



WEITERENTWICKLUNG – Pflegequalität

RISIKOPROFILE FÜR PFLEGEBEDARF

Kohortenstudie zu physischen und psychosozialen Risiko- und Resourcenkonstellationen bei älteren Frauen und Männern

Durchführung:

ZQP

Partner:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie

Dr. Stefan Blüher, Dr. Susanne Schnitzer

Laufzeit:

November 2013 - Februar 2015

Status:

abgeschlossen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Daten und Methoden	5
3. Ergebnisse	6
3.1 Gesundheitszustand der Hochbetagten in der BIS-Kohorte	6
3.2 Unterschiede von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand.....	7
3.3 Risiko- und Ressourcenkonstellationen im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit	9
4. Fazit: Pflegebedürftigkeit ist kein Schicksal.....	11

1. Einleitung

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2009) hat eine Prognose zur Zahl Pflegebedürftiger bis zum Jahr 2050 vorgelegt. Diese nennt für das Jahr 2030 eine Zahl von bis zu 3,28 Millionen und für 2050 von bis zu 4,35 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland. Sehr langes Leben wird immer häufiger zur individuellen und sozialen Realität. Zu der Vielzahl der sich hieraus ergebenden Konsequenzen gehören auch spezifische Krankheitsentwicklungen, die neben der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen vor allem die Gefahr von komplexen Krankheitsverläufen mit mehreren, sich teilweise wechselseitig beeinflussenden physischen und psychischen Einschränkungen bergen. Hieraus resultierende Zustände höchster Vulnerabilität sind dabei in hohem Maße mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit assoziiert.

Hochaltrigkeit ist nicht gleichbedeutend mit Pflegebedürftigkeit

Gleichzeitig macht das Ratsgutachten sehr deutlich, dass durchaus unterschiedliche Szenarien zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger in Betracht zu ziehen sind, es in diesem Sinne keineswegs als gesichert und zwangsläufig gelten kann, dass etwa die Zunahme von Hochaltrigkeit einen proportional steigenden Pflegebedarf nach sich zieht. So zeigen die Daten aus den Berechnungen des SVR in der Prognose bis 2050 erhebliche Differenzen von bis zu einer Million Pflegebedürftigen, je nachdem, ob die Fortschreibung des status-quo oder aber die Annahmen der Morbiditätskompression zugrunde gelegt werden.¹ (4,35 Mio. ohne Kompressionsannahme vs. 3,50 Mio. mit Kompressionsannahme) In der Prognose bis 2030 wird eine deutliche Differenz zwischen „status-quo“ und „Kompression“ auch durch die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bestätigt (3,36 Mio. vs. 2,95 Mio.).

Die Entwicklung des Pflegebedarfs ist gestaltbar

Diese Szenarien bilden den Ausgangspunkt für Überlegungen, wonach explizit die Gestaltbarkeit der Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger zu fokussieren ist und nicht deren

¹ Eine Fortschreibung des status-quo bedeutet dabei, dass das heute zugrunde liegende altersgruppenspezifische Pflegerisiko für zukünftige Populationen extrapoliert wird, während die Kompressionsthese die Möglichkeit beschreibt, Erkrankungen des höheren Lebensalters, z.B. durch geeignete präventive Maßnahmen, in die letzten Phasen des Lebens zurück zu drängen (vgl. Fries 2003).

Unabwendbarkeit, was das Ausmaß des Anstiegs betrifft. Dies ist in zweierlei Hinsicht bedeutsam: zum einen sind hiermit für die Betroffenen selbst höchst relevante Fragen des Verlusts oder Erhalts von Selbstständigkeit und Lebensqualität angesprochen, zum anderen impliziert eine unterschiedlich starke Zunahme von Pflegebedarf beträchtliche gesellschaftliche bzw. gesundheitsökonomische Effekte. Die Einbeziehung der Morbiditätskompression bei der Prognostizierung zukünftigen Pflegebedarfs verweist dabei auf die Beeinflussbarkeit des Pflegebedürftigkeitsrisikos durch Einflussnahme auf das Morbiditätsgeschehen im Sinne einer Verhinderung oder Verzögerung pflegebegründender Erkrankungen im Vorfeld eines Pflegebedarfs.

Eine pflegetheoretische Unterlegung kann in diesem Zusammenhang die als RLT-Modell (benannt nach den Autoren Roper, Logan und Thierney) bekannte Modellierung bieten, die der Grundüberlegung folgt, dass jegliches – mithin auch gesundheitsbezogenes – menschliche Handeln in Abhängigkeiten von physischen, psychischen, sozialen und weiteren Umgebungsfaktoren (wie z. B. Wohnumwelten oder ökonomischen Bedingungen) eingebettet ist und aus je unterschiedlichen Konstellationen dieser Faktoren unterschiedliche Ausmaße an Hilfe- und Pflegebedarf auf einem Kontinuum zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit resultieren. Die folgende Abbildung stellt diese Überlegung in Anlehnung an das Modell von Roper, Logan und Thierney dar:

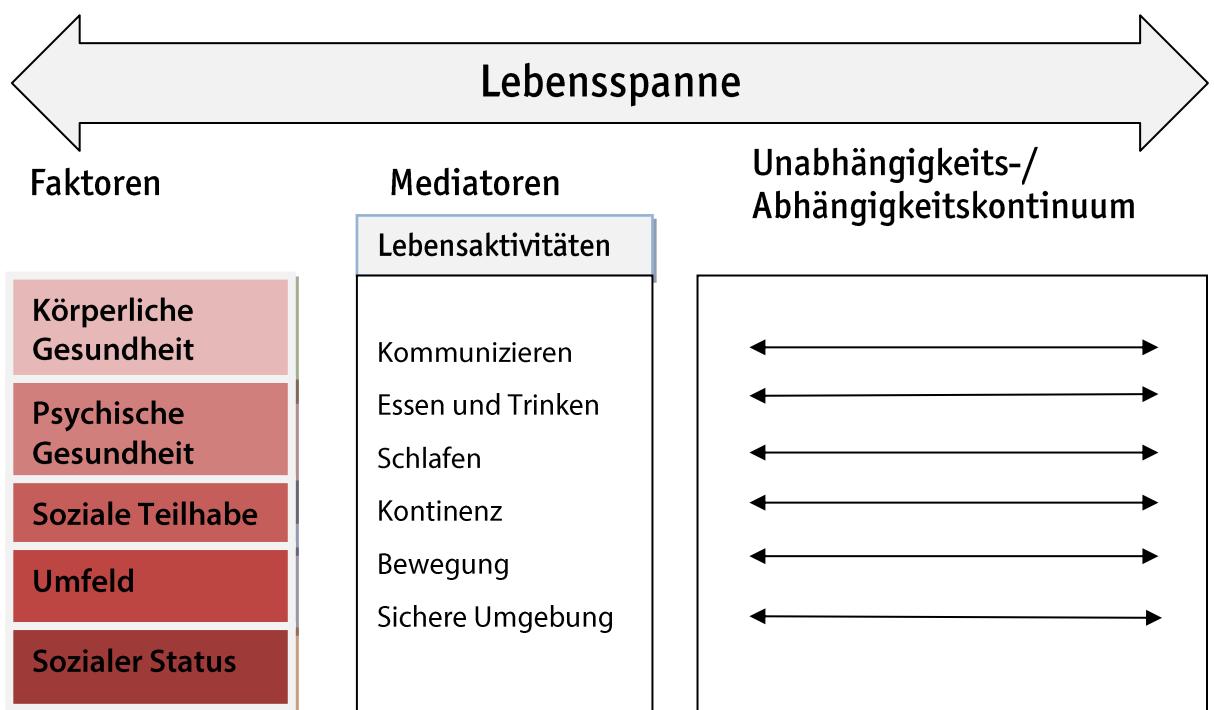


Abb. 1: Modell zu Faktoren und Mediatoren von Pflegebedarf (eigene Darstellung)

Voraussetzung für die Gestaltbarkeit von Pflegebedürftigkeit sind Kenntnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren. Um das Ausmaß und die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit beeinflussen zu können, benötigen wir genauere Kenntnis von morbiditätsbezogenen Einflussfaktoren auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit als spezifischem Gesundheits- respektive Krankheitszustand. Genau hier setzt das gemeinsame Projekt „Risikoprofile für Pflegebedarf“ des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité im Rahmen der „Berliner Initiative Studie (BIS)“ an.

Ausgehend von der Überlegung, wonach die Entwicklung des Pflegebedarfs – im Sinne der Kompressionsthese – gestaltbar ist, wurden im Rahmen des hier dargestellten BIS-Teilprojekts „Risikoprofile für Pflegebedarf“ drei Analyseschritte durchgeführt:

- A) Beschreibung des Gesundheitszustandes der Hochbetagten in der BIS-Kohorte
- B) Unterscheidung von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand
- C) Identifizierung von Risiko- und Ressourcenkonstellationen im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit

2. Daten und Methoden

Die Berliner Initiative Studie (BIS) ist eine populationsbasierte Kohorte von zufällig ausgewählten Versicherten der AOK Nordost. Im Rahmen der BIS werden rund 2.000 in Berlin lebende ältere Frauen und Männer im Alter ab dem 70. Lebensjahr (mittleres Alter 82 Jahre) wiederholt untersucht und befragt (Schaeffner et al. 2010). Die BIS-Kohorte wurde mit der Zielsetzung initiiert, die Epidemiologie von Niereninsuffizienz bei älteren Personen zu untersuchen. Zwischen Dezember 2009 und Juni 2011 konnten 2.069 Probanden in die Baseline-Visite (V1) eingeschlossen werden. Ab Dezember 2011 bis 2013 folgte die erste Nachuntersuchung (V2) von 1.699 Befragten aus der ersten Welle (drop out: ca. 12 Prozent nach Abzug der Verstorbenen). Auf diese zweite Untersuchungs- und Befragungswelle beziehen sich die in der hier beschriebenen Teilstudie „Risikoprofile für Pflegebedarf“ dargestellten Ergebnisse. Der Datenerhebung und Datenübermittlung wurde durch die Befragten zugestimmt und erfolgte unter Berücksichtigung der geltenden datenschutzrechtlichen Anforderungen.

3. Ergebnisse

In den statistischen Berechnungen wurden die Pflegebedürftigen mit den Nicht-Pflegebedürftigen verglichen und auf signifikante Unterschiede überprüft. Wenn signifikante Unterschiede vorliegen, bedeutet dies, dass diese nicht zufällig ermittelt wurden, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in den entsprechenden Gruppen in der Bevölkerung insgesamt aufzufinden sind. Um nicht nur einzelne gesundheitsrelevante Merkmale, sondern mehrere kombiniert untersuchen zu können, wurden statistische Regressionen durchgeführt. Mit Hilfe dieser Analysen kann gezeigt werden, welche Merkmale die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit in welchem Maße erhöhen.

3.1 Gesundheitszustand der Hochbetagten in der BIS-Kohorte

Der Altersdurchschnitt der Kohorte liegt bei rund 82 Jahren. Der Anteil der Frauen ist mit 53 Prozent höher als der Anteil männlicher Studienteilnehmer (46 Prozent). Über die Hälfte der Probanden lebt in einer festen Partnerschaft (54 Prozent), knapp die Hälfte mit dem Partner bzw. der Partnerin im selben Haushalt (45 Prozent).

- In der Studie wurde ein Test zur Erfassung der Mobilität durchgeführt (Timed up and Go – TUG). Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer erscheinen im Ergebnis durchschnittlich sehr mobil. Der TUG-Test konnte bei 92 Prozent der Probanden durchgeführt werden. Gründe für die Nicht-Durchführbarkeit der Testung sind vor allem Bettlägerigkeit, Behinderung oder starke kognitive Einschränkung. Lediglich 8 Prozent der Teilnehmenden konnten den Test nicht innerhalb der als Norm angegebenen Zeit (20 Sekunden) bewältigen. Personen mit Gehhilfen benötigen dabei im Schnitt rund 11 Sekunden länger als Personen ohne Gehhilfen.
- 11 Prozent der Befragten sind in den letzten 4 Wochen gestürzt, wobei sich in rund der Hälfte der Fälle die Stürze in der eigenen Häuslichkeit ereigneten. Je älter die Probanden, desto häufiger stürzen sie: Befragte über 90 Jahre berichten mehr als doppelt so häufig über ein oder mehrere Sturzereignisse wie Befragte unter 80 Jahren.
- Die befragten Probanden leiden überwiegend an Schmerzen. Rund die Hälfte gibt eine mittlere Intensität an, in einem Viertel der Fälle wird starker Schmerz berichtet. Das Schmerzgeschehen verteilt sich dabei in allen Altersgruppen gleichmäßig. Frauen sind öfter von Schmerzen betroffen, und deren Intensität sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen in den Alltagsaktivitäten sind bei ihnen jeweils stärker.

- Mehr als ein Drittel der Befragten hat in den letzten vier Wochen ungewollt Urin verloren. Harninkontinenz kommt deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern vor, zudem tritt sie mit steigendem Alter immer häufiger auf.
- Die untersuchten Frauen und Männer im Alter zwischen 70 und 100 Jahren können überwiegend gut einschlafen (69 Prozent), weitgehend nicht durchschlafen (49 Prozent), vielfach jedoch wieder leicht einschlafen (61 Prozent) und sind im Allgemeinen mit ihrer Schlafqualität zufrieden (59 Prozent).
- Die Kohorte weist insgesamt ein hohes psychisches Wohlbefinden auf. Lediglich 15 Prozent der Probanden liegen hier außerhalb des empfohlenen Normbereichs. Es zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter der Befragten. Frauen berichten häufiger von mangelndem psychischen Wohlbefinden und Verstimmungen als Männer.
- Die Probanden wurden zudem gebeten, Testungen zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit durchzuführen; beinahe alle befragten Personen konnten dies bewerkstelligen (97 Prozent). Gründe für die Nichtbeantwortung waren Sehbehinderung, Schwerhörigkeit oder eine schwere kognitive Einschränkung. Mehr als drei Viertel der Probanden (86 Prozent) liegen mit ihren Ergebnissen im Normbereich – sind demnach kognitiv unauffällig. Lediglich bei 12 Prozent kann von einer (beginnenden) kognitiven Einschränkung gesprochen werden. Hierbei zeigen sich signifikante Altersunterschiede in der Verteilung: Der Anteil an kognitiv eingeschränkten Probanden liegt in der Altersgruppe der 90-Jährigen und älteren mit über 30 Prozent bei Weitem am höchsten.

3.2 Unterschiede von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand

In einem zweiten Schritt wurde überprüft, welche Zusammenhänge mit Pflegebedürftigkeit insbesondere die folgenden gesundheitsbezogenen Faktoren zeigen:

- Subjektive Gesundheitseinschätzung
- Gesundheitsverhalten (Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Aktivität)
- Morbiditäten (Diabetes, Schlaganfallereignis, Krebserkrankung, Koronare Herzerkrankung, Nierenerkrankung, Adipositas)
- Gebrechlichkeitsparameter (Mobilität, Sturzereignisse, Urininkontinenz, psychisches Wohlbefinden, kognitive Fähigkeiten, Schmerz, Schlafqualität)

Von den 1.699 Personen, die zum Zeitpunkt der 2. Befragungswelle (V2) untersucht und befragt wurden, sind 19 Prozent pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (N=321), der ganz überwiegende Teil davon mit Pflegestufe 1 (79 Prozent). Pflegebedürftige sind erwartungsgemäß signifikant älter als Personen, die keine Pflegeleistungen beanspruchen; vor allem in der Altersgruppe ab 90 Jahren steigt das Pflegerisiko deutlich an: 33 Prozent dieser Altersgruppe sind pflegebedürftig, ein – bezogen auf die gesamte Stichprobe – überproportional hoher Anteil. Geschlecht, Einkommen und Bildung zeigen in den derzeit vorliegenden Daten hingegen keinen signifikanten Zusammenhang mit Pflegebedarf.

Pflegebedürftige sind häufiger als Nicht-Pflegebedürftige von Niereninsuffizienz, Diabetes, Schlaganfall, Krebs und Herzinfarkt betroffen; lediglich bei koronaren Herzerkrankungen und Adipositas sind keine Unterschiede festzustellen.

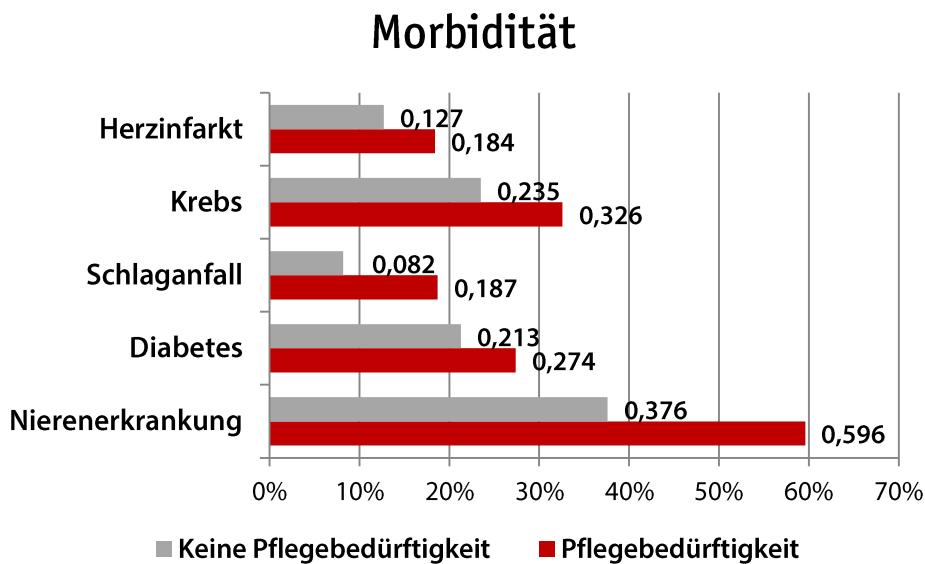


Abb. 2: Erkrankungen von pflegebedürftigen und nicht-pflegebedürftigen Personen im Vergleich

Erwartungsgemäß unterscheiden sich hingegen Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige signifikant im Hinblick auf Fragen und Testungen aus dem geriatrischen Assessment: Während es knapp der Hälfte der Personen mit Pflegebedarf (47 Prozent) nicht möglich war, den Mobilitätstest (Timed up & Go) in 20 Sekunden durchzuführen, sind es in der Vergleichsgruppe lediglich 8 Prozent. Über die Hälfte der Pflegebedürftigen berichtet zudem von Harninkontinenz in den letzten 4 Wochen (57 Prozent) und litt in den letzten 24 Stunden vor der Befragung an Schmerzen (58 Prozent). Deutliche Prävalenzunterschiede gibt es auch im Hinblick auf Sturzereignisse (21 Prozent versus 9 Prozent) und kognitive Einschränkungen (24,3 Prozent versus 7 Prozent): Die Gruppe der Pflegebedürftigen

tigen ist hier jeweils knapp dreimal so häufig betroffen wie nicht pflegebedürftige Personen.

Ebenso erwartungsgemäß unterscheiden sich auch das psychische Wohlbefinden und die subjektive Gesundheitseinschätzung in beiden Gruppen: Pflegebedürftige geben signifikant häufiger an, sich psychisch eingeschränkt zu fühlen (22 Prozent) und beurteilen die eigene Gesundheit häufiger als schlecht oder sehr schlecht (29 Prozent Pflegebedürftige versus 8 Prozent Nicht-Pflegebedürftige).

Subjektive Gesundheit

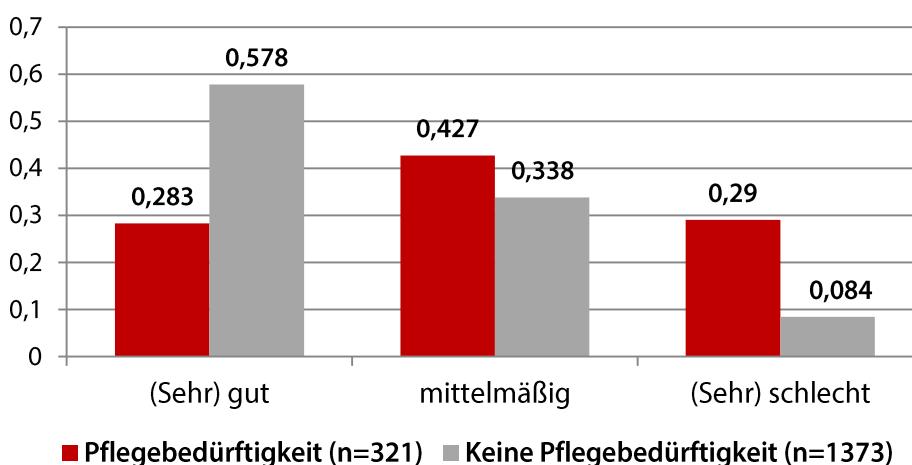


Abb. 3: Subjektive Gesundheitseinschätzung von pflegebedürftigen und nicht-pflegebedürftigen Personen im Vergleich

3.3 Risiko- und Ressourcenkonstellationen im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit

In einem dritten Schritt wurden Konstellationen von pflegeassoziierten Faktoren mit dem Ziel analysiert, möglichst genau zu klären, welche gesundheitlichen Risiken respektive Ressourcen in welchem Maße das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit beeinflussen.

Werden alle gesundheitsrelevanten Merkmale gemeinsam untersucht, so zeigt sich folgendes Bild: Hohes Alter, ein Schlaganfallereignis, eine Krebserkrankung, eingeschränkte Mobilität, das Vorliegen einer Harninkontinenz und ein schlechtes oder sehr schlechtes subjektives Gesundheitsempfinden sind signifikant mit Pflegebedürftigkeit assoziiert. Dies bedeutet, dass das Risiko (die sogenannte Odds Ratio: OR) pflegebedürftig zu sein, am höchsten ist, wenn alle diese Merkmale zutreffen. Die stärksten Zusammenhänge zeigen sich mit einem sehr hohen Alter: Personen ab 90 Jahren weisen im Vergleich zur jüngsten untersuchten Altengruppe (70-79 Jahre) ein knapp

5-fach erhöhtes Risiko auf, pflegebedürftig zu sein (OR: 4.72). Weitere assoziierte Faktoren sind eingeschränkte Mobilität (OR: 4.79) und schlechter subjektiver Gesundheitszustand. So ist das Pflegerisiko für Personen, die ihre eigene Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, knapp vierfach erhöht gegenüber Personen, die ihre eigene Gesundheit sehr gut bis gut bewerten (OR: 3.90) – und zwar unabhängig vom tatsächlichen Vorliegen einer der im Rahmen der Studie einbezogenen Erkrankungen.

Um untersuchen zu können, welche gesundheitsrelevanten Merkmale das Pflegerisiko am stärksten erhöhen und wie die jeweiligen Merkmale miteinander in Verbindung stehen, wurden diese in mehreren Schritten in die Analysen einbezogen: Im ersten Schritt konnte die Assoziation von Pflegebedürftigkeit und soziodemographischen Merkmalen analysiert werden. Im zweiten Schritt wurden darüber hinaus die Morbiditäten, im dritten Schritt die Gebrechlichkeitsparameter, im vierten Schritt die subjektive Gesundheit und im fünften Schritt das Gesundheitsverhalten untersucht. Während eine eingeschränkte Mobilität und Harninkontinenz durchgängig signifikante Effekte aufweisen, ist ein Sturzereignis in den letzten vier Wochen vor der Befragung nicht mehr signifikant mit Pflegebedürftigkeit assoziiert, wenn gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Aktivität) mit in das Modell aufgenommen werden. Auch der signifikante Zusammenhang mit Diabetes schwächt sich durch die Aufnahme der Variablen zum Gesundheitsverhalten und der subjektiven Gesundheit ab, so dass Diabetes im finalen Modell kein Prädiktor für Pflegebedürftigkeit mehr darstellt. Die Assoziation von Niereninsuffizienz und Pflegebedürftigkeit ist unter Einbeziehung der Gebrechlichkeitsparameter ebenfalls nicht mehr signifikant. Auch der ursprünglich ermittelte signifikante Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Partnerschaft bleibt nicht bestehen, wenn Parameter des geriatrischen Assessments (Gebrechlichkeitsparameter) berücksichtigt werden: Schließlich wird durch die schrittweise Regression auch der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Gesundheitsverhalten deutlich, da subjektive Gesundheit mit Einbeziehung der Variablen zum Gesundheitsverhalten an Erklärungskraft verliert, jedoch signifikant bleibt.

Insgesamt betrachtet kann resümiert werden, dass Pflegebedürftigkeit erwartungsgemäß mit bestimmten körperlichen Beeinträchtigungen (hier vor allem Schlaganfallereignisse, aber auch Krebserkrankungen), hohem Alter sowie gesundheitsrelevantem Verhalten assoziiert ist. Weniger zu erwarten war darüber hinaus die bedeutsame Rolle des subjektiven Gesundheitsempfindens: unabhängig von den vorgenannten Faktoren (Morbiditäten/

körperliche Beeinträchtigungen, Alter und Gesundheitsverhalten) ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands in hohem Maße mit Pflegebedarf assoziiert. Gute subjektive Gesundheit kann mithin als eigenständige Ressource innerhalb von Konstellationen relevanter Faktoren rund um die Entstehung, Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedarf begriffen werden. Die nachfolgende Abbildung stellt die in der derzeitigen Datenlage mit Pflegebedürftigkeit assoziierten Faktoren mit den jeweiligen Odds Ratios (OR) noch einmal im Überblick dar:

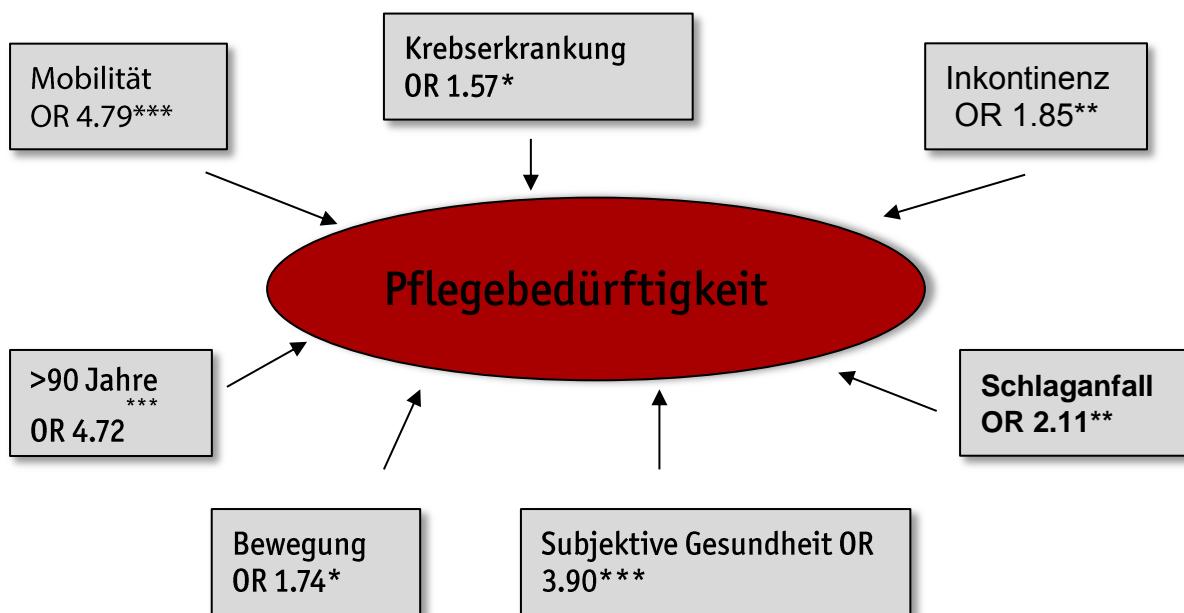


Abb. 4: pflegeassoziierte Faktoren (eigene Darstellung)

4. Fazit: Pflegebedürftigkeit ist kein Schicksal

Die dargestellten Ergebnisse verdeutlichen drei Aspekte: Erstens weisen die untersuchten Hochbetagten einen insgesamt recht guten Gesundheitszustand auf, der als wichtige Ressource und Anknüpfungspunkt für Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedarf zu werten ist: ein Großteil der Befragten fühlt sich psychisch wohl, nur wenige sind kognitiv eingeschränkt und der überwiegende Teil ist mobil und körperlich aktiv.

Zweitens wird deutlich, dass auch die bereits Pflegebedürftigen über bedeutsame gesundheitsbezogene Ressourcen verfügen: so ist besonders bemerkenswert, dass mit 28 Prozent in etwa ebenso viele der Pflegebedürftigen über einen guten bis sehr guten subjektiven Gesundheitszustand berichten wie über einen (sehr) schlechten (29 Prozent).

Erwartbar wäre hier sicherlich ein höherer Anteil schlechter subjektiver Gesundheit bei Pflegebedürftigen gewesen. Drittens legen die Befunde nahe, dass Faktoren, die mit einer Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehen, durchaus beeinflussbar sind.

Die dargestellten Ergebnisse verweisen unter anderem auf die zentrale Rolle des subjektiven Gesundheitsempfindens im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit: Als Risikofaktor formuliert liegt – unabhängig von Gesundheitsverhalten, Alter und Morbidität – die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedarf bei schlechter subjektiver Gesundheit rund viermal höher als in der Vergleichsgruppe mit guter oder sehr guter Einschätzung der eigenen Gesundheit. Mit Blick auf Überlegungen zur Gestaltbarkeit der weiteren Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger kann daher argumentiert werden, dass dem Faktor „subjektive Gesundheit“ höchste Beachtung geschenkt werden sollte. Die Einbeziehung subjektiver Bewertungen der eigenen gesundheitlichen Lage im Sinne Erfolg versprechender Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention ordnet sich dabei in bekannte allgemeinere Befunde aus der Gerontologie ein: So zeigt die Berliner Altersstudie bereits in den 1990er Jahren häufig auftretende Diskrepanzen von objektivem und subjektivem Gesundheitszustand bei alten Männern und Frauen, die noch dazu mit steigendem Alter weiter zunehmen (Borchelt et al. 1996). Wahl und Kruse (1999) betonen ebenfalls die Differenz beider Dimensionen und verweisen auf verbreitete Über- oder Unterschätzungen der eigenen Gesundheit im höheren Lebensalter. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass subjektive gesundheitsbezogene Einschätzungen und Haltungen, gemeinsam mit allgemeinem Wohlbefinden und Zufriedenheit, wichtige subjektive Dimensionen des Konstrukts „Lebensqualität“ darstellen, die mit objektiv fassbaren Dimensionen, wie Bildung, materielle Lage und Teilhabe in sozialen Netzwerken, mehr oder weniger stark korrespondieren (vgl. z. B. Motel-Klingebiel et al. 2010).

Für die Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention, sowohl im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit als auch bei bereits eingetretenem Hilfe- und Pflegebedarf, kann abgeleitet werden, dass die Identifizierung von Risiken und die gezielte Stärkung von Ressourcen vor allem dem Bereich der Lebensqualität (in subjektiver wie objektiver Dimension) gelten sollte. In diesem Zusammenhang sind u.a. die Stärkung von Gesundheitskompetenz und die Förderung von Selbstwirksamkeit im Sinne der Überzeugung, dass eigenes (Gesundheits-)Handeln tatsächliche Auswirkungen auf den (wahrgenommenen) Gesundheitszustand haben kann, wesentliche Ansatzpunkte.

Für die Forschung bedeutet dies, dass – neben einer weiterhin notwendigen Verbesserung der längsschnittlichen Datenlage zum Einfluss objektiver Gesundheitsparameter – eine viel größere Aufmerksamkeit auch auf die Wirkungszusammenhänge von vermeintlich „weichen“, subjektiven Einflüssen bei der Entstehung, Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit zu richten ist.