



Maike Grube¹ · Judith Fuchs¹ · Gabriele Meyer² · Nils Lahmann³ · Susanne Zank⁴ · Beate Gaertner¹ · Matthias Wetzstein¹ · Carmen Koschollek¹ · Christa Scheidt-Nave¹

¹ Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

² Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

³ Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

⁴ Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Entwicklung eines Rahmenkonzepts für ein Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren

Ergebnisse des IMOA-Workshops zu Konzepten und Indikatoren

Hintergrund

Über die letzten Jahrzehnte hat der Anteil der älteren und sehr alten Menschen in Deutschland stark zugenommen. Bevölkerungsbezogene Daten, die die Gesundheit der älteren Bevölkerung beschreiben, sind lückenhaft oder nicht aktuell. Dies liegt zum einen daran, dass hochaltrige Personen, nicht einwilligungsfähige Personen und Menschen, die in Pflegeeinrichtungen wohnen, in bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys oft explizit aus der Zielgesamtheit ausgeschlossen wurden. Zum anderen ist wahrscheinlich, dass körperlich oder kognitiv eingeschränkte ältere Menschen in bisherigen Surveys unterrepräsentiert waren, da die eingesetzten Erhebungsmethoden nicht auf deren spezielle Möglichkeiten und Erfordernisse abgestimmt waren [1–3].

Mit dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt „IMOA – Improving Health Monitoring in Older Age“ wollen wir dazu beitragen, dass Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen zur Verfügung stehen und Datenlücken zur Gesundheit im höheren Lebensalter künftig geschlossen werden können. Ziel des Projekts ist der Aufbau eines nachhaltigen bundesweiten Public-

Health-Monitorings für die Bevölkerung ab 65 Jahren. Langfristig soll so eine für die gesamte ältere Bevölkerung repräsentative Datengrundlage geschaffen werden, die über die Zeit vergleichbare Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Deutschland ermöglicht und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse unterstützen kann. Neben der Entwicklung und Erprobung von Methoden zur verbesserten Einbeziehung bislang ausgeschlossener oder unterrepräsentierter Gruppen in die bundesweiten Gesundheitssurveys am Robert Koch-Institut (RKI), z. B. durch Hausbesuche und die Verwendung von Proxyauskünften, ist die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Rahmenkonzeptes mit Auswahl von relevanten Kennzahlen (Indikatoren) für ein umfassendes und gleichzeitig zielgruppensensibles Public-Health-Monitoring des höheren Lebensalters ein wichtiger Bestandteil des Projekts.

Ziele und Inhalte des Workshops

Ziel des Workshops war eine erste gemeinsame Sichtung, Ergänzung und Abstimmung relevanter Inhalte für ein Public-Health-Monitoring der gesamten Be-

völkerung ab 65 Jahren gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Alters-, Pflege- und Gesundheitswissenschaften.

Den inhaltlich-konzeptionellen Rahmen für die Indikatorenentwicklung bilden die drei Handlungsfelder Lebenswelt, Aktivitäten/Teilhabe und gesundheitliche/funktionelle Ressourcen (Abb. 1). Diese basieren auf zwei Gesundheitsmodellen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1, 4], denen ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit zugrunde liegt, welches Gesundheit als Produkt des Zusammenspiels diverser personen- und umgebungsbezogener Faktoren betrachtet. Um die bereits in der Konzeption des Projekts definierten Themenfelder für ein Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren zu ergänzen, wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nationaler und internationaler Gesundheitsziele für das höhere Lebensalter sowie ausgewählter populationsbasierter Alterssurveys durchgeführt. Innerhalb der drei Handlungsfelder konnten so folgende relevante Themenbereiche zur Gesundheit im höheren Lebensalter identifiziert werden: Gesundheitsversorgung, pflegerische Versorgung, Wohnumfeld, soziales Umfeld, Teilhabe, Aktivitäten des täglichen Lebens, körperliche Gesund-

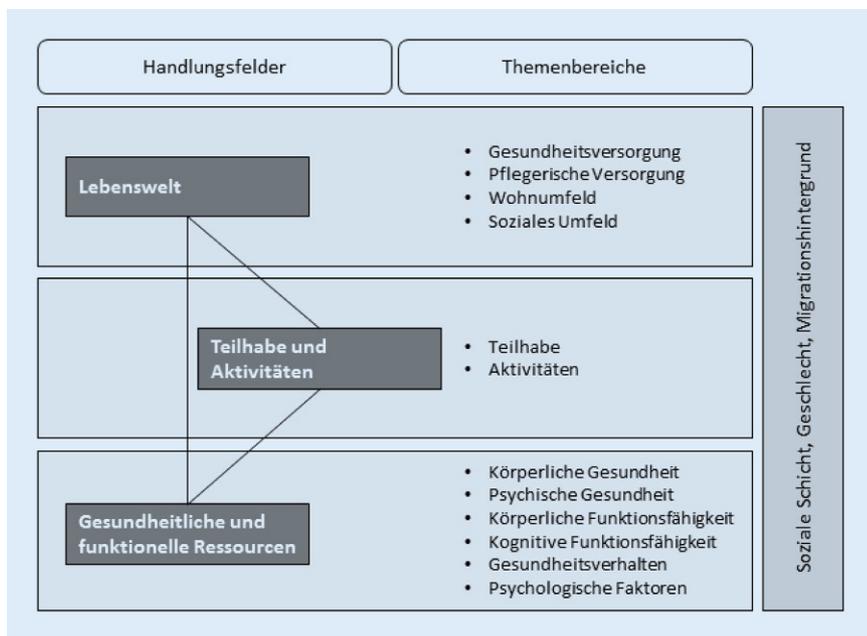


Abb. 1 ▲ Handlungsfelder und Themenbereiche für ein Public-Health-Monitoring 65+. Die 3 Handlungsfelder mit insgesamt 12 Themenbereichen bilden den inhaltlich-konzeptionellen Rahmen für die Indikatorenentwicklung

heit, psychische Gesundheit, körperliche Funktionsfähigkeit, kognitive Funktionsfähigkeit, Gesundheitsverhalten und psychologische Faktoren.

Die eingeladenen Expertinnen und Experten, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, PD Dr. Nils Lahmann, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Prof. Dr. Susanne Zank, Universität zu Köln, stellten zusätzliche Konzepte vor, die zur Darstellung der gesundheitlichen Situation spezifischer Gruppen älterer Menschen von Bedeutung sind. Gabriele Meyer erläuterte, welche Informationen zur Abbildung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen unerlässlich sind. Nils Lahmann berichtete über seine Erfahrungen aus Studien zu pflegerelevanten und ernährungsbedingten Gesundheitsproblemen in der ambulanten Pflege. Susanne Zank gab einen Überblick über besondere Aspekte der Gesundheit hochaltriger Menschen, die in der Konzeptentwicklung der Repräsentativbefragung NRW80+ berücksichtigt wurden. Die Zusammenfassungen der Beiträge werden im Folgenden vorgestellt.

Relevante Basisinformationen zur Beschreibung der Gesundheit älterer Menschen, die im Pflegeheim leben – Erfahrungen aus eigenen Forschungsprojekten (Gabriele Meyer)

Laut Pflegestatistik werden hierzulande ca. 783.000 Menschen in 13.600 Heimen gepflegt [5]. Pflegeheime sind in den letzten Jahren zu einem Ort der Betreuung schwerst pflegebedürftiger Menschen mit starken kognitiven und körperlichen Einschränkungen geworden [6]. Zur Pflege im Heim muss eine Pflegestufe bzw. seit 2017 ein Pflegegrad anhand des Neuen Begutachtungsinstrumentes (NBA) erteilt worden sein. Das NBA bildet 6 Lebensbereiche ab und versucht eine umfassende biopsychosoziale Zustandsbeschreibung. Neben der Einstufung der Pflegebedürftigkeit sieht die Prüfung der Qualität der stationären Pflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eine Erhebung der Pflegequalität bei zufällig ausgewählten Bewohnern unterschiedlicher Pflegegrade vor. Erfasst werden hier insbesondere klinische Zustände wie Schmerz, chronische Wunden, Dekubitus, Mobilität, Kontinenz,

freiheitsentziehende Maßnahmen. In Deutschland werden somit bereits regelmäßig umfassende Informationen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes älterer Menschen in Pflegeheimen erhoben. Vollerhebungen, wie sie in anderen Ländern mittels des Resident Assessment Instruments etabliert sind, die eine Datenaggregation auf individueller und Organisationsebene zur Überprüfung von Qualitätsindikatoren erlauben [7], liegen allerdings nicht vor. Zur Beschreibung der Gesundheit älterer Menschen im Pflegeheim haben sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Einkommen und Beruf eine geringe Bedeutung. Die Umwelt als Gesundheitsdeterminante – wie zum Beispiel die Wohnumgebung – ist vergleichsweise standardisiert und daher kaum relevant. Auch verhaltensbedingte Risikofaktoren dürften eine untergeordnete Bedeutung haben. Relevant sind hingegen Morbidität, Einschränkungen der Teilhabe und der Funktionsfähigkeit. Folgende Merkmale werden in Ermangelung standardisierter Sets erfahrungsbasiert empfohlen: soziodemografische Merkmale; gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht; Funktionsfähigkeit und Pflegeabhängigkeit (Pflegegrad); Lebensqualität; depressive Symptome; Teilhabe; Kognition; Diagnosen/Gesundheitsprobleme; pflegesensitive klinische Outcomes (wie Dekubitus, Schmerz, Sturz und Verletzung, freiheitsentziehende Maßnahmen, Ernährungszustand/Gewichtsverlust); neuropsychiatrische Symptome; psychotrope Medikamente; Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung (z. B. Krankenhauseinweisungen). Die Informationen sind aus verschiedenen Datenquellen zu generieren: Dokumentation, Selbsteinschätzung, Fremdeinschätzung, Pflegebegutachtung.

Relevante Basisinformationen zur Beschreibung der Gesundheit älterer Menschen, die im häuslichen Setting gepflegt werden – Erfahrungen aus eigenen Forschungsprojekten (Nils Lahmann)

Aufgrund der begrenzten Studienlage zur Gesundheit pflegebedürftiger

Personen, die von ambulanten Diensten betreut werden, wurden von der Arbeitsgruppe Pflegeforschung der Forschungsgruppe Geriatrie an der Charité Berlin in den Jahren 2012 und 2015 zwei Erhebungen durchgeführt. Ziel war es, herauszufinden, wie häufig und mit welcher Ausprägung pflegerrelevante und ernährungsbedingte Gesundheitsprobleme auftreten. Ein besonderer Fokus wurde auf die pflegerischen Schwerpunktthemen Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkung gelegt. In beiden Studien [8–10] wurden vergleichbare Methoden angewendet. Im Rahmen eines 2-stufigen Verfahrens wurden durchschnittlich 10 zufällig ausgewählte Pflegebedürftige aus je 10 zufällig ausgewählten ambulanten Pflegediensten pro Bundesland in die Studie aufgenommen. Diese wurden mittels eines standardisierten Fragebogens von einer Pflegefachkraft zu pflegerischen und psychosozialen Aspekten befragt bzw. begutachtet. Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen in beiden Erhebungen war mobil. Insbesondere bei hochaltrigen Pflegebedürftigen (>80 Jahre) war die Prävalenz von Pflegeproblemen hoch. So waren in dieser Altersgruppe 70 % der Pflegebedürftigen harninkontinent, 28 % der Pflegebedürftigen waren von Demenz betroffen. Stürze traten bei Pflegebedürftigen über 80 Jahren häufiger auf als bei Pflegebedürftigen unter 65 Jahren (8,5 % vs. 6,5 %), ähnliche Unterschiede zeigten sich bezüglich des Vorkommens von Dekubitus (5,5 % vs. 3,6 %). Die befragten Pflegefachkräfte berichteten, dass etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen mehr Hilfe und Unterstützung benötigten. Dies traf insbesondere dann zu, wenn zeitweise Stuhlinkontinenz vorlag. Innerhalb einzelner Pflegestufen war eine sehr starke Variabilität bezüglich der Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens anhand des Barthel-Index zu beobachten. So wurden bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 Barthel-Index-Werte zwischen 0 und 100 Punkten dokumentiert. Obwohl viele Pflegebedürftige Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, erfolgte bei vielen keine regelmäßige Gewichtskontrolle. Bei über der Hälfte der Pflegebedürftigen kam es zu schmerzbedingten

Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege in vergleichbarem Umfang von Pflegeproblemen betroffen sind wie Pflegebedürftige in der vollstationären Langzeitpflege. Hochprävalenten und relevanten Pflegeproblemen wie Mobilität, Inkontinenz und Schmerz sollte in zukünftigen Erhebungen ein besonderes Augenmerk zukommen. Die Pflegestufen bzw. Pflegegrade spiegeln nur zum Teil den tatsächlichen Unterstützungsbedarf pflegebedürftiger Personen wieder.

Spezielle Aspekte zur Gesundheit hochaltriger Menschen ab dem Alter von 80 Jahren – Erfahrungen aus der Konzeptentwicklung für die Repräsentativbefragung NRW80+ zu Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in NRW (Susanne Zank)

Die Studie NRW80+ hat zum Ziel, belastbare empirische Daten zur Lebensqualität der hochaltrigen Allgemeinbevölkerung in Nordrhein-Westfalen zu generieren [11]. Diese Daten sollen die Bereitstellung von Planungsgrößen und Handlungsempfehlungen für die landesweite Altenpolitik ermöglichen. Die theoretische Fundierung der Erhebungen beruht auf dem Modell „Challenges & Potentials Model of Quality of Life in Very Old Age (CHAPO)“, das zwischen Lebensmöglichkeiten sowie Lebensergebnissen innerhalb und außerhalb der Person differenziert. Eine besondere Bedeutung wird der gelingenden Person-Umwelt-Interaktion beigemessen, die sich in der Funktionalität von Lebensbezügen abbilden lässt. Insgesamt soll eine repräsentative Stichprobe von 1800 Personen ab dem Alter von 80 Jahren in Nordrhein-Westfalen befragt werden. Hochaltrige gelten als eine schwierige Gruppe der Umfrageforschung, da ihre Erreichbarkeit und Befragbarkeit als eingeschränkt gilt. Besonders bedeutsam sind einerseits die vielfach vorliegende Multimorbidität und andererseits die mit dem Alter steigende kognitive Beeinträchtigung sowie demenzielle Erkrankungen der Befragten. Diese gesundheitlichen Einschränkungen

Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:879–882
DOI 10.1007/s00103-017-2573-2
© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

M. Grube · J. Fuchs · G. Meyer ·
N. Lahmann · S. Zank · B. Gaertner ·
M. Wetzstein · C. Koschollek · C. Scheidt-
Nave

Entwicklung eines Rahmenkonzepts für ein Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren. Ergebnisse des IMOAWorkshops zu Konzepten und Indikatoren

Zusammenfassung

Im Rahmen des Projekts „IMOA – Improving Health Monitoring in Older Age“ sollen Grundlagen für ein indikatorengestütztes Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren erarbeitet werden. Ziel des hier vorgestellten Workshops war die Diskussion und Abstimmung relevanter Inhalte gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Alters-, Pflege- und Gesundheitswissenschaften.

Schlüsselwörter

Gesundes Altern · Public-Health-Monitoring · Surveillance · Indikatoren

Developing a framework for a public health monitoring of the population aged 65 years and older. Results of the IMOAWorkshop on concepts and indicators

Abstract

Main goal of the Improving Health Monitoring in Older Age (IMOA) project is to provide a framework for an indicator-based public health monitoring of the population aged 65 years and older. The workshop served as a forum to discuss and agree upon relevant concepts with gerontologists, nursing care and public health scientists.

Keywords

Healthy ageing · Public health monitoring · Surveillance · Indicators

gen erfordern eine Anpassung der Befragungssituation, da ein Interview eine hohe Belastung darstellt und die Probanden schneller erschöpft sind. In einer Machbarkeitsstudie konnte gezeigt werden, dass die Responserate mit 26,5 % vergleichbar ist mit den Raten anderer

Altersgruppen. In der Heimpopulation lag die Responserate bei 22,5%. Von den 476 Interviews wurden 90 Interviews mit anderen Auskunftspersonen durchgeführt. Der Einbezug von Proxyinterviews ermöglichte es, auch Daten eingeschränkt auskunftsfähiger Personen zu erheben und ist insbesondere bei hochaltrigen Studienpopulationen unabdingbar.

Fazit und Ausblick

Auf dem Workshop konnte gemeinsam mit Forschenden aus verschiedenen Bereichen der Alters-, Pflege- und Gesundheitswissenschaften ein konzeptioneller Rahmen mit wichtigen Handlungsfeldern und Themenbereichen für ein Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren diskutiert und abgestimmt werden (Abb. 1). Zusätzlich wurden wichtige Konzepte benannt, die zur Darstellung der gesundheitlichen Lage spezieller Gruppen älterer Menschen von Bedeutung sind und in einem modular aufgebauten Monitoring, das sich aus unterschiedlichen Datenquellen speist, berücksichtigt werden sollten. In einem nächsten Schritt wird eine strukturierte Übersicht der in nationalen Monitoring- und Surveillanceprojekten zur Gesundheit im höheren Lebensalter abgebildeten Indikatoren mittels eines „scoping review“ erstellt. Hierzu erfolgt eine Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken, in Literaturverzeichnissen relevanter Veröffentlichungen und auf Webseiten nationaler Public-Health-Institute. Ergänzend wird eine Internetrecherche durchgeführt und relevante internationale Akteure werden kontaktiert. Die Ergebnisse der Übersicht fließen in einen schriftlichen Konsensprozess ein, in dem gemeinsam mit den beteiligten Expertinnen und Experten eine strukturierte Bewertung potenzieller Indikatoren erfolgt, um relevante Kernindikatoren für ein Public-Health-Monitoring der gesamten Bevölkerung ab 65 Jahren zu bestimmen. Zur finalen Abstimmung der Indikatoren ist im Winter 2017/18 ein zweiter Workshop geplant. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Entwicklungsprozesses und der Arbeitsergebnisse ist über Kongress-

beiträge und peer-reviewed Publikationen geplant.

Korrespondenzadresse

Dr. M. Grube

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin,
Deutschland
grubem@rki.de

and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Z Gerontol Geriatr.* doi:10.1007/s00391-017-1217-3

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Grube, J. Fuchs, G. Meyer, N. Lahmann, S. Zank, B. Gaertner, M. Wetzstein, C. Korschollek und C. Scheidt-Nave geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA et al (2016) The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 387:2145–2154
2. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E (2015) Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *Lancet* 385:563–575
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 374:1196–1208
4. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>. Zugegriffen: 11. Mai 2017
5. Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse>. Zugegriffen: 11. Mai 2017
6. Schneekloth U, Wahl HW (2007) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München
7. Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S et al (2010) The resident assessment instrument-minimum data set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 10:166
8. Lahmann NA, Suhr R, Kuntz S, Kottner J (2015) Over- and undersupply in home care: a representative multicenter correlational study. *Aging Clin Exp Res* 27:209–219
9. Lahmann NA, Tannen A, Suhr R (2016) Underweight and malnutrition in home care: a multicenter study. *Clin Nutr* 35:1140–1146
10. Leiske M, Lahmann NA, Lindena G, Centmayer R, Suhr R (2015) Patients with pain in outpatient care. A nationwide cross-sectional survey with path model. *Schmerz* 29:431–439
11. Wagner M, Rietz C, Kaspar R et al (2017) Quality of life of the very old: survey on quality of life