarbeiters). Ein wichtiger Festigungsfaktor der Aktivierung von älteren Menschen auf dem Arbeitsmarkt wäre auch die Schaffung und Popularisierung flexiblerer Beschäftigungsformen (Teilzeitbeschäftigung, Telearbeit, Wochenendarbeit, Arbeit von Zuhause aus). Wie z.B. die finnischen Erfahrungen zeigen, kann man bei der Involvierung öffentlicher Einrichtungen, Arbeitgeber und sozialer Partner ein System bilden, welches Bestandteile des Arbeitsmarkts, der Ausbildung und der Gesundheitsprophylaxe verbindet, was zur bedeutenden Steigerung der beruflichen Aktivität älterer Personen führt, was wiederum das Risiko der wirtschaftlich-sozialen Destabilisierung verringert.

Schlussfolgerungen

Um die Besserung der sozialkulturellen Kondition der niederschlesischen Senioren zu erreichen, müsste man sich auf Folgendes konzentrieren:

1. Aktivierung des Umfelds nach Unionsnormen, mit zahlreichen Angeboten, die der Aufrechterhaltung und der Stimulierung der Aktivität dienen (verschiedener Art Klubs, Vereine, Hilfguppen, Aktivitätszentren u.ä.), inklusive Volontariat. Zu ermöglichen ist die Reaktivierung der Menschen in der Zeit des „Lebensabends“, der eine Zeit werden kann, in der neue Aufgaben beschafft und verwirklicht werden, in der man sich neue Ziele stellt und neue Interessenbereiche entdeckt. Es ist die Zeit der Suche nach einem entsprechenden und zufriedenstellenden Ersatz für die eingebübten Lebensrollen.
2. Freizeit, die sehr häufig „leer“ ist – verschlungen durch das Fernsehen – muss zu einer „erlebten“ Zeit werden. Dafür sind Freizeiteinrichtungen, Beratungs- und Informationstätigkeiten notwendig.
3. Zugriff auf Informationen und diverse rechtliche Dienstleistungen, dank welchen der Schutz der Autonomie der älteren Personen, Rechtsbereuung, Recht auf soziale Unterstützung, insbesondere da sie immer häufiger Opfer des Missbrauchs des raubgierigen Dienstleistungsmarktes sind, möglich wird.
4. Aufbau neuen Bewusstseins – Bildung bis ins hohe Alter, d.h. Arbeit am Bewusstsein, inklusive Vorbereitung zum Übergang ins Pensionsalter. Erforderlich ist die Änderung des Pensionsgesetzes. Postuliert wird die Verlängerung der beruflichen Aktivität, gemäß den Normen der EU (Arbeitsunfähige werden verrentet). Fast die Hälfte der Befragten möchte ja arbeiten. Die Aufrechterhaltung der Fähigkeit zum unabhängigen Leben bedeutet die

Verlängerung der Aktivität im biologischen, psychischen und sozialen Bereich. Bei der Einführung von Veränderungen müssen ebenfalls neue Technologien berücksichtigt werden, um der sich vertiefenden Erscheinung des „Informatikanalphabetismus“ entgegenzuwirken (daher sind die in den Kleinstädten Niederschlesiens weiterhin entstehenden Universitäten des Dritten Alters von so hoher Bedeutung).

5. Gerontologische Beratung als Unterstützung für kreatives Leben und als Hilfestellung bei der Lösung der Alltagsprobleme. Einführung gegenseitiger Hilfsmaßnahmen nach dem Motto „eine ältere Person hilft einer anderen älteren Person“ - als soziale Selbsthilfe im Wohnort.
6. In den prophylaktischen Programmen sollten psychosoziale und medizinische Inhalte nachdrücklicher berücksichtigt werden. Für ältere Menschen sollten in ihrem Wohnort Bedingungen geschaffen werden, die ihnen ein unabhängiges Leben, eine Lebensweise auf entsprechendem Niveau ermöglichen. Desweiteren sollte ihnen Hilfe bei der Lösung von Krisensituationen gewährleistet werden, die für diesen Lebensabschnitt so charakteristisch sind (z.B. Ableben des Ehepartners, falsche ärztliche Befunde, Invalidität).
7. Reorganisierung der Sozialhilfe am Wohnort. Besonders berücksichtigt werden sollte die Zusammenarbeit der Hausärzte mit Sozialhelfearbeitern. Informationen über die zustehenden Rechte und über die Sozialhilfe müssen aus beiden Quellen fließen..

V. Gesundheitlicher Aspekt

Die alternde Bevölkerung ist eine Herausforderung für die staatliche Gesundheitspolitik und verlangt entsprechende Maßnahmen. Beunruhigend sind bestimmte Haltungen, vor allem Einstellungen jüngerer Generationskategorien gegenüber den Senioren, die sich nach den politischen Umwälzungen von 1989 verstärkt haben. Bestätigt haben dieses Problem die Mitglieder der Gruppe für Geriatriische Probleme am Ministerium für Gesundheitswesen, beim Treffen mit der Ministerin für Gesundheit, Ewa Kopacz. Die Vitalität und Flexibilität junger Menschen, die noch gesund sind und arbeiten, kontrastiert mit der seltenen Anwesenheit und Aktivität alter Menschen in unserer Gesellschaft. Die Senioren werden häufig automatisch in die Kategorie der beruflich Inaktiven verdrängt, was ihre Hilflosigkeit vergrößert und im Endeffekt zur Abhängigkeit von der jüngeren Population führt. Diese Kategorien unterscheiden sich wesentlich hinsichtlich der Möglichkeiten der Erarbeitung von Verbrauchsgütern. In den in so einem Tempo wie die Polen alternden Gesellschaften kann das Überlassen der Entscheidungen hinsichtlich der Senioren in den Händen junger Menschen zu einer Diskriminierung führen, die ausschließlich aus dem Altersunterschied resultiert.

Die Diskriminierung wegen des Alters, Folge der stereotypen, negativen Betrachtungsweise alter Menschen als Personen mit unflexiblem Denkvermögen und Anschauungen, herabgesetzter Aufnahmefähigkeit und mit vielen anderen altersbedingten Verhaltensweisen wurde im Jahre 1969 von Butler als „Ageismus“ (Altersfeindlichkeit) bezeichnet [Derejczyk, 2000]. Das zarte Band, das „uns Junge“ mit „den Alten“ verbindet entschwindet. Instinktive Angst und Furcht vor dem Alter führt bei jungen Menschen dazu, dass ihnen die Unterschiede zwischen ihnen und „den Alten“ bewusst werden. Eine extreme Haltung ist hierbei die Negierung der Notwendigkeit der Hilfe für ältere Menschen und der mit deren Pflege/Betreuung verknüpften Pflichten sowie die Kritik der ökonomischen Privilegien, die ältere Menschen verlangen.

In den westlichen zivilisierten Gesellschaften erzwingt diese Situation wegen der steigenden Zahl älterer Menschen eine Reihe von Lösungen, die der Einschränkung dieser Diskriminierung dienen. Wenn wir die sich im Alter kumulierenden gesundheitlichen Schwierigkeiten und Krankheiten als etwas Vorhersehbares betrachten, sollten die Maßnahmen des Staates, der Betreuer und der Familie, die zur Besserung des Lebens des Senioren beitragen, als eine Schuld angesehen werden, die die Gesellschaft ihren alternden Mitgliedern abzahlt. Wenn man diesen Aspekt des Alterns berücksichtigt, bekommen alle

Mitglieder der Gesellschaft eine Chance auf würdiges Altern. Dies verringert auch das Risiko der Altersdiskriminierung (Ageismus).

Wir müssen uns selbstverständlich darüber im Klaren sein, dass die Änderung der Haltung der Gesellschaft gegenüber dem Problem der Alterung keine leichte Aufgabe ist. Die Lockerung der Bande in Mehrgenerationsfamilien, wachsende Armut der Arbeitslosen, die immer mehr konsumptive Einstellung der Polen und mangelnde finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen und für Sozialhilfe werden unumgänglich dazu führen, dass die Rechte der alten Menschen verletzt werden.

Die Diskriminierung älterer Menschen ist besonders im Gesundheitswesen zu beobachten. Beschränkt ist der Zugriff zu Diagnostik, vernachlässigt werden die Behandlung und die Rehabilitationsmaßnahmen, die Bedingungen in den Krankenhäusern für ältere Menschen sind schlechter ("Sterbezimmer"). Bei der Behandlung wird die negative Nebenwirkung der Medikamente nicht berücksichtigt, die Behandlung selbst nachlässig durchgeführt, es wird auch kein Einverständnis des Kranken für die Behandlungsweise eingeholt. All das führt zur Infantilisierung, Entpersönlichung und vollkommener sozialen Degradierung des kranken alten Menschen. Ein Senior, der an mehreren Krankheiten leidet und häufig arm ist, hat bei der mangelnden Regelung der Finanzierung des Gesundheitswesens in Polen große Schwierigkeiten damit, einen Platz zu finden, wo er entsprechend behandelt werden würde und angemessene medizinische Hilfe bekäme. Und häufig passiert es, dass die Hilfe zu spät kommt.

Daher ist eine holistische, komplexe, verständnisvolle Herangehensweise an die Probleme des älteren Menschen nötig, die förderliche Hilfe gewährleisten würde. Bereits den Kindergarten- und später den Schulkindern muss man Achtung für ältere Menschen beibringen. Wenn das Kind früh begreift, welchen unabwendbaren Mechanismen das Leben – auch das seine – unterordnet ist, und wie diese durch selbstbewusste Verhaltensweisen modifiziert werden können, wird es seine Angst vor dem eigenen Alter und vor dem Alter der Menschen neben ihm lindern.

Die Krankheiten, denen Personen nach der Vollendung des 70. Lebensjahres erliegen, weisen ein anderes Krankheitsbild und eine andere Epidemiologie auf und bedürfen, um sie erfolgreich behandeln und heilen zu können, ein umfangreiches interdisziplinäres medizinisches Wissen. Ältere kranke Menschen sind die größte ökonomische Belastung für das Gesundheitswesen. Sie neigen zur Einnahme von Medikamenten in Überdosen, zur falschen Selbstbehandlung, häufiger Inanspruchnahme ärztlicher Beratung und häufiger Hospitalisierung. Sie haben oft mehrere Krankheiten

zugleich und sind gebrechlicher. In den ältesten Alterskategorien (über dem 85. Lebensjahr) und zuweilen auch früher, kommen mehrere Krankheiten vor, die einer ständigen Pflege und Betreuung des Kranken bedürfen. Es sind: Altersdemenz, Depression, Zuckerkrankheit, Infektionen, Kurzsichtigkeit, Parkinsonsche Krankheit, Schwerhörigkeit und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Notwendigkeit der ständigen häuslichen Pflege kranker Menschen verursacht höhere Kosten der monatlichen Betreuung, unabhängig von den Kosten der Medikamente.

Die Prinzipien angemessener gesundheitlicher Betreuung der Senioren sind in den Normen der Geriatrie enthalten, die von den hervorragenden polnischen Geriatern erarbeitet wurden: Landesberater Prof. Dr. habil. Tomasz Grodzicki; stellvertretender Leiter der Polnischen Gerontologiegesellschaft Prof. Dr. habil. der Medizinwissenschaften Barbara Bień; Woiwodschaftsberater für Geriatrie für die Woiwodschaft Schlesien Dr. der Medizinwissenschaften Jarosław Derejczyk; Oberarzt am Krankenhaus „Dziekanka“ in Gniezno, Dr. der Medizinwissenschaften Andrzej Józwiak; Vorsitzender des Polnischen Geriatriefachärztekollegiums Prof. Dr. habil. der Medizinwissenschaften Katarzyna Wieczorowska-Tobis; Mitarbeiterin des Lehrstuhls und der Klinik für Innere Krankheiten und Geriatrie Collegium Medicum der Jagiellonen-Universität in Krakau Dr. der Medizinwissenschaften Alicja Klich und Vorsitzender der Großpolnischen Vereinigung der Volontäre für Palliative Hilfe, Dr. der Medizinwissenschaften Anna Jakrzewska – Sawińska.

Sowohl demografische, als auch soziale und biologische Argumente (unterschiedliche Pathologien des Alters) stellen an alle medizinische Praxen und insbesondere an Hausärzte besondere Anforderungen, deren Erfüllung von der Einhaltung der wichtigsten Prinzipien der geriatrischen Pflege abhängig ist. Es sind:

ALLGEGENWÄRTIGE BETREUUNG – das heißt, dass allen alten Menschen Leistungen des Gesundheitswesens zugänglich sind und zwar in gleicher Weise, wie für die jüngeren Alterskategorien.

ZUGRIFF AUF BETREUUNG (körperliche und finanzielle), also die Nähe der Einrichtungen des Gesundheitswesens am Wohnort und unentgeltliche Diagnostik, ärztliche Behandlung und Rehabilitation inklusive spezialistischer Eingriffe.

DAUERENDE BETREUUNG, d.h. kontinuierliche Betreuung angesichts der Länge des Alterungsprozesses und des langwierigen Charakters der Begleitkrankheiten.

QUALITÄT DER BETREUUNG, also Anwendung fachlichen gerontologischen Wissens, unabhängig von der Einrichtung des Gesundheitswesens. Die erfordert die Erweiterung der

beruflichen Ausbildung der Ärzte und Krankenschwestern im Bereich der Geriatrie, sowohl während des Studiums als auch danach.

KOMPLEXE BETREUUNG, also KOMPLEXE LÖSUNG SOZIOMEDIZINISCHER PROBLEME DER ALTEN MENSCHEN [Comprehensive Geriatric Approach]. Es bedeutet die gemeinsame Lösung der Probleme des alten Menschen durch Fachleute aus vielen Bereichen (Hausarzt, Fachärzte, Pflegeschwester, Sozialarbeiter, Therapeuten usw.) Die gemeinsame Behandlung ist auf die Bewertung und Besserung des Gesundheitszustands des älteren Menschen ausgerichtet (Funktionierung im Alltag ADL, Bewegungsfähigkeit, Gefühlsleben, Erkenntnis), was ihm Selbständigkeit und bessere Lebensqualität ermöglicht. Ein weiteres wichtiges Prinzip ist die Würdigung des Rechtes auf Selbstbestimmung des Patienten und die Gewährleistung der Inanspruchnahme der Dienste der Sozialhilfeeinrichtungen.

Nur ein Hausarzt, der auf der untersten Ebene des Gesundheitswesens praktiziert, hat die Chance, allen Anforderungen allen Prinzipien der geriatrischen Betreuung gerecht zu werden. Er betreut ja alle Personen, die ihm vertrauen, er ist täglich erreichbar (zumindest sollte er es sein), da er in der lokalen Gemeinschaft praktiziert und da er die Betreuung permanent ausübt. Er muss demnach wenigstens über ein Minimum an Kompetenzen im Bereich der Geriatrie und über Wissen hinsichtlich der gerontologischen Bewertung verfügen. Unabhängig von seiner Motivation, von seinem Willen oder Fähigkeiten, wird ein Hausarzt de facto zum „Geriatiker erster Linie“. Der Lehrstuhl und das Institut für Familienmedizin an der Medizinischen Akademie in Wrocław organisiert Kurse, Schulungen, Symposien und geriatrische Sitzungen während der Treffen der Familienmediziner und der Akademie für Geriatrie.

Das Vorhandensein mehrerer Krankheiten zugleich, krankhafte Veränderungen mehrerer Organe und die Folgen der erlebten Traumen und Operationen, erschwert die Diagnostik, insbesondere bei geistig behinderten und gebrechlichen Personen. Ein weiterer Faktor, der die frühe Diagnose und Behandlung erschwert ist der verborgene und untypische Verlauf der Krankheiten. Es ist die Folge der Schwächung der Abwehrmechanismen des alternden Immunsystems, der Verlangsamung oder Verringerung einer entzündlichen Reaktion auf Pathogene (z.B. fehlende Temperaturerhöhung). Es führt zu verspätetem Erscheinen der Symptome und zum untypischen klinischen Verlauf der Krankheit.

Aus gleichen Gründen muss man mit der Verlangsamung und Einschränkung des Gesundungsprozesses und mit Komplikationen rechnen. Berücksichtigt werden muss auch

die ungewünschte Wirkung der verabreichten Medikamente bei der Behandlung mehrerer Krankheitssymptome zugleich.

Weitere Pathologien im fortgeschrittenen Alter sind Störungen der Körperernährung – insbesondere betrifft es den Vitaminhaushalt und die Sättigung des Organismus mit Makro- und Mikroelementen. Begünstigend hierfür sind Fehler in der Ernährungsweise der älteren Personen, Störungen der Resorption oder Interaktionen mit Medikamenten. Der Mangel an Vitaminen und Makro- und Mikroelementen kann Krankheitsbilder vortäuschen oder aber auch den generellen Alterssymptomen zugeordnet werden.

Iatrogene Schäden, also unbeabsichtigte Folgen pharmakologischer Behandlung sind für ältere Personen besonders gefährlich, schon aus dem oben genannten Grunde, dass Senioren dazu neigen, größere Mengen an Medikamenten einzunehmen.

Auch die Lebensbedingungen sind für viele Pathologien bei älteren Menschen verantwortlich. Die Vernachlässigung der Befragung nach Lebensbedingungen, nach Ernährungsweise, nach finanzieller Lage und nach Betreuungsmöglichkeiten kann die beste pharmakologische Behandlung gefährden oder gar zugrunde richten. Die Befragung nach den Lebensverhältnissen und die Bewertung des Selbständigkeitsgrades im Bereich der alltäglich auszuübenden Tätigkeiten (Vorbereitung der Speisen, Einkaufen, Möglichkeiten des Erwerbs von Medikamenten und Kontrolle deren entsprechender Einnahme, Nutzung der Behelfseinrichtungen zu Hause usw.) ist die grundlegende Bedingung für eine korrekt durchgeführte Therapie.

Zu besonders schwierigen Situationen bei der Therapie und Betreuung im Wohnort der älteren Menschen zählen sog. große geriatrische Probleme (The Geriatric Giants). Es sind für das späte Alter typische polyätiologische Alterssyndrome: Instabilität, Immobilität, Gleichgewichtsstörungen, Stürze, Depressionen, altersbedingter intellektueller Abbau, Inkontinenz, Isolation und iatrogene Schäden. Sie beanspruchen sowohl die ganze Aufmerksamkeit des Hausarztes als auch der Betreuer am Wohnort und erfordern in vielen Fällen die Betreuung des Kranken durch einen zusätzlichen Betreuer. Die Diagnostizierung der Ursachen, die für ihr Vorhandensein verantwortlich sind, ist bei der Grundbehandlung schwierig, da viele zusätzliche Untersuchungen und fachärztliche Beratungen notwendig sind, die nur in speziellen Einrichtungen durchgeführt werden können.

Gegenwärtig laufen Arbeiten an der Änderung der Herangehensweise an die Betreuung älterer Menschen und an der Herausbildung eines Systems, das optimal

funktionieren würde. Geplant ist u.a. die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung. Die finanziellen Mittel aus dieser Versicherung würden für die Pflege von unselbständigen und altersgebrechlichen Personen verwendet werden. Die Pflegeversicherung würde sowohl natürliche Leistungen als auch Pflegegeld für die Organisation der Betreuung im eigenen Bereich umfassen. Die Suche nach systemischen Lösungen ist notwendig, da seit etwa 20 Jahren eine Verkürzung der Zeit der beruflichen Aktivität zu beobachten ist, was einerseits mit späterer Arbeitsaufnahme (um das 20. Lebensjahr), mit Arbeitsunterbrechungen (Mutterschaftsurlaub, Erziehungsurlaub, Arbeitslosigkeit), mit früherer Pensionierung und mit Invalidenrenten verbunden ist. Andererseits, verursacht die durchschnittlich höhere Lebenserwartung die Verkürzung der Zeit der Einzahlung der Versicherungsbeiträge und die Verlängerung der Zeit der Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen und im Zusammenhang damit die Verringerung der zusammengetragenen Geldbeträge [Błędowski 2006]. Zu bedenken ist, dass die drei letzten Lebensjahre des Menschen 2/3 aller lebenslänglichen Gesundheitskosten verschlingen [Derejczyk].

Bei der Suche nach neuen Lösungen, die rationale finanzielle Aufwendungen mit angemessener Qualität der medizinischen Betreuung verknüpfen und bei den gegenwärtigen demografischen Angaben über die Alterung der Bevölkerung ist die Weiterentwicklung der Geriatrie von großer Relevanz, auch aus bloßen wirtschaftlichen Gründen. In der Arbeit "Prospektive vergleichende Analyse der Effektivität und der Behandlungskosten zwischen den internistischen und geriatrischen Krankenstationen" haben die Autoren bei der Analyse und beim Vergleich von nur 2000 Patienten wesentliche Unterschiede zugunsten angemessen organisierter geriatrischer Betreuung aufgezeigt [Derejczyk und Mitarb. 2008]. Als Basis dienten die Angaben der Schlesischen Abteilung des Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) für die Jahre 2004 – 2006.

Der gesundheitliche Aspekt gehörte zu den wichtigsten Problemen der durchgeführten Ausforschung und sollte bei der Beantwortung der Frage behilflich sein, wie die Menschen im fortgeschrittenen Alter die Funktionsweise des Gesundheitswesens (auch den Zugriff), ihre eigene Gesundheit, deren Bedrohung und die im Rahmen des Gesundheitswesens erhaltene Hilfe einschätzen.

Die Bewertung des Gesundheitszustands älterer Menschen ist kompliziert und bedarf der Untersuchung verschiedener Daten, die nicht nur die Krankheiten, sondern auch die jeweilige körperliche Verfassung betreffen. Die Autoren beschlossen, den Gesundheitszustand über indirekte Angaben einzuschätzen, d.h. durch solche, die sich aus

dem Bedarf nach gesundheitlichen Dienstleistungen und aus subjektiven Gefühlen der Befragten ergeben. Subjektives Empfinden des Komforts und Diskomforts werden unter dem Gesichtspunkt der Zugänglichkeit der medizinischen Dienstleistungen und der Art der Beschwerden des Befragten ausgewertet. Objektive Daten sind Ergebnisse der Fertigkeitstests, der Tests, die die Unabhängigkeit des Befragten hinterfragen, das Wissen des Befragten über die Erkrankung an definierten Krankheiten (ärztliche Befunde) und die Menge der eingenommenen Medikamente.

Zugriff auf Medizinische Grundversorgung. Häufigkeit der Inanspruchnahme der Hilfe der Ärzte der Medizinischen Grundversorgung.

Die Ergebnisse weisen auf sehr guten Zugang zur medizinischen Grundversorgung hin (93,4%), sowohl auf dem Land als auch in den Städten, unabhängig vom Alter und Geschlecht der Befragten. Nur die Analyse unter dem Aspekt der Ausbildung zeigt, dass Personen mit Hochschulausbildung relativ häufig aussagen, dass ihr Zugriff auf einen Arzt der medizinischen Grundversorgung schlechter ist. Das Ergebnis kann auf höhere Erwartungen und Anforderungen hinweisen, die diese Kategorie der Befragten an das Gesundheitswesen stellt.

Die Ergebnisse sind zufriedenstellend im Hinblick auf die früheren Forschungen von Bieniowa [1995] und Wąsiewicz [1995], die bei etwa 50% der älteren Menschen Unzufriedenheit gegenüber dem aktuellen Gesundheitswesen und die geplanten Änderungen im Gesundheitswesen ergaben. Die Unterschiede resultieren vielleicht aus der Zeit der Durchführung der zitierten Befragung (Neunzigerjahre).

Es ist ungewiss, ob das aktuelle Ergebnis von der besonders hohen Qualität der Dienstleistungen der Ärzte der medizinischen Grundversorgung in der Region Niederschlesien zeugt oder ob es eine gesamtpolnische Erscheinung ist [vgl. Halik 2002], die Bestätigung dieser Ansicht würde jedoch weiterer Untersuchungen bedürfen.

Über die Hälfte (54,1%) der Befragten besucht einen Arzt der medizinischen Grundversorgung einmal im Monat oder häufiger. $\frac{1}{4}$ der Befragten besucht einen Arzt der medizinischen Grundversorgung einmal in 3 Monaten, 12% ein- oder zweimal im Jahr und nur knapp 10% (9,1) der Befragten machen einen Arztbesuch seltener als einmal jährlich. Am häufigsten wird der Arzt der medizinischen Grundversorgung von Personen zwischen dem 70. und 74. Lebensjahr aufgesucht, am seltensten von den jüngsten Senioren im Alter zwischen 60 und 69 Jahren.

Man könnte überlegen, ob ein so hoher Prozentsatz der Personen, die einen Arzt der medizinischen Grundversorgung mindestens einmal monatlich besuchen, den tatsächlichen Bedarf der älteren Menschen auf medizinische Grundversorgungsleistungen widerspiegelt, oder ob die Arztbesuche andere, außerhalb der Medizin liegende Bedürfnisse der Patienten befriedigen. Eine eindeutige Beantwortung dieser Frage ist im Rahmen dieser Forschung nicht möglich. Es scheint jedoch, dass es eine wichtige Frage ist, die eingehender untersucht werden müsste, da das Kennenlernen tatsächlicher Gründe für das Aufsuchen der Ärzte der medizinischen Grundversorgung durch die Senioren dazu führen könnte, dass andere Einrichtungen die Befriedigung dieser außerhalb der Medizin liegenden Bedürfnisse übernehmen und so das Gesundheitswesen entlasten könnten.

Hauptgründer der Inanspruchnahme von Behandlungen durch Ärzte der medizinischen Grundversorgung .

Wichtigste Ursachen der Hausarztbesuche sind Beschwerden, die für das Alter am typischsten sind: Kreislauferkrankungen – 70,2%, Erkrankungen des Bewegungsapparates – 35,0%, Zuckerkrankheit – 14,2% und Verdauungsstörungen – 9,1%. Wenn man hingegen die Antworten hinsichtlich des Wissens der Befragten über ihre langwierigen Krankheiten analysiert, sieht die Verteilung der vier häufigsten Krankheiten anders: Kreislauferkrankungen machen 82,1%, Zuckerkrankheit 22,7%, Nierenkrankheiten 11,0% und Lungenkrankheiten – 10,8% aus.

Die polnischen Angaben [Kocemba, Życzkowska 2000] zeigen, dass vier führende gesundheitliche Probleme der Bevölkerung über 65 Jahre mit folgenden Erkrankungen verbunden sind: Kreislauf- und Gefäßerkrankungen– 75%, Erkrankungen des Bewegungsapparates – 68%, Lungenkrankheiten – 46% und Verdauungsstörungen – 34%. Die Unterschiede hierbei können mehrere Ursachen haben:

- Unterschiedliche Methoden der Durchführung der Befragungen,
- Unterschiede im Definieren der Krankheiten und Beschwerden durch die Befragten, z.B. können Knochenschmerzen oder Nutzung orthopädischer Geräte von ihnen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates in Verbindung gebracht werden,
- Jährlich fortschreitende Aufdeckungsquote der Krankheiten, z.B. bei Nierenkrankheiten.

Die Häufigkeit der Kreislauferkrankungen muss nicht kommentiert werden, da die Kreislauferkrankungen eine generell anerkannte und bekannte Erkrankung ist, die mit dem fortgeschrittenen Alter verbunden ist. Aber die Unterschiede zwischen den gesamtpolnischen, von Kocemba zitierten Angaben [Kocemba, Życzkowska 2000] und den Angaben, die sich

aus der niederschlesischen Forschung hinsichtlich der Häufigkeit der Arztbesuche und Häufigkeit der Zuckerkrankheit ergaben, können zwei Ursachen haben. Eine davon ist die Verbesserung der Aufdeckungsquote dieser Krankheit und bessere Vorsorgeuntersuchungen. Es ist nämlich bekannt, dass man die Glukoseintoleranz bei jeder zweiten Person im Alter zwischen dem 60. und 85. Lebensjahr diagnostiziert und dass sie dreimal soviel Arztbesuche im Vergleich zu Personen, bei denen keine Zuckerkrankheit diagnostiziert wurde generiert [Sinclair, Croxon 2003]. Eine weitere Ursache für die Vielzahl der Zuckerkranken unter den niederschlesischen Senioren kann das Mitvorhandensein von Arteriosklerose und/oder Beibtheit sein – dies war jedoch mit dem bei der Erforschung eingesetzten Werkzeug nicht feststellbar⁸. Weltweite Erforschungen ergeben, dass 9 – 30% der Weltbevölkerung an Zuckerkrankheit leidet, die oberen Werte beziehen sich jedoch auf andere Rassen, nicht auf die weiße [Klich – Rączka, Obiorek 2000, Koczorowski 2008]. Nach dem 80. Lebensjahr werden die Erkrankungen seltener und damit verringert sich die Zahl der diesbezüglichen Arztbesuche sowohl weltweit als auch laut Angaben in Niederschlesien, was aber auch damit verbunden ist, dass Zuckerkranken früher sterben [Sinclair, Croxon 2003].

Zugriff auf Fachärzte. Häufigkeit der Inanspruchnahme fachärztlicher Beratung.

Während der Kontakt mit dem Hausarzt für alle Wohnort- und Alterskategorien problemlos ist, sieht die Situation ganz anders im Falle von Fachärzten aus. Probleme mit Zugriff auf fachärztliche Behandlung haben 37,7% der befragten Personen. Vor allem werden Terminmangel und lange Wartezeiten genannt – dies sagen die meisten Befragten aus (80,1%). Viel weniger Personen beklagen sich über andere Schwierigkeiten – Probleme mit der Bewegung (28,1%), zu hohe Kosten der Arztbesuche (20,9%), kein Facharzt in der Nähe des Wohnortes (17,9%) und Zufahrtsschwierigkeiten (11,9%). Frauen gaben häufiger an, dass sie Bewegungsschwierigkeiten, Zufahrtsschwierigkeiten oder dass der Facharztbesuch zu teuer sei, was ihnen den Facharztbesuch erschwert. Die Stadtbewohner klagten häufiger über Terminmangel und lange Wartezeiten, die Landbewohner unterstrichen hingegen öfter, dass es keinen Facharzt in der Nähe ihres Wohnortes gibt und dass ihnen durch schlechte Verkehrsverbindungen von ihrem Ort aus die Möglichkeit eines Facharztbesuches erschwert wird. Die Dorfbewohner sind häufig gezwungen, größere Entfernungen zu bewältigen, da es

⁸ 2002 wurden in Niederschlesien Untersuchungen der Fettsucht durchgeführt, die ergaben, dass mit dem Alter das Übergewicht und Fettsucht steigt. Ein normgerechtes BMI wurde bei 34,3% der Befragten im Alter von 65 und mehr Jahren, Übergewicht bei 42,9%, und Fettsucht bei 21,7% festgestellt. [Zatońska, Waszkiewicz, Bolanowski 2006].

in ihrer Wohngegend keinen der benötigten Fachärzte gibt und die mangelnde Verkehrsinfrastruktur schränkt ihre Möglichkeiten in diesem Bereich zusätzlich ein. In der Stadt ist der Kontakt mit Fachärzten wie: Neurologen, Gastrologen, Onkologen, Endokrinologen und Rheumatologen viel besser.

Die Befragten besuchen viel seltener einen Facharzt als den Hausarzt. Einmal im Monat oder häufiger wird der Facharzt von jedem zehnten Befragten (11,9%), von 1/5 der Befragten einmal in drei Monaten (20,7%), von 28% ein- oder zweimal im Jahr und 39,3% der Befragten besuchen den Facharzt seltener als einmal jährlich.

Hauptursachen der Facharztbesuche sind Herzprobleme und Schwierigkeiten beim Bewegen. An weiteren Stellen werden Augen- und neurologische Probleme genannt, noch an weiteren Stellen - Nierenprobleme. Bestechend gering ist der Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen und das unabhängig vom Alter, Geschlecht, Ausbildung oder Wohnort. Dies stimmt mit der Berichterstattung über den Gesundheitszustand der polnischen Senioren überein, bei denen Zahnlücken üblich sind, die Mund- und Zahnpflege inkorrekt ist und die selten eine Zahnprothese besitzen [Koczorowski 2008]. Eigenartig ist auch die Tatsache, dass sehr wenige Befragte einen Onkologen besuchen. Aus den statistischen Angaben folgt, dass Krebserkrankungen nach Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache bei Personen nach dem 65. Lebensjahr sind [vgl. Angaben des Hauptamtes für Statistik (GUS) 2007]. Dieses Ergebnis kann für zu späte Diagnostizierung von Krebserkrankungen sprechen oder für die Vernachlässigung dieser Diagnostik bei älteren Personen, was damit verbunden ist, dass wenige Personen „die Chance haben“, onkologisch behandelt zu werden. Auch diesbezüglich sollte sich die Gesundheitspolitik ändern.

Erkrankungen der Atemwege

Lungenkrankheiten gaben 105 niederschlesischen Senioren an, was 9,2 % der Befragten ausmachte. Überwiegend war es Bronchienasthma und chronische Bronchienentzündungen (Bronchitis), wobei am Bronchienasthma überwiegend Frauen litten. Frauen erkrankten ebenfalls häufiger an Lungenkrebs. Es wurden keine besonderen Unterschiede zwischen der Land- und Stadtbevölkerung verzeichnet. Nur Lungenkrebs trat bei Stadtbewohnern häufiger als bei Landbewohnern auf. In der in Niederschlesien durchgeführten Befragung wurde die weltweite Behauptung bestätigt, dass Frauen häufiger an Lungenkrebs erkranken als Männer. Dies wird einerseits damit erklärt, dass es den Männern leichter fällt, das Rauchen aufzugeben, andererseits damit, dass das Problem des passiven Rauchens unterbewertet wird, dem Frauen viel häufiger ausgesetzt sind [Connolly, Gosney

2003]. Bei der steigenden Anzahl von Lungenkrebskrankungen ist es verwunderlich, dass sehr selten Röntgenaufnahmen der Lunge gemacht werden, die ja Grundlage bei der Lungenkrebsdiagnostik bilden. Im Jahr der Durchführung unserer Forschung hatten nur 6,8% der Befragten Röntgenaufnahmen der Lunge, innerhalb der letzten zwei Jahre – 31,5% Senioren, und in den letzten vier Jahren 17,1%.

Das Rauchen gaben 342 der Senioren zu (30,7% der Befragten), wobei es dreimal so viele Männer wie Frauen waren. Die Zahl der Raucher ist bei der Stadt- und Landbevölkerung vergleichbar, wird mit zunehmendem Alter niedriger und – was interessant ist – sie ist desto größer, je höher die Ausbildung der Befragten ist. Heute wird die Meinung vertreten, dass die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die häufig als „Bronchitis“ bezeichnet wird und vor allem auf das Einatmen von Zigarettenrauch zurückzuführen ist, über 40% der Raucher im fortgeschrittenen Alter betrifft [Connolly 2003]. Weltweit wird das Problem etwa dreißigfach unterschätzt, was sich bei der niederschlesischen Befragung auch beobachten ließ: das Rauchen gaben 111 ältere Frauen und 231 ältere Männer zu – aber nur 11 Befragte gaben zu, dass sie eine Bronchitis haben und 197 bestätigten eine wiederkehrende Bronchienentzündung (die in Wahrheit ein Symptom der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)) ist!

Neben dem erhöhten Risiko der Lungenkrebskrankungen ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die zweite – nach der Beschädigung des Muskel- und Knochensystems – Ursache der Abfalls der körperlichen Leistungsfähigkeit der Senioren [Connolly 2003], was in der Gesundheitspolitik generell außer Acht gelassen wird.

Gender

Auf der Grundlage der gewonnenen Ergebnisse kann festgestellt werden, dass unter den Befragten Frauen kränklicher sind als Männer. Eine Erklärung hierfür kann die Übersterblichkeit der Männer in früheren Alterskategorien sein, daher sind diejenigen, die alt werden, gesünder als Frauen, die heute zwar länger, aber nicht in vollster Gesundheit leben. Die größeren gesundheitlichen Probleme der Frauen verursachen größeren Bedarf auf gesundheitliche und soziale Leistungen. Diese und andere ökonomische mit der Überlegenheit des weiblichen Geschlechts unter den älteren Menschen verbundene Aspekte sind Ursache der Feminisierung des Alters – dieser Begriff wird für die Charakteristik der gegenwärtig auftretenden demografischen Änderungen angewandt [Błędowski 2008]. Die Frauen haben ihren Hausarzt häufiger aufgesucht als die Männer. Ursache der Arztbesuche waren Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates, Zuckerkrankheit,

Verdauungsstörungen und Neurosen. Frauen werden häufiger zuckerkrank und sterben öfter an Erkrankungen der Gefäße [Sinclair, Croxon 2003]. Frauen haben auch größeren Bedarf, einen Endokrinologen, Orthopäden und Rheumatologen zu konsultieren, bei Männern ist es der Urologe und der Lungenarzt.

Alter

Am häufigsten suchen einen Arzt Senioren im Alter zwischen dem 70. und 74. Lebensjahr auf (65,5%), an nächster Stelle stehen Personen zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr – (etwa 57%). Ursachen sind Kreislauferkrankungen, Gelenkdegenerationen, Zuckerkrankheit, Erkrankungen des Verdauungstrakts und Lungenkrankheiten. Mit dem fortschreitenden Alter nehmen die Probleme mit dem Herz und den Gefäßen zu – mit diesen Erkrankungen sind die meisten Hausarztbesuche der Personen zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr verbunden. Ähnlich ist es mit Beschwerden des Bewegungsapparates – fast die Hälfte der Senioren über 85 sucht aus diesem Grunde den Hausarzt auf. Diese Alterskategorie verspürt den größten Bedarf nach medizinischen Facharztberatungen (Orthopäde, Rheumatologe) und nach orthopädischen Geräten. Über Schwierigkeiten mit der eigenen Mobilität und mit ungünstigen Verkehrsverbindungen klagen öfter Senioren über 80. Sturzgefahr, Schwindelgefühl und Gehschwierigkeiten sind auch Merkmale des Alterns des Organismus, daher nehmen sie mit zunehmenden Alter zu und entscheiden häufig über mangelnde Selbständigkeit der älteren Personen.

Häufige Besuche bei einem Arzt der medizinischen Grundversorgung wegen Zuckerkrankheit betreffen hauptsächlich Personen zwischen dem 70. und 85. Lebensjahr und verringern sich um die Hälfte bei Personen über 85 (frühere Sterblichkeit wegen dieser Krankheit). Lungenkrankheiten und Krankheiten des Verdauungssystems sind Grund der Arztbesuche hauptsächlich bei der jüngeren Alterskategorie (60 – 69 Jahre). Auffallend ist die Zunahme der Besuche beim Hausarzt wegen Augenleiden in der Alterskategorie 80 - 84 Jahre, was auch den Bedarf an Konsultationen durch einen Augenarzt größer bei Personen in diesem Alter werden lässt.

Ausbildung

Die Analyse der Angaben der Befragten deckt einen wesentlichen Einfluss des Ausbildungsniveaus auf den Gesundheitszustand und auf die Arte der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen auf.

Auf 100% der Befragten besuchen nur 37,5% Personen mit Hochschulausbildung häufig ihren Hausarzt – im Gegensatz zu Senioren mit Mittel- und Grundschulausbildung. Personen mit Hochschulausbildung suchen den Hausarzt eher sporadisch auf, im Gegensatz zu Personen mit niedrigerem Ausbildungsniveau – es kann bedeuten, dass sie den Hausarzt nur dann konsultieren, wenn sie konkrete Gründe dafür haben: üblicher Gesundheitscheck, plötzliche Erkrankung oder wenn sie eine Überweisung zum Facharzt benötigen. Wahrscheinlich ist die Häufigkeit der Arztbesuche der medizinischen Grundversorgung von Personen mit niedrigerem Ausbildungsniveau das Ergebnis ihrer Hilflosigkeit bei der Interpretierung der Symptome oder der mangelnden Disziplin in der Befolgung der ärztlichen Anweisungen. Besser ausgebildete Senioren haben hingegen höheren Bedarf auf fachärztliche Betreuung – dies betrifft vor allem die Besuche bei Onkologen und Gynäkologen. Personen mit niedrigerem Ausbildungsniveau klagen häufiger über Schwierigkeiten beim Zugriff auf fachärztliche Betreuung (schwierige Anfahrt, Kosten). Auch Senioren mit niedrigstem Ausbildungsniveau sind am häufigsten der Sturzgefahr, Brüchen und Schwindelanfällen ausgesetzt. Die Angaben, die den Autoren der Umfrage zur Verfügung stehen, reichen nicht für die Klärung der so großen Auswirkung der Ausbildung auf die Mobilität, auf Brüche und damit – auf die Selbständigkeit der Senioren aus. Darüber hinaus haben auch solche Erkrankungen wie Zuckerkrankheit und Nierenerkrankungen auch auf einen Zusammenhang mit dem Ausbildungsniveau hingewiesen – die Zuckerkrankheit trat am häufigsten bei Personen mit niedrigstem Ausbildungsniveau auf, Nierenerkrankungen bei Personen mit Grund- und mittlerer Ausbildung.

Man kann lediglich spekulieren, dass die Ursache dieses Zustands weniger aktive Lebensweise, schwere berufliche Arbeit oder schlechtere soziale Verhältnisse der weniger ausgebildeten Menschen sind.

Allgemeine Zugänglichkeit auf ärztliche Grunduntersuchungen

Das EKG ist die grundlegende Untersuchung bei Kreislaufkrankungen – der führenden Pathologie des fortgeschrittenen Alters. Die niederschlesische Befragung ergab, dass im letzten Jahr bei 13,4% Senioren ein EKG gemacht wurde und in den letzten zwei Jahren fast bei der Hälfte der Befragten.

Lungenröntgen – wurde im Jahr der Durchführung der Befragung nur bei 6,8% der Befragten, in den letzten zwei Jahren 31,5% Senioren und in den letzten vier Jahren bei 17,1% gemacht.

Grundlegende Laboruntersuchungen (Harnuntersuchung, Morphologie, Zucker) wurden im Jahr der Durchführung der Befragung nur bei 21,5% der Senioren und in den letzten zwei Jahren bei 46,5% gemacht. Gleichzeitig konnten sich 18,4% der befragten Personen nicht erinnern, ob bei ihnen jemals ein Blutbild oder eine Harnuntersuchung gemacht wurde.

Die dargestellten Angaben weisen auf eine unzureichende grundlegende Diagnostik bei den niederschlesischen Senioren hin. Wenn man die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen und die Häufigkeit des Auftretens der Alterskrankheiten vergleicht, ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Gesundheit der älteren Menschen ungenügend kontrolliert wird.

Medikamenteneinnahme bei den niederschlesischen Senioren

75,7% der Befragten nimmt regelmäßig Medikamente ein. Diesbezüglich wurden keine Unterschiede in Bezug auf den Wohnort, und nur geringe Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts festgestellt – Frauen haben häufiger regelmäßige Medikamenteneinnahme angegeben. Fast 98% der Befragten erklärte, dass sie vom Arzt verschriebene Medikamente einnehmen. Bei der Analyse der regelmäßig eingenommenen Präparate nimmt nach dem 70. Lebensjahr die Einnahme von (ohne Rezept zugänglicher) Kräuterpräparaten zu – dies betrifft meistens Frauen und in der Stadt wohnende Personen mit Mittel- und Hochschulausbildung. 292 Personen nehmen regelmäßig 1 – 3 Medikamente ein, was 25,7% der Gesamtheit der Befragten ausmacht und 34,4% derjenigen ausmacht, die eine regelmäßige Medikamenteneinnahme angeben. 257 der Befragten nimmt regelmäßig 4 – 6 Medikamente ein, was 22,6% der Gesamtheit der Befragten ausmacht und 30,4% derjenigen ausmacht, die regelmäßige Medikamenteneinnahme angeben. 108 Personen geben hingegen an, dass sie über 7 Medikamente täglich einnehmen, was 9,5% der Gesamtheit der Befragten ausmacht und 12,7% derjenigen Personen ausmacht die regelmäßige Medikamenteneinnahme angeben. Unter den Personen, die mehr als 4 Medikamente täglich einnehmen waren mehr Frauen vorhanden.

Aus dem Vergleich folgt, dass die größte Bedrohung mit Polypragmasie (darunter versteht man die Anwendung zahlreicher Medikamente) bei Personen mit Hochschulausbildung und bei Frauen auftritt. Polypragmasie ist für ältere Menschen sehr

gefährlich, da sie Nebenerscheinungen hervorruft, die dann wieder als eine weitere Krankheit behandelt werden müssen. Zum Beispiel kann unkorrekte Behandlung des Bluthochdrucks zur orthostatischen Hypotonie führen, die wiederum das Sturzrisiko erhöht. Beruhigungsmittel können das Sturzrisiko und Schwindelanfälle erhöhen und dies zwingt wiederum zur Einnahme von Medikamenten für die Verbesserung des Gehirnkreislaufs, usw. usf. Grodzicki zitiert Untersuchungen der Interaktion der Medikamente bei älteren Personen: die Einnahme zweier Medikamente zieht ein geringes Interaktionsrisiko und Nebenwirkungen nach sich – nur 5,6% Fälle, aber bereits bei fünf Medikamenten treten bei jeder zweiten Person unerwünschte Reaktionen auf. Bei der Einnahme von acht Medikamenten sind Nebenwirkungen unumgänglich [Grodzicki, Kocemba 2000]. Ein weiterer Aspekt der Polypragmasie ist das größere Risiko von Irrtümern bei der Behandlung. Die amerikanische Untersuchung, die im Lehrbuch für Geriatrie angeführt wird [Abrams, Beers, Berkow 1999] zeigte, dass 60 % von 220 Personen nach dem 60. Lebensjahr bei der Einnahme der verschriebenen Medikamente Fehler machten, wovon 40% Irrtümer zu ernsthaften Komplikationen hätte führen können, bis zur Hospitalisierung hin.

Schlussfolgerungen

Bewertung der gesundheitlichen Dienstleistungen in der Region Niederschlesien

1. Die Befragung wies aus, dass nach der Meinung niederschlesischen Senioren die Zugänglichkeit zu einem Arzt der medizinischen Grundversorgung sehr gut ist.
2. Nicht zufriedenstellend ist hingegen nach der Meinung der Senioren die Zugänglichkeit zu einem Facharzt – das Problem ist besonders auf dem Land zu beobachten und betrifft den Mangel von folgenden Fachärzten: Neurologe, Gastrologe, Onkologe, Endokrinologe und Rheumatologe.
3. Die Zugänglichkeit zu Rehabilitationsleistungen ist auf dem Land schlechter.
4. Die Häufigkeit der grundlegenden diagnostischen Untersuchungen ist bei älteren Personen nicht ausreichend, insbesondere in Bezug auf die richtige Kontrolle von Kreislaufkrankungen, Lungen- und Nierenkrankheiten und der Zuckerkrankheit.

Bewertung des Gesundheitszustands der niederschlesischen Senioren

1. Der niederschlesische Senior leidet sehr häufig an Kreislaufkrankungen - 82,1 % der Befragten klagten über Kreislaufprobleme, was im Vergleich zu den weltweiten Schätzangaben zu hoch ist [Aronow 2003]. Empfehlenswert wäre die Ausfindung der

Ursachen für die so häufig auftretenden Kreislaufkrankungen und Ausarbeitung von prophylaktischen Programmen.

2. Der niederschlesische Senior hat vielerlei Probleme mit dem Bewegungsapparat, die nur teilweise durch das physiologische Alter bedingt sind. Eine Verbesserung der Mobilität der Senioren kann man über aktive Lebensweise, Gewichtabnahme und über bessere Ausbildung der Ärzte hinsichtlich der Sturzursachen erreichen.
3. Festgestellt wurde ein beunruhigend geringer Bedarf an zahnärztliche Versorgung – diesem Zustand könnte die wirtschaftliche Situation der Senioren zugrunde liegen, aber auch mangelndes Wissen darüber, welche Schäden mangelndes Gebiss und unzureichende Mundhygiene verursachen.
4. Frauen im fortgeschrittenen Alter bedürfen größerer edukativer und ärztlicher Aufmerksamkeit wegen schlechterem Gesundheitszustand als Männer im gleichen Alter. Häufigere Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxeprogramme würden die Kosten der gesundheitlichen Betreuung von älteren Frauen senken, insbesondere dann, wenn mehrere Krankheiten zugleich auftreten.
5. Festgestellt wurde ein deutlicher Zusammenhang des Ausbildungsniveaus mit dem Gesundheitszustand des Senioren und seinem Bedarf nach medizinischer Versorgung. Personen mit niedrigerer Ausbildung besuchen häufiger einen Arzt der medizinischen Grundversorgung und leiden häufiger an Nierenkrankheiten und an der Zuckerkrankheit, sie erleiden auch mehrere Brüche und Stürze. Die Klärung der gegenseitigen Beeinflussung des Ausbildungsniveaus mit dem Bedarf an medizinischer Versorgung muss weiter erforscht werden.

Körperliche Aktivität der Senioren.

Langjährige Beobachtungen der Gerontologen und der Fachleute für Körperkultur weisen auf die Relevanz der regulären körperlichen Aktivität im Leben der älteren Menschen hin.

In vielen wissenschaftlichen Arbeiten wurden involutive Veränderungen der Motorik bei älteren Personen aufgezeigt, die sich in der Einschränkung der körperlichen Anstrengung, auch im Alltag, in der Bewegungsfaulheit, in Lustlosigkeit zur Bewegung, im geringeren Tempo bei der Ausführung der Bewegungen und Tätigkeiten, in der Verlängerung der Zeit der Reflexantworten und der Verringerung der Geschmeidigkeit der Bewegungen ausdrücken. Die Verringerung der motorischen Dynamik ist häufig mit der Senkung des sozialen Status

verbunden [vgl. Szwarc 1996, Łobożewicz 1995, Stryła 1977, Kocemba 2000, Pędich 2000, Jopkiewicz 2002, Osiński 2002, Synak 2002, Bień 2003, Skrzek 2005, Drabik 2006, Drygas 2006].

Die körperliche Aktivität älterer Menschen ist als ein gesundheitsfördernder und lebensverlängernder Faktor zu betrachten. Sie begünstigt die Aufrechterhaltung der körperlichen, psychomotorischen und sozialen Leistungsfähigkeit und ist eine Quelle der Lust und Freude [Łobożewicz 1995, Drabik 1997, Pędich 2000, Kabsch 2001, Kostka 2001, Szczepańska 2004, Jaskólski 2005].

Erwiesen ist, dass systematische Körperübungen bei Senioren, sehr günstig für ihre Leistungsfähigkeit und für die Koordination der Nerven und Muskeln sind, und die Gelenkigkeit aufrechterhalten [Łobożewicz 1995, Jopkiewicz 1996, Kabsch 2001, Dąbrowska 2002, Osiński 2002, Żak 2002, Skrzek 2002, 2005, Ignasiak 2007].

Die Experten der WHO unterstreichen hinsichtlich der Propagierung der körperlichen , Aktivität bei älteren Personen, dass die körperliche Aktivität als Gesamtheit aller im Alltag zu verrichtender Tätigkeiten definiert wird, inklusive Arbeit, Erholung, körperliche Übungen und Sport. Unterstrichen wird, dass, die regelmäßige körperliche Aktivität, viel bessere Ergebnisse bringt, wenn die Muster der körperlichen Aktivität in früheren Lebensabschnitten ausgestaltet wurden, als wenn sie erst im fortgeschrittenen Alter eingeführt werden (WHO, Heidelberg 1996).

Nutzen, die sich aus der Betreibung regelmäßiger körperlicher Aktivität durch ältere Personen ergeben, sind:

- Verbesserung des Allgemeinbefindens (Lust und Freude am Leben),
- Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit,
- Unterstützung der primären und sekundären Prävention bestimmter Zustände (z.B. Stress, Schmerzen) und Krankheiten (Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Fettleibigkeit, Zuckerkrankheit, degenerative Gelenk- und Wirbelsäuleerkrankungen, Osteoporose, Depression),
- Minimierung der Folgen der mangelnden körperlichen Leistungsfähigkeit,
- Prophylaxe bei Sturzgefahr und Schwindelanfällen,
- Änderung der stereotypen Perspektiven des fortgeschrittenen Alters (Ermattung) und Aufrechterhaltung der Selbständigkeit im Leben,
- Verbesserung der Lebensqualität.

Die körperliche Aktivität ist als ein wichtiger Bestandteil des Lebens, der ausschlaggebend für die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der älteren Personen ist.

Die negativen Folgen der mangelnden körperlichen Aktivität und der Hypokinese bewegten solche Organisationen wie: WHO (Weltgesundheitsorganisation), FIMS (Internationale Föderation für Sportmedizin), CDDS (Ausschuss für Sportentwicklung) sowie die UNESCO zur Erarbeitung vorbeugender Maßnahmen, die seit 1995 verwirklicht werden und eine neue Strategie der Förderung der öffentlichen Gesundheit implementieren, indem sie für die gesundheitsfördernde körperliche Aktivität, auch bei älteren Personen werben.

In vielen Ländern (Finnland, Irland, Großbritannien, USA) werden systematische Untersuchungen und Monitoring des Pegels der körperlichen Aktivität durchgeführt. Bei der Auswertung der körperlichen Aktivität der Bevölkerung kommen meistens Umfragen zur Anwendung, bei denen subjektive Ansichten der Befragten zur körperlichen Aktivität ausgewertet werden. Bewertet wird z.B. die Art der in der Freizeit ausgeübten Arbeit, Arbeiten im Haushalt, berufliche Aktivitäten und Rekreation (Fragebogen IPAQ).

Begründet scheint die Bestrebung nach Vereinheitlichung der Forschungsweise, die die körperliche Aktivität auf objektive Art und Weise einschätzen würde, und zwar mittels Tests der körperlichen Leistungsfähigkeit z.B. des Fullerton-Tests - zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit [Rózańska-Kirschke und Mitarb. 2006].

Laut WHO-Experten existiert der Bedarf auf eine kontinuierliche Strategie der Entwicklung der körperlichen Aktivität hinsichtlich aller Gruppen der älteren Menschen. Erforderlich ist sie vor allem für die gesundheitsfördernde Politik, die die Bedeutung der Körperkultur im Leben des alten Menschen unterstreicht, die auf jeder Verwaltungsebene verwirklicht werden sollte: auf staatlicher, regionalen und lokalen Ebene.

„Die Körperkultur ist ein Ausdruck für eine bestimmte Haltung gegenüber dem eigenen Körper, bewusste und aktive Bemühung um die eigene Entwicklung, Leistungsfähigkeit und Gesundheit sowie die Fähigkeit, seine Freizeit so zu gestalten und zu organisieren, dass es für die physische und psychische Gesundheit von Nutzen ist“. Generell gesagt ist die Körperkultur ein Teil der Gesamtkultur der Gesellschaft. Diese umfasst die Gesamtheit der Anschauungen, Haltungen, Theorie, Organisation und Infrastruktur [Demel, Skład 1974].

Die Massenkörperkultur ist ein multivalentes Phänomen, eine generelle Humanisierung des Lebens, eine Schule der Selbstverwirklichung, der Arbeit am eigenen Körper, an der eigenen Gesundheit, an der körperlichen Leistungsfähigkeit und Schönheit.

Dank sozialen Postulaten und dank der Erforschung der Entwicklung der Körperkultur, wird die Ansicht vertreten, dass sie im späten Erwachsenenalter einerseits als ein allgemeinzugängliches Verbrauchsgut betrachtet werden sollte, welches die Bedürfnisse der Menschen im Bereich der Erholung, Unterhaltung und Körperbildung betrachtet werden sollte. Andererseits – als Instrument der positiven Formung und Aufrechterhaltung der biologischen Kräfte des Menschen, die für die Ausübung wichtiger gesellschaftlicher Rollen unabdingbar sind. Die Haltung der Senioren gegenüber der Körperkultur sollte sich in ihrer aktiven und kreativen Mitwirkung äußern.

Formen der Teilnahme der älteren Menschen an der Körperkultur sind Körperübungen, Sport, Tourismus, körperliche Rekreation, Bewegungsrehabilitation – die sowohl spontan als auch organisiert vorgenommen werden sollten.

Unter den zahlreichen Hindernissen, die den älteren Menschen die aktive Teilnahme an der Körperkultur erschweren, nennen viele Gerontologen das sog. „Stereotyp des alten Menschen“. Das Alter ist im Bewusstsein der Mehrheit der Bevölkerung als Reduktion der physischen und psychischen Kräfte, Kränklichkeit, Gebrechlichkeit und Unfähigkeit zum selbständigen Leben verankert. Diesen Stereotyp zu durchbrechen, ist die erste zu erfüllende Aufgabe durch die Organisatoren und Befürworter der Körperkultur bei älteren Menschen, auch bei den niederschlesischen Senioren.

Mit der Verbreitung der Körperkultur in Kreisen der älteren Menschen beschäftigte sich in Polen der Arzt, **B. Starski** – Begründer des Geriatriischen Sanatoriums in Inowrocław (1959), einer im damaligen Europa einzigartigen Einrichtung des Gesundheitswesens. **Snarski** vertrat die Ansicht, dass „Körperübungen und Betreibung vieler Sportarten und Tourismus – ungemein wichtige Faktoren für die Aufrechterhaltung der physischen und geistigen Leistungsfähigkeit sind, die man sein ganzes Leben im Auge behalten sollte, insbesondere vor dem Pensions- und im postproduktiven Alter“.

Nach der Meinung von H. Szwarc, des Vorläufers der Universität des Dritten Alters (UTW) in Polen, spielen die Körperkultur und vor allem Bewegungsrehabilitation und -rekreation eine große Rolle in der gerontologischen Prophylaxe, in der die systematische körperlichen Aktivität als ein unentbehrlicher Faktor betrachtet wird, der verfrühtem Altern vorbeugt [Szwarc 1996].

Heute wird die körperliche Aktivität häufig als Motorik bezeichnet. Sie umfasst sowohl nach Außen hin wahrnehmbare Formen der körperlichen Aktivität als auch physiologische und psychosoziale Mechanismen der menschlichen Bewegung [Drabik 2006].

Der Umfang der körperlichen Aktivität ist ein positives Messkriterium der Gesundheit und die Einschätzung der körperlichen Aktivität der niederschlesischen Senioren und der sie bedingenden Faktoren, ist nicht nur wichtig, sondern auch unbedingt notwendig.

Körperliche Leistungsfähigkeit ist ein Bestandteil der komplexen geriatrischen Betreuung, deren Ziel die Diagnostik der Funktionsfähigkeit mehrerer Körperorgane und der Beweglichkeit sowie die Analyse der gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Bedürfnisse älterer Personen ist. Gleichzeitig bedingt die körperliche Aktivität in direkter Weise die Funktionsfähigkeit im Alltag, beeinflusst Geh- und Gleichgewichtsstörungen und das Sturzrisiko, das zu den „größten geriatrischen Problemen“ zählt [Žak 2002].

In den vorgestellten Forschungen wurde die körperliche Aktivität der niederschlesischen Senioren einer Analyse unterzogen.

Ausgewählte Maßstäbe der Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit:

Katz-Skala

Für die Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit der älteren Menschen wurde die sog. Skala der Aktivität im Alltagsleben – ADL, auch als Katz-Skala bekannt, angewandt. Sie bestimmt die Fähigkeit des Untersuchten zur Selbstbedienung – und prüft seine Fähigkeit beim Ankleiden, Essen, beim Bewegen und Toilettengang. Die Untersuchung dauert zwischen 2 und 4 Minuten. Maximale Punktzahl: 6 Punkte:

- 6-5 Punkte – voll erhaltene Fähigkeit zur Ausübung instrumentaler Aktivitäten im Alltagsleben, kein Pflegebedarf zu Hause,
- 4-3 Punkte – Behinderung mittleren Grades, Pflegebedarf zu Hause ist empfehlenswert,
- 2 oder weniger Punkte – Behinderung schweren Grades, Pflegebedarf durch Zweitpersonen ist unbedingt notwendig - 12-24 Stunden/Tag.

Die Fragen beantwortet der Untersuchte mit **ja** oder **nein**:

Sind Sie imstande (sich) selbständig:

- zu baden (mögliche Hilfestellung beim Waschen eines Körperteiles),
- anzuziehen (mit Ausnahme des Zubindens von Schnürsenkeln),
- physiologische Bedürfnisse zu verrichten (abgesehen von sporadischer Inkontinenz),
- zu bewegen (kann Krückstock oder Gehhilfe benutzen),
- ihr Verhalten zu kontrollieren,
- Mahlzeiten einzunehmen (mit Ausnahme komplizierter Tätigkeiten, wie Schneiden von Fleisch, oder Brot mit Butter zu bestreichen).

Mit Hilfe dieser Skala kann ermittelt werden, ob die Person imstande ist, ohne Hilfe anderer zu leben oder ob sie zu Hause oder in einer speziellen Einrichtung betreut werden muss.⁹

Lawton-Skala

Um komplizierte Tätigkeiten im Alltagsleben zu messen, wurde die Lawton-Skala angewandt (IADL). Sie bewertet die instrumentale Funktionsfähigkeit im aktuellen Umfeld und ermöglicht die Bestimmung der Bedürfnisse des Kranken hinsichtlich der Unterstützung und Betreuung. Die Untersuchung dauert zwischen 3 und 5 Minuten. Auf jede Frage sind drei Antwortvarianten möglich: die erste betrifft die Unabhängigkeit und die Selbständigkeit des Patienten im Bereich der Ausübung der jeweiligen Tätigkeiten im Alltagsleben; die zweite – die Fähigkeit zur Ausübung der jeweiligen Tätigkeiten mit Hilfe anderer Personen; die dritte bestätigt die Abhängigkeit des Patienten von der Umwelt. Maximale Punktzahl: 10 Punkte:

- 10-8 Punkte – voll erhaltene Fähigkeit zur Ausübung instrumentaler Aktivitäten im Alltagsleben,
- 7-5 Punkte – Behinderung mittleren Grades bei der Ausübung instrumentaler Aktivitäten im Alltagsleben,
- 4 und weniger Punkte – bei der Ausübung instrumentaler Aktivitäten im Alltagsleben.

Die im Formular enthaltenen Fragen beantwortet der Untersuchte mit **ja** oder **nein**:

Sind Sie imstande, selbständig:

- zu schreiben,
- zu lesen,
- Treppe zu steigen,
- aufzuräumen,
- Mahlzeiten zubereiten,
- selbständig außer Haus zu gehen,
- Verkehrsmittel in Anspruch zu nehmen,
- Mit Geld umzugehen,
- Medikamente einzunehmen,
- zu telefonieren

Die Punktzahl bezieht sich auf eine konkrete Person, die allmähliche Verringerung der Punktzahl zeugt von der Verschlechterung ihrer Funktionsfähigkeit. Einige der ADL und IADL-Skalen

⁹ <http://medforum.pl>

haben die Form eines Befragungsformulars und können vom Befragten selbständig ausgefüllt werden. Bei anderen wiederum muss eine den Test durchführende Person dabei sein, zwecks Bewertung oder zwecks direkter Beobachtung der Art und Weise der Durchführung der einzelnen Tätigkeiten.

Tinetti-Test (Performancetest zur Prüfung von Balance und Gang)

Für die Prüfung der Sturzgefahr und Bedrohung mit Gleichgewichtsstörungen wurde der vereinfachte Tinetti-Test angewendet. Der Test dauert 4 bis 5 Minuten. Bei der Änderung der Positionen vom Stehen zum Sitzen und umgekehrt sitzt der Senior auf einem Stuhl mit Lehne aber ohne Armlehnen. Bei der Bewältigung der Strecke von 3 Metern muss der Patient gerade aus laufen, sich dann umdrehen und schnell zum Ausgangspunkt zurückkehren. Wenn der Untersuchte täglich Gehilfe verwendet, sollte er es bei dem Test auch tun. Er muss dabei beobachtet werden, da er sehr leicht die Balance verlieren kann. Der Test umfasst folgende Aufgaben:

- von der sitzenden Position aufzustehen,
- 5 Sekunden bewegungslos zu stehen,
- 3 Meter zu laufen,
- sich um 180 Grad zu drehen,
- sich selbständig zu setzen .

Die Bewertungsskala des Tests sieht wie folgt aus:

- großes Sturzrisiko – der Proband bedarf der Hilfe einer Zweitperson bei der Durchführung dieser Tätigkeiten,
- mittleres Sturzrisiko – der Proband nimmt technische Gehilfen in Anspruch (Gehstock, Krückstock, Balkon),
- minimales Sturzrisiko – der Proband bedarf keiner Hilfe bei der Durchführung der obigen Tätigkeiten.

Diesen Test sollte eine internistische Allgemeinuntersuchung des Patienten ergänzen. Im Falle negativer Ergebnisse besteht die Möglichkeit der Inangriffnahme früher Rehabilitationsmaßnahmen, die den Sturz des Senioren verhindern, da die Stürze im fortgeschrittenen Alter in der Regel sehr gefährlich sind.

Körperliche und psychomobile Fertigkeit der niederschlesischen Senioren.

Auf der Basis der Ergebnisse der Umfrage wurde festgestellt, dass ca. 94,8% der niederschlesischen Senioren körperlich völlig intakt sind, wovon:

98,8% der Befragten erklären, dass sie imstande sind selbständig Mahlzeiten einzunehmen,

97,7% der Befragten erklären, dass sie selbständig ihre physiologischen Bedürfnisse erfüllen,

95,6% der Befragten erklären, dass sie sich selbständig ankleiden,

94,6% der Befragten erklären, dass sie sich selbständig bewegen,

93,8% der Befragten erklären, dass sie ihr Verhalten kontrollieren,

und die wenigsten Befragten – 88,7% sind imstande selbständig zu baden.

Auf der Basis der Ergebnisse der Umfrage wurde festgestellt, dass die niederschlesischen Senioren körperlich größtenteils völlig intakt und selbständig sind, sowohl bei der Verrichtung physiologischer als auch alltäglicher Tätigkeiten, wovon nach der Lawton-Skala ca. 89,39% der Befragten körperlich völlig intakt sind. Größte Defizite hinsichtlich der Selbständigkeit traten bei der Inanspruchnahme von Verkehrsmitteln und beim Treppensteigen auf.

Geriatrische Physiotherapie ist eine der grundlegenden medizinischen Disziplinen. Sie ermöglicht, die während der Krankheit eingeübte psychophysische Leistungsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen, sie dient auch der sekundären Prävention, durch die das Risiko der Krankheitswiederholung reduziert wird.

Auf die Frage: „Nehmen Sie Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch?“ antworteten 63,5% der Befragten verneinend und fügten hinzu dass sie keine solchen Bedürfnisse verspüren, nur 19,1% bejahten die Frage und 17,4% haben keine Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen können, da sie keine Möglichkeit dazu hatten. Rehabilitationsmaßnahmen werden häufiger von Frauen in Anspruch genommen – 21,38% – meistens sind es Patienten im Alter zwischen 65 und 69 Jahren. 20,52% der Dorfbewohner und 13,45% der Stadtbewohner in Niederschlesien nehmen keine Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, weil sie keine derartigen Möglichkeiten haben.

Auf die Frage: „Wie häufig nehmen Sie Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch?“, hat der überwiegende Teil der Befragten, immerhin 85,4% geantwortet „1 – 5 Mal im Jahr“, 114 der Befragten wohnen in der Stadt und 61 auf dem Land. Rehabilitationsmaßnahmen 6-10 Mal im Jahr nahmen 10,7% der Befragten in Anspruch, wovon 15 Personen Frauen und 7 Männer waren; 9 sind Dorf- und 13 Stadtbewohner. Ein sehr geringer Prozentsatz, nur 1,5% (3 von allen 205 Befragten) nahmen Rehabilitationsmaßnahmen 11-15 Mal im Jahr in Anspruch (1 Männer und 2 Frauen). Am häufigsten – 16 und mehrmals im Jahr nehmen Frauen

Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, was 2,4% der Gesamtheit ausmacht – 3 wohnen auf dem Land und 2 in der Stadt.

Leider ergab die Nachforschung keine Zugänglichkeit von Rehabilitationsdienstleistungen im Angebot der gesundheitlichen Leistungen. Dies betrifft sowohl die älteren Land- und Stadtbewohner, insbesondere jedoch die der ländlichen Gebiete. Rehabilitationsmaßnahmen nehmen um die Hälfte weniger ältere Menschen aus ländlichen Gebieten in Anspruch. Wahrscheinlich ist auf dem Land der Zugriff auf die diesbezügliche Infrastruktur geringer.

Auf die Frage: „Benutzen Sie orthopädische Geräte?“, haben 80,3% der Befragten geantwortet, dass sie keine derartigen Bedürfnisse haben, und „Ja, es wurde mir verschrieben“ – 18,1% und 18,1% antworteten und 1,6% der Befragten antworteten „Ja, es wurde mir verschrieben, aber ich kann es mir nicht leisten“. Überwiegend wurden vor allem solche Geräte, wie: Gehstock (46,5%), Krückstock (35,2%), Balkon (9,9%) benutzt, am seltensten hingegen ein Rehabilitationsfahrrad - von 1,9% der Befragten.

Aufgeteilt in Geschlechter benutzen sowohl Frauen als auch Männer einen Krückstock prozentual angenähert – 35,2%. Der größte Prozentsatz der Befragten, die auf einen Krückstock angewiesen sind (54,55%), sind 65 – 69 Jahre alt. 60,98% der Befragten im Alter zwischen 75 und 79 benutzt einen Gehstock. Die ältesten Befragten, mit 85 und mehr Lebensjahren benutzen am häufigsten einen Gehstock (65,12%).

Aus der Forschung geht hervor, dass ein geringer Prozentsatz der geriatrischen Patienten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nimmt, auch in Niederschlesien, wobei die Stadtbewohner sie häufiger in Anspruch nehmen, zwei Mal seltener betrifft es die Dorfbewohner. Vielleicht zeugt das davon, dass ihnen dieses Bedürfnis nicht bewusst ist, dass sie sich keine Rehabilitationsmaßnahmen leisten können und dass es zu wenige Rehabilitationseinrichtungen gibt. Dies wurde auch in den Forschungen von A. Chwałczyńska und Mitarb. bestätigt. Die durchschnittliche Wartezeit auf Rehabilitationsbehandlungen betrug 125 bei ca. 77 wartenden Personen. Die meisten Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Wartezeit sehr lang war, befanden sich in Wrocław – 54% der Rehabilitationseinrichtungen [Chwałczyńska 2007].

Die Sturzgefahr ist im fortgeschrittenen Alter größer und ist ein Ergebnis des physiologischen Alterungsprozesses und der Krankheiten. Der Alterungsprozess selbst verursacht eine schlechter Funktionsweise des Nervensystems, der Augen, die Reflexantwort lässt länger auf sich warten und das Laufen verändert sich ebenfalls [Kędziora – Kornatowska, Biercewicz 2008].

Unter den Erkrankungen sind es meistens Veränderungen des Bewegungsapparates, Kreislaufstörungen (Schwindel), kognitive Störungen, Sehstörungen und Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente. Hinzu kommen äußere Faktoren (schlechte Beleuchtung, schlechtes Schuhwerk, Hindernisse, Möblierung usw.) Auf die Frage: „Stürzen Sie manchmal?“ antwortete ein wenig mehr als die Hälfte der Befragten – 51,3% der Befragten: „niemals“. 37,2% der Befragten antworteten: „selten“ und 11,6%: „häufig“. Meistens betraf es die, von 130 positiven Antworten stammten 102 von Frauen. Bei Männern waren es 6,78% und nur 28 Fälle. Gemessen am Alter der Sturzgefährdeten betraf es die ältesten befragten Niederschlesier im Alter von 85 und mehr Lebensjahren.

Auf der Grundlage der Ergebnisanalyse des verkürzten Tinetti-Tests ist bei 48,7% der Befragten das Sturzrisiko minimal. Bei 28,1% der befragten Personen ist das Sturzrisiko mittelmäßig und bei 23,2% der Senioren groß.

Für viele ältere Menschen bedeutet das Sturzrisiko das beunruhigendste Symptom des Alterungsprozesses und löst Angst vor ernsthaften Verletzungen und Verlust der Selbständigkeit aus. M. Žak behauptet in seinen diesbezüglichen Forschungsergebnissen, dass das tatsächliche Sturzrisiko mit dem zunehmenden Alter steigt und dass bei Personen zwischen 70 und 74 Jahren auf 100 Personen jährlich 47 Stürze fallen, wobei bei Achtzigjährigen die Sturzhäufigkeit viel größer ist. Dies bestätigt auch die Umfrage bei den niederschlesischen Senioren [Žak 2002].

Nach M. Žak passieren die Stürze meistens beim Verrichten einfacher Alltagsaktivitäten, z.B. beim Aufstehen, Hinsetzen, oder Bücken. Nur 5% der Stürze passieren während potenziell gefährlichen Tätigkeiten, wie Leitersteigen oder Sporttreiben. Die Stürze, die nicht mit ernsthaften Verletzungen enden, haben jedoch häufig verzögerte Folgen, was im Endeffekt zur Verschlechterung der körperlichen und psychischen Verfassung führt. Sturzfolgen sind Beinbrüche (Oberschenkelhalsbruch), Arm- und Beckenbrüche. Ergebnis von 10-20% der Stürze sind Hämatome, Prellungen, Muskeldehnungen. Weiter folgen Schädelverletzungen (Gehirnerschütterungen, Blutungen innerhalb des Schädels), was erst spätere Folgen hat. Aus medizinischer Sicht ist die Behandlung von Sturzfolgen nicht so kompliziert, wie die Folgen, die sich aus der langen Bettlägerigkeit des älteren Menschen ergeben. Lungenentzündungen, Kreislaufstörungen, Druckgeschwüre, Thrombosen stellen Erkrankungen dar, die zur erheblichen Verschlechterung der Lebensqualität des Senioren führen [Žak 2002, Grodzicki, Kocemba 2006].

Die Umfrage ergab, dass 26,2% der niederschlesischen Senioren in der Vergangenheit Extremitätenfrakturen erlitten. Der größte Prozentsatz der Frakturen war bei Befragten

zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr zu beobachten. Die Analyse ergab, dass Brüche häufiger Frauen erleiden (30,27%), bei Männern sind es nur 19,12%. Die Ursache dafür liegt darin, dass Frauen häufiger an Osteoporose erkranken. Demzufolge sind die Knochen der Frauen auf äußere Einwirkungen empfindlich. Bei älteren Menschen ist die Verletzungsgefahr mit schlechtem Gesundheitszustand, mit Gleichgewichtsstörungen infolge der Verlangsamung von Kontrollreflexen, mit Sehschwäche, mit übermäßiger Medikamenteneinnahme und mit orthostatischen Störungen verbunden [Kabsch 2001, Żak 2002, Skrzek 2005].

Wann sollte an Körperkultur bei älteren Menschen gedacht werden? Da die Senioren keine homogene Kategorie bilden, kann man keine allgemein geltende Antwort auf diese Frage geben. Maßnahmen der geriatrischen Prophylaxe empfehlen, dass körperliche Aktivität so früh wie möglich und kontinuierlich einsetzen sollte. Je höher die körperliche Leistungsfähigkeit der Personen zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr ist, desto später beginnt ihr tatsächliches Altern und Gebrechlichkeit.

Die Popularisierung der körperlichen Aktivität der Senioren bedarf keiner teuren Geräte, sondern eines methodisch ausgetüftelten Gesundheitstrainings. Die richtige Wahl der Körperübungen und deren entsprechende Dosierung ist eine verantwortungsvolle Aufgabe für die Körperkulturexperten, die präventive und Rehabilitationsübungen für ältere Menschen festlegen [Osiński 2002, Drygas 2003, Jegier 2003, Kuński 2003, Kozdroń 2005].

Das Problem der körperlichen Aktivität der Menschen im 3. Alter sollten in Polen von wichtigster Priorität sein, insbesondere auch deshalb, weil wir über zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema verfügen [Drabik 1996, Pędich 1996, Szwarc 1996, Kostka 2001, Dąbrowska 2002, Osiński 2002, Kuński 2003, Szczepańska 2004, Skrzek 2005, Chomiuk 2007].

Nachahmenswert sind hierbei die industriell hochentwickelten Länder, wo die Körperkultur Usus ist und in welchen die alten Menschen zur körperlichen Aktivität und gesundheitsfördernden Maßnahmen quasi staatlicherseits angespornt werden. So ist es zum Beispiel in den Ländern Skandinaviens, in Großbritannien, in Japan und in den USA [WHO 1996, Bień 2003].

Ältere Personen verspüren immer häufiger Bedarf nach körperlicher Aktivität. Dies verursachen demografische Tendenzen:

- früheres Pensionsalter (50-55 Jahre)
- höhere Lebenserwartung des Menschen.

Diese Aufgabe sollten die Gesundheitsbildungseinrichtungen, Ärzte, Fachleute für Körperkultur, Medien, Zeitschriften, Körperkultureinrichtungen (TKKF), Ruheständler- und Rentnerklubs aufgreifen.

Die Popularisierung der Körperkultur unter den Senioren sollte 5 Motivkategorien berücksichtigen: sie sollte gesundheitsfördernd, nutzbringend, sozial fördernd, erfreulich und kognitiv sein.

Körperlich aktive Lebensweise hilft den älteren Menschen, ihre Bewegungsunabhängigkeit aufrechtzuerhalten und optimiert ihre aktive Existenz in der Gesellschaft.

Schlussfolgerungen

1. Die Forschung ergab, dass die niederschlesischen Senioren – subjektiv betrachtet – eine gesellschaftliche Kategorie mit verhältnismäßig guter körperlichen Leistungsfähigkeit sind, selten orthopädische Geräte nutzen und dass sie selten die Hilfe ihrer Nächsten und ihrer Betreuer bei der Ausübung der Tätigkeiten im Alltag in Anspruch nehmen.
2. Hinsichtlich der aktiven Freizeitgestaltung und Erholung dominieren im Leben des niederschlesischen Senioren Spaziergänge und Erholung an der frischen Luft, Aufenthalt und Arbeit im Garten und Sport.
3. Empfehlenswert wäre eine Verbesserung der Zugänglichkeit der Senioren zu Rehabilitationsmaßnahmen sowohl in den niederschlesischen Dörfern als auch in den Städten der Region.
4. In der Körperkultur der niederschlesischen Senioren dringen die lancierten Modelle „der gesunden Lebensweise“ zu langsam in den Alltag durch, sowohl in individueller Hinsicht als auch in Bezug auf soziale Präferenzen und Verhaltensweisen. Man muss also die älteren Menschen überzeugen, dass Bewegung notwendig und für seine Gesundheit, körperliche und psychische Leistungsfähigkeit wichtig ist und ihn zur Rekreation und Rehabilitation anspornen.
5. Die Aktivierung der niederschlesischen Senioren hinsichtlich der Körperkultur sollte vielschichtig verlaufen, seine intellektuelle und psychische Verfassung beeinflussen, wobei ihm gleichzeitig Sicherheitsgefühl und das Gefühl gebraucht zu werden gewährleistet und Freundlichkeit entgegengebracht werden muss.

6. Die Bildung der Senioren auf dem Gebiet der körperlichen Aktivität, z.B. in den Universitäten des Dritten Alters, Seniorenklubs, Verbreitung vom Wissen über gesundes Altern, Schaffung eines für die Körperkultur günstigen, durch die Familie, Mitarbeiter der Sozialhilfe und des Gesundheitswesens, NGOs unterstützten Umfelds, Ausbildung fachorientierter Spezialisten für Körperkultur, Bildung von Rehabilitationszentren – sollte zur Grundlage von Programmen werden, die die Körperkultur der älteren Menschen in Niederschlesien fördern.
7. Die moderne Idee der Körperkultur älterer Menschen, auch in Niederschlesien, sollte die Prinzipien der modernen Sichtweise des Menschen in Betracht ziehen, d.h. Anerkennung seiner Würde, Toleranz für Schwächen und Wertschätzung psychischer Werte berücksichtigen.

VI. Zusammenfassung

In den wissenschaftlichen Arbeiten wird diese Lebensphase meistens als eine dynamische Zeit betrachtet. Eine derartige Herangehensweise an das Alter haben bereits die modernen Gesellschaften europa- und weltweit bewiesen. In den letzten Jahren haben sich die Dienstleistungen und die Betreuung der älteren Personen qualitativ verbessert. Die Betreuung muss – um der besseren Lebensqualität der älteren Personen tatsächlich gerecht zu werden - drei Elemente berücksichtigen: die Integration, die Aktivierung und die Bildung älterer Personen. Die demografischen Verschiebungen rufen die Notwendigkeit hervor, neue Einrichtungen zu bilden und Maßnahmen zu ergreifen, um die Senioren psychisch und sozial zur aktiven Lebensweise bewegen. Wichtig ist hierbei auch die psychologische (neben der geriatrischen) Unterstützung, um Depressionen zu überwinden (Altersstress). Auch müssen die Senioren lernen, ihre Gefühle sich selbst gegenüber zu ändern, Krisen zu bewältigen und ihre innere Integrität (psychisches Wohlbefinden) angesichts der zu ziehenden Lebensbilanz aufzubewahren.

Die Sozialpolitik für ältere Menschen sollte ein Gerüst von Maßnahmen bilden, die auf Lebensqualität ausgerichtet sind – sie sollten eine allseitige Kompensierung der sich mit dem Alter verringernden Möglichkeiten der selbständigen Befriedigung von Bedürfnissen, die Integration mit der lokalen Gemeinschaft und die Vorbereitung auf das Alter berücksichtigen. Die Sozialpolitik für ältere Menschen sollte auf folgenden Prinzipien basieren: Autonomie (damit die Senioren selbständig darüber entscheiden, wie sie diese Lebensphase leben wollen), Integration (Gewährleistung einer möglichst vollen Teilnahme

am gesellschaftlichen Leben) und Betreuung (Bildung eines Unterstützungs- und Hilfesystems für Personen, die infolge des Alters oder einer Krankheit die Fähigkeit zur selbständigen Befriedigung ihrer Bedürfnisse verloren haben.

Die Maßnahmen, die im Rahmen der Sozialpolitik ergriffen werden, sollten es den älteren Menschen ermöglichen, sich dem verändernden Gesellschaftsbild anzupassen, damit sie „mitkommen“ und weiterhin die Möglichkeit haben, ihr inneres Potential einzusetzen. Man muss Gegenmaßnahmen gegen ihre Abwesenheit in der lokalen Gemeinschaft, gegen soziale Ausgrenzung und Marginalisierung, Einschränkung ihres Lebensraumes, gegen die Minimalisierung ihrer Bedürfnisse und Erwartungen, gegen die fortschreitende Depressivität und Passivität ergreifen. Die angeführten Erscheinungen wurden mehr oder weniger durch die Forschungsarbeiten bestätigt.

Die Analyse des gesamten zur Verfügung stehenden Materials ergibt, dass die niederschlesischen Senioren heute aus drei Gründen sozial ausgegrenzt werden können. Der erste ist: schwierige finanzielle Situation der Senioren und geringes, ihnen zur Verfügung stehendes Geld, was die Befriedigung aller Bedürfnisse unmöglich macht. Der zweite Grund sind stark in der Gesellschaft verwurzelte Stereotypen über das Alter, so dass sie nicht darauf vorbereitet ist, den älteren Menschen Bedingungen zu schaffen, die ihnen eine hohe Lebensqualität gewährleisten würden. Es kann behauptet werden, dass die öffentliche Diskussion darüber sich im Anfangsstadium befindet, ähnlich wie die Bildung von Instrumenten, die die Integration dieser gesellschaftlichen Kategorie in die übrige Gesellschaft und Lebensfreude und -sinn ermöglicht. Der dritte Grund ist der Prozess der Selbstausschließung des Senioren. Ältere Menschen ziehen sich selbst aus dem Leben zurück, unter anderem wegen ihrer niedrigen Einkünfte – aber nicht nur – auch dem Altersstereotyp zur Folge und begnügen sich mit der nächsten Familie und Freunden. Sie „bestrafen“ sich quasi selber mit der passiven Lebensweise. Die Situation verschlechtert auch das niedrige Ausbildungsniveau der Senioren, mangelnde Verhaltensmuster hinsichtlich aktiver Freizeitgestaltung und sozialer Kompetenzen, damit sie die Möglichkeiten, die die heutige Zeit bietet voll genießen können. Man kann behaupten, dass die oben aufgezeigten Prozesse und Phänomene nur Randbedingungen sind, die für die aktuelle Kondition der niederschlesischen Senioren und für künftige Maßnahmen ausschlaggebend sind.

Prophylaktische Maßnahmen sollten keine instrumentelle und gönnerhafte Behandlung der älteren Personen sein. Betreuungsmaßnahmen sollten mit Bildungsmaßnahmen verknüpft werden, denn damit erreicht der Mensch den Zustand der psychischen Homöostase (fließendes Gleichgewicht zwischen Organismus und seiner

Umwelt), emotionale Ausgeglichenheit, es fällt ihm leichter, gesundheitliche Beschwerden und Disfunktionen zu ertragen und mit dem Prosa des Alltags zurechtzukommen. Das ist das Wesen der Altersprophylaxe. Auf diese Weise wird es gelingen, die Teilnahme des Menschen an der Rückgewinnung und Aufrechterhaltung entsprechender gesundheitlicher und psychischer Ausgeglichenheit, was sich auf die Qualität des Lebens niederschlägt. Derselben Ansicht sind die Gerontologen, die unter den Prädiktoren eines angemessenen Alterungsprozesses: Autonomie, Selbstakzeptanz, positive zwischenmenschliche Relationen, Beherrschung des Lebensumfelds, Ziele und persönliche Weiterentwicklung nennen.

Literatur:

- Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R. (red.), (1999), *MSD – Podręcznik Geriatrii*, Wrocław: Urban&Partner.
- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults*, (1998), "Med. Sci. Sports Exerc.", Nr. 30, S. 992-1008.
- Aronow W.S. (2003), *Effects of aging on the heart*, [in:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (Hrsg.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Bień B. (2003), *Ochrona zdrowia ludzi starszych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej*, „Praca Socjalna”, Nr. 2, S. 93-107.
- Bień O., Pędich W. (1995), *Wpływ transformacji społeczno – politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych*, „Gerontologia Polska”, Nr. 3/4, S. 27-29.
- Błądowski P. (2006), *Spoleczeństwo wobec demograficznego procesu starzenia się ludności- wyzwania dla Polski i doświadczenia zagranicy*, Ogólnopolski Zjazd Naukowy Sekcji Geriatrycznej PTL Gdańsk.
- Błądowski P. (2008), *Charakterystyka procesu starzenia – aspekt socjoekonomiczny*, [in:] K. Wieczorowska-Tobis, K. Talarska (red.), *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL.
- Chomiuk T., Mamcarz A. (2007), *Bezpieczne formy aktywności ruchowej stosowane w treningu zdrowotnym osób starszych*, „Kardioprofil”, Nr. 6, S. 451-455.
- Chwałczyńska A., Górska-Klęk L. (2007), *Dostępność świadczeń rehabilitacyjnych w wybranych miastach wojewódzkich w 2006 roku*, „Fizjoterapia”, Nr. 15, Supl. 1, S. 26.
- Connolly M.J. (2003), *Asthma and chronic obstructive disease*, [in:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (Hrsg.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Connolly M.J., Gosney M. (2003), *Nonobstructive lung disease and thoracic tumors*, [in:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (Hrsg.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Dąbrowska G., Skrzek A., Mraz M. (2002), *Rehabilitacja lecznicza i jej znaczenie w życiu seniorów na podstawie badań własnych*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, Nr. 11, suppl. 1, S. 129-133.
- Derejczyk J. i wsp. (2008), *Gerontologia Polska*, w druku.
- Dochody i warunki życia ludności Polski*, (2008), Warszawa: HAUPTAMT FÜR STATISTIK (GUS).
- Drabik J. (1997), *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*, Gdańsk: Wydawnictwo AWF.
- Drabik J. (2006), *Ruch i wysiłek fizyczny*, „Antropomotoryka”, Nr. 34, S. 121-123.
- Drygas W. (2003), *Trening zdrowotny: bilans 50 lat. Czy znamy odpowiedzi na najważniejsze pytania?*, „Medicina Sportiva”, Nr. 7, S. 9-14.
- Dyczewski L., Adamczuk L., Szatur – Jaworska B., Pałaszewska – Reindl T., Ozimek I., Niepokulczycka M., Halicka M., Halicki J. (1999), *Potrzeby ludzi starszych; uniwersalne i specyficzne*, [in:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa: UNDP.
- Evans W.J. (1999), *Exercise training guidelines for the elderly*, "Med. Sci. Sports Exerc.", Nr. 31, S. 12-17.
- Golinowska S., Holzer J., Szwarz H., Pędich W. (1999), *Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury* [in:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa: UNDP.

- Grodzicki T., Kocemba J. (2000), *Farmakoterapia w wieku podeszłym*, [in:] J. Kocemba, T. Grodzicki, *Zarys gerontologii klinicznej*, Kraków: MCKP UJ.
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (2006), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Halik J. (Hrsg.), (2002), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa: ISP.
- Ignasiak Z., Dąbrowska G., Żurek G. (2007), *Poziom otluszczenia u kobiet starszych, słuchaczek UTW aktywnych i nieaktywnych ruchowo*, „Antropomotoryka”, Nr. 37, S. 67-72.
- Jałowicki, B., Szczepański, M.S. (2002), *Miasto i przestrzeń w perspektywie socjologicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Jaskólska A., Jaskólski A. (2005), *Zmiany fizjologiczne u osób w wieku średnim i starszym a zdolność wykonywania wysiłku fizycznego*, [in:] *Podstawy fizjologii i wysiłku fizycznego z zarysem fizjologii człowieka*, Wrocław: Wydawnictwo AWF.
- Jegier A. (2003), *Kwalifikacja lekarska do treningu zdrowotnego osób dorosłych*, „Medicina Sportiva”, Nr. 7, S. 27-35.
- Jopkiewicz A. (1996), *Aktywność ruchowa osób starszych*, Kielce: Wydawnictwo WSP.
- Kabsch A. (2001), *Niepełnosprawność towarzysząca procesom starzenia wyzwaniem dla fizjoterapii*, „Fizjoterapia”, Nr. 3, S. 3-20.
- Kędziora-Kornatowska K., Biercewicz M. (2008), *Upadki i zaburzenia lokomocji*, [in:] K. Wieczorowska-Tobis, K. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL.
- Klich-Rączka A., Obiorek A. (2000), *Zaburzenia endokrynologiczne*, [in:] J. Kocemba, T. Grodzicki, *Zarys gerontologii klinicznej*, Kraków: MCKP UJ.
- Kocemba J., Życzkowska J. (2000), *Osobnicze i populacyjne starzenie się człowieka*, [in:] J. Kocemba, T. Grodzicki, *Zarys gerontologii klinicznej*, Kraków: MCKP UJ.
- Koczorowski R. (2008), *Opieka stomatologiczna nad starszym pacjentem*, [in:] K. Wieczorowska-Tobis, K. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL.
- Korzeniewska Katarzyna (2002), *Biedni (i) emeryci: o ekonomicznej zależności biednych rodzin od pomocy z zewnątrz i o „underclass po polsku”*, [in:] K. Korzeniewska, E. Tarkowska (red.), *Lata tłuste, lata chude... Spojrzenie na biedę w społecznościach lokalnych*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
- Kostka T. (2000), *Rola aktywności ruchowej w promocji zdrowia u osób starszych*, „Medicina Sportiva”, Nr. 5, S. 147-150.
- Kozdroń E. (2005), *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Warszawa: Skrypt AWF (Akademie f. Körpererziehung).
- Kuński H. (2007), *Trening zdrowotny osób dorosłych stosowany w praktyce*, „Medicina Sportiva”, Nr. 7, S. 15-25.
- Kurzepa J., Lisowska A., Pierchalska A. (2008), *Prostytucja 'nieletnich' w perspektywie Dolnoślązaków*, Wrocław: Agencja Wydawnicza „ARGI”.
- Laskowska – Otwinowska Justyna (2000), *Człowiek stary w ubogiej rodzinie polskiej wsi współczesnej*, [in:] E. Tarkowska (red.), *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Warszawa: Typografia.
- Łobożewicz T. (1995), *Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa*, „Gerontologia Polska”, Nr. 3 (1-2), S. 25-36.

- Maslow, A. (2006), *Motywacja i osobowość*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015. Załącznik do Uchwały 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r. (Nationaler Gesundheitsplan f. d. J. 2007 – 2015)*
- O wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn raz jeszcze. Komunikat z badań*, (2005), Warszawa: ZENTRUM FÜR MEINUNGSFORSCHUNG/CBOS.
- Ocena sytuacji materialnej. Komunikat z badań*, (2006), Warszawa: ZENTRUM FÜR MEINUNGSFORSCHUNG/CBOS.
- Osiński W. (2002), *Aktywność fizyczna podejmowana przez osoby w starszym wieku*, „Antropomotoryka”, Nr. 24, S. 3-24.
- Pędich W. (1996), *Aktywność ruchowa osób starszych*, Kielce: Wydawnictwo WSP.
- Pędich W. (2007), *Gerontologia i geriatria*, [in:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*, (2002), Warszawa: HAUPTAMT FÜR STATISTIK (GUS).
- Rocznik Demograficzny* (2007), Warszawa: HAUPTAMT FÜR STATISTIK (GUS).
- Różańska-Kirschke A., Kocur P., Wilk M., Dylewicz P. (2006), *Test Fullerton jako miernik sprawności fizycznej osób dorosłych*, „Rehabilitacja Medyczna”, Nr. 10, S. 9-16.
- Sinclair A.J., Croxon S.C.M. (2003), *Diabetes mellitus*, [in:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (Hrsg.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Skrzek A. (2005), *Trening zdrowotny a procesy involucyjne narządu ruchu u kobiet*, Studia i Monografie, Wrocław: Wydawnictwo AWF.
- Skrzek A., Woźniewski M., Wnuk W. (2002), *Czy kultura fizyczna jest potrzebna osobom w podeszłym wieku?*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, Nr. 11, Supl. 1, S. 123-129.
- Stryła W. (1977), *Ruch jako profilaktyka procesu starzenia się*, „Nowiny Lekarskie”, Nr. 66, S. 30-35.
- Synak B. (2002), *Polska starość*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Szatur – Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR.
- Szatur – Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR.
- Szczepańska J., Greń G., Woźniewski M. (2004), *Wpływ systematycznych ćwiczeń fizycznych na samopoczucie i zaburzenia nastroju osób w podeszłym wieku z niewielkim deficytem poznawczym*, „Fizjoterapia”, Nr. 12 (3), S. 37-46.
- Sztompka P. (2003), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Szwarc H. (1996), *Sprawność fizyczna i zdrowie osób starszych*, „Kultura fizyczna”, Nr. 9 (10), S. 7-10.
- Tarkowska E., (2000), *Zróżnicowanie biedy: wiek i płeć*, [in:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
- Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków. Komunikat z badań*, (2005), Warszawa: ZENTRUM FÜR MEINUNGSFORSCHUNG/CBOS.
- Wąsiewicz E.P. et al. (1995), *Opinie pacjentów o planowanych zmianach organizacyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, Nr. 1, S. 19-24.

- WHO. *Wytyczne dotyczące programowania aktywności fizycznej wśród osób starszych* (1997), „Rehabilitacja Medyczna”, Nr. 4, S. 53-57.
- Wiek emerytalny kobiet i mężczyzn. Komunikat z badań*, (2003), Warszawa: ZENTRUM FÜR MEINUNGSFORSCHUNG/CBOS.
- Wyjazdy Polaków na wypoczynek w latach 1992 – 2005. Komunikat z badań*, (2005), Warszawa: ZENTRUM FÜR MEINUNGSFORSCHUNG/CBOS.
- Zabłocki G., Sobczak M., Piszczek E., Kwiecińska M. (1999), *Ubóstwo na terenach wiejskich Północnej Polski*, Toruń: Wyd. UMK.
- Zakupy – gdzie i co kupujemy. Komunikat z badań*, (2004), Warszawa: ZENTRUM FÜR MEINUNGSFORSCHUNG/CBOS.
- Zatońska K., Waszkiewicz L., Bolanowski M. (2006), *Samoocena stopnia otyłości kobiet i mężczyzn zamieszkałych na Dolnym Śląsku*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, Nr. 1, Bd. 2, S. 12-18
- Żak M. (2002), *Ocena ryzyka upadków u osób starszych i możliwości prewencji*, „Gerontologia Polska”, Nr. 8, S. 18-21.