

Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick Ausgewählte Ergebnisse



Themen

- ▶ **Erkrankungen und Unfälle in der zweiten Lebenshälfte**
- ▶ **Das Ausmaß an körperlichen Einschränkungen**
- ▶ **Defizite in der Gesundheitsversorgung**
- ▶ **Kommen später Geborene mit besserer Gesundheit ins Alter?**
- ▶ **Gesundheitliche Probleme und Potenziale – heute und zukünftig**

Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Einleitung

Heutzutage werden viel mehr Menschen alt als in früheren Zeiten, in denen nur ein kleiner Teil der Bevölkerung überhaupt die Lebensphase Alter erreichte. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt heute in Deutschland für Männer bei 75 Jahren, für Frauen bei 81 Jahren. Noch im Jahr 1950 lag sie bei 65 Jahren (Männer) bzw. 68 Jahren (Frauen).

Dabei gibt es nicht nur immer mehr alte Menschen, sondern diese alten Menschen erreichen zugleich immer häufiger ein sehr hohes Alter. Derzeit sind vier Prozent der Bevölkerung 80 Jahre und älter. Im Jahr 2050 werden es, Vorausberechnungen zufolge, dreimal so viele (12 Prozent) sein.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen ist wichtig, wie gesund ältere Menschen sind. Denn die Gesundheit entscheidet darüber, in welchem Umfang medizini-

sche und pflegerische Versorgung erforderlich ist.

Gute Gesundheit ist zugleich eine wichtige Grundlage für die Beteiligung am gesellschaftlichen Leben. Inwieweit Ältere über die derzeitige Regelaltersgrenze von 65 Jahren hinaus arbeiten oder sich ehrenamtlich engagieren können, hängt wesentlich von der Gesundheit ab. Aber auch für jeden Einzelnen ist gute Gesundheit wichtig. Sie bildet ein zentrales Gut für Lebensqualität – nicht nur im Alter.

Die Ergebnisse des Alterssurveys weisen daraufhin, dass nachfolgende Jahrgänge mit einer besseren Gesundheit ins Alter kommen als jene, die früher geboren wurden. Zugleich zeigen sich jedoch Defizite in der Gesundheitsversorgung Älterer.

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur eine Frage des Alters

Alter wird oftmals mit Krankheit gleichgesetzt. In der Biologie wird darauf hingewiesen, dass diese Gleichsetzung nicht richtig ist: Nicht jede ältere Person ist krank; biologisches Altern kann sich auch in Abwesenheit von Krankheit vollziehen (Austad, 2001).

Verschlechtert sich die Gesundheit mit steigendem Alter, bedeutet dies besonders, dass körperliche Funktionen wie Sehen, Hören und Bewegungsfähigkeit nachlassen.

Nicht selten verschlechtern sich auch einzelne Gedächtnisleistungen. Zugleich nehmen mit steigendem Alter chronische Erkrankungen zu.

Ebenso wächst die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz, d.h. an einer dauerhaf-

ten Intelligenzminderung wie z.B. einer Alzheimer-Demenz, zu erkranken. Anhand von Abbildung 1 wird deutlich, dass Ältere häufiger von Erkrankungen betroffen sind als Jüngere. Sie zeigt jedoch zugleich, dass bereits ein nennenswerter Anteil der 40- bis 54-Jährigen von Erkrankungen betroffen ist.

Viele Erkrankungen im Alter sind bereits in früheren Lebensjahren entstanden. Ihre Zunahme ist dadurch häufig eine Folge des langen Lebens und nicht allein Folge des biologischen Alters.

Quelle: Alterssurvey – DZA

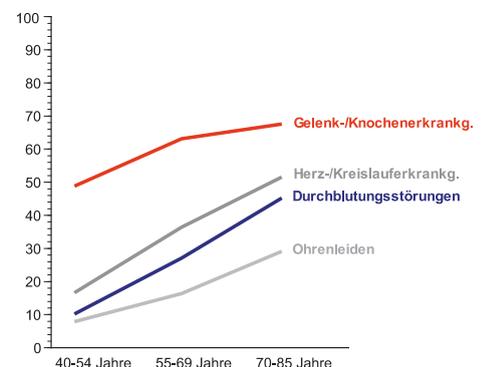


Abbildung 1: Die Abbildung stellt exemplarisch für 4 Krankheitsgruppen dar, wie viele Personen über eine entsprechende Erkrankung berichten (Angaben in Prozent). Der Vergleich der drei Altersgruppen veranschaulicht, dass alle vier Erkrankungen bei Älteren deutlich weiter verbreitet sind als bei Jüngeren.

Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet

Gesundheitseinbußen im Erwachsenenalter weisen auf Präventionspotenziale hin

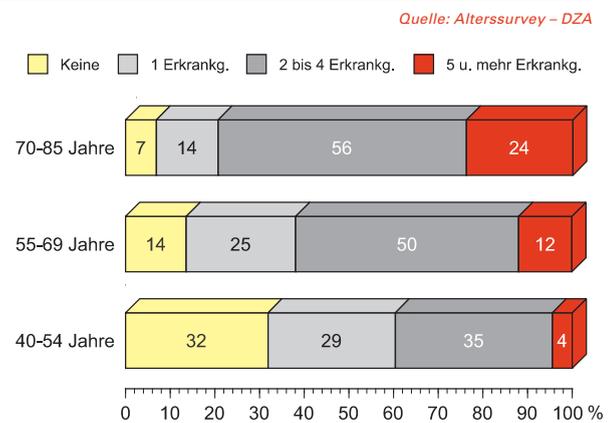
Im Rahmen des Alterssurveys wurden Personen im Alter zwischen 40 und 85 Jahren nach ihren Erkrankungen gefragt. Hierzu zählten beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Gelenkerkrankungen, Augenleiden und Magen- oder Darmerkrankungen.

Abbildung 2 ist zu entnehmen, wie groß der Anteil von Personen ist, der keine oder nur eine Erkrankung hat und wie viele Personen von zwei oder mehr Krankheiten gleichzeitig betroffen sind. Deutlich wird hierbei, dass zu Beginn der zweiten Lebenshälfte, also im Alter zwischen 40 und 54 Jahren, rund jede dritte Person von keinerlei Erkrankungen betroffen ist. Zugleich hat jedoch mehr als jede dritte Person dieser Altersgruppe zwei oder mehr Erkrankungen. Der Anteil von Personen, die von mehreren Erkrankungen betroffen sind, nimmt über die Altersgruppen hinweg zu. Deutlich wird dies besonders am Anteil jener, die über fünf oder mehr gleichzeitig bestehende Erkrankungen berichten. Dieser Anteil verdreifacht sich von vier Prozent in der Gruppe der 40- bis 54-Jährigen auf zwölf Prozent in der Gruppe der

55 bis 69-Jährigen. Bei den 70- bis 85-Jährigen hat schließlich rund jede vierte Person fünf und mehr Erkrankungen. Mit steigendem Alter nimmt somit die Zahl der Erkrankungen zu.

Die Feststellung, dass bereits viele jüngere Personen über Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) berichten, verweist darauf, dass Multimorbidität nicht allein eine Herausforderung des hohen Alters ist. Betroffen sind auch Personen zwischen 40 und 69 Jahren und somit jene,

Abbildung 2: Die Abbildung zeigt, wie viele Personen darüber berichten, von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen zu sein (Angaben in Prozent). Die roten Balken machen deutlich, dass es im Altersgruppenvergleich zu einer starken Zunahme von Personen kommt, die angeben, von 5 oder mehr Erkrankungen betroffen zu sein. Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet



Quelle: Alterssurvey – DZA

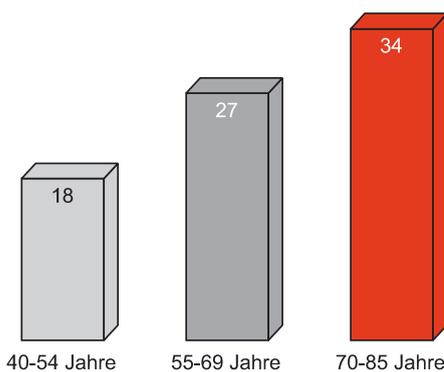


Abbildung 3: Der Abbildung ist zu entnehmen, wie viele Personen innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Befragung eine schwere Krankheit oder einen Unfall hatten (Angaben in Prozent). Im Altersgruppenvergleich wird deutlich, dass Ältere viel häufiger von schweren Krankheiten oder Unfällen betroffen sind als Jüngere. Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet

Schwere Krankheiten und Unfälle sind jedoch nicht immer vermeidbar

Neben der bereits dargestellten Anzahl der Erkrankungen lässt sich auch der Schweregrad von Erkrankungen betrachten. Im Rahmen des Alterssurveys wurde danach gefragt, wie viele Personen in den letzten 10 Jahren eine schwere Krankheit oder einen Unfall hatten (Abbildung 3). Deutlich wird dabei, dass offensichtlich von der jüngeren zur älteren Altersgruppe nicht nur der Anteil von Personen mit Mehrfacherkrankungen steigt. Auch der Anteil von Personen mit schweren Krankheiten oder Unfällen nimmt über die Altersgruppen hinweg deutlich zu. Der Anteil verdoppelt sich fast von der jüngsten zur ältesten der drei Altersgruppen (18 bzw. 34%).

die sich zum größten Teil noch im Erwerbsalter befinden.

Bei der heutigen durchschnittlichen Lebenserwartung hat ein 55-jähriger Mann noch 20 Lebensjahre vor sich, eine gleichaltrige Frau sogar 26 Jahre. Personen, die dieses Alter erreicht haben, werden oftmals aber deutlich älter als dies die durchschnittliche Lebenserwartung annehmen lässt.

Damit die durch eine gestiegene Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre auch Jahre in guter Gesundheit sind, ist es wichtig, Präventionspotenziale zu nutzen. Hierzu zählen die Vorbeugung von Krankheiten, die Verhinderung des Fortschreitens von Krankheiten sowie die Vermeidung von Folgeschäden.

Krankheiten und Unfälle lassen sich nicht grundsätzlich vermeiden. Doch die Bedeutung, die der Wiederherstellung von Gesundheit und der Vermeidung von Folgeschäden zukommt, kann nicht überschätzt werden. Denn Erkrankungen stellen ein großes Risiko dar. Bei den jüngeren Personen besteht es unter anderem darin, schon früh erwerbsunfähig zu werden. Bei Personen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren (und jenen, die älter als 85 Jahre sind) sind Einschränkungen der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten oftmals die Folge von Erkrankungen. Dies bedeutet ein erhöhtes Risiko für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung.

Mit steigendem Alter nehmen Mobilitätseinbußen deutlich zu ...

Mit steigendem Alter treten nicht nur Erkrankungen und Unfälle häufiger auf. Auch **Funktionseinbußen** nehmen deutlich zu. Die körperliche Beweglichkeit verschlechtert sich, oftmals nimmt auch die Seh- und Hörfähigkeit ab. Teilweise sind Funktionseinbußen eine Folge von altersphysiologischen Veränderungen. Teilweise sind sie eine Folge von Krankheiten oder Unfällen sowie von langjährigen Gesundheitsbelastungen (z.B. Rauchen; Lärm am Arbeitsplatz). Das Ausmaß von Funktionseinbußen ist somit nicht allein altersabhängig.

Abbildung 4 zeigt anhand von drei Beispielen, wie viele Personen in der zwei-

ten Lebenshälfte von Mobilitätseinbußen betroffen sind.

(a) Anstrengende Aktivitäten: Anstrengende Tätigkeiten wie schnelles Laufen oder das Heben schwerer Gegenstände bereiten bereits im Alter zwischen 40 und 54 Jahren jeder dritten Person Probleme. Mit steigendem Alter sind zunehmend mehr Personen darin eingeschränkt. Dabei nimmt auch der Anteil von Personen deutlich zu, die über starke Einschränkungen berichten.

(b) Beweglichkeit (sich beugen, knien, bücken): Die Beweglichkeit verschlech-

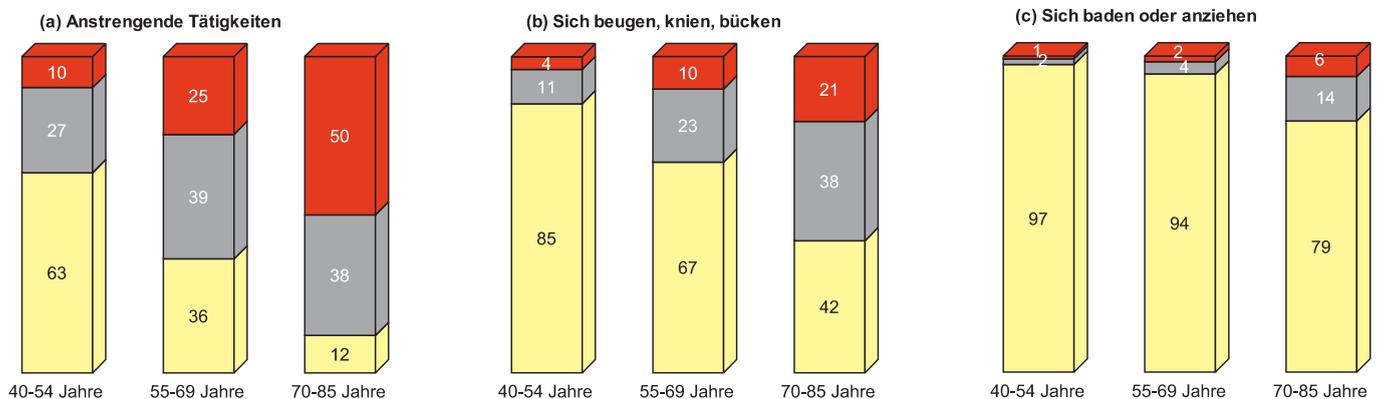
tert sich ebenfalls mit steigendem Alter. Zunehmend mehr Personen berichten, dass sie sich nicht mehr uneingeschränkt beugen, knien oder bücken können. Im Alter zwischen 55 und 69 Jahren ist hier von jeder dritte Person betroffen, ab 70 Jahren mehr als jede zweite.

(c) Baden oder Anziehen: Der Anteil von Personen, denen das Baden oder Anziehen Probleme bereitet, steigt erst im höheren Alter merklich an: Im Alter zwischen 70 und 85 Jahren berichtet jede fünfte Person über entsprechende Einschränkungen.

Grundlage der Alterssurvey-Befragung sind Personen, die in Privathaushalten leben. Personen, die in Heimen leben, wurden nicht berücksichtigt. Würde man diese mit einbeziehen, läge der Anteil von Personen mit Funktionseinbußen deutlich höher. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen.

Abbildung 4: Anteil von Personen, die berichten, stark, etwas oder überhaupt nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt zu sein (Angaben in Prozent). Dargestellt sind beispielhaft drei Mobilitätsaspekte (Einzelitems der SF-36 Skala zu körperlicher Funktionsfähigkeit). Deutlich wird, dass Funktionseinbußen mit steigendem Alter häufiger vorkommen – aber auch im Alter zwischen 70 und 85 Jahren gibt noch ein nennenswerter Teil von Personen an, ohne Einschränkungen zu sein.
Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet

Quelle: Alterssurvey – DZA



... hiervon sind Frauen stärker betroffen als Männer

Betrachtet man die körperliche Funktionsfähigkeit getrennt für Frauen und Männer, zeigen sich im Alter deutliche Unterschiede (vgl. Abb. 5): Ältere Frauen sind von stärkeren Mobilitätseinbußen betroffen als ältere Männer.

Diese Geschlechtsunterschiede sind noch nicht in den ersten Jahren der zweiten Lebenshälfte festzustellen. Dies verändert sich jedoch mit steigendem Alter: Während Männer häufiger Krankheiten mit tödlichem Ausgang haben, werden Frauen älter und leiden dann häufiger unter chronischen Erkrankungen wie Arthrose, Osteoporose und Rheuma.

Quelle: Alterssurvey – DZA

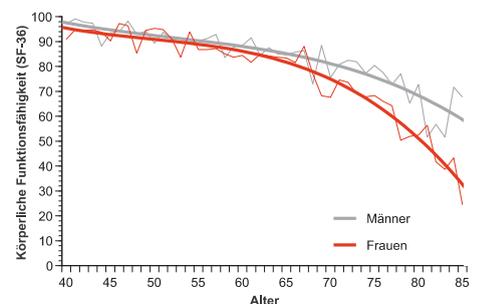


Abbildung 5: Die körperliche Funktionsfähigkeit nimmt im Alter ab. Hiervon sind Frauen in stärkerem Maße betroffen als Männer. Die Darstellung enthält Mittelwertangaben und Kurvenanpassung.

Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet

Die körperliche Funktionsfähigkeit von Frauen und Männern im Erwerbsalter unterscheidet sich nicht.

Im Alter jedoch sind Frauen von stärkeren Mobilitätsverlusten betroffen als Männer.

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Älterer ...

Die vorangehenden Darstellungen machten deutlich, dass mit steigendem Alter körperliche Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen zunehmen.

Im Unterschied zur ersten Lebenshälfte, sind Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte ...

- oftmals chronisch und irreversibel (d.h. nicht heilbar),

- mit steigendem Alter zunehmend mit Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) verbunden und führen

- oftmals zu dauerhaften Einschränkungen von Körperfunktionen.

Vor diesem Hintergrund ist eine angemessene Gesundheitsversorgung eine wichtige und komplexe Aufgabe.

Dieses Ziel wird erreicht durch medizinische Behandlungen, wie sie über ambulante Arztpraxen und stationäre Einrich-

tungen erfolgen sowie durch weitere Formen von Gesundheitsdienstleistungen.

Inanspruchnahme medizinischer Versorgung:

Betrachtet man beispielsweise die Nutzung von praktischen Ärzten, Zahnärzten und Internisten, ist festzustellen: Mit steigendem Alter gehen mehr Personen

Quelle: Alterssurvey – DZA

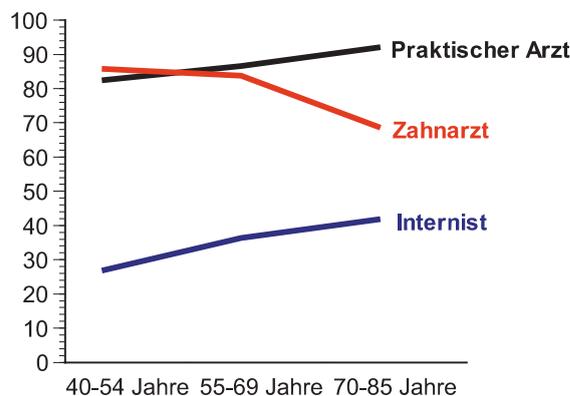


Abbildung 6: Die Abbildung zeigt, wie viele Personen angeben, in den letzten 12 Monaten vor Befragung mindestens einmal eine der genannten Arztpraxen aufgesucht zu haben (Angaben in Prozent). Deutlich wird hierbei, dass in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen die zahnärztliche Versorgung abnimmt. Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet

... bestehen weiterhin Verbesserungsmöglichkeiten

Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsversorgung:

Erkrankungen werden mit dem Alter häufiger und oftmals auch schwerer. Dabei ist zur Behandlung nicht nur eine ausreichende medizinische Versorgung wichtig. Um dauerhafte körperliche Einschränkungen zu vermeiden oder zumindest zu verringern, sind auch therapeutische Behandlungen wie Massagen, Krankengymnastik oder Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich.

Solche **Heilhilfsbehandlungen** dienen in der Regel dazu, die körperliche Funktionsfähigkeit (so weit möglich) wiederherzustellen.

Das ist im Alter besonders wichtig, denn Ältere sind besonders häufig von körperlichen Einbußen betroffen. Diese Einbußen können oftmals nicht (mehr) durch andere Fertigkeiten ausgeglichen werden. Viele sind dadurch zunehmend auf die Hilfe anderer angewiesen, was nicht selten dazu führt, dass eine Heimunterbringung notwendig wird.

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkens-

wert, dass ältere Personen Heilhilfsbehandlungen nicht häufiger nutzen als Jüngere (vgl. Abbildung 7): Zwar nutzen Frauen Heilhilfsbehandlungen häufiger als Männer. Aber es zeigt sich bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter keine merkliche Zunahme von Heilhilfsbehandlungen. Offensichtlich bleiben somit Rehabilita-

Erkrankungen nehmen mit dem Alter deutlich zu, Heilhilfsbehandlungen hingegen nicht.

tionspotenziale ungenutzt. Einen unerwünschten Heimübergang hinauszuzögern trägt nicht nur wesentlich zur Lebensqualität im Alter bei. Für die Gesellschaft bedeutet dies auch erhebliche Kostenersparnisse, u.a. in Bezug auf die pflegerische Versorgung.

Quelle: Alterssurvey – DZA

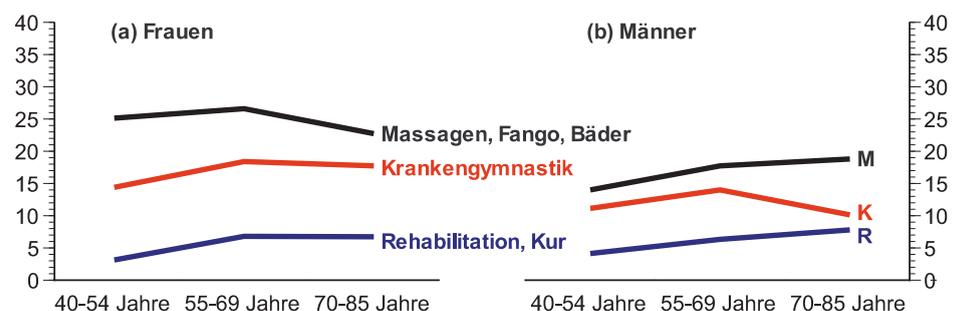


Abbildung 7: Der Abbildung ist zu entnehmen, wie viele Personen angeben, in den letzten 12 Monaten vor Befragung mindestens einmal eine der genannten Behandlungen in Anspruch genommen zu haben (Angaben in Prozent). Frauen haben solche Heilhilfsbehandlungen insgesamt häufiger erhalten als Männer. Im Altersgruppenvergleich ist jedoch kein bedeutsamer Anstieg von Heilhilfsbehandlungen festzustellen. Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurveys 2002, gewichtet

Werden nachfolgende Generationen mit besserer Gesundheit ins Alter kommen?

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist angestiegen und wird voraussichtlich in Zukunft weiter ansteigen. Das wirft die Frage auf, was dieses „Mehr“ an Lebensjahren bedeutet:

Ist das längere Leben zugleich eine längere Phase des Leidens an chronischen Erkrankungen und Funktionseinbußen? Kommt es zu einer zeitlichen Ausdehnung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit? Ist jedes Jahr gewonnener Lebenserwartung nur ein zusätzliches Jahr in Behinderung (Kramer, 1980)?

„Gewonnene“ Lebensjahre sind nicht einfach nur zusätzliche Jahre in Behinderung. Länger zu leben bedeutet hingegen, mehr Lebenszeit in guter Gesundheit zu haben.

Oder haben die zukünftigen Alten eine bessere Gesundheit als Generationen von Älteren vor ihnen? Dies könnte bedeuten, dass sich die Lebenszeit verlängert, ohne dass Ältere mehr Lebensjahre mit Krankheiten, Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit leben müssen. Der Frage, ob nachfolgende Gruppen

von Älteren gesünder alt werden als vor ihnen Geborene, kann mit den Daten des Alterssurveys nachgegangen werden. Hierfür werden zwei Stichproben des Alterssurveys herangezogen: Eine Gruppe von Personen, die 1996 befragt wurden und damals zwischen 40 und 85 Jahren alt waren sowie eine zweite Gruppe von Personen, die erst im Befragungsjahr 2002 zwischen 40 und 85 Jahren alt waren.

Auf diese Weise lassen sich Personen miteinander vergleichen, die beispielsweise im Jahr 1996 zwischen 70 und 75 Jahren alt waren und solche, die erst im Jahr 2002 in dieses Alter kamen. Es werden also gleichaltrige Personen mitein-

ander verglichen. Geboren wurden sie aber in unterschiedlichen Jahren, denn die einen haben das betreffende Alter bereits 1996 erreicht, die anderen erst im Jahr 2002.

Mit dieser Methode des „Kohortenvergleichs“ lässt sich untersuchen, ob später Geborene eine bessere Gesundheit haben, wenn sie ins gleiche Alter kommen wie vor ihnen Geborene.

Anhand von Abbildung 8 wird deutlich, dass sich die Vermutung bestätigt: Später Geborene (rote Balken) berichten über weniger Erkrankungen als Personen, die sechs Jahre früher geboren wurden (graue Balken).

Dies gilt besonders für die Altersgruppen ab 58 Jahren. Die eingezeichneten Sterne zeigen an, dass es sich hierbei um deutliche und statistisch bedeutsame Unterschiede handelt.

Demnach kommen nachfolgende Kohorten tatsächlich mit weniger Krankheiten ins Alter als früher Geborene.

Quelle: Alterssurvey – DZA

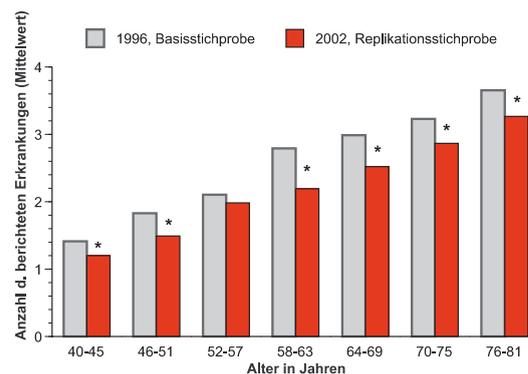


Abbildung 8: Die Abbildung enthält einen Vergleich zwischen Personen, die 1996 zwischen 40 und 85 Jahren alt waren (graue Balken) und solchen, die sechs Jahre später geboren wurden und damit erst im Jahr 2002 zwischen 40 und 85 Jahren waren (rote Balken). Dabei ist zu erkennen, dass später Geborene im Durchschnitt von weniger Erkrankungen betroffen sind als früher Geborene. Dies gilt besonders für die dargestellten Altersgruppen ab 58 Jahren.

Daten: Alterssurvey Basisstichprobe 1996, Replikationsstichprobe 2002

Gesundheitliche Probleme und Potenziale – heute und zukünftig

Gesundheitliche Probleme

- Die dargestellten Ergebnisse bestätigen das verbreitete Wissen, dass sich die Gesundheit mit steigendem Alter verschlechtert.

- Krankheiten und körperliche Einschränkungen sind jedoch nicht erst im Alter ein Problem: Bereits im Erwerbsalter ist ein nennenswerter Anteil der Personen von Erkrankungen und Einschränkungen betroffen.

Gesundheitliche Potenziale

- Die Darstellungen weisen darauf hin, dass nachfolgende Jahrgänge mit weniger Krankheiten ins Alter kommen als früher Geborene.

- Doch diese Entwicklung passiert nicht „automatisch“. Wesentliche Faktoren für eine längere Lebenszeit in guter Gesundheit sind ein günstiges Gesundheitsverhalten und eine angemessene Gesundheitsversorgung.

Die Ergebnisse zur Gesundheitsversorgung machen allerdings deutlich, dass im Alter die präventiven Potentiale nicht ausreichend genutzt werden. Gemeint sind hierbei besonders die Möglichkeiten einer Verringerung von Krankheiten, einer Verhinderung des Fortschreitens von Krankheiten und eine Minderung von Folgeschäden (u.a. Behinderungen).

Gesundheitliche Probleme werden vielfach als „altersgemäß normal“ und nicht als behandelbar und behandlungsbedürftig wahrgenommen. Dies führt dazu, dass medizinische Maßnahmen oftmals erst dann eingeleitet werden, wenn Symptome oder Beschwerden stark zunehmen.

Krankheiten zu vermindern und Behinderungen zu vermeiden ist nicht nur eine Frage von Lebensqualität im Alter. Vor dem Hintergrund, dass unsere Gesellschaft altert, ist dies auch von hoher Bedeutung für die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Der Alterssurvey

Der Alterssurvey ist eine umfassende Untersuchung der „zweiten Lebenshälfte“, also des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Ziel der Untersuchung ist es, Informationsgrundlagen für politische Entscheidungsträger und die interessierte Öffentlichkeit einerseits sowie Daten für die wissenschaftliche Forschung andererseits bereitzustellen. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) führt damit eine Untersuchung aus dem Jahr 1996 der Forschungsgruppe „Altern und Lebenslauf“ der Freien Universität Berlin

und der Forschungsgruppe Psychogerontologie der Katholischen Universität Nijmegen mit erweiterter Themenstellung fort. Der Alterssurvey wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Die Verantwortung für die Inhalte dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Diese Presstexte sind Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung

Sie werden kostenlos als Printversion und Online vertrieben.

Bezugsstelle:
Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Postfach 20 15 51, 53145 Bonn

Telefon 0180/532 93 29
broshuerenstelle@bmfsfj.bund.de
www.bmfsfj.de

In der Reihe „Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick“ wurden Zusammenfassungen zu folgenden Themen veröffentlicht:

- ▶ *Der Alterssurvey – eine allgemeine Einführung*
- ▶ *Die materielle Lage in der zweiten Lebenshälfte*
- ▶ *Erwerbsbeteiligung und Übergang in den Ruhestand*
- ▶ *Familie und Generationen im Wandel*
- ▶ *Tätigkeiten und Engagement in der zweiten Lebenshälfte*
- ▶ *Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte*
- ▶ *Gesundheit und Gesundheitsversorgung*

DZA | Deutsches Zentrum
für Altersfragen

Mehr Informationen zum Thema

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Telefon 030/260 74 00
Telefax 030/785 43 50
www.dza.de

Der vorliegende Text ist entstanden auf der Grundlage des Kapitels:

Wurm, Susanne und Tesch-Römer, Clemens: Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung.

In: Tesch-Römer, C., Engstler, H., Wurm, S. (Hrsg.): Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (erscheint 2005).

Kontakt: Susanne Wurm,
s.wurm@dza.de