

### Public Health Monitoring 65+ in Deutschland - Auswahl und Definition von Indikatoren

Grube, Maike M.; Scheidt-Nave, Christa; Gaertner, Beate; Lüdtkke, Denise; Bosnjak, Michael; Heinrich, Stephanie; Lahmann, Nils; Meyer, Gabriele; Rapp, Kilian; Riedel-Heller, Steffi; Schäufele, Martina; Wolf-Ostermann, Karin; Zank, Susanne; Fuchs, Judith

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Grube, M. M., Scheidt-Nave, C., Gaertner, B., Lüdtkke, D., Bosnjak, M., Heinrich, S., ... Fuchs, J. (2019). Public Health Monitoring 65+ in Deutschland - Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring*, 4(2), 93-109. <https://doi.org/10.25646/5984>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Journal of Health Monitoring · 2019 4(2)  
DOI 10.25646/5984  
Robert Koch-Institut, Berlin

Maike M. Grube<sup>1</sup>, Christa Scheidt-Nave<sup>1</sup>,  
Beate Gaertner<sup>1</sup>, Denise Lütke<sup>1</sup>,  
Michael Bosnjak<sup>2</sup>, Stephanie Heinrich<sup>3</sup>,  
Nils Lahmann<sup>4</sup>, Gabriele Meyer<sup>3</sup>, Kilian Rapp<sup>5</sup>,  
Steffi Riedel-Heller<sup>6</sup>, Martina Schäufele<sup>7</sup>,  
Karin Wolf-Ostermann<sup>8</sup>, Susanne Zank<sup>9</sup>,  
Judith Fuchs<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut, Berlin

<sup>2</sup> Leibniz-Zentrum für Psychologische  
Information und Dokumentation, Trier

<sup>3</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

<sup>4</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

<sup>5</sup> Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

<sup>6</sup> Universität Leipzig

<sup>7</sup> Hochschule Mannheim

<sup>8</sup> Universität Bremen

<sup>9</sup> Universität zu Köln

Eingereicht: 30.10.2018

Akzeptiert: 01.03.2019

Veröffentlicht: 27.06.2019

# Public-Health-Monitoring für die Altersgruppe 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren

## Abstract

Die Auswahl relevanter Indikatoren ist ein wichtiger Schritt in der Entwicklung eines Public-Health-Monitorings zur Gesundheit im höheren Lebensalter. In diesem können Informationen aus verschiedenen Datenquellen gezielt und systematisch zusammengeführt werden, um wiederkehrende und vergleichbare Aussagen zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen zu ermöglichen. Basierend auf einer systematischen Zusammenstellung bestehender Indikatoren aus internationalen Monitoringsystemen wurde in einem mehrstufigen strukturierten Konsentierungsprozess gemeinsam mit einem interdisziplinär besetzten Gremium aus Expertinnen und Experten ein Indikatorensatz zur Gesundheit im Alter entwickelt. Die 18 Indikatoren lassen sich den drei Handlungsfeldern (1) Lebensweltfaktoren, (2) Teilhabe und Aktivität sowie (3) personenbezogene Faktoren zuordnen. Datenquellen, die zur Erhebung der Indikatoren genutzt werden können, sind die Surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut, Erhebungen anderer Forschungseinrichtungen sowie Daten der amtlichen Statistik. Perspektivisch soll der Indikatorensatz weiterentwickelt und in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsberichterstattung und zum Monitoring chronischer Krankheiten in allen Lebensphasen integriert werden.

📌 PUBLIC HEALTH · SURVEILLANCE · ALTER · INDIKATOREN · GESUNDHEITSMONITORING

## 1. Hintergrund

Public-Health-Monitoring beschreibt eine systematische und fortlaufende Bereitstellung gesundheitsrelevanter Informationen aus verschiedenen Datenquellen, um Akteuren aus dem Gesundheitswesen und aus der Gesundheits- und Sozialpolitik Entscheidungen auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz zu ermöglichen [1, 2]. Die Implementierung nachhaltiger und effizienter Monitoringstrukturen zur Gesundheit im höheren Lebensalter wird in dem 2017 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

veröffentlichten Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health [3] als ein Handlungsschwerpunkt zur Verbesserung der Gesundheit im Alter beschrieben. Die Verständigung auf wichtige Kernkonzepte und international vergleichbare Maße wird dabei als unumgänglich gesehen. Dies erfordert einen transparenten Diskurs zu inhaltlichen Prioritäten und Wertigkeiten, in den sowohl wichtige Akteure als auch ältere Menschen selbst miteinbezogen werden. Während international bereits vielversprechende indikatorenbasierte Ansätze eines Public-Health-Monitorings für das höhere Lebensalter entwickelt wurden [4, 5], gibt es in

## Die Auswahl relevanter Indikatoren ist ein wichtiger Schritt für den Aufbau eines kontinuierlichen Public-Health-Monitorings für das höhere Lebensalter.

Deutschland bislang keine vergleichbaren Aktivitäten auf Bundesebene.

Das von der Robert Bosch Stiftung von 2016 bis 2018 geförderte Projekt Improving Health Monitoring in Old Age (IMOA) hat sich zum Ziel gesetzt, ein Konzept für ein bundesweites Public-Health-Monitoring für die Bevölkerung ab 65 Jahren zu entwickeln. Die Erarbeitung eines inhaltlich-konzeptionellen Rahmens und die Auswahl relevanter Indikatoren, die wiederkehrende und vergleichbare Aussagen zur Gesundheit im höheren Lebensalter ermöglichen, war maßgeblicher Bestandteil des Projekts. Neben den regelmäßig durchgeführten bundesweiten Untersuchungs- und Befragungssurveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) sollen verstärkt auch Daten aus anderen Quellen, wie zum Beispiel Registerdaten oder Leistungs- und Abrechnungsdaten des Gesundheitswesens in ein indikatorenbasiertes Monitoring integriert werden, da diese zeitnah vorliegen und für alle Altersgruppen verfügbar sind [6].

In der vorliegenden Arbeit wird das Vorgehen in der Auswahl und Definition eines Indikatorensatzes für ein Public-Health-Monitoring für das höhere Lebensalter in Deutschland beschrieben.

### 2. Methode

Die Indikatorenauswahl erfolgte in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinär besetzten Gremium aus Expertinnen und Experten, in dem fünfzehn berufene Mitglieder sowie zwei Vertretungspersonen aus den Arbeitsbereichen Allgemeinmedizin, Geriatrie, Gerontologie, Public Health, Surveymethoden, Pflegewissenschaft und aus einer zivilgesellschaftlichen Organisation vertreten waren (Annex

Tabelle 1). In Anlehnung an den World Report on Ageing and Health der WHO [7] und an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [8] wurden drei Handlungsfelder zur Gesundheit im Alter identifiziert, die den übergreifenden Rahmen für die Indikatorenentwicklung bildeten: (1) Lebensweltfaktoren, (2) Teilhabe und Aktivität sowie (3) personenbezogene Faktoren. Unterstützt durch eine qualitative Inhaltsanalyse nationaler und internationaler Gesundheitsziele für das höhere Lebensalter erfolgte bei einem gemeinsamen eintägigen Workshop im März 2017 eine Verständigung auf relevante Themenbereiche innerhalb der drei Handlungsfelder, die durch die Indikatoren dargestellt werden sollten [9]:

1. Gesundheitsversorgung, pflegerische Versorgung, Wohnumfeld, soziales Umfeld
2. Soziale Teilhabe, Aktivitäten des täglichen Lebens
3. Körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, körperliche Funktionsfähigkeit, kognitive Funktionsfähigkeit, Gesundheitsverhalten

Die Auswahl und Definition relevanter Indikatoren für ein Public-Health-Monitoring im höheren Lebensalter erfolgte in einem mehrstufigen strukturierten Konsensprozess auf Basis einer systematischen Bestandsaufnahme bestehender Indikatorensätze.

#### 2.1 Indikatorenrecherche

Im Zeitraum Juni bis Juli 2017 erfolgte eine systematische Recherche nach indikatorenbasierten nationalen Monitoringsystemen zur Gesundheit im höheren Lebensalter. Eine

**Ein indikatorenbasiertes Public-Health-Monitoring ermöglicht über die Zeit vergleichbare Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen und kann zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse genutzt werden.**

ausführliche Darstellung der Methoden und Ergebnisse der Bestandsaufnahme findet sich an anderer Stelle [10]. Die Recherche beschränkte sich auf Aktivitäten in den 35 Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Indikatorensätze wurden berücksichtigt, wenn sie in englischer oder deutscher Sprache vorlagen und nach dem 01.01.2007 veröffentlicht oder aktualisiert worden waren, wenn sie sich aus mehr als einer Datenquelle speisten (z. B. aus Surveydaten und aus Routinedaten wie beispielsweise Abrechnungsdaten des Gesundheitswesens), und wenn Informationen zur Operationalisierung der Indikatoren verfügbar waren. Es erfolgte keine Einschränkung auf bestimmte Formate, das heißt, Indikatorensätze konnten als Berichte, Broschüren, Webseiten oder wissenschaftliche Fachartikel vorliegen. Die Recherche erfolgte über die Webseiten nationaler Public-Health-Institute, über eine ergänzende Internetsuche bei Google und eine Literatursuche in der elektronischen Datenbank Medline (über PubMed). Zehn Indikatorensätze aus Finnland, dem Vereinigten Königreich, Irland, Neuseeland, der Schweiz und den USA, die den vorab festgelegten Einschlusskriterien entsprachen, konnten durch die Recherche identifiziert werden und hinsichtlich ihrer Struktur, ihres Entwicklungsprozesses und ihrer inhaltlichen Ausrichtung analysiert werden.

## 2.2 Auswahl und Bewertung der Indikatoren

Alle über die beschriebene Indikatorenrecherche identifizierten Indikatoren wurden durch zwei unabhängige Reviewerinnen gesichtet und bewertet. Als Einschlusskriterium wurde festgelegt, dass die Indikatoren sich in den vorab

definierten inhaltlich-konzeptionellen Rahmen für die Indikatorenauswahl einfügen lassen sollten. Zudem wurden folgende Ausschlusskriterien festgelegt: (1) inhaltliche Duplikate, (2) Indikatoren, die sich nicht auf das deutsche Gesundheits- oder Sozialsystem übertragen lassen, (3) Indikatoren, die nicht eindeutig formuliert und damit schwer zu interpretieren sind, und (4) Indikatoren, die nur auf regionaler Ebene zu erheben sind und keine aggregierte Darstellung auf nationaler Ebene zulassen. Anschließend wurden die eingeschlossenen Indikatoren durch das Projektteam am RKI um Vorschläge für zusätzliche Indikatoren ergänzt, um auch jene Inhalte abzubilden, die im konzeptionellen Rahmen als wichtig definiert worden waren, in den bestehenden Monitoringsystemen jedoch nicht enthalten waren.

Der anschließende strukturierte Konsensprozess erfolgte in einem dreistufigen modifizierten Delphi-Verfahren, angelehnt an das Vorgehen der durch die EU initiierten und geförderten Joint Action on Chronic Diseases [11].

In der ersten Stufe im Oktober/November 2017 wurden die fünfzehn Mitglieder des Expertengremiums gebeten, die Indikatoren schriftlich hinsichtlich ihrer Relevanz auf einer 9-stufigen Skala (1 = geringe Relevanz, 9 = hohe Relevanz) zu bewerten. Sie erhielten hierfür einen standardisierten Bewertungsbogen per E-Mail. Zusätzlich gab es die Möglichkeit, Anmerkungen und Fragen zu den einzelnen Indikatoren auf den Bewertungsbögen zu vermerken.

Maßgeblich für die Einschätzung der Relevanz waren folgende Kriterien [12]:

- ▶ Höhere Werte der Indikatoren lassen auf Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und/oder der gesunden Lebenserwartung älterer Menschen schließen.

- ▶ Höhere Werte der Indikatoren lassen auf verringerte gesundheitliche Ungleichheiten unter älteren Menschen schließen.
- ▶ Indikatoren sind beeinflussbar durch politische Maßnahmen oder Public-Health-Interventionen.
- ▶ Indikatoren sind aussagekräftig und relevant für die Öffentlichkeit und für Akteure aus Politik und Gesundheitswesen.
- ▶ Indikatoren sind einfach zu verstehen und zu interpretieren.
- ▶ Indikatoren sind valide und reliabel, das heißt, sie messen zuverlässig das, was sie messen sollen.

Vierzehn der fünfzehn Bewertungsbögen wurden ausgefüllt an das RKI zurückgesandt. In der Auswertung der Rückmeldungen wurde die Relevanz jedes potenziellen Indikators anhand der Verteilung der in den Bewertungsbögen vergebenen Punktwerte eingestuft, wofür der Median und das erste Quartil ( $Q_{0,25}$ ) herangezogen wurden (Abbildung 1):

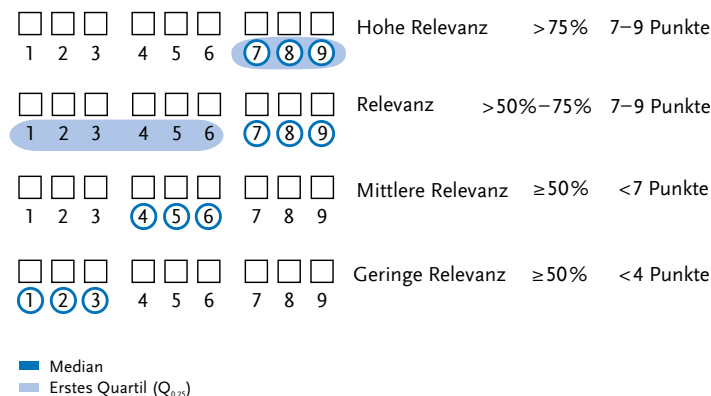


Abbildung 1

Bewertungsschema zur Relevanz der Indikatoren für ein Public-Health-Monitoring 65+  
Eigene Darstellung

- ▶ Indikatoren wurden mit hoher Relevanz eingestuft, wenn mehr als 75 % der Bewertungen in der oberen Klasse (7–9 Punkte) waren, das heißt der Median und das erste Quartil ( $Q_{0,25}$ ) bei 7–9 Punkten lagen.
- ▶ Indikatoren wurden mit Relevanz eingestuft, wenn mehr als 50 % und bis zu 75 % der Bewertungen in der oberen Klasse (7–9 Punkte) waren, das heißt der Median bei 7–9 Punkten und das erste Quartil ( $Q_{0,25}$ ) bei unter 7 Punkten lagen.
- ▶ Indikatoren wurden mit mittlerer Relevanz eingestuft, wenn mindestens 50 % der Bewertungen in der unteren (1–3 Punkte) und mittleren Klasse (4–6 Punkte) waren, das heißt der Median bei unter 7 Punkten lag.
- ▶ Indikatoren wurden mit geringer Relevanz eingestuft, wenn mindestens 50 % der Bewertungen in der unteren Klasse (1–3 Punkte) waren, das heißt der Median bei unter 4 Punkten lag.

Die zweite Stufe des Delphi-Verfahrens erfolgte im Rahmen eines eintägigen Workshops, zu dem die Expertinnen und Experten am 15. Dezember 2017 nach Berlin eingeladen wurden. An dem Treffen nahmen neun der fünfzehn Expertinnen und Experten teil. Bei dem Workshop wurden die Ergebnisse der ersten Bewertungsstufe vorgestellt, und die mit den Bewertungsbögen eingegangenen offenen Fragen und Modifikationsvorschläge zu einzelnen Indikatoren diskutiert. Am Ende des Workshops wurden die Teilnehmenden gebeten, den schriftlichen Bewertungsbogen für alle in der ersten Bewertungsstufe als hoch relevant oder relevant eingestuften Indikatoren vor Ort erneut auszufüllen. Die Bewertung erfolgte schriftlich, das Format der Bewertungsbögen war identisch mit der in der ersten Bewertungsrunde genutzten Vorlage.

Für die abschließende dritte Stufe des Delphi-Verfahrens wurden jene Indikatoren berücksichtigt, die in der zweiten Bewertungsstufe als hoch relevant bewertet worden waren (mindestens 75% der Bewertungen zwischen 7–9 Punkten). Indikatoren, die durch die beteiligten Expertinnen und Experten nicht übereinstimmend als hoch relevant bewertet wurden, wurden vorab ausgeschlossen, um nur jene Indikatoren weiter zu berücksichtigen, die unstrittig als sehr wichtig empfunden wurden. Einige Indikatoren, die in der ersten Bewertungsstufe mit mittlerer Relevanz eingestuft worden waren, und für die auf Wunsch der Workshopteilnehmenden eine erneute Bewertung nach Sichtung der wissenschaftlichen Evidenz erfolgen sollte, wurden jedoch erneut berücksichtigt. Orientiert an dem Schema der European Community Health Indicators (ECHI) [13] wurden die Indikatoren vorab nach folgenden Aspekten aufbereitet: Definition, verfügbare Datenquellen, Art und Periodizität der Datenquellen, Bezugspopulation, Möglichkeit der Stratifizierung nach Geschlecht und sozioökonomischem Status. Zusätzlich wurde für alle Indikatoren eine kurze Zusammenfassung des wissenschaftlichen Hintergrunds erstellt und wichtige Referenzen benannt. Der aufbereitete Indikatorensatz wurde den Expertinnen und Experten schriftlich vorgelegt mit der Bitte, die Indikatoren abermals hinsichtlich ihrer Relevanz auf einer 9-stufigen Skala schriftlich per Mail zu bewerten und mögliche Änderungsvorschläge, Kritiken und Ergänzungen bezüglich der vorgeschlagenen Operationalisierung und den aufgeführten Datenquellen zurückzumelden. In der dritten Stufe wurden elf von fünfzehn Bewertungsbögen an das RKI zurückgesendet.

### 3. Ergebnisse

Der finale Indikatorensatz beinhaltet 18 Indikatoren (Tabelle 1). Eine zusammenfassende Darstellung des Auswahlprozesses findet sich in Abbildung 2. Die der Indikatorenauswahl zugrundeliegenden Ergebnisse des strukturierten Konsensprozesses sind im Detail im Anhang angeführt (Annex Tabelle 2).

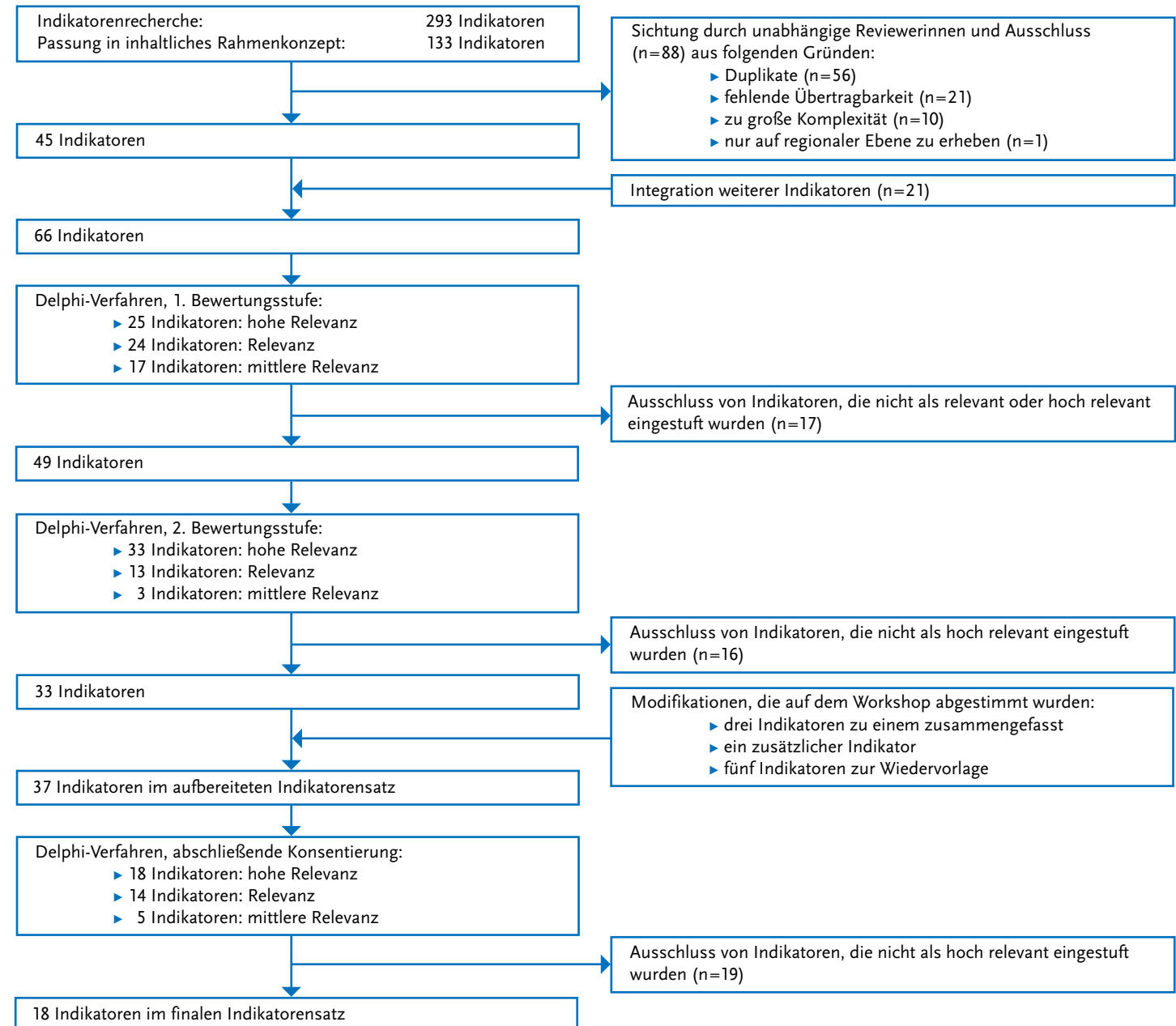
Im Rahmen der Indikatorenrecherche wurden über die beschriebene Suchstrategie zehn Indikatorensysteme mit insgesamt 293 Einzelindikatoren identifiziert. Insgesamt 133 der 293 Indikatoren konnten einem der vorab definierten Themenbereiche zugeordnet werden. Von diesen wurden 56 Indikatoren als Duplikate ausgeschlossen. 21 Indikatoren wurden ausgeschlossen, weil sie sich nicht auf das deutsche Gesundheits- oder Sozialsystem übertragen ließen. Weitere zehn Indikatoren wurden ausgeschlossen, da sie nicht eindeutig formuliert und schwer zu interpretieren waren. Ein Indikator wurde ausgeschlossen, weil er nur auf regionaler Ebene zu erheben war. Nach der Integration von 21 zusätzlichen Indikatoren, insbesondere in den Themenbereichen pflegerische Versorgung, Teilhabe und körperliche Funktionsfähigkeit, in denen einige vorab als relevant definierte Aspekte durch die eingeschlossenen Indikatorensysteme nicht abgedeckt waren, wurde ein Set von 66 potenziellen Indikatoren zusammengestellt, die in den strukturierten Konsensprozess eingegangen sind. Die 66 Indikatoren verteilten sich wie folgt auf die vorab definierten Themenbereiche: Gesundheitsversorgung (9), pflegerische Versorgung (8), Lebenswelt/Wohnumfeld (3), soziales Umfeld (4), soziale Teilhabe (4), Aktivitäten des täglichen Lebens (2), körperliche

**Tabelle 1**  
**Handlungsfelder, Themenbereiche und**  
**Indikatoren für ein Public-Health-Monitoring 65+**  
 Eigene Darstellung

Indikatoren	Verfügbare Datenquellen
<b>Lebensweltfaktoren</b>	
<b>Gesundheitsversorgung</b>	
Nicht erfüllte Versorgungsbedarfe	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)
Zahnärztliche Versorgung	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
Psychoaktive Arzneimittel*	
<b>Pflegerische Versorgung</b>	
Erhalt von Pflegeleistungen	Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes
Belastung pflegender Angehöriger*	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
<b>Lebenswelt/Wohnumfeld</b>	
Zugang zu wichtiger Infrastruktur	European Quality of Life Survey (EQLS)
<b>Soziales Umfeld</b>	
Soziale Unterstützung	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
Einsamkeit**	Deutscher Alterssurvey (DEAS)
<b>Teilhabe und Aktivität</b>	
<b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	
Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)
Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)
<b>Personenbezogene Faktoren</b>	
<b>Körperliche Gesundheit</b>	
Subjektive Gesundheit	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)
Multimorbidität	Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
<b>Psychische Gesundheit</b>	
Depressive Symptomatik	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
Lebenszufriedenheit	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)
<b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>	
Schmerzen	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 13s Sondererhebung)
Stürze*	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
Harninkontinenz	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)
<b>Kognitive Funktionsfähigkeit</b>	
Kognitive Einschränkungen*	Zusatzmodul Psychische Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Daten nur bis zu einer festgelegten Altersgrenze verfügbar: \*für die Altersgruppe 65–79 Jahre verfügbar; \*\* für die Altersgruppe 65–85 Jahre verfügbar

**Abbildung 2**  
**Indikatorenauswahl für ein**  
**Public-Health-Monitoring 65+**  
 Eigene Darstellung





## Grundlage für die Indikatoren- auswahl im IMOA-Projekt war die systematische Zusammenstellung bestehender Indikatoren aus internationalen Monitoring- systemen.

Gesundheit (9), psychische Gesundheit (10), körperliche Funktionsfähigkeit (11), kognitive Funktionsfähigkeit (2), Gesundheitsverhalten (4).

In der ersten Bewertungsstufe wurden von diesen insgesamt 66 Indikatoren 25 Indikatoren als hoch relevant und 24 Indikatoren als relevant eingestuft. 17 Indikatoren wurden mit mittlerer Relevanz eingestuft und wurden vor der zweiten Bewertungsstufe ausgeschlossen.

Die 49 als hoch relevant oder relevant eingestuften Indikatoren gingen in die zweite Bewertungsstufe ein. In der Auswertung der Rückmeldungen aus der zweiten Bewertungsstufe wurden 33 Indikatoren als hoch relevant eingestuft, weitere 13 Indikatoren wurden als relevant und drei Indikatoren mit mittlerer Relevanz eingestuft. Im Rahmen des der Bewertung vorangehenden Workshops verständigten sich die Expertinnen und Experten zudem auf einige Modifikationen des Indikatorenansatzes. So wurden drei potenzielle Indikatoren („Erhalt stationärer Pflegeleistungen“, „Erhalt ambulanter Pflegeleistungen“ und „Pflegegrad“) zu einem Indikator („Erhalt von Pflegeleistungen“) zusammengefasst. Ein zusätzlicher Indikator wurde in die Liste aufgenommen („Psychoaktive Arzneimittel“). Fünf der insgesamt 17 Indikatoren, die in der ersten Bewertungsstufe mit mittlerer Relevanz eingestuft worden waren, sollten zur Wiedervorlage kommen und nach Sichtung der wissenschaftlichen Evidenz erneut bewertet werden („Gripeschutzimpfung“, „Pneumokokkenimpfung“, „Dekubitus“, „Langsame Gehgeschwindigkeit“ und „Handgreifkraft“).

Vor der dritten und abschließenden Bewertungsstufe wurden alle Indikatoren ausgeschlossen, die nicht als hoch relevant eingestuft wurden. Insgesamt 37 Indikatoren wurden somit nach dem oben beschriebenen Schema

(Definition, Datenquellen, Art und Periodizität der Datenquellen, Bezugspopulation, Stratifizierungsoptionen, wissenschaftlicher Hintergrund, Referenzen) aufbereitet und den Expertinnen und Experten zur Bewertung und Kommentierung vorgelegt. In der Auswertung dieser Bewertungsstufe wurden 18 der 37 Indikatoren als hoch relevant, 14 Indikatoren als relevant und fünf Indikatoren mit mittlerer Relevanz eingestuft.

Der aufbereitete Indikatorenansatz mit der Operationalisierung der 18 Einzelindikatoren ist über die [Internetseite des RKI](#) abrufbar. Die Operationalisierung der Indikatoren beinhaltet eine Recherche nach verfügbaren Datenquellen. Mit 15 Indikatoren sind die meisten der in der finalen Konsentierungsrunde ausgewählten 18 Indikatoren durch Daten der bundesweiten Surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut darstellbar, drei der 15 Indikatoren können sowohl hierüber als auch über Erhebungen externer Datenhalter abgebildet werden. Zwei Indikatoren können ausschließlich durch Daten externer Studien dargestellt werden und ein Indikator ist über Daten der amtlichen Statistik abzubilden. Folgende Erhebungen können zur Abbildung der Indikatoren genutzt werden: Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) [14], Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) [15], Deutscher Alterssurvey (DEAS) [16], Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) [17], Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) [18], European Quality of Life Survey (EQLS) [19] und die European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [20].

Für fünf der 18 konsentierten Indikatoren stehen aktuell zwar Daten für die Altersgruppe 65 Jahre und älter, jedoch nicht für die hochaltrige Bevölkerung ab 80 Jahren zur Verfügung. Das betrifft vier Indikatoren, die durch Daten der

**Der finale Indikatorensatz zur Gesundheit älterer Menschen beinhaltet 18 Indikatoren, die kontinuierlich weiterentwickelt werden sollen.**

Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) [15] lediglich für die Bevölkerung ab 65 Jahren bis zu einer oberen Altersgrenze von 79 Jahren darstellbar sind, sowie einen weiteren Indikator, der durch Daten aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) [16] für die Bevölkerung ab 65 Jahren bis zu einer oberen Altersgrenze von 85 Jahren darstellbar ist. Alle angeführten Datenquellen erlauben eine nach Geschlecht und (mit den oben genannten Einschränkungen) nach Altersgruppen stratifizierte Darstellung der Indikatoren. Abgesehen von dem Indikator zum Erhalt von Pflegeleistungen, der über amtliche Routinedaten abbildbar ist, können die Indikatoren auch nach sozioökonomischem Status oder Bildungsstatus stratifiziert dargestellt werden.

#### 4. Diskussion und Ausblick

Mit dem vorliegenden Indikatorensatz leisten wir einen Beitrag zum Aufbau einer nachhaltigen und verlässlichen Gesundheitsberichterstattung für das höhere Lebensalter in Deutschland. Für alle 18 in der finalen Konsentierungsrunde ausgewählten Indikatoren konnten geeignete und nachhaltig verfügbare Datenquellen identifiziert werden, die eine Darstellung der Indikatoren für das ganze Bundesgebiet ermöglichen. Bei den Datenquellen handelt es sich fast ausschließlich um Primärdaten, die durch das Robert Koch-Institut oder andere Forschungsinstitutionen erhoben wurden, nur einer der Indikatoren („Erhalt von Pflegeleistungen“) ist über Routinedaten darstellbar. Als Primärdaten werden Befragungs- oder Untersuchungsdaten bezeichnet, die vor allem zu wissenschaftlichen Zwecken erhoben werden. Als Routinedaten gelten beispielsweise

Verwaltungs- und Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung und anderer Sozialversicherungsträger oder Daten der amtlichen Statistik wie der Pflegestatistik oder der Todesursachenstatistik. Prinzipiell ist eine Kombination von Primär- und Routinedaten von großem Vorteil [21]. Die Nutzung von Primärdaten bietet die Möglichkeit, Indikatoren nicht nur nach Geschlecht und Altersgruppen, sondern auch nach sozioökonomischem Status stratifiziert darzustellen. Die Abbildung subjektiver Gesundheitsoutcomes wie zum Beispiel gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Abbildung subjektiver Versorgungsbedarfe ist zudem nur über Erhebungsdaten möglich. Routinedaten hingegen haben den Vorteil, dass sie keine Verzerrungen durch Nicht-Teilnahme aufweisen und dass sie eine regelmäßige Aktualisierung der Indikatoren erlauben. Zudem finden sich hier keine Altersbeschränkungen, die in Befragungs- und Untersuchungssurveys oftmals festgelegt werden [15, 16], da ältere Personen und insbesondere gesundheitlich eingeschränkte ältere Personen durch herkömmliche Rekrutierungs- und Befragungsmethoden nicht in ausreichendem Maße erreicht werden [22, 23]. In dem hier vorgelegten Indikatorensatz sind Daten für fünf der 18 ausgewählten Indikatoren nur bis zu einer oberen Altersgrenze von 79 beziehungsweise 85 Jahren verfügbar.

Weitere Vorteile einer Integration von Routinedaten sind die bessere Abbildung versorgungsrelevanter Indikatoren (z. B. nach Datentransparenzverordnung verfügbarer Forschungsdatensatz der Gesetzlichen Krankenversicherung, DaTraV) sowie die Möglichkeit einer regionalen Gliederung, zumindest bis auf die Länderebene. Die derzeit zur Verfügung stehenden Datenquellen ermöglichen nur sehr eingeschränkt eine regional untergliederte Betrachtung der

**Es ist angestrebt, die Indikatoren in ein zukünftiges Gesamtkonzept für das Monitoring chronischer Krankheiten am Robert Koch-Institut zu integrieren.**

18 Indikatoren. Hier zeigen Beispiele aus anderen Ländern, dass ein Zusammenführen von ausgewählten Indikatoren, die auf nationaler und regionaler Ebene erhoben werden, technisch möglich ist und Synergien schafft [4]. Auch für den deutschen Raum gibt es Ansätze, die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder in diese Richtung weiter auszubauen [24, 25].

Das gewählte Vorgehen zur Auswahl relevanter Indikatoren mittels eines modifizierten Delphi-Verfahrens, unterstützt durch einen ganztägigen Workshop, auf dem alle offenen Fragen der am Auswahlprozess Teilnehmenden diskutiert und geklärt werden konnten, erwies sich als effektiv und zeitschonend. Die Bewertung der Indikatoren anhand verschiedener Kriterien mittels eines einzigen globalen Punktwertes wurde jedoch von den Teilnehmenden als herausfordernd beschrieben. Für zukünftige Auswahlprozesse wäre denkbar, die Kriterien einzeln beurteilen zu lassen und dafür den Teilnehmenden freizustellen, nur Themenbereiche zu bewerten, in denen sie die jeweils größte Expertise haben. An dem Auswahlprozess beteiligten sich Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Professionen und Institutionen aus Praxis und Forschung, es handelte sich jedoch um ein primär expertengeleitetes Vorgehen und die Sichtweise älterer Menschen selbst wurde in der Erstellung des Indikatorensatzes nur sehr eingeschränkt berücksichtigt, was eine Limitation unseres Vorgehens darstellt. Zukünftige Auswahlprozesse könnten sich diesbezüglich beispielsweise an dem Vorgehen in der Entwicklung der National Positive Ageing Indicators in Irland [5] orientieren, bei dem neben Akteuren aus Wissenschaft und Praxis auch ältere Menschen selbst als gleichberechtigte Teilnehmende in ein Delphi-Verfahren einbezogen

wurden. Eine andere Vorgehensweise wurde durch das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) in der Auswahl relevanter Gesundheitsmaße für die Gesundheitsversorgung gewählt, die einem expertengeleiteten Delphi-Verfahren eine Fokusgruppe mit älteren Menschen voranstellten, um sicherzugehen, dass deren Perspektiven in den Auswahlprozess einfließen [26].

Der vorgestellte Indikatorenatz erhebt nicht den Anspruch, die Gesundheit und das Wohlergehen älterer Menschen umfassend und vollständig abzubilden. Es gilt vielmehr den Prozess fortzusetzen und den Indikatorenatz an neue gesundheitliche und methodische Herausforderungen anzupassen. Die Verständigung auf einen inhaltlich-konzeptionellen Rahmen sowie auf relevante Indikatoren für ein Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren ermöglicht es, über die Zeit vergleichbare Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen zu treffen. Angestrebt ist zudem eine Integration der Indikatoren in ein Gesamtkonzept zum Ausbau von Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsberichterstattung zur Prävention chronischer Krankheiten und zum Erhalt der Gesundheit in allen Lebensphasen in Anlehnung an internationale Aktionspläne [27, 28]. Die bereits im Jahr 2016 angelaufene Entwicklung und Implementierung einer nationalen Diabetes-Surveillance hat hierfür wertvolle Vorarbeiten geleistet [29]. Langfristig soll so eine Datengrundlage geschaffen werden, die zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse, zur Evaluation von Gesundheitszielen und zur Politikfolgenabschätzung genutzt werden kann.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Judith Fuchs  
 Robert Koch-Institut  
 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
 General-Pape-Str. 62–66  
 12101 Berlin  
 E-Mail: [FuchsJ@rki.de](mailto:FuchsJ@rki.de)

**Zitierweise**

Grube MM, Scheidt-Nave C, Gaertner B, Lütke D, Bosnjak M et al. (2019) Public-Health-Monitoring für die Altersgruppe 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring* 4(2): 93–109. DOI 10.25646/5984

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Teilnahme an der Indikatorenentwicklung war freiwillig, die Teilnehmenden wurden vorab über die Ziele und Inhalte der Indikatorenentwicklung informiert. Die Bewertungen der Teilnehmenden wurden anonymisiert, so dass die Bewertungen einzelner Teilnehmender nicht mehr erkennbar sind.

**Förderungshinweis**

Das Projekt Improving Health Monitoring in Old Age (IMOA) wurde gefördert durch die Robert Bosch Stiftung (Förderkennzeichen: 11.5.G410.0001.0).

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Literatur**

1. Fairchild AL, Dawson A, Bayer R et al. (2017) The World Health Organization, Public Health Ethics, and Surveillance: Essential Architecture for Social Well-Being. *Am J Public Health* 107(10):1596-1598
2. Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 04.09.2018)
3. World Health Organization (2017) Global strategy and action plan on ageing and health. <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/> (Stand: 04.09.2018)
4. Public Health England (2017) Older People's Health and Wellbeing. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/older-people-health> (Stand: 04.09.2018)
5. The Healthy and Positive Ageing Initiative (2016) Positive Ageing 2016. National Indicators Report. <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2016/11/Positive-Ageing-Report-Nov-2016.pdf> (Stand: 04.09.2018)
6. Schmidt C, Bätzing-Feigenbaum J, Bestmann A et al. (2017) Integration von Sekundärdaten in die Nationale Diabetes-Surveillance. Hintergrund, Ziele und Ergebnisse des Sekundärdaten-Workshops am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl* 60(6):656-661
7. World Health Organization (2015) World report on ageing and health. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> (Stand: 04.09.2018)
8. World Health Organization (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf> (Stand: 04.09.2018)
9. Grube M, Fuchs J, Meyer G et al. (2017) Entwicklung eines Rahmenkonzepts für ein Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren. Ergebnisse des IMOA-Workshops zu Konzepten und Indikatoren. *Bundesgesundheitsbl* 60(8):879-882
10. Grube MM, Möhler R, Fuchs J et al. (eingereicht) Indicator-Based Public Health Monitoring in Old Age in OECD Member Countries: A Scoping Review. *BMC Public Health*

11. García-Armesto S, Vicente-Edo MJ, Estupiñán-Romero F et al. (2017) European consensus for the assessment of good practices on Diabetes. CHRODIS. <http://chrodis.eu/outcomes-results/> (Stand: 11.06.2018)
12. Public Health England (2013) Public Health Outcomes Framework. Improving outcomes and supporting transparency. Part 1B: Public health outcomes framework for England, 2013-2016. Appendices. <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-lives-healthy-people-improving-outcomes-and-supporting-transparency> (Stand: 04.09.2018)
13. Verschuuren M, Achterberg PW, Gijsen R et al. (2012) ECHI Indicator Development and Documentation - Joint Action for ECHIM Final Report Part II. [https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/echim-final-report\\_part-ii\\_pdf.pdf](https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/echim-final-report_part-ii_pdf.pdf) (Stand: 04.09.2018)
14. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)-the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442-450
15. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsbl* 56(5-6):620-630. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1477> (Stand: 04.09.2018)
16. Klaus D, Engstler H, Mahne K et al. (2017) Cohort Profile: The German Ageing Survey (DEAS). *Int J Epidemiol* 46(4):1105-1105g
17. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). <https://www.idz.institute/publikationen/buecher/fuenfte-deutsche-mundgesundheitsstudie-dms-v.html> (Stand: 04.09.2018)
18. Goebel J, Grabka MM, Liebig S et al. (2018) The German Socio-Economic Panel (SOEP) In: Winker PH (Hrsg) Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik / Journal of Economics and Statistics (online first). De Gruyter Oldenbourg, Berlin/Boston
19. Eurofound (2017) European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Publications Office of the European Union, Luxembourg
20. Statistisches Bundesamt (2018) Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Fachserie 15 Reihe 3. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefährdung/> (Stand: 04.09.2018)
21. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl* 57(4):464-472
22. McMurdo ME, Roberts H, Parker S et al. (2011) Improving recruitment of older people to research through good practice. *Age Ageing* 40(6):659-665
23. Mody L, Miller DK, McGloin JM et al. (2008) Recruitment and retention of older adults in aging research. *J Am Geriatr Soc* 56(12):2340-2348
24. Gabrys L, Heidemann C, Teti A et al. (2017) Regionalisierung der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Diabetes-Surveillance. Ziele und Ergebnisse des Bund-Länder-Gesprächs am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl* 60(10):1147-1152
25. Jordan S, Ziese T, von Rügen U (2018) Präventionsberichterstattung macht sich auf den Weg. Informationen und Erkenntnisse aus dem Bund-Länder-Workshop der GBE 2017. *Journal of Health Monitoring* 3(S2):3-4. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5648> (Stand: 04.09.2018)
26. Akpan A, Roberts C, Banteen-Roche K et al. (2018) Standard set of health outcome measures for older persons. *BMC Geriatr* 18(1):36
27. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva
28. World Health Organization (2013) Mental health action plan 2013-2020. WHO, Geneva
29. Gabrys L, Heidemann C, Schmidt C et al. (2018) Diabetes-Surveillance in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring* 3(S3):3-21. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5677> (Stand: 04.09.2018)

**Annex Tabelle 1**  
**Teilnehmende des Expertengremiums**  
**zur Indikatorenauswahl für ein**  
**Public-Health-Monitoring 65+**

Prof. Dr. Michael Bosnjak	Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation, Trier
Min. Dir. a. D. Rudolf Herweck	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, Bonn
Prof. Dr. Josefine Heusinger	Institut für Gerontologische Forschung e. V., Berlin
PD Dr. Nils Lahmann	Charité – Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Gabriele Meyer	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Prof. Dr. Ursula Müller-Werdan	Charité – Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Kilian Rapp	Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, MPH	Universität Leipzig
Prof. Dr. Martina Schäufele	Hochschule Mannheim
Prof. Dr. Martin Scherer	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer	Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
Prof. Dr. Hans-Werner Wahl	Universität Heidelberg
Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann	Universität Bremen
Prof. Dr. Susanne Wurm	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Prof. Dr. Susanne Zank	Universität zu Köln
Dr. Stephanie Heinrich (ab Bewertungsstufe 2)	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Dr. Dagmar Lühmann (ab Bewertungsstufe 2)	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Annex Tabelle 2  
Ergebnisse des strukturierten  
Konsensprozesses bei der  
Indikatorenauswahl für ein  
Public-Health-Monitoring 65+

Nr.	Indikator	1. Bewertungsstufe			2. Bewertungsstufe			Konsentierungsrunde		
		Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>	Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>	Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>
<b>Handlungsfeld Lebensweltfaktoren</b>										
<b>Themenbereich Gesundheitsversorgung</b>										
1	Hausärztliche/allgemeinärztliche Versorgung	6	3	8						
2	Ärztliche Hausbesuche	4	3	5						
3	<b>Nicht erfüllte Versorgungsbedarfe</b>	8	3	9	8	8	9	8	7	9
4	Krankenhausaufenthalte	6	5	8						
5	<b>Zahnärztliche Versorgung</b>	7	6	8	7	7	8	8	7	9
6	Multimedikation	7	5	8	8	8	8	8	6	9
	<b>Psychoaktive Arzneimittel</b>							8	7	9
7	Gripeschutzimpfung	6	5	7				5	4	7
8	Pneumokokkenimpfung	6	4	7				4	3	6
9	Hausärztliches Personal mit geriatrischer Zusatzqualifikation	6	5	7						
<b>Themenbereich Pflegerische Versorgung</b>										
10	Erhalt stationärer Pflegeleistungen	9	8	9	9	8	9			
11	Erhalt ambulanter Pflegeleistungen	9	8	9	9	8	9			
12	Pflegegrad	9	8	9	9	8	9			
	<b>Erhalt von Pflegeleistungen</b>							8	8	9
13	<b>Belastung pflegender Angehöriger</b>	8	7	9	7	7	8	8	8	9
14	Erwerbstätige in der Pflege	7	6	8	8	5	8			
15	Belastung der Erwerbstätigen in der Pflege	7	4	8	7	5	8			
16	Dekubitus	6	5	9				7	5	8
17	Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch	8	6	9	8	7	8	7	5	9
<b>Themenbereich Lebenswelt/Wohnumfeld</b>										
18	Sicherheit der Wohnumgebung	6	3	7						
19	<b>Zugang zu wichtiger Infrastruktur</b>	8	7	8	8	8	8	8	7	9
20	Barrierefreiheit der Wohnung	7	6	8	5	4	8			
<b>Themenbereich Soziales Umfeld</b>										
21	Praktische Unterstützung im Alltag	6	4	8						
22	<b>Soziale Unterstützung</b>	8	8	9	8	8	9	7	7	8
23	<b>Einsamkeit</b>	8	7	9	8	8	9	8	7	8
24	Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Alters	6	3	8						

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 Fortsetzung  
Ergebnisse des strukturierten  
Konsensprozesses bei der  
Indikatorenauswahl für ein  
Public-Health-Monitoring 65+

Nr.	Indikator	1. Bewertungsstufe			2. Bewertungsstufe			Konsentierungsrunde		
		Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>	Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>	Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>
<b>Handlungsfeld Teilhabe und Aktivität</b>										
<b>Themenbereich Soziale Teilhabe</b>										
25	Politisches Engagement	5	3	6						
26	Freiwilliges/ehrenamtliches Engagement	8	6	8	7	6	8			
27	Kinderbetreuung	6	5	7						
28	Soziale Freizeitaktivitäten	8	7	8	8	7	9	7	6	8
<b>Themenbereich Aktivitäten des täglichen Lebens</b>										
29	<b>Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	9	8	9	9	9	9	8	7	8
30	<b>Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	8	7	9	9	9	9	8	7	9
<b>Handlungsfeld Personenbezogene Faktoren</b>										
<b>Themenbereich Körperliche Gesundheit</b>										
31	Fernere Lebenserwartung	9	4	9	8	6	9			
32	Fernere Lebenserwartung in Gesundheit	9	5	9	8	6	9			
33	<b>Subjektive Gesundheit</b>	9	8	9	9	8	9	8	7	8
34	Chronische Erkrankung	8	5	9	8	6	9			
35	<b>Multimorbidität</b>	8	7	9	9	8	9	7	7	8
36	Häufigkeit verschiedener Erkrankungen	7	7	9	8	7	9	7	6	8
37	Adipositas	7	3	8	5	2	7			
38	Mangelernährung	8	6	8	8	8	8	8	6	8
39	Hüftfrakturen	7	6	9	8	6	9			
<b>Themenbereich Psychische Gesundheit</b>										
40	Depressive Störung	8	7	9	7	2	8			
41	<b>Depressive Symptomatik</b>	8	7	9	9	8	9	8	7	8
42	Angststörung	7	6	8	7	2	7			
43	Lebensqualität	8	7	9	7	6	8			
44	<b>Lebenszufriedenheit</b>	8	7	9	9	8	9	7	7	8
45	Kontrollüberzeugung	7	5	8	8	5	9			
46	Medikamentenabhängigkeit	6	4	8						
47	Alkoholabhängigkeit	7	5	7	6	5	8			
48	Suizidrate	8	7	9	8	8	9	8	6	9
49	Gesundheitskompetenz	7	4	8	8	7	9	7	5	8

Fortsetzung nächste Seite



Annex Tabelle 2 Fortsetzung  
Ergebnisse des strukturierten  
Konsensprozesses bei der  
Indikatorenauswahl für ein  
Public-Health-Monitoring 65+

Nr.	Indikator	1. Bewertungsstufe			2. Bewertungsstufe			Konsentierungsrunde		
		Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>	Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>	Median	Q <sub>0,25</sub>	Q <sub>0,75</sub>
<b>Handlungsfeld Personenbezogene Faktoren</b>										
<b>Themenbereich Körperliche Funktionsfähigkeit</b>										
50	Körperliche Behinderung	8	7	8	8	8	9	6	6	8
51	Langsame Gehgeschwindigkeit	5	2	8				5	3	7
52	Schwierigkeiten beim Gehen	7	7	8	8	7	8	7	3	7
53	Handgreifkraft	6	5	7				5	3	6
54	<b>Schmerzen</b>	8	8	9	8	8	9	8	7	8
55	<b>Stürze</b>	8	8	9	8	8	9	8	7	8
56	Sehvermögen	8	6	8	8	8	8	7	6	8
57	Hörvermögen	8	6	8	8	8	8	7	6	8
58	Zahngesundheit	8	7	8	7	7	8	7	6	8
59	<b>Harninkontinenz</b>	8	6	8	8	8	9	7	7	8
60	Stuhlinkontinenz	8	7	9	8	8	9	7	6	8
<b>Themenbereich Kognitive Funktionsfähigkeit</b>										
61	<b>Kognitive Einschränkungen</b>	8	6	8	8	7	8	8	7	8
62	Gedächtnisschwierigkeiten	6	5	8						
<b>Themenbereich Gesundheitsverhalten</b>										
63	Körperliche Aktivität	8	7	8	8	8	9	8	6	8
64	Tabakkonsum	8	6	8	7	6	8			
65	Alkoholkonsum	7	6	8	7	6	8			
66	Obst- und Gemüsekonsum	6	5	7						

Q<sub>0,25</sub> = 25 %-Quantil, Q<sub>0,75</sub> = 75 %-Quantil, Fettdruck = Indikatoren des finalen Indikatorensatzes

■ Bei der nächsten Bewertungsstufe beziehungsweise für den finalen Indikatorensatz berücksichtigt  
 ■ Bei der nächsten Bewertungsstufe nicht berücksichtigt

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,  
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,  
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit