

Damian Hedinger

Gesundheitsversorgung am Lebensende

Soziale Ungleichheit in Bezug auf
Institutionsaufenthalte und Sterbeorte

OPEN



Springer VS

Gesundheitsversorgung am Lebensende

Damian Hedinger

Gesundheitsversorgung am Lebensende

Soziale Ungleichheit in Bezug auf
Institutionsaufenthalte und Sterbeorte

Damian Hedinger
Zürich, Schweiz

Die vorliegende Arbeit wurde an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich im Herbstsemester 2015 auf Antrag von Prof. Dr. Marc Szydlik (hauptverantwortliche Betreuungsperson) und PD Dr. Oliver Hämmig als Dissertation angenommen. Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.



FONDS NATIONAL SUISSE
SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS
FONDO NAZIONALE SVIZZERO
SWISS NATIONAL SCIENCE FOUNDATION

Anmerkung: Im nachfolgenden Text wird für das bessere Leseverständnis häufig nur die männliche Form (z.B. Schüler, Lehrer) benutzt. Selbstverständlich ist damit immer auch, sofern nicht speziell erwähnt, die weibliche Form gemeint.

ISBN 978-3-658-13346-7

ISBN 978-3-658-13347-4 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-13347-4

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Der/die Autor(en) 2016. Das Buch wurde Open Access veröffentlicht unter SpringerLink.com.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede kommerzielle Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Danksagung

Die vorliegende Dissertationsschrift hat mich in den vergangenen drei Jahren während meiner Anstellung als Doktorand am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich intensiv beschäftigt und immer wieder von Neuem herausgefordert. Insgesamt war es eine abwechslungsreiche und lehrreiche Zeit, die ich sehr genoss. Dies nicht zuletzt dank der Unterstützung von vielen Kollegen, die in unterschiedlicher Weise zum Gelingen der Dissertation beigetragen haben.

Besonders danken möchte ich an erster Stelle meinen beiden Betreuern der Dissertation und Gutachtern Marc Szydlik und Oliver Hämmig für die unkomplizierte Unterstützung des Gesamtprojekts und für die stets kompetenten und hilfreichen Rückmeldungen bei Fragen und Unklarheiten aller Art. Weiterhin danken möchte ich Matthias Bopp für die Leitung des Projektes sowie die Unterstützung bei Fragen zu den Datenquellen. Julia Braun gebührt ein herzliches Dankeschön für ihre Kompetenz bei Statistikfragen. Für die allumfassende Rückendeckung bei administrativen Angelegenheiten bedanke ich mich bei Maja Christinger. Ausserdem möchte ich mich bei meiner Familie ganz herzlich bedanken für die motivierenden Gespräche sowie das Korrekturlesen.

Ein weiteres Dankeschön gebührt auch dem Schweizerischen Nationalfonds für die Finanzierung meiner Doktorandenstelle sowie der Universität Zürich für die attraktiven Arbeitsbedingungen.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	IX
Abbildungsverzeichnis	X
Vorwort	XI
1 Einleitung	1
2 Begriffliche und theoretische Grundlagen	9
2.1 Alter und Altern	11
2.2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung.....	18
2.3 Soziale Ungleichheit der Gesundheit und Gesundheitsversorgung.....	26
2.4 Lebensende und Sterben	36
2.5 Zwischenfazit.....	41
3 Lebensende im Kontext: Institutionen und Sterbeort.....	43
3.1 Lebens- und Wohnformen am Lebensende	44
3.2 Morbidität, Mortalität und Lebenserwartung.....	51
3.3 Soziale Ungleichheit und Aufenthalte in Heimen und Spitälern	57
3.4 Zentrale Einflussfaktoren.....	60
4 Daten und Methoden	69
4.1 Daten.....	69
4.2 Operationalisierung.....	73
4.3 Methoden.....	84

5 Heimaufenthalte	89
5.1 Forschungsstand	89
5.2 Deskriptive Analysen	92
5.3 Determinanten der Heimaufenthaltsdauer	98
5.4 Zwischenfazit	104
6 Spitalaufenthalte	107
6.1 Forschungsstand	107
6.2 Deskriptive Analysen	110
6.3 Determinanten der Spitalaufenthaltsdauer	117
6.4 Zwischenfazit	121
7 Sterbeort	125
7.1 Forschungsstand	126
7.2 Deskriptive Analysen	129
7.3 Determinanten der unterschiedlichen Sterbeorte	136
7.4 Zwischenfazit	145
8 Fazit und Schlussfolgerungen	149
Literaturverzeichnis	159

Tabellenverzeichnis

2.1: Formen des Lebens und Sterbens	38
4.1: Variablen Heimaufenthaltsdauer	76
4.2: Variablen Spitalaufenthaltsdauer	78
4.3: Variablen Sterbeort	81
5.1: Negativ-binomiale Regressionsmodelle der Heimaufenthaltsdauer	100
6.1: Negativ-binomiale Regressionsmodelle der Spitalaufenthaltsdauer ...	117
7.1: Multinomiale logistische Regressionmodelle für vier verschiedene Sterbeorte (Referenzwert: zu Hause)	138

Abbildungsverzeichnis

2.1: „Gesund-Krank“ Kontinuum mit vier Ebenen der Gesundheit	21
2.2: Modell zur Erklärung der Ungleichheit in der Versorgung	34
4.1: Drei Datenquellen und deren Verlinkung	71
5.1: Heimaufenthaltsdauer nach Geschlecht.....	93
5.2: Heimaufenthaltsdauer nach Altersgruppen	94
5.3: Heimaufenthaltsdauer nach Bildungsabschluss.....	95
5.4: Heimaufenthaltsdauer nach Wohneigentum.....	96
5.5: Heimaufenthaltsdauer nach Zivilstand.....	97
5.6: Heimaufenthaltsdauer nach Sprachregion	98
6.1: Spitalaufenthaltsdauer nach Geschlecht.....	111
6.2: Spitalaufenthaltsdauer nach Altersgruppen	112
6.3: Spitalaufenthaltsdauer nach Bildungsabschluss.....	113
6.4: Spitalaufenthaltsdauer nach Wohneigentum	114
6.5: Spitalaufenthaltsdauer nach Zivilstand.....	115
6.6: Spitalaufenthaltsdauer nach Sprachregion.....	116
7.1: Unterschiedliche Sterbeorte nach Geschlecht.....	131
7.2: Unterschiedliche Sterbeorte nach Altersgruppen	132
7.3: Unterschiedliche Sterbeorte nach Bildungsabschluss.....	133
7.4: Unterschiedliche Sterbeorte nach Wohneigentum	134
7.5: Unterschiedliche Sterbeorte nach Zivilstand.....	135
7.6: Unterschiedliche Sterbeorte nach Sprachregion	136
7.7: Wahrscheinlichkeits-Plots einiger ausgewählter Variablen.....	141

Vorwort

Die Dissertationsschrift, die der Soziologe Damian Hedinger hiermit vorlegt, beschäftigt sich mit einem altbekannten gesellschaftlichen Phänomen und Problem, nämlich dem sozialer und daraus resultierender gesundheitlicher Ungleichheit. Soziale Unterschiede bezüglich Gesundheit, Krankheit und Sterblichkeit traten und treten – wie wir heute wissen – zu allen Zeiten, in allen Kulturen und Ländern auf und lassen sich auch in wohlhabenden Staaten wie der Schweiz beobachten. Solche Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung nach sozialen Merkmalen und zum Nachteil der sozial Benachteiligten haben in modernen Wohlfahrtsstaaten nicht etwa abgenommen, sondern scheinen im Gegenteil eher noch zuzunehmen. Die Ursachen für diese (wachsenden) gesundheitlichen Ungleichheiten sind zwar viel erforscht, aber noch nicht gänzlich ergründet oder erklärt. In der Schweiz, in der nicht zuletzt aus Gründen der Chancengleichheit und sozialen Gerechtigkeit viel in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung investiert wird, aber dennoch erhebliche sozial bedingte Ungleichheiten bezüglich Gesundheit oder vielmehr Krankheit und Sterblichkeit fortbestehen, besteht diesbezüglich ein Erkenntnisdefizit und ein gewisser Erklärungs- und Forschungsbedarf.

Die vorliegende Arbeit trägt dazu bei, diese Forschungslücke zu füllen. Der Autor geht darin der sehr interessanten Frage nach sozialer Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung nach und dies anhand einer üblicherweise wenig untersuchten Bevölkerungsgruppe, der Gruppe der Rentnerinnen und Rentner, und in einer normalerweise vernachlässigten, sehr späten Lebensphase, nämlich im letzten Lebensjahr, sowie innovativerweise nicht in Bezug auf die Gesundheit oder bestimmte Krankheiten oder die allgemeine Sterblichkeit, sondern im Hinblick auf den späteren Sterbeort und die Aufenthaltsdauer in (sozial-)medizinischen Institutionen wie Alters- und Pflegeheimen und Spitälern. Sterben sowie vorgängiger Aufenthalt und Verbleib im eigenen Zuhause, im Spital oder im Alters- und Pflegeheim sind nämlich nicht allein medizinisch begründet und vom Grad der Pflegebedürftigkeit abhängig oder eine Frage persönlicher Entscheidungen, sondern (unterschiedlich) stark durch soziale und kulturelle

Faktoren mitbestimmt, wie Damian Hedinger in seiner Dissertationsschrift anschaulich darlegt.

Da sich soziale und damit gesundheitliche Benachteiligungen im Lebensverlauf kumulieren, ist eine solche Untersuchung von sozialer und gesundheitlicher sowie ‚institutioneller‘ Ungleichheit am Lebensende besonders interessant und verdienstvoll. Zwar sind sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten im mittleren Lebensalter besonders ausgeprägt, ausgeprägter noch als im höheren Lebensalter, aber dies v.a. deshalb, weil im Altersverlauf ein Selektionseffekt stattfindet und sozial und damit gesundheitlich Benachteiligte ein höheres Sterberisiko und folglich eine geringere Lebenserwartung aufweisen, wodurch die sozialen Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit oder auch bezüglich Pflegebedürftigkeit (Heimaufenthalt) und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Spitalaufenthalt) im höheren bzw. mit zunehmendem (Renten-)Alter kontinuierlich abnehmen. Dennoch bleiben soziale Unterschiede zum Beispiel in der ‚institutionellen‘ Gesundheitsversorgung und beim Bedarf bzw. in der Inanspruchnahme von ausserfamiliären Betreuungs- und Pflegediensten (Alters- und Pflegeheim) und stationären medizinischen Leistungen (Spital) bis ins hohe Alter und sogar bis zum Tod bestehen, wie die Arbeit von Damian Hedinger eindrücklich aufzeigt.

Die quantitativ-empirisch ausgerichtete Arbeit stützt sich bei der Untersuchung auf eine ganz besondere, einmalige und sehr umfangreiche Datengrundlage von sämtlichen in einem bestimmten Zeitraum (2007-08) in der Schweiz verstorbenen Personen im Rentenalter und deren finalen institutionellen Aufenthalts- und Sterbeorten. Die Daten wurden gewonnen durch ein sogenanntes Record-Linkage, d.h. die individuelle Verknüpfung einer ganzen Reihe von anonymen Registerdaten und Routinestatistiken der Schweiz (Volkszählung, Todesursachenstatistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen) anhand einer Kombination von gemeinsamen, übereinstimmenden und dadurch eindeutig identifizierbaren Merkmalen (wie Wohnort sowie Geburts- und Sterbedatum). Die Studienpopulation stellt also keine eigentliche Stichprobe dar, sondern entspricht im Grunde einer Vollerhebung und umfasst mehr als 35'000 Personen. Auch wenn sich bei einer solchen Vollerhebung Signifikanzanalysen und die Untersuchung von ‚überzufälligen‘ oder ‚irrtümlichen‘ Zusammenhängen genaugenommen erübrigen, verhilft eine Studienpopulation in dieser Grösse dennoch zu einer beeindruckenden statistischen Power, erleichtert damit die

Durchführung von multivariaten und/oder stratifizierten statistischen Analysen und ermöglicht dabei den Nachweis auch kleinster Effekte und Zusammenhänge.

Die Dissertationsschrift von Damian Hedinger ist aber nicht nur im Hinblick auf die Daten sehr gut abgestützt, sondern auch theoretisch breit fundiert. So werden einleitend trotz des Fehlens eines umfassenden und allgemeingültigen Theorieansatzes zur Erklärung sozialer Ungleichheit im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung bzw. Pflegebedürftigkeit verschiedene theoretischen Grundlagen, Begriffe und – teilweise widersprüchliche – wissenschaftliche Konzepte (Thesen, Modelle) ausführlich und leicht verständlich präsentiert, präzisiert und diskutiert.

Bei der Präsentation der empirischen Befunde geht der Autor systematisch und mustergültig vor, indem er diesen Teil untergliedert in die drei Hauptfragestellungen (Determinanten von Heimaufenthalten, Spitalaufenthalten und Sterbeort) und dabei jeweils zunächst die Fragestellung und den bisherigen Forschungsstand skizziert, dann deskriptive Befunde dazu präsentiert, anschliessend multivariate Zusammenhänge untersucht, und abschliessend ein Zwischenfazit zieht und die Resultate im Lichte vorgängig gemachter theoretischer Überlegungen interpretiert und diskutiert. Im abschliessenden Kapitel werden ein Gesamtfazit und weiterführende Schlussfolgerungen sowie Implikationen aus den wichtigsten Befunden der Untersuchung gezogen.

Dass der Autor in seiner insgesamt sehr gelungenen gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationsarbeit im abschliessenden Kapitel eine eigene Beurteilung und selbstkritische Würdigung der gewonnenen Erkenntnisse durch die Untersuchungsergebnisse etwas vermessen lässt, liegt wohl auch daran, dass er in seiner Untersuchung bzw. im empirischen Teil seiner Arbeit – entgegen dem eingangs vermittelten Anschein – im Grunde wenig hypothesengeleitet und stattdessen vielmehr stark explorativ vorgeht. Das Vorgehen war mit anderen Worten trotz eines soliden theoretischen Fundaments mehr ein empirisch-exploratives als ein theoretisch-deduktives, was in diesem Fall aber durchaus nachvollziehbar und legitim ist, weil es sich hierbei um ein zumindest hierzulande noch wenig erforschtes Forschungsfeld und -thema handelt.

1 Einleitung

In modernen Wohlfahrtsstaaten gibt es Institutionen, welche die Menschen gegen existenzielle Lebensrisiken wie Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krankheit, Invalidität oder Unfall absichern. Diese sind historisch gewachsen und unterscheiden sich zwischen Ländern bzw. Ländergruppen bezüglich ihrer Ausgestaltung und Struktur, was sich auf unterschiedliche Ausprägungen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit auswirken kann (vgl. Bamba 2007; Esping-Andersen 1990). Gestiegene Lebenserwartung und demografische Alterungsprozesse führten in jüngerer Zeit in vielen Ländern zu neuen Herausforderungen, welche etablierte wohlfahrtsstaatliche Institutionen der Altersvorsorge wie die Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV oder die Pensionskasse vor grosse Herausforderungen stellen. In den Medien oder in der Politik wird dabei meist über die Finanzierung einer zukunftsgerechten Altersvorsorge diskutiert. Auch die Wissenschaft befasst sich mit dieser Thematik, indem sie beispielsweise Probleme der Pflegebedürftigkeit im Alter und insbesondere mögliche Zukunftsszenarien analysiert (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003; Röttger-Liepmann 2007; Werblow et al. 2007). Gesunde und aktive alte Menschen sind nicht selbstverständlich, denn schliesslich ist neben der generellen Lebenserwartung auch die behinderungsfreie Lebenserwartung gestiegen: In der Schweiz beispielsweise ist es keine Besonderheit mehr, über 70 Jahre lang ohne grosse gesundheitliche Komplikationen leben zu können (Höpflinger & Hugentobler 2003). Und eine gute Gesundheit wird als eine der wichtigsten Determinanten eines erfolgreichen Alterns angesehen (vgl. Bowling & Dieppe 2005).

Diese Veränderungen gehen mit einem weitreichenden Wandel der Gesundheitsversorgung im Alter einher: Während im 19. Jahrhundert die meisten alten Menschen von der Familie gepflegt wurden und später auch zu Hause starben, erfolgte im 20. Jahrhundert eine Institutionalisierung des Sterbens und generell des letzten Lebensabschnitts; verbunden mit Medikalisation, Ökonomisierung und Verrechtlichung (Feldmann 2010; Streckeisen 2001). Spezialisierte Institutionen wie Spitäler und in jüngerer Zeit zunehmend Alters- und Pflegeheime übernehmen die Kontrolle und Organisation der letzten Lebensphase. Wachsender Wohlstand, Kranken- und Pflegeversicherungen, medizinischer Fortschritt, gros-

se Mobilität, kleinere Familien, tiefere Fertilitätsraten und auch Emanzipation der Frauen und Pluralisierung der Lebensstile sorgen dafür, dass immer weniger alte Menschen zu Hause sterben (Feldmann 2010:140). Man spricht in diesem Zusammenhang häufig von einer Bürokratisierung der Medizin, verstanden als Ausdruck von Rationalisierungs- und Herrschaftsprozessen, die durch Regeln, Zwecke, Mittel und sachliche Unpersönlichkeiten geprägt sind (vgl. Borgetto et al. 2007; Weber 1980:128 ff.). Zudem fördert die von Ulrich Beck thematisierte Individualisierung der Gesellschaft Medikalisierung und Bürokratisierung im Gesundheitswesen (Beck 1986). Gleichzeitig verändert sich auch die Funktion sozialer Netzwerke: Traditionelle soziale Bindungen und Familien verlieren in vielen Ländern bezüglich der Versorgung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern zunehmend an Bedeutung, und für die Bewältigung allfälliger Probleme stehen soziale Sicherungssysteme wie die Alters- oder Krankenversicherung bereit. Und während durch die demografische Alterung die Finanzierung der Sozialversicherungen immer schwieriger wird, steigt gleichzeitig der Bedarf danach. Einhergehend mit diesen Veränderungen verringert sich eine für den Erhalt von Gesundheit oder die Bewältigung von pflegerischen Tätigkeiten wichtige psychosoziale Ressource. Ausserdem ist die Individualisierung auch für die demografische Entwicklung von Bedeutung, weil eine unzureichende Vereinbarkeit von Arbeit und Familie bei zunehmender Erwerbsbeteiligung von Frauen mit einer tieferen Geburtenrate einhergeht (Borgetto et al. 2007:69).

Bei genauerer Betrachtung neuerer Entwicklungen stösst man noch auf weitere Probleme oder Widersprüche. Beispielsweise wünscht sich nach wie vor eine Mehrheit der alten Menschen, ihre letzte Lebensphase zu Hause erleben zu dürfen (Foreman et al. 2006). Tatsächlich stirbt aber in allen wissenschaftlich untersuchten Wohlfahrtsstaaten eine Mehrheit der alten Menschen in Institutionen wie Spitälern oder Alters- und Pflegeheimen (vgl. Beng et al. 2009; Broad et al. 2013; Brogaard et al. 2012; Ewers & Badura 2005; Fischer et al. 2004; Ishikawa et al. 2013; Reich et al. 2013; Teno et al. 2004). Die in jüngster Zeit immer häufiger werdenden Debatten über Sterbehospize, Sterbehilfe, Palliativpflege (vgl. Centeno et al. 2007) und generell mehr Selbstbestimmung am Lebensende weisen darauf hin, dass sich viele Menschen nicht einfach mit der ihnen auferlegten Rolle als Patient oder Sterbender zufrieden geben wollen, sondern vielmehr selbstständig über ihre letzte Lebensphase entscheiden möchten. Insbesondere die Nachfrage nach Palliativpflege mit entsprechender Behandlung steigt in der geriatrischen Behandlung stark an (vgl. Hafner & Meier 2005). Ein „guter Tod“ oder ein humanes Sterben sollte möglichst die Bedürfnisse und Wünsche des

Betroffenen sowie dessen Familie und Angehörigen berücksichtigen (vgl. Bowling 1983; Emanuel & Emanuel 1998; Evans & Walsh 2002; Teno et al. 2004). Gerade das Sterben in Spitälern wird häufig negativ gesehen und beispielsweise mit unsinnigen Behandlungen oder Vereinsamung assoziiert (vgl. Bowling 1983). Krankenhäuser sind aber auch nicht unbedingt für Sterbende gedacht, sondern dienen primär der Behandlung und Heilung von Krankheiten und sind dadurch auf Lebenserhaltung ausgerichtet (vgl. Brandes 2011). Ein Widerspruch könnte dadurch entstehen, dass bei gewissen Patienten, je nach Krankheit, eine Heilung gar nicht mehr möglich ist und es letztlich nur noch darum gehen kann, den Patienten in seiner letzten Lebensphase medizinisch zu betreuen. In Alters- und Pflegeheimen wird man als Bewohner hingegen von vornherein viel stärker mit dem Tod konfrontiert, weil die Eintretenden wissen, dass dies ihr letzter Wohnort sein wird (Gross 2005:157).

In den Medien und der Politik diskutiert man besonders oft über die Kosten der Gesundheitsversorgung. Dabei geht es meist darum, welche medizinischen Behandlungen durch die Krankenversicherung übernommen werden sollten. Und weil die ältere Bevölkerung durchschnittlich kränker ist als etwa die Berufstätigen, stellt sich die Frage nach einer gerechten Verteilung. Es ist aber nicht primär das Alter, sondern vielmehr die Zeit vor dem Lebensende, die besonders viel kostet. Eine holländische Studie zeigt auf, dass rund 10% der gesamten Gesundheitskosten auf das letzte Lebensjahr entfallen (Polder et al. 2006). In der Schweiz zeigt sich die Zunahme der Kosten beispielsweise an den stetig steigenden Krankenkassenprämien, die besonders bei kinderreichen Familien mittlerweile einen beträchtlichen Anteil an den Haushaltsausgaben einnehmen. Weiterhin ist das Gesundheitswesen in der Schweiz föderalistisch organisiert, was impliziert, dass etwa die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung zwischen den Kantonen stark variieren (vgl. Obsan 2013).

Krankheiten im Alter und Todesursachen haben sich gegenüber früher ebenfalls stark verändert: Während lange Zeit Infektionskrankheiten, Hungersnöte oder Kriege für viele Todesfälle verantwortlich waren, dominieren heute chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs (Beng et al. 2009; Fischer et al. 2004). Zudem leiden viele alte Menschen an Multimorbidität, d. h. an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig (vgl. Barnett et al. 2012; Fortin et al. 2012). Aufgrund der weitverbreiteten Institutionalisierung des Sterbens hat sich auch die Erwartungshaltung angepasst: So verlangen immer mehr Menschen medizinische Lösungen auch am Lebensende. Dadurch kann der Tod als Versagen der Medizin interpretiert werden und das Einfordern durch die Patienten von

immer mehr Behandlungen fördern, die zwar medizinisch möglich sind, häufig aber viel kosten und letztlich wenig zur Lebensqualität beitragen (Singer & Bowman 2005:29).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Lebensende generell und die Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der letzten Lebensphase im Speziellen Themenfelder mit vielen Herausforderungen, Widersprüchen und Unklarheiten sind. Dabei sind viele Akteure gleichermaßen involviert: Ein Todkranker etwa muss über seine Krebsbehandlung mit ungewissem Ausgang entscheiden; ein Arzt in einem Spital befasst sich damit, ob ein Patient in ein Heim verlegt werden soll; Angehörige entscheiden darüber, ob die betagte Grossmutter nicht mehr zu Hause leben kann; die Politik entscheidet, ob die Altersversicherung Pflegeleistungen übernimmt und Wissenschaftler schliesslich befassen sich damit, was eine Mehrheit der Menschen unter einem guten Sterbeprozess versteht oder evaluieren das Gesundheitswesen.

Die vorliegende Arbeit untersucht nun, wie sich soziale Faktoren auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung¹ am Lebensende auswirken. Auch wenn dabei die Gesundheitsversorgung im Zentrum der Analysen steht, sind Gesundheitsversorgung und Gesundheit im Allgemeinen gerade im hohen Alter eng miteinander verbunden. Und weil Gesundheit und Gesundheitsversorgung zwei elementare Determinanten der letzten Lebensphase sind und früher oder später jeder damit konfrontiert wird, kann diese Arbeit auch etwas zum generellen Verständnis des hohen Alters bzw. der Zeit vor dem Lebensende beitragen. Die Schweiz als ein wohlhabendes Land mit einer im weltweiten Vergleich sehr hohen Lebenserwartung ist für solche Analysen besonders geeignet, weil ein sehr gut funktionierendes, aber auch teures und in einen Wohlfahrtsstaat eingebettetes Gesundheitssystem untersucht werden kann.

Intuitiv denkt man vermutlich, ein Spital- oder Heimeintritt geschehe entweder aus medizinischen Gründen, wegen Pflegebedürftigkeit, oder weil man den Alltag nicht mehr alleine bewältigen kann. Gleichzeitig Sorge der Wohlfahrtsstaat für einen mehr oder weniger schichtunabhängigen Zugang. Diese Vermutung stimmt nur teilweise, denn es gibt noch weitere Faktoren, die ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für einen Heimeintritt erhöhen (vgl. Klein 1998). Bezüglich unterschiedlichen Sterbeorten haben Studien herausgefunden, dass beispielsweise

¹ Diese Studie interpretiert den Begriff „Gesundheitsversorgung am Lebensende“ analog zum englischen Begriff „End-of-Life Care“, welcher im Gegensatz zu Hospitz-, Palliativ- oder Terminalversorgung explizit kein spezifisches Versorgungskonzept oder keine Strategie im Umgang mit Krankheiten und deren Auswirkungen bezeichnet (Ewers & Schaeffer 2005:12; Lynn et al. 2000).

Menschen mit höherem Bildungsabschluss mit grösserer Wahrscheinlichkeit im häuslichen Umfeld sterben als solche mit tieferem Bildungsabschluss (vgl. Berger et al. 2002). Andere Untersuchungen wiederum fanden keinen vergleichbaren signifikanten Effekt (vgl. Tang & McCorkle 2001). Diese Differenzen dürften auch auf unterschiedliche Studienpopulationen oder Länder zurückzuführen sein. Eher unbestritten sind Unterschiede in der Gesundheit und in der Mortalität: Tendenziell sind sozioökonomisch besser gestellte Personen gesünder und leben länger als sozioökonomisch benachteiligte Personen (vgl. Bosma et al. 1999; Breeze et al. 1999; Breeze et al. 2001; Chandola et al. 2007; Huisman et al. 2005; Mielck 2005; Van der Heyden et al. 2009). Aber trotz expandierender sozialepidemiologischer Forschung und immer mehr statistischen Befunden zu einzelnen Zusammenhängen zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bleiben viele grundlegende Fragen zur sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit bis heute unbeantwortet. Dies gilt etwa für Fragen zur Produktion und Reproduktion sozialer Ungleichheit oder für die Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit im Alter (vgl. Abel et al. 2009; Kohli 1994; Siegrist & Marmot 2004). Wie wichtig ein besseres Verständnis sozialer Ungleichheit sein kann, belegen Studien, die aufzeigen, dass der allgemeine Gesundheitszustand oder die Lebenserwartung nicht primär in den reichsten Ländern am besten bzw. höchsten ist, sondern in denjenigen, in denen soziale Ungleichheiten am geringsten ausgeprägt sind (vgl. Heinzel-Gutenbrunner 2001; Wilkinson & Pickett 2006; Wilkinson 2006).

In dieser Arbeit wird explizit untersucht, welche individuellen, familialen und kulturell-kontextuellen Indikatoren die Spital- und Heimaufenthaltsdauer vor dem Tod verlängern oder verkürzen und weshalb man mit höherer oder geringerer Wahrscheinlichkeit zu Hause, in einem Heim, oder in einem Spital stirbt. Welche Faktoren liegen unterschiedlichen Institutionsbiografien am Lebensende und unterschiedlichen Sterbeorten zugrunde? Gibt es neben medizinischen oder pflegerischen Einflussfaktoren noch weitere wichtige, welche die Dauer von Heim- oder Spitalaufenthalten oder den Sterbeort massgeblich beeinflussen? Gibt es Hinweise für soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Bezug auf unterschiedlich lange Aufenthalte bzw. unterschiedliche Sterbeorte? Viele Menschen empfinden besonders lange Spitalaufenthalte vor dem Tod, meist verbunden mit massiven Schmerzen, als eine schreckliche Vorstellung (vgl. Bowling 1983). Zudem möchten Viele auch nicht im Spital sterben (vgl. Foreman et al. 2006). Alters- und Pflegeheimenritze werden häufig weit hinausgezögert, weil ältere Menschen in der Regel möglichst lange zu Hause leben möchten. Daraus kann man ableiten, dass im Normalfall eher verhältnismässig kurze Spital- und Heimaufenthalte

bevorzugt werden. Diese Arbeit versucht nun, die Aufenthaltsdauer in Spitälern und Heimen sowie unterschiedliche Sterbeorte aus wissenschaftlicher Sicht besser zu erklären. Die Aufenthaltsdauer repräsentiert die Zeit vor dem Tod und berücksichtigt dadurch eine wichtige Zeitkomponente, die in dieser Form bis anhin nur selten sozialwissenschaftlich untersucht wurde. Gleichzeitig kann mit dem Vergleich zwischen Heim- und Spitalaufenthaltsdauern und dem Sterbeort untersucht werden, inwiefern die gleichen Faktoren sowohl die Aufenthaltsdauer als auch den Sterbeort beeinflussen. Ein besseres Verständnis dieser Indikatoren hilft nicht nur, die letzte Lebensphase im Allgemeinen besser zu verstehen, sondern zeigt vielleicht auch auf, ob man die Gesundheitsversorgung noch optimaler den Bedürfnissen der betroffenen Personen anpassen kann. Nicht zuletzt werden potenzielle Unterschiede zwischen den Sprachregionen berücksichtigt: In der Schweiz wird immer wieder über mögliche kulturelle Differenzen zwischen der West- und Deutschschweiz debattiert, deshalb scheint es angebracht, potenzielle Unterschiede in Bezug auf die Forschungsfragen empirisch zu überprüfen.

Die Arbeit ist folgendermassen gegliedert: Im ersten Kapitel (Kapitel zwei) werden grundlegende Begriffe, Theorien und Konzepte vorgestellt. Dabei liegt der Fokus meist auf sozialwissenschaftlichen Ansätzen. Bei einigen Themen wie beispielsweise der Lebensphase Alter werden auch grundlegende Aspekte aus anderen Disziplinen wie etwa der Biologie oder der Sozialgeschichte hinzugezogen. Ein erster Schwerpunkt bildet das Alter, insbesondere was Altwerden heute bedeutet und welche Konsequenzen daraus entstehen. Danach steht die Gesundheit und Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt, wobei versucht wird, möglichst umfassende und insbesondere für die betroffenen Personen relevante Definitionen zu erstellen. Gleichzeitig wird vor dem Hintergrund sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit aufgezeigt, inwiefern Ungleichheiten sich auf Heim- und Spitalaufenthalte sowie unterschiedliche Sterbeorte auswirken.

Darauf aufbauend wird in Kapitel drei auf die konkrete Situation am Lebensende eingegangen. Weshalb sind Institutionen wie Spitäler und Heime am Lebensende besonders wichtig? Wie unterscheiden sich Heime und Spitäler? Weshalb sind besonders die Aufenthaltsdauer und der Sterbeort wichtig für die Analyse von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit? Und weshalb zeigen sich soziale Ungleichheiten in dieser Lebensphase? Spielen dabei unterschiedliche Biografien eine Rolle? Die theoretische Beantwortung dieser und weiterer ähnlicher Fragen ist für die späteren Analysen von zentraler Bedeutung. Nach der Diskussion solcher und weiterer Fragen wird auf wichtige individuelle, familiale und kulturell-kontextuelle Einflussfaktoren eingegangen.

In Kapitel vier werden die Datenquellen beschrieben, die Operationalisierung detailliert erläutert sowie die in den Analysen benutzten statistischen Methoden näher erklärt.

Die Analyse von Heimaufenthalten (Kapitel fünf) bildet das erste von drei empirischen Kapiteln. Als erstes werden dabei die abhängige Variable und einige exemplarische bivariate Zusammenhänge diskutiert. Zweitens werden in geschlechtsspezifischen multivariaten Modellen individuelle, familiäre und kulturell-kontextuelle Determinanten der Heimaufenthaltsdauer des letzten Heimaufenthaltes vor dem Lebensende analysiert.

In Kapitel sechs folgen vergleichbare Analysen zu Spitalaufenthalten. Wiederrum wird zunächst die abhängige Variable diskutiert und danach wird auf einige exemplarische bivariate Zusammenhänge eingegangen. Analog zu den Heimanalysen wird als nächstes untersucht, inwiefern individuelle, familiäre und kulturell-kontextuelle Determinanten die Spitalaufenthaltsdauer im letzten Jahr vor dem Tod beeinflussen.

Schliesslich werden in Kapitel sieben die unterschiedlichen Sterbeorte untersucht. Dabei interessiert, weshalb man wo stirbt. Es wird zwischen den Orten Spital, Heim und zu Hause differenziert, wobei bei den Spitälern noch unterschieden wird, ob die Personen nur ganz kurz (max. 2 Tage) oder länger (ab drei Tagen) vor dem Tod im Spital einen stationären Aufenthalt hatten. Wiederum wird einerseits auf exemplarische bivariate Zusammenhänge eingegangen und andererseits werden individuelle, familiäre und kulturell-kontextuelle Determinanten unterschiedlicher Sterbeorte in multivariaten Modellen analysiert.

In Kapitel acht werden die wichtigsten Befunde nochmals kurz auf den Punkt gebracht und diskutiert sowie mit den Resultaten anderer bisheriger Studien verglichen. Gleichzeitig wird versucht, die Studie in den Forschungskontext einzuordnen. Als letztes wird noch auf einige sozialpolitische Implikationen hingewiesen.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

2 Begriffliche und theoretische Grundlagen

Menschen in modernen Gesellschaften sind immer mehr dazu fähig, ihre Lebensumstände selbständig zu gestalten. Dies kann man beispielsweise gut daran erkennen, dass viele ältere Personen die Zeit nach dem Berufsausstieg aktiv gestalten und geniessen. Das lange dominierende – unter anderem durch die Religionen geprägte – „Schicksal“ wird immer weniger einfach hingenommen. Dies gilt auch für die Gesundheit, indem immer mehr Menschen sich und andere für ihre Gesundheit verantwortlich machen (vgl. Hradil 2009). Aus soziologischer Sicht stellt sich dabei die Frage, inwiefern die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung oder eines verhältnismässig frühen Todes neben direkt medizinisch relevanten Faktoren auch von der Stellung der Menschen in ihren gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst wird. Befragt man Personen nach Krankheitsursachen, so sehen diese meist Viren, Bakterien oder andere biologische Veränderungen von Menschen als Krankheitsauslöser, aber nur selten soziale Tatbestände (Hradil 2009:35). Es gibt aber mittlerweile eine Vielzahl an Studien, welche den Einfluss sozialer Faktoren auf Krankheiten, eine unterschiedliche Nutzung des Gesundheitswesens oder einen verhältnismässig frühen Tod empirisch bestätigen (vgl. Bosma et al. 1999; Breeze et al. 1999, 2001; Chandola et al. 2007; Huisman et al. 2004; Mackenbach et al. 2008; Mielck 2005; van der Heyden et al. 2009; van der Heyden et al. 2003). Im Jahr 1983 schrieb der renommierte österreichische Soziologe und Altersforscher Leopold Rosenmayr (Rosenmayr 1983:75): „Auch innerhalb entwickelter Gesellschaften sind die Chancen, alt zu werden, immer noch sehr ungleich verteilt und vom Einkommen und den (subjektiven wie objektiven) Zugangschancen zu der ärztlichen Versorgung abhängig.“ Zudem meint er, die verfügbaren Ressourcen seien im Alter noch ungleicher verteilt als in den vorherigen Lebensphasen (Rosenmayr 1983:75).

Für diese Arbeit stellt sich als erstes die Frage, ob sich potenzielle Ungleichheiten auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung am Lebensende, was in diesem Fall Heim- und Spitalaufenthalte sowie unterschiedliche Sterbeorte sind, nachweisen lassen. Denn pragmatisch argumentiert könnte man davon ausgehen, dass sich soziale Ungleichheit in der Mortalität und Morbidität – also gesundheitliche Ungleichheit – auch bei Spital- und Heimaufenthalte zeigen müsste, denn schliess-

lich kann beispielsweise eine schlechtere Gesundheit einen Spitalaufenthalt bedingen. Um diese Frage beantworten zu können, muss zuerst theoretisch verstanden werden, was Alter, Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Heim- und Spitalaufenthalte sowie unterschiedliche Sterbeorte und Ungleichheit überhaupt bedeuten, und vor allem, wie diese Begriffe miteinander in Verbindung stehen. Welches sind die Unterschiede zwischen Ungleichheiten im Erwerbsalter und im Ruhestand? Was bedeutet Ungleichheit im Alter? Und wie hängen Ungleichheit und unterschiedlich lange Heim- und Spitalaufenthalte bzw. unterschiedliche Sterbeorte zusammen? Dies sind nur einige exemplarische Fragestellungen, die vorerst theoretisch diskutiert werden und danach als Grundlage für die empirischen Auswertungen dienen.

Die theoretischen Ausführungen beginnen mit Alter, Altern und generell Altern werden. Wie wichtig das Alter als Lebensphase ist, zeigen Schätzungen der Vereinten Nationen: Man geht davon aus, dass 2050 nahezu 21% der Weltbevölkerung 60 oder mehr Jahre alt sein wird; was verglichen mit den 10% über 60-Jährigen im Jahr 2000 mehr als eine Verdoppelung bedeutet (Vereinte Nationen 2001). Gründe für diese Entwicklung sind vorwiegend global sinkende Geburts- und Mortalitätsraten (Knesebeck 2005:9). Und weil Gesundheit als eine der wichtigsten Determinanten eines gesunden Alterns gelten kann (vgl. Ann Bowling & Dieppe 2005) und eng mit Alter und Altern verflochten ist, bildet dies den zweiten Theorieschwerpunkt. Gesundheit im Alter wiederum hängt stark mit der institutionellen gesundheitlichen Versorgung zusammen, was sich beispielsweise bei ausserhäuslichen Sterbeorten (vgl. Fischer et al. 2004; Reich et al. 2013) oder auch den bezogenen medizinischen Leistungen am Lebensende zeigt (vgl. Shugarman et al. 2009). Dennoch sollte man Alter und Krankheit nicht einfach gleichsetzen (vgl. Weyerer et al. 2008). Gesundheit und Gesundheitsversorgung hängen in dieser Arbeit theoretisch wie empirisch eng zusammen und können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Weil besonders der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gesundheitsversorgung wichtig ist, wird ein Erklärungsmodell von sozioökonomisch bedingten Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung entwickelt, welches spezifisch angepasst ist auf die Situation der Menschen am Lebensende und auf die Aufenthaltsdauer in Heimen und Spitälern vor dem Tod. Der Sterbeort schliesslich steht im Fokus des dritten Theorieschwerpunktes. Er ist direkt assoziiert mit der gesundheitlichen Versorgung am Lebensende und kann als wichtiger Indikator der Lebensqualität im letzten Lebensabschnitt interpretiert werden (Houttekier et al. 2011).

2.1 Alter und Altern

Während man unter *Alter* eine Lebensphase versteht, bezeichnet *Altern* den Prozess des Älterwerdens mit den damit verbundenen körperlichen, geistigen und sozialen Veränderungen. Häufig verläuft das Altern in individueller, physischer, psychischer und sozialer Hinsicht differenziert, was oft mit unterschiedlichen Kapazitäten in den einzelnen Bereichen einhergeht. Dieser Prozess wird in der Regel „differentielles Altern“ genannt. Den individuellen Alterungsprozessen liegen meist nicht nur genetische Unterschiede zu Grunde, sondern eine Kombination aus Anlage- und Umweltbedingungen (Knesebeck & Schäfer 2009:253). Ein erfolgreiches Altern gelingt besonders dann, wenn Krankheiten oder Behinderungen möglichst vermindert werden und die kognitive und physische Funktionsfähigkeit erhalten werden kann (Rowe & Kahn 1997). Altern geschieht körperlich, psychisch, sozial und gesellschaftlich; dementsprechend sind in der gerontologischen Forschung viele Disziplinen beteiligt (vgl. Backes & Clemens 2008).

Biologische und sozialhistorische Sicht auf das Alter(n)

Aus evolutionärer Perspektive betrachtet stellen Alter, Altwerden und Altern verhältnismässig junge Phänomene dar. Es brauchte Jahrtausende, bis sich die ersten Hominiden zu modernen menschlichen Wesen entwickelt hatten. Das grundlegende Prinzip der Evolution oder natürlichen Selektion war und ist jeweils das Überleben der am besten angepassten Individuen, was bedeutet, dass die in diesem Prozess erfolgreicheren Individuen ihre beschränkten körperlichen Ressourcen für das Überleben nutzten, bis eine genügend grosse Zahl an Nachkommen erzeugt und aufgezogen war. Es war somit aus evolutionärer Sicht nicht lohnenswert, körperliche Ressourcen für den Erhalt oder gar die Wiederherstellung des Körpers aufzuwenden, damit man nach dem fortpflanzungsfähigen Alter die Lebenskraft erhalten und Verfallsprozesse verhindern oder minimieren konnte. Dies ist – neben vielen anderen Ursachen wie Krankheiten oder Hunger – einer der Gründe, weshalb bis in die jüngste Vergangenheit nur sehr wenige Menschen alt wurden (Viidik 2003).

In der Biologie gibt es gegenwärtig keine allgemein akzeptierte Definition des Alterns. Es ist zwar möglich, typische Veränderungen des Alters zu erkennen und Ärzte können etwa Auskünfte über typische altersbedingte Veränderungen geben; die Altersanzeichen unterscheiden sich aber teilweise stark. Beispielsweise können manche Achtzigjährige mehr normale Blutgefässe besitzen als Dreissig-

jährige. Gegenwärtig diskutieren Experten, ob Altern durch ein „genetisches Programm“ bestimmt wird. Eine Alternative dazu wäre ein kumulativer Prozess aus zufälligen Schadensereignissen. Das Problem diesbezüglich besteht vor allem darin, dass es viele Gene gibt, die auf sehr unterschiedliche Weise ihren Beitrag zum Altern leisten. Dabei kann man zwischen „Langlebigkeits-Genen“, die den Alternsprozess hinauszögern, und „Seneszenz-, oder „Alterns-Genen“, die den gleichen Prozess beschleunigen, unterscheiden. Einige Gene können auch beide Merkmale vereinen, beispielsweise indem sie in jüngeren Jahren Langlebigkeit und später Alterungsprozesse fördern (Danner & Schröder 1994:96 f.).

Gegenwärtig wird in der Biologie eine Vielzahl an Alterstheorien diskutiert. Im Kontext dieser Arbeit sind besonders zwei grundsätzliche Theorieansätze wichtig, nämlich ob Altern hauptsächlich durch eher stochastische, mehrheitlich zufällige oder durch deterministische festgelegte Prozesse erfolgt (vgl. Backes & Clemens 2008:94).

Stochastische Prozesse entstehen während des ganzen Lebens, etwa durch kleine Verletzungen des Körpers, durch Schadstoffe am Arbeitsplatz oder im Essen, durch radioaktive Belastungen oder ultraviolette Strahlung der Sonne. Beispielsweise führen freie Radikale oder andere umweltbedingte Substanzen zu Schädigungen der menschlichen Gesundheit. Einige Chemikalien wie Dioxine, Formaldehyd, aber auch Zigarettenrauch oder Autoabgase beeinträchtigen die Erbsubstanz (DNA) und können Krebs verursachen. Auch ein hoher Konsum von Zucker kann sich negativ auswirken und letztlich das Risiko, an Arteriosklerose zu erkranken, erhöhen. Im Laufe der Zeit können sich die einzelnen Ereignisse häufen und dadurch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, was im Endeffekt Alternsvorgänge beschleunigen kann (Danner & Schröder 1994).

Deterministische Prozesse hingegen führen zu Alterung durch genetisch festgelegte Prozesse, welche durch biologische Uhren die Dauer einzelner Lebensphasen bestimmen (Dandekar 1999). Es wurde beispielsweise untersucht, wie die Zellteilung – bei Narbenbildung ein Prozess, der auch im Alter noch vorkommt - im Alter funktioniert. Dabei stellte sich heraus, dass sich Bindegewebezellen nur wenig über sechzigmal teilen, und die Teilungsrate mit zunehmendem Alter abnimmt: Bei jungen Erwachsenen etwa vierzigmal, im hohen Alter nur noch selten. Somit existiert in den Zellen eine biologische Uhr, welche die Zellteilungen zählt und nach einer bestimmten Anzahl Teilungen stoppt, was zu einer genetischen Begrenzung der Lebensspanne führt. Menschen besitzen unterschiedliche Typen spezialisierter Zellen, die unterschiedliche Funktionen erfüllen wie Nerven- oder Muskelzellen. Wenn im Lebensverlauf zunehmend Zellen aus-

fallen und nicht mehr zu ersetzen sind, kann dies zu Funktionseinbußen führen und das Risiko für Alterskrankheiten wie Parkinson, Alzheimer oder Herz-Kreislaufkrankheiten erhöhen (Backes & Clemens 2008:95; Dandekar 1999).

Heutzutage sind ältere Menschen vor allem von Krankheiten an den inneren Organen betroffen. Es wäre nun naheliegend, das Alter als Hauptursache für diese Krankheiten zu sehen. Diese Argumentation greift aber zu kurz: Beispielsweise nehmen die physiologischen Funktionen wie etwa Lungen- oder Herzfunktion mit dem Alter zwar ab, es bleibt aber noch genügend Restkapazität zum Erhalt wichtiger Organe übrig. Ein weiteres Beispiel ist der mit zunehmendem Alter stärker ausgeprägte Verlust von Muskelfasern bzw. Muskelzellen, vor allem aufgrund des Verlustes der jeweiligen Nerven. Durch gezieltes Körpertraining können selbst 90-Jährige Volumen und Kraft der verbleibenden Muskelfasern entscheidend verbessern, was die Wahrscheinlichkeit für ein längeres autonomes Leben erhöht (Viidik 2003).

Sozialhistorisch betrachtet ist die Entwicklung der Lebensphase Alter und die damit verbundene Konstituierung von Älteren und Alten als sozialstrukturell bestimmbare gesellschaftliche Gruppe mit vergleichbaren Eigenschaften ein Ergebnis der Industrialisierung (Backes & Clemens 2008:25). Im 16. und 17. Jahrhundert wurden alte Menschen nicht als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft angesehen und Grosseltern als Kinder betrachtet: Nicht mehr zurechnungsfähig, hilflos und hilfsbedürftig. In der frühen Neuzeit etwa betrachtete man Alte als „Bürde“ oder „Jammergestalt“. Das Alter war Synonym für Zerfall und Abbau aller früheren Fähigkeiten und häufig mit sozialem und ökonomischem Abstieg verbunden. Man interpretierte Altersprozesse als Krankheit und Invalidität, und die zeitgenössische Medizin konnte diese Gebrechen nicht lindern, sondern höchstens Leiden verlängern. Erst die Prozesse der „Versittlichung“ und der „Sozialdisziplinierung“ steigerten seit dem späten 17. Jahrhundert das Ansehen alter Menschen. In der vorindustriellen Gesellschaft wurden, je nach Epoche und Land, alte Mitmenschen nicht immer sanft behandelt. Das Ansehen und die Behandlung Älterer war ausserdem massgeblich durch Schichtzugehörigkeit, Geschlecht und Besitz geprägt. Dabei war nicht primär das kalendarische Alter massgebend; als alt galten vielmehr diejenigen, welche sich alt fühlten, wie etwa jemand, der die Hausherrnstellung seinem Nachfolger überliess oder die Witwe, die mit entsprechender Kleidung signalisierte, nicht mehr heiraten zu wollen (Borscheid 1994). Vor dem 20. Jahrhundert wurde das Alter generell als biologischer Prozess im Sinne eines stufenweise erfolgenden Verlusts von körperlichen und geistigen Kräften bis hin zu Verfall und schliesslich zum Tod wahrgenommen (Ehmer

1990:11). Erst seit dem frühen 20. Jahrhundert nahm man die Altersphase zunehmend als soziales Phänomen wahr und führte nach und nach erste gesetzliche Rentenversicherungen ein (vgl. Borscheid 1994; Ehmer 1990).

Bis in das 20. Jahrhundert hinein galt für einen Grossteil der Menschen Arbeit bis ans Lebensende als unabdingbar, nur die Allerreichsten konnten sich einen arbeitsfreien Lebensabend leisten. Die lebenslange Arbeit förderte besonders in Mittel- und Westeuropa einen Drang zur Unabhängigkeit im Alter – eine Unabhängigkeit, von der primär aber erst die nachfolgenden Generationen profitieren konnten. Während die Menschen in Ost- und Südeuropa im 18. und 19. Jahrhundert vorwiegend in komplexen und grossen Mehrgenerationenhaushalten lebten, überwogen etwa in England bereits in der frühen Neuzeit Kernfamilienhaushalte. Hier waren unter den Älteren alleinlebende Ehepaare oder sogar Einpersonenhaushalte die Regel. Als Konsequenz davon wurde die öffentliche Altersversorgung in Form der Armenunterstützung immer wichtiger (Borscheid 1994). Seit den späten 20er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Lebenslauf im Alter der normalen Bürger immer mehr in seiner heute noch gültigen Form institutionalisiert, geregelt und standardisiert und entwickelte sich zunehmend zu einem eigenständigen Lebensabschnitt (vgl. Borscheid 1994; Kohli 1985).

Alter(n) in den Sozialwissenschaften

Bei genauerer Analyse der biologischen und sozialhistorischen Betrachtung lassen sich einige soziologische Bezugspunkte ausmachen. Ein Beispiel ist der biologische Theorieansatz des zufälligen Alterns: Es wäre möglich, dass durch sozial differenzierte Umweltbelastung, beispielsweise durch Autoabgase, die negativen gesundheitlichen Konsequenzen auf tiefere soziale Schichten einen stärkeren Einfluss ausüben, weil diese eher an stark befahrenen Strassen wohnen als besser situierte Schichten, die sich teurere Wohnungen in verkehrsärmeren Lagen leisten können. Dies würde bedeuten, dass ein im Alter feststellbarer, an sich biologischer Unterschied, massgeblich durch soziale Unterschiede geprägt ist. Oder, um ein Beispiel aus der Geschichte zu nennen, das unterschiedliche Ansehen älterer Menschen in der frühen Neuzeit: Es war nicht alleine entscheidend, ob jemand „nur“ alt war, sondern auch, was für einen sozialen Status jemand hatte (vgl. Borscheid 1994). Leopold Rosenmayr meinte zum Verhältnis von Geschichte und Soziologie: „[...] Gesellschaft muss geschichtlich und Geschichte muss soziologisch gesehen werden“ (Rosenmayr 1983:74). Ähnlich könnte man es in diesem Kontext auch für das Verhältnis zwischen Biologie und Soziologie formulieren.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Lebensphase Alter zunehmend ausgedehnt und ausdifferenziert. Die soziologische Altersforschung darf sich aber nicht darauf beschränken, Pluralität und unübersichtliche Strukturen vorzufinden, sondern sie soll versuchen, Typen oder Stile, die in dieser Vielfalt zu finden sind, zu beschreiben (Dallinger & Schroeter 2002:17). Ein Problem dabei ist die fehlende angemessene Verknüpfung von Theorie und Empirie, was bedeutet, dass die Alterssoziologie im Wesentlichen eine typisch angewandte Soziologie geblieben ist und den Gegenstand als ein „soziales Problem“ auffasst (vgl. Kohli 1994, 2005).

Aus soziologischer Sicht bedeutet Alter einen Status, der sich aus gelebten Lebensabschnitten im individuellen wie sozialen Leben ergibt; und diese Abschnitte werden massgeblich durch Handlungen und Entscheidungen von Individuen charakterisiert. Alter ist wertunabhängig und eng mit Kultur und ihrem Wandel verbunden (Rosenmayr 1983:312). Es wird heutzutage immer schwieriger, die Lebensphase Alter als Teil des Lebenslaufs abzugrenzen. Das Lebensende ist mit dem Tod eindeutig begrenzt, aber der Übergang vom mittleren Erwachsenenalter zum hohen Erwachsenenalter ist nicht eindeutig und verändert sich im Laufe der Zeit: Während noch bis in die 1970er Jahre mehrheitlich der Eintritt in den Ruhestand als Schritt ins Alter verstanden wurde, ist diese Differenzierung heute nicht mehr zutreffend. Pluralisierungstendenzen, Vorruhestand, gleitender Übergang in den Ruhestand oder Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer führen zu einer zunehmenden Differenzierung des Alters (Backes & Clemens 2008:23). Insbesondere der Rückgang der Erwerbsbeteiligung spricht zunehmend gegen die „normale“ Altersgrenze von 65 Jahren (Kohli 1994). Ausserdem kann diese Lebensphase als Konsequenz der steigenden Lebenserwartung immer länger dauern und für viele Menschen einen eigenständige Abschnitt im Lebenslauf darstellen, der meist durch deutliche interindividuelle und soziale Unterschiede gekennzeichnet ist (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009). Andererseits führt die Modernisierung zu einem zunehmend institutionalisierten Lebenslauf. Während früher, gerade im Alter, viele Ereignisse eher zufällig waren und man beispielsweise häufiger unvorhergesehen starb, ist heute vieles vorhersehbarer geworden (Kohli 1985).

Hilfreicher zur Beschreibung des Alters können beispielsweise die jeweils in der entsprechenden Lebensphase relevanten Sozialisationsprozesse sein, d. h. Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung, die in produktiver Auseinandersetzung mit der inneren und äusseren Realität stattfinden (vgl. Hurrelmann 1976). Diese Prozesse begleiten Menschen das ganze Leben hindurch, dabei kommt es immer

wieder zu Konfrontationen mit neuen Situationen, die jeweils typische Anforderungen an die Bewältigung der Lebenssituationen stellen. Im höheren Lebensalter kann man dabei zwischen einem frühen Seniorenalter (61-75 Jahre) und einem späten Seniorenalter (76 und mehr Jahre) unterscheiden. Die frühere Phase beinhaltet etwa den Austritt aus dem Erwerbsleben und die Identitätsfindung und Definition der Rolle als Pensionär. Daneben regelt man die nachberuflichen Alltagsaufgaben neu, festigt seine Kontakte zu Kindern und Enkeln und sucht sich eine neue Rolle in der Familie und sozialen Netzwerken. Die spätere Phase ist für viele sehr leidensvoll und wird geprägt durch einen möglichen Tod des Partners oder der Partnerin und dem Schwinden von physischen, psychischen und sozialen Ressourcen. Häufig geht dies auch mit einem Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit einher. Schlussendlich beschäftigt man sich mit dem eigenen Sterben und entwickelt eine Haltung zum Tod (Bauer et al. 2008: 31 ff.; Hurrelmann 1976).

In der Sozialgerontologie betrachtet man Alter als Zustand und Altern als lebenslangen Prozess. Ignoriert man diese Tatsache, kann dies zu Fehlinterpretationen führen. Beispielsweise hatte man die im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen geringeren Intelligenzleistungen von alten Menschen lange als Alterseffekte interpretiert. Dabei wurde übersehen, dass die heute alten Menschen in ihrer Kindheit und Jugend deutlich weniger Schulbildung hatten, was sich nachhaltig auf die Intelligenzentwicklung auswirkte. Auch kann die Stellung alter Menschen in ihrem Familienumfeld ohne Berücksichtigung in früheren Phasen, beispielsweise in der Kindheit, nicht restlos verstanden werden (Rosenmayr 1983:314 f.).

Es gibt in der Sozialgerontologie unterschiedliche theoretische Konzepte, die das Wechselverhältnis von Alter und Gesellschaft beschreiben. Der zentrale Ansatz dabei ist die Ausgliederung des höheren Alters aus den Strukturen der Arbeitsgesellschaft (Kohli 1994:235).

Als erstes wäre die *Aktivitäts- oder Ausgliederungsthese* zu nennen. Sie argumentiert, dass erfolgreiches Altern nur dann gelinge, wenn die Aktivitäten der mittleren Lebensjahre aufrecht erhalten würden (vgl. Tartler 1961).

Demgegenüber meint die *Disengagementthese*, Altern sei eine völlig neue Entwicklungsstufe im Lebenslauf und beinhalte besonders die Vorbereitung auf den Tod. Der Rückzug aus den beruflichen Aktivitäten bilde die Voraussetzung für ein „erfolgreiches Altern“ (vgl. Cumming & Henry 1961). Dieser Ansatz ist einer der wenigen wirklich soziologischen Ansätze in der Gerontologie, indem er Altern nicht nur als Problem von Individuen behandelt, sondern auch als Problem für die gesellschaftliche Ordnung (Kohli 1994:235).

Die *Kontinuitätsthese* impliziert keine Rollenreduktion oder Empfehlung. Wichtig sei insbesondere die Kontinuität der Lebenssituation über erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Anpassung im Alterungsprozess. Diskontinuitäten seien eher negativ, ausser man befreie sich von belastenden Lebens- und Arbeitsbedingungen. Generell sei die Lebenszufriedenheit umso höher, je mehr die Alterssituation der Situation im mittleren Lebensalter entspreche (vgl. Atchley 1989).

Einen etwas anderen Ansatz verfolgt die *Modernisierungsthese*. Sie geht generell davon aus, dass der Status der Älteren umso niedriger wird, je weiter die gesellschaftliche Modernisierung und Industrialisierung fortgeschritten ist (Cowgill & Holmes 1972; Kohli 1994).

Letztendlich hat sich keiner dieser Ansätze durchgesetzt. Die Disengagementsthese etwa ist empirisch nicht aufrechtzuerhalten; und die Kontinuitätsthese berücksichtigt zwar individuelle Unterschiede, aber keine sozial ungleichen Lebenslagen (Backes & Clemens 2008:134 ff.).

Bei der alterssoziologischen Analyse von Ungleichheitsstrukturen muss man zwischen Ungleichheit des Alters und Ungleichheit im Alter differenzieren. Die Beschäftigung mit der Frage nach der Ungleichheit des Alters hat eine lange Tradition, weil in vielen Theorien über die Sozialstruktur von Gesellschaften der Status des Alters eine wichtige Rolle im Sinne sozialer Ungleichartigkeit und Ungleichwertigkeit einnimmt. Bei der Frage nach Ungleichheiten im Alter hingegen geht es um den Grad der Ungleichverteilung von statusrelevanten Merkmalen innerhalb der Gruppe der Älteren und wie sich Ungleichheitsdispositionen im Verlauf des höheren Lebensalters verändern können (Knesebeck & Schäfer 2009:254 f.). Die vorliegende Arbeit untersucht spezifisch die Ungleichheit innerhalb der Gruppe der alten Menschen vor dem Tod.

Über mögliche Veränderungen sozialer Ungleichheit im höheren Lebensalter gibt es vier unterschiedliche Ansätze.

Die *Kontinuitätsthese* unterstellt, dass der im Erwerbsleben eingenommene soziale Status im Alter noch gelte und sich der Status nicht ändere, auch wenn man schon länger nicht mehr einer Erwerbsarbeit nachgehe (Knesebeck & Schäfer 2009:255).

Genau umgekehrt argumentiert die *Destrukturierungsthese*, nach der Statusunterschiede im höheren Lebensalter an Bedeutung verlieren würden, weil altersbedingte biologische bzw. gesundheitsbezogene Faktoren überwiegen würden. Ausserdem wirkten einerseits staatliche Altersversicherungssysteme sowie eine selektive, vorzeitige Mortalität von besonders benachteiligten Gruppen insgesamt nivellierend (Knesebeck & Schäfer 2009:255).

Ähnliche Auswirkungen unterstellt auch die *These der Altersbedingtheit*: Primär seien das Alter und die damit verbundenen physischen und psychischen Veränderungen massgebend, während sozioökonomische Faktoren an Einfluss verlieren würden (Knesebeck & Schäfer 2009:255).

Und die *Kumulationsthese* schliesslich argumentiert, dass sich sozioökonomische Differenzierungen im Lebenslauf durch die Anhäufung von Benachteiligungen und Belastungen in den unteren sozialen Schichten eher verstärkten. Ausserdem hätten privilegierte Schichten eher die Möglichkeit, finanzielle Rücklagen wie Lebensversicherungen zu bilden und könnten sich dadurch im Alter besser vor möglichen Einkommenseinbussen schützen (Knesebeck & Schäfer 2009:255).

Einige dieser Thesen wurden schon empirisch geprüft, generelle Aussagen über Veränderungen der Struktur und Wirkung von sozialer Ungleichheit sind aber meist spekulativ (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009). Generell kann man vermutlich in den letzten Jahrzehnten von einer Verbesserung der Lebenslage im Alter bei relativ grossen Gruppen alter Menschen ausgehen. Hauptverantwortlich dafür sind der sogenannte „Fahrstuhleffekt“ und die ausgebaute Altersvorsorge (vgl. Beck 1986). Gegen einen kontinuierlichen Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf Lebenschancen spricht etwa die in den letzten Jahren aufgekommene These, wonach sich traditionelle Klassen- und Schichtlagen aufgelöst hätten und durch vielfältige soziale Milieus sowie pluralistische Lebensformen abgelöst worden seien (vgl. Beck 1983). Möglicherweise könnte auch eine sozial selektive Mortalität zu einer Verringerung von Schichtdifferenzen und Schichteffekten im Laufe des Alters führen. Analysiert man beispielsweise nur Menschen ab einem gewissen Alter, können die Überlebenden eine positive Selektion darstellen (Markides & Machalek 1984).

2.2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Gesundheit und funktionelle Einschränkungen

Eine der meistverwendeten Definitionen für Gesundheit stammt von der WHO von 1946 und lautet: „Gesundheit ist ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO World Health Organisation 1946). Trotz massiver Kritik ist man sich interdisziplinär in den letzten Jahrzehnten zunehmend einig geworden, dass Gesundheit mehr als nur den körperlichen Bereich oder die Abwesenheit von Krankheiten umfasst. Talcott Parsons etwa definierte Gesundheit folgendermassen: „Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit

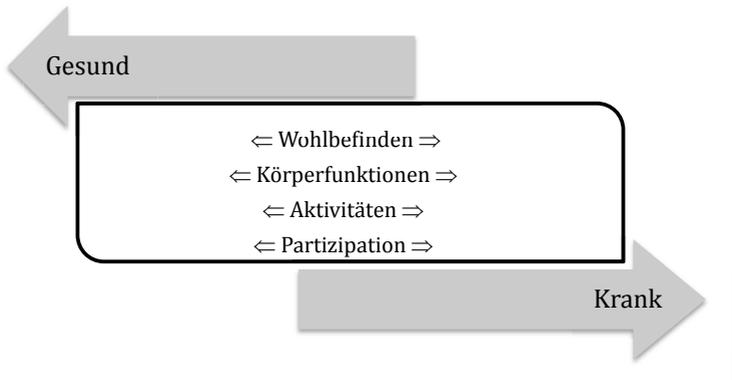
eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Parsons 1951). Die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit ist nicht allgemeingültig festgelegt, sondern hängt auch von der kulturellen, sozialen, historischen und fachspezifischen Perspektive ab. Diese Vielzahl an möglichen Sichtweisen und Definitionen erschwert es für die empirische Forschung den Begriff zu operationalisieren. Anhand welcher Merkmale kann man etwa körperliche oder seelische Gesundheit erkennen? Und wie sehen die Konsequenzen bezüglich funktioneller Einschränkungen aus (Weyerer et al. 2008)? In jüngerer Zeit hat sich zunehmend die Vorstellung durchgesetzt, Gesundheit und Krankheit nicht mehr als zwei sich gegenseitig ausschließende Zustände zu sehen, sondern als variable Position auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank. Man erkennt zunehmend, auch beeinflusst durch die höhere Lebenserwartung und das längere Überleben trotz mehreren chronischen Krankheiten (vgl. Barnett et al. 2012), dass man selten völlig krank oder gesund ist, sondern sich vielmehr auf ebendiesem Kontinuum bewegt und theoretisch sogar gesund und krank gleichzeitig sein kann; je nach Sichtweise, Kontext oder Definition.

Vor mehr als 25 Jahren wurde die ICD (International Classification of Diseases) mit der ICIDH, der internationalen Klassifikation von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, ergänzt. Die ICIDH beschreibt die diagnostischen Beeinträchtigungen in der sozialen Teilhabe („Handicaps“) als „Folgeerscheinungen der Erkrankungen“ und soziale Beeinträchtigungen werden als „Folge psychophysischer Schädigungen“ („Impairments“) angesehen. Der Zusammenhang von Impairments und Disabilities einerseits und Impairments und Handicaps andererseits ist aber nicht immer klar herzustellen; im Endeffekt kann von „Folgen“ kaum mehr die Rede sein. Beispielsweise können zwei Personen mit identischen körperlichen Schädigungen und Fähigkeitsstörungen unterschiedliche Beeinträchtigungen zu bewältigen haben. Krankheiten oder Behinderungen sind nicht nur Eigenschaften von Personen, sondern ebenso Eigenschaften der Umwelt von Personen oder die Reaktionen der Umwelt auf Personen. Ob beispielsweise ein Querschnittgelähmter einer gut bezahlten Erwerbsarbeit nachgehen kann oder nicht, ob er in seiner Wohnung von der Familie gepflegt werden kann oder gezwungenermaßen im Heim leben muss – all dies sind Einflüsse, die nicht nur durch die Behinderung oder körperliche Einschränkung selbst bedingt sind (Behrens 2008; Matthesius et al. 1995). Somit sind Gesundheit, Krankheit und Behinderung rein medizinisch nicht sinnvoll erfassbar. Dies gilt umso stärker für die ältere Bevölkerung, weil aus medizinischer Sicht nahezu alle - je nach Definition - krank wären (vgl. Barnett et al. 2012; Fortin et al. 2012). Dann stim-

men aber die diagnostischen Befunde und allfällige Einschränkungen im Alltag nicht mehr überein, weil alte Menschen zwar physisch krank sein können, aber vielleicht durchaus in der Lage sind, beispielsweise an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen. Im Alltag wird Gesundheit, ähnlich wie es Parsons formulierte, eher als eine Art Partizipationsfähigkeit in als normal angesehenen Lebenskontexten verstanden (Behrens 2008:192; Gadamer 2010). Und diese Partizipationsfähigkeit wird besonders stark durch funktionelle Einschränkungen oder zunehmende Hilfsbedürftigkeit beeinträchtigt, die wiederum von medizinischen Diagnosen beeinflusst werden können (vgl. Weyerer et al. 2008).

Letztlich führt die Vielschichtigkeit der Gesundheit im Alter dazu, dass die Unterscheidung zwischen gesund und krank schwierig wird. Es existieren grosse interindividuelle Unterschiede, und auch auf wissenschaftlicher Ebene gibt es kein für jede Situation und Person gültiges Unterscheidungskriterium. Zudem ist die Differenzierung zwischen pathologischen Altersprozessen und „normalen“ Altersveränderungen häufig nicht eindeutig (Weyerer et al. 2008:47). Für diese Studie wird demnach eine Definition benötigt, welche einerseits mehrere Ebenen umfasst und andererseits die Kontinuität von Gesundheit und Krankheit auf allen Ebenen berücksichtigt. Dazu eignet sich eine an die ICDH/ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) angelehnte Definition am besten, die noch mit der Ebene des Wohlbefindens aus der WHO-Definition ergänzt wurde (Abbildung 2.1). Dies führt zu einem umfassenden und interdisziplinären Gesundheitsverständnis, welches explizit auch die Alltagsrelevanz der Betroffenen berücksichtigt. Das wichtige an dieser Differenzierung ist die Aufteilung in vier unabhängige Ebenen, auf denen man jeweils eine eigene Position auf der Achse zwischen gesund und krank einnehmen kann. Die vier Ebenen repräsentieren somit voneinander unabhängige Kontinuen. Eine Person kann etwa durch Multimorbidität stark in ihren Körperfunktionen beeinträchtigt sein und auf der Ebene der Körperfunktionen in Richtung „krank“ tendieren. Zudem ist sie vielleicht stark pflegebedürftig, in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt und wohnt in einem Pflegeheim. Dennoch kann sie beispielsweise an einem Unterhaltungsanlass im Pflegeheim teilnehmen und an einer in ihrem Gesellschaftskontext relevanten Tätigkeit partizipieren (vgl. Behrens 2008). Dadurch steigt gleichzeitig auch ihr Wohlbefinden. Die Achse „krank“ ist mit dem Tod sowohl theoretisch wie praktisch begrenzt, was in der Grafik mit der Begrenzung der Achse repräsentiert ist.

Abbildung 2.1: „Gesund-Krank“ Kontinuum mit vier Ebenen der Gesundheit



(Quelle: Behrens 2008:194, eigene Darstellung)

Auch die sozialpsychologische Theorie der Salutogenese von Antonovsky hilft, Gesundheit im Alter besser zu verstehen. Zentral an seinem Konzept ist die Frage, wie es Menschen gelingt, trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren, einerlei ob biologischer, physikalischer, psychologischer, sozialer oder kultureller Art, gesund zu bleiben bzw. mögliche Störungen der Gesundheit erfolgreich kompensieren zu können. Das Konzept von Antonovsky postuliert Stressoren, die auf allen Ebenen des menschlichen Lebens präsent sind. Wird man nun mit diesen Stressoren konfrontiert, entsteht ein Spannungsfeld, mit dem man umgehen muss. Die Art und Weise der Spannungsverarbeitung sorgt dann dafür, ob das Resultat dieser Verarbeitung pathologisch, neutral oder gesund ist. Merkmale und Eigenschaften eines Menschen oder einer Gruppe, die eine effiziente Spannungsverarbeitung ermöglichen, nennt Antonovsky „Widerstandsressourcen“. Dabei gibt es physische, materielle, kognitive und emotionale (etwa Intelligenz und Flexibilität), motivationale und soziale (Unterstützung aus der Umwelt) sowie makrostrukturelle (kulturelle Integration) Faktoren, die dazu führen, dass krankmachende Belastungsfaktoren nicht bzw. weniger stark auftreten oder erfolgreich bewältigt werden (Antonovsky 1993; Erhart et al. 2008:347).

Zentral an Antonovskys Theorie der Gesundheit ist das *Kohärenzgefühl*, welches sich während der Sozialisation herausbildet. Darunter versteht Antonovsky eine globale Orientierung, die durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Be-

deutsamkeit determiniert ist. *Verstehbarkeit* bedeutet dabei das Ausmass, in dem alltägliche externe und interne Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, Sinn machen. Reize werden kognitiv als klare Informationen verstanden; das Leben scheint strukturiert und vorhersehbar. *Handhabbarkeit* meint das Ausmass, mit denen eine Person Anforderungen als zu bewältigend einstuft, weil sie über entsprechende Ressourcen verfügt. Diese Ressourcen werden von einem selber, aber auch von nahestehenden Personen - etwa solchen, denen man vertraut - kontrolliert. Unter *Bedeutsamkeit* versteht man das Ausmass, in dem das eigene Leben Sinn macht. Probleme und Anforderungen werden als solche wahrgenommen und man erkennt, wofür es sich einzusetzen lohnt. Ein starkes Kohärenzgefühl kann die (Wieder-)Herstellung von Ordnung und Organisation im Organismus bestimmen (Antonovsky 1997; Wiesmann et al. 2004).

Weil nun die bio-psycho-soziale Einheit Mensch im Alter mit vielen potentiellen Stressoren konfrontiert wird, ist das Kohärenzgefühl besonders in dieser Lebensphase elementar. Viele Ereignisse wie etwa physiologische Abbauprozesse, die das Erkrankungsrisiko erhöhen, oder der Tod des Ehepartners erfordern ein hohes Mass an psychosozialen Anpassungs- und Bewältigungsleistungen (Wiesmann et al. 2004). Und Personen mit einem starken Kohärenzgefühl sind gemäss Antonovsky eher fähig, in solchen Belastungssituationen mit grossen Herausforderungen diejenigen Ressourcen zu aktivieren, die am besten geeignet sind, mit den Stressoren umzugehen. Der Kohärenzsinn kann dabei verschiedene Systeme des Organismus wie das Zentralnervensystem, das Immunsystem oder das Hormonsystem direkt beeinflussen. Daneben hat er auch eine steuernde Wirkung auf die Wahrnehmung und gedankliche Einschätzung von Stressoren, was dazu führt, dass man sie realistischer einschätzt und dadurch besser bewältigt (Erhart et al. 2008). Die biologischen, psychischen und sozialen Systeme sind nicht etwa unabhängig, sondern beeinflussen sich, ähnlich wie die oben beschriebenen Ebenen der Gesundheit, gegenseitig. Eine körperliche Einschränkung wie etwa eingeschränktes Mobilitätsverhalten kann psychische Beeinträchtigungen wie beispielsweise soziales Rückzugsverhalten nach sich ziehen, was sich wiederum ungünstig auf die Ausgangsstörung auswirken kann. Ein starkes Kohärenzgefühl kann dazu führen, dass trotz körperlicher Beschwerden oder altersbedingten Veränderungen wie beispielsweise einem Pflegeheimenritt ein gewisses Ausmass an Wohlbefinden aufrecht erhalten werden kann (Wiesmann et al. 2004).

Mittlerweile gibt es auch einige empirische Studien, welche die Bedeutung des Kohärenzgefühls belegen. Man fand beispielsweise heraus, dass optimistische

und stark kohärente chirurgische Patienten eine höhere Lebenszufriedenheit, höheres Wohlbefinden und eine tiefere Stressbelastung aufweisen (Chamberlain et al. 1992). Eine andere Studie wies Korrelationen zwischen dem Kohärenzgefühl und diversen Gesundheitsfaktoren wie Lebensqualität, Selbstwertgefühl oder wahrgenommener sozialer Unterstützung nach. Lebensqualität hing dabei am stärksten mit dem Kohärenzgefühl zusammen (Dantas et al. 2002).

Gesundheitsversorgung und Pflege

Pragmatisch betrachtet hängen Gesundheit und Gesundheitsversorgung im Alter eng zusammen; meist enger als bei jüngeren, gesunden Menschen, die kaum je längere Zeit in einem Spital oder Heim verbringen und selten länger krank sind. Wer denkt nicht bei älteren Menschen wie etwa den eigenen Grosseltern spontan an Dinge wie „kann sie noch zu Hause leben oder muss sie in ein Pflegeheim?“ oder „im Alter wird man halt krank und muss in den Spital“. Dass man Alter und Krankheit nicht einfach gleichsetzen kann, wurde bereits weiter oben angesprochen. Dennoch ist – gerade im Alter – der Zusammenhang zwischen Gesundheit im Alter und Gesundheitsversorgung in jedem Fall eng. Der Begriff Gesundheitsversorgung beinhaltet aber nicht nur Krankenversorgung, sondern auch Formen individueller und kollektiver Prävention und Gesundheitsförderung. Und unter Krankenversorgung wird die gesamte bio-psycho-soziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von kranken Menschen verstanden. Die Basis des Gesundheitswesens bilden Organisationen, deren Spektrum von der Arztpraxis über Pflegeheime bis hin zur Universitätsklinik reicht. Diese netzwerkartig miteinander verbundenen Organisationen bezeichnet man als Gesundheitssystem. Dabei kann man folgende Bereiche unterscheiden: Ambulante Versorgung, stationäre und teilstationäre Versorgung, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, Gesundheitsindustrie und Versicherungen (Janssen et al. 2009:150 f.).

Pflegebedürftigkeit und Pflege sind multidimensional; es existiert keine allgemein anerkannte Definition. Neben den allgemeinen Risiken Alter, Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit gilt Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Bevölkerungsalterung als *fünftes soziales Risiko*. Aus gesellschaftlicher Sicht ist Pflege eine Dienstleistung, die auf das persönliche Wohl des Pflegebedürftigen ausgerichtet ist. Professionelle Pflege befasst sich mit Konsequenzen von Krankheiten oder anderen Beeinträchtigungen der Gesundheit und beinhaltet auch altersbedingte Beeinträchtigungen und Sterbeprozesse, wobei das primäre Ziel Erhalt, Förderung oder Wiederherstellung von Autonomie im Alltag ist. Dabei werden physische, psychische und soziale Aspekte des Pflegebedürftigen gleichermaßen

miteinbezogen (Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen 2005; Röttger-Liepmann 2007:153 f.). Pflegebedürftigkeit ist letztlich eine Konsequenz aus Krankheit und funktioneller Beeinträchtigung (Bauer & Büscher 2008:31). In dieser Arbeit wird Pflege primär als Dienstleistung im Sinne professionell erbrachter Pflege in Institutionen verstanden. Pflegebedürftigkeit ist gemäss dem oben beschriebenen Gesundheitsverständnis ein wichtiger Teil der Gesundheit und variiert ebenfalls auf den in Abbildung 2.1 beschriebenen vier Ebenen.

Was die Hauptaufgaben des Gesundheitssystems betrifft, gibt es unterschiedliche Ansichten. Die Leistungen von Krankenhäusern und Arztpraxen bilden sicherlich die zentrale Komponente des Gesundheitswesens. Doch wie sieht es mit der Pflege aus? Dazu muss man Pflege erst einmal verstehen, denn insbesondere im hohen Alter ist Pflegebedürftigkeit oft nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen. Neben chronischen Krankheiten oder gar Multimorbidität ist besonders relevant, wie die Einschränkungen in den unabdingbaren Alltagsaktivitäten aussehen. Häufig werden zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit die ADL-Kriterien (activity-of-daily-living) verwendet. Dazu zählen Aktivitäten wie sich selbst an- und auskleiden, zu Bett gehen oder das Bett verlassen, Körperpflege selbständig ausführen und sich, zumindest in der eigenen Wohnung, autonom bewegen können (Höpflinger & Hugentobler 2003:12).

Zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Zukunft gibt es mehrere Szenarien; vermutlich dürfte sie aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung in den nächsten Jahrzehnten zunehmen (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003). Ist nun das Gesundheitswesen auch für die gesellschaftliche Bewältigung immer höherer Pflegebedürftigkeit zuständig? Diese Frage wird je nach Land unterschiedlich beantwortet, einige sind der Meinung, „long-term care“ sei nicht Teil des Gesundheitssystems (Behrens 2008:200). In der vorliegenden Arbeit werden aber sämtliche institutionelle Formen der von Fachpersonen ausgeübten Pflegeleistungen, egal ob kurz oder lang, zu den Kompetenzen des Gesundheitssystems gezählt. Ein wichtiger Grund dafür ist die zunehmende Professionalisierung der Pflege in den letzten Jahrzehnten. Die Pflegeabhängigkeit, insbesondere im Alter, hat sich in vielen Industrieländern zunehmend vom System sozialer oder familialer Hilfe, wie es jahrhundertlang üblich war, gelöst und ist beispielsweise über die Pflegeabhängigkeit nach einer Behandlung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen direkt mit medizinischen Kernkompetenzen verknüpft. Wie stark diese Professionalisierungs- und meist auch Institutionalisierungstendenzen sind, hängt – neben vielen anderen Faktoren – stark mit der Art und Ausgestaltung des

Wohlfahrtsstaates zusammen. Während etwa in mediterranen Ländern wie Italien viele alte Menschen zu Hause gepflegt werden, übernehmen in Skandinavien hauptsächlich staatliche Institutionen diese Aufgaben (vgl. Haberkern 2009). Auch die Schweiz weist eine relativ hohe Institutionalisierungsquote auf, während Pflege in der Familie verhältnismässig wenig verbreitet ist² (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2005). In vielen Ländern werden Pflegeleistungen durch Krankenkassen vergütet, was einerseits die Institutionalisierung fördern kann und andererseits Pflegeleistungen auf eine Ebene mit medizinischen Leistungen stellt.

Weiterhin hängen präventive und rehabilitative Massnahmen gegenüber chronischen Krankheiten eng mit medizinischen Kompetenzen zusammen (vgl. Behrens 2008). Es gibt auch immer mehr Erkrankungen, die stark altersabhängig sind, wie beispielsweise hirnorganische Störungen wie Demenz, die besonders bei Personen in Pflegeheimen häufig vorkommen und die sehr pflegeintensiv sein können (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003). Pflegebedürftigkeit ist direkt mit der Gesundheitsdefinition verbunden: Je nachdem, was man für eine Position auf den jeweiligen Ebenen einnimmt, ist man mehr oder weniger auf Pflegeleistungen angewiesen.

In dieser Arbeit wird unter Gesundheitsversorgung am Lebensende die Nutzung der institutionellen gesundheitlichen - pflegerischen wie medizinischen - Versorgung vor dem Tod verstanden, wobei diese Abhängigkeit eng mit dem Gesundheitszustand verknüpft ist. Beispielsweise kann eine Verschlechterung auf den Ebenen Körperfunktionen und Aktivitäten wie eine stark eingeschränkte Mobilität, was im Alter häufig vorkommt, dazu führen, dass ein Heimaufenthalt notwendig wird. Oder eine Person hat plötzlich einen Schlaganfall und muss notfallmässig stationär hospitalisiert werden.

Die Versorgungsforschung hat sich im deutschsprachigen Raum im Gegensatz zu den USA oder England erst in den letzten Jahren entwickelt. Über die zentralen Inhalte der Disziplin besteht noch keine Einigkeit; vieles muss sich erst noch herausbilden. Und weil keine allgemein verbindliche Definition existiert, werden in den einzelnen Ländern häufig unterschiedliche Fragestellungen untersucht, die von der Art des jeweiligen Gesundheitssystems, das beispielsweise mehr staatlich

² Pflege durch Familie, Angehörige oder Freunde ist in der Schweiz – allen Professionalisierungstendenzen zum Trotz – immer noch existent, aber nicht in dem Ausmass wie früher oder in anderen Ländern wie etwa Italien (vgl. Haberkern 2009). Weiterhin gibt es auch spitalexterne Pflege, Hilfe und Beratung durch Fachpersonen. In der Deutschschweiz bietet beispielsweise die Spitex solche Leistungen an (www.spitex.ch). Diese Arten der institutionsexternen Pflege sind aber nicht Teil der vorliegenden Arbeit und zählen nicht zu der Definition der stationären institutionellen Gesundheitsversorgung.

oder liberal geprägt ist, beeinflusst werden können (Bormann 2007). Bei Ländervergleichen bezüglich unterschiedlicher Versorgung ist somit Vorsicht angebracht. Gängige Themenschwerpunkte sind etwa, wie sich der Gesundheitszustand einer Gesellschaft wissenschaftlich erfassen lässt, in welche Richtung sich das Gesundheitssystem entwickelt, wie es um die Finanzierung, Bedarfsgerechtigkeit, Zugang, Menge, Preise oder Qualität einzelner Teilsektoren steht, wie einzelne Versorgungsprozesse ablaufen oder ob Reformbedarf besteht (Bormann 2007).

2.3 Soziale Ungleichheit der Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Die Frage nach den soziogenetischen Einflüssen auf die Gesundheit zählt zu den Kernthemen der Medizinsoziologie, deren Wurzeln in der Sozialstrukturanalyse liegen (Annandale 1998). Und das Wissen über die Sozialstruktur einer Gesellschaft und ihrer Wirkung auf die Gesundheit ist ein elementarer Teil der soziologisch orientierten Versorgungsforschung. Auch die Sozialepidemiologie untersucht den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit und setzt sich dabei besonders mit der Häufung, Ätiologie sowie dem Verlauf von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialen Variablen auseinander (Mielck & Bloomfield 2001). Wenn dabei auf Methoden und Erkenntnisse aus der Soziologie zurückgegriffen wird, lässt sich Sozialepidemiologie als Teilgebiet der Medizinsoziologie verstehen (vgl. Knesebeck 2005).

Forschung und Praxis über sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten stehen vor drei grossen Herausforderungen. Als erstes geht es dabei um die *Beschreibung* sozialer Ungleichheit, d. h. um die Darstellung und Analyse der Art und Ausprägung sozioökonomischer Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit.³ Zweitens sucht man mögliche *Erklärungen*, welche Einflussfaktoren relevant sind und wie sie sich auf die Produktion und Reproduktion sozialer Ungleichheit aus-

³ Begriffe wie sozioökonomischer Status, soziale Schicht, sozioökonomische Statusgruppe oder Sozialschicht werden oft synonym verwendet. Der Begriff sozioökonomischer Status bezieht sich aber eher auf die individuelle Position im Ungleichheitsgefüge, während die soziale Schicht eher den Fokus auf den hierarchischen Aufbau der Gesellschaft selbst richtet. Mit dem sozioökonomischen Status verbindet man zudem häufig die Vorstellung fließender Übergänge zwischen sozialen Positionen, indes die Schichtzugehörigkeit eher als Abgrenzung empfunden wird, was angesichts der gesellschaftlichen Realität von vielen Forschern als zu starr angesehen wird (vgl. Slesina 1991). In dieser Arbeit sind primär individuelle Positionen relevant, deshalb wird auch konsequent der Begriff sozioökonomischer Status verwendet.

wirken. Als drittes ist noch die *Reduzierung* zu nennen, die auf der Grundlage des bisherigen Wissens aufbauend Massnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten entwickelt und implementiert. Diese drei Herausforderungen sind als aufeinander aufbauende Schritte zu betrachten, die in einem engen inhaltlichen Zusammenhang stehen und im Sinne eines „Public Health Action Cycles“ verstanden werden: Basierend auf der Beschreibung der Situation erfolgt zunächst die Analyse der Ursachen und Rahmenbedingungen, auf die wiederum die Entwicklung und Implementation von Massnahmen erfolgt. Später sind die Interventionen zu evaluieren und der Kreislauf beginnt wieder am Anfang (Richter & Hurrelmann 2009:14).

Im deutschsprachigen Raum hat sich die Anzahl Publikationen über sozioökonomische Differenzen der Gesundheit in den letzten Jahrzehnten stark vermehrt, meist liegt ihr Schwerpunkt aber im Gegensatz zu Arbeiten aus den USA oder Skandinavien mehr auf Beschreibungen als auf Erklärungen. Erst allmählich werden neben der epidemiologischen Bestandsaufnahme Fragen der Erklärung und praktischen Umsetzung von Forschungsergebnissen analysiert (vgl. Mielck 2005; Richter & Hurrelmann 2009:14). Dieser Nachholbedarf betrifft nicht nur die empirische Forschung, sondern auch die theoretische und konzeptuelle Diskussion. Generell kann man konstatieren, dass sich keine einheitliche Theorie oder kein einheitlicher Ansatz zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit durchgesetzt hat, vielmehr existiert eine Vielzahl an Ansätzen, die man teilweise aus bisherigen Forschungsergebnissen abgeleitet hat und die keine Theorie im engeren Sinn darstellen. Diese Arbeit zielt darauf ab, etwas zur Erklärung beizutragen, indem hauptsächlich Erklärungsansätze diskutiert und evaluiert werden.

Eine grosse Herausforderung ist nun die Anwendung der sozialwissenschaftlichen Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheit auf mögliche Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung am Lebensende. Denn die Sozialepidemiologie ist nicht nur ein Instrument der Untersuchung sozialer Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit, sondern auch der Untersuchung von sozialen Einflüssen auf die Versorgung. Insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung sowie der präventiven Versorgung ist der Grundgedanke zur Verminderung von sozial bedingten ungleichen Gesundheitschancen und der Verringerung sozial bedingter ungleicher Krankheitsrisiken mittlerweile auch in der Politik verankert (vgl. Borgetto 2011; Mielck 2005).

Im Kontext des Lebensendes sind in Bezug auf die Versorgung besonders zwei Aspekte zu berücksichtigen. Als erstes muss geklärt werden, wie genau Gesundheit und Gesundheitsversorgung zusammenhängen. Für diese Arbeit kann grund-

sätzlich von folgender Kausalität ausgegangen werden: Die Gesundheitsversorgung am Lebensende wird für Betroffene dann relevant, wenn der Gesundheitszustand schlechter wird und man deswegen die Gesundheitsversorgung – also Arztpraxen, Spitäler oder Alters- und Pflegeheime – in Anspruch nimmt. Dies impliziert, dass gesundheitliche Ungleichheiten potenzielle Ungleichheiten in der Versorgung nach sich ziehen können. Ansätze über die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit können demnach grösstenteils auch für die Versorgungslage am Lebensende übernommen werden.⁴ Als zweites ist zu berücksichtigen, inwiefern die Biografie mögliche Kausalitäten beeinflusst. Beispielsweise können sich gesundheitliche Ungleichheiten und Ungleichheiten der Versorgung im Lebenslauf kumulieren, dann würden sich am Lebensende die Konsequenzen zeigen, indem Einige vielleicht mehr Spitalaufenthalte benötigen als Andere oder früher in ein Pflegeheim eintreten müssen, weil ihre Gesundheit schlechter ist oder sie bereits früher pflegebedürftig werden. Letztlich gibt der Lebenslauf die Kausalitätsrichtung vor: Als erstes bedingen soziale Ungleichheiten gesundheitliche Ungleichheiten, und die wiederum wirken sich auf Ungleichheiten in der Versorgung am Lebensende aus. Im Folgenden wird nun detailliert auf diese zwei Aspekte eingegangen. Ausserdem wird noch geklärt, was soziale und gesundheitliche Ungleichheit alles berücksichtigt. In einem nächsten Schritt kann dann aufgrund dieser Argumentationen ein Erklärungsmodell hergeleitet werden.

Erklärungsansätze

Klassische Ansätze über Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit, die im Wesentlichen auf dem „Black-Report“⁵ aufbauen, werden auch heute noch oft verwendet und differenzieren zwischen drei verschiedenen Erklärungsversuchen, denen zwei gegensätzliche Kausalitäten zu Grunde liegen.

⁴ Diese Aussage gilt explizit für die Versorgung am Lebensende. Während der Erwerbsphase spricht vieles für das Modell von Elkeles & Mielck (vgl. Elkeles & Mielck 1997; Mielck 2000), welches impliziert, dass sich Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung wie beispielsweise die Arzt-Patient-Kommunikation auf die gesundheitliche Ungleichheit auswirken. Abgesehen davon ist diese umgekehrte Kausalitätsrichtung kein Widerspruch zu unserem Modell, denn wenn Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen – was ja dann aus der Perspektive des Lebensendes in der Vergangenheit läge – so kann man am Lebensende die gesamte kumulierte Ungleichheit der Gesundheit und Gesundheitsversorgung des früheren Lebens miteinbeziehen und deren Konsequenzen für die am Lebensende relevante Gesundheitsversorgung analysieren.

⁵ Der „Black Report“ war das Resultat einer britischen Forschungsgruppe unter Sir Douglas Black, die 1977 von der britischen Regierung den Auftrag erhielt, empirische Analysen über soziale Unterschiede in der Mortalität und Morbidität durchzuführen. Anschliessend sollte sie die Resultate interpretieren und Massnahmen zur Reduzierung vorschlagen (vgl. Black 1982).

Der erste Erklärungsansatz, in der Sozialepidemiologie häufig *Selektions- oder Drifthythese* genannt, führt die Existenz sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit auf *Selektionsprozesse* zurück. Dabei bezieht sich der Ausdruck „Selektion“ auf Prozesse sozialer Mobilität, in deren Kontext eine gesundheitsbedingte „Auslese“ stattfindet. Man geht davon aus, dass Gesundheit den sozioökonomischen Status beeinflusst und nicht umgekehrt. Nach dem Motto „Krankheit macht arm“ werden die analysierten Unterschiede in der Mortalität und Morbidität als Ergebnis einer sozialen Aufstiegsbewegung von Gesunden und als sozialer Abstiegsprozess von Kranken angesehen (Hradil 2009; Richter & Hurrelmann 2009). Auch wenn es einige Anhaltspunkte für eine solche Kausalitätsrichtung gibt, scheint der Effekt insgesamt zu gering zu sein, um entscheidenden Einfluss auf mögliche Unterschiede der Gesundheit auszuüben (Lahelma 2006; Mackenbach 2006).

Die beiden anderen Erklärungsansätze gehen von der umgekehrten Kausalitätsrichtung aus und argumentieren nach dem Motto „Armut macht krank“, dass eine schlechtere oder bessere Gesundheit durch den unterschiedlichen sozioökonomischen Status bedingt sei. Man nennt diese Hypothese auch *Kausations- oder Verursachungshypothese* (Hradil 2009; Richter & Hurrelmann 2009).

Der zweite Ansatz, der sogenannte *materielle Ansatz*, basiert auf der materiellen Interpretation gesundheitlicher Ungleichheit. Menschen mit einem tieferen sozioökonomischen Status verfügen dabei nicht nur über geringere finanzielle Mittel, sondern leben und arbeiten auch häufiger in gesundheitsschädigenden Umwelten. Der soziale Gradient besteht somit aus der sozial ungleichen Verteilung materieller Lebensbedingungen wie etwa unterschiedlicher Einkommenssituation oder unterschiedlichen Wohn- und Arbeitsverhältnissen. Meist ist dabei der Einfluss eines einzelnen materiellen Faktors eher gering, weil die gesundheitsbeeinträchtigenden Indikatoren zusammenhängen können. Vielmehr geht es um die den Einfluss aller Faktoren zusammen, denen bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind (Bolte & Kohlhuber 2009; Hradil 2009).

Der dritte Erklärungsansatz, der sogenannte *kulturell-verhaltensbezogene Ansatz*, stellt weniger materielle Faktoren in den Mittelpunkt, sondern geht davon aus, dass Personen mit tieferem sozioökonomischem Status gewisse Lebensumstände teilen, die gesundheitsschädigendes Verhalten wie Tabak- oder Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung oder körperliche Inaktivität fördern (Helmert & Schorb 2009; Richter & Hurrelmann 2009). In der empirischen Forschung wird dieser Ansatz, wenngleich die kulturellen Aspekte zentral sein müssten, häufig auf gesundheitsrelevante Verhaltensdifferenzierungen reduziert (Mackenbach

2006). In den letzten Jahren wurde dies von verschiedenen Autoren kritisiert. Sie entwickelten eigene Ansätze wie etwa die Anbindung an die Kapitaltheorie von Pierre Bourdieu (vgl. Abel 2004; Abel et al. 2009).

Für diese Studie scheint die *Kausationshypothese* als Ausgangslage sinnvoller zu sein, denn neben der allgemein geringen empirischen Evidenz der *Selektionshypothese* haben alte Menschen ihren sozialen Status bereits in ihrem früheren Leben eingenommen, und allfällige gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter sind zeitlich nachgelagert. Die Ursachen treten somit zeitlich eindeutig vor den Wirkungen auf (vgl. Hradil 2009). Ein Problem der *Kausationshypothese* ist, dass zahlreiche Befunde zu schichtspezifischer Mortalität und Morbidität häufig wenig über ihre tatsächlichen Verursachungsprozesse aussagen, denn die Schichtzugehörigkeit als solches ist kaum je die direkte Ursache von Krankheiten oder einem früheren Tod. Es stellt sich also die Frage, wo die wirklichen Verursachungsprozesse zu verorten sind (Hradil 2009:41).

Eine umfassende theoretische und konzeptuelle Lösung dieses Problems würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, denn man kann den Ursachen von gesundheitlichen Ungleichheiten sehr weit nachgehen, weil ja hinter jeder Ursache meist weitere Ursachen stehen. Beispielsweise steht hinter dem hohen Risiko von Herz-Kreislaufkrankheiten in unteren Schichten vermutlich eine zu fettreiche Ernährung und häufiges Rauchen; und hinter diesen Risiken wiederum stehen andere Ursachen, wie etwa die Belastung im Berufsleben, hinter denen wiederum weitere Risiken stehen. Ausserdem ist die Isolierung von Einzelursachen meist wenig hilfreich, weil sich viele Effekte und Faktoren gegenseitig beeinflussen. Dazu kommen auch noch weitere komplexe biologische Ursachenverkettungen wie etwa Bewegungsmangel hinter koronaren Herzkrankheiten. Theoretisch müsste nun die Grundlagenforschung alle Ursachen und Zusammenhänge klären; aus Sicht einer anwendungsorientierten Sozialepidemiologie kommt es aber mehr darauf an, jene Erklärungsebenen herauszuarbeiten, die eine gewisse Alltagsrelevanz haben und somit Handlungsanleitungen für die Sozialpolitik oder das Gesundheitswesen liefern (Hradil 2009; Mielck 2000).

Anhand eines Beispiels lässt sich gut zeigen, dass es nicht immer nötig ist, alle Ursachen hinter bewährten Indikatoren im Detail zu kennen: Weshalb haben Menschen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko? Als mögliche Ursachen gelten beispielsweise Wissensbestände über Ursachen und Krankheiten, die bei besser gebildeten Personen für ein besseres Gesundheitsverhalten sorgen, weil sie mehr über Ernährung, Rauchen oder Sport wissen und auch durch das bessere Gesundheitswissen das Gesundheits-

system besser nutzen und etwaige Vorsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen (Hradil 2009). Demnach würde sich zwischen der Bildung und der Gesundheit ein direkter Zusammenhang zeigen, der aber letztlich nicht nur auf direkten Bildungsunterschieden basiert, sondern eben auch auf dessen Konsequenzen, die sich dann im Endeffekt aufkumulieren und als Gesamtes eine Wirkung auf die Gesundheit ausüben. Des Weiteren können Indikatoren des sozioökonomischen Status wie etwa das Einkommen durch das Bildungsniveau oder den Berufsstatus erklärt werden, wodurch die verschiedenen Indikatoren Bildung, Berufsstatus und Einkommen teilweise austauschbar sind (vgl. Lahelma et al. 2008). Deshalb kann man erstens davon ausgehen, dass vergleichbare Indikatoren des sozioökonomischen Status sich ähnlich auf die Gesundheit auswirken und, zweitens, dass diese Indikatoren zur Erklärung von weiteren Gesundheitsindikatoren herangezogen werden können, ohne jeweils alle Ursachen im Detail zu kennen.

Im Endeffekt scheint ein Mix aus materiellen und kulturell-verhaltensbezogenen Faktoren sinnvoll, weil eben anhand des Kontextcharakters vieler Faktoren vielschichtige Überschneidungen und Abstraktionsebenen existieren. Beispielsweise kann fettreiche Ernährung sowohl aus finanzieller als auch aus kulturell-verhaltensbezogener Sicht einer gesünderen Ernährung vorgezogen werden (vgl. Hradil 2009).

Biografie und Lebenslauf

Die materielle und soziale Umwelt, in der Menschen interagieren, konstituiert deren individuelle Lebenswelt, die wiederum als ein Ausschnitt der Gesellschaft angesehen werden kann, der von bestimmten Gruppen und Kreisen bestimmt wird. Häufig setzt sich die soziale Lebenswelt aus Menschen zusammen, die ein ähnliches Bildungsniveau, Einkommen, Arbeitsverhältnis, ähnliche Einstellungen und dadurch meist auch ein ähnliches Gesundheitsverhalten teilen, wie das bereits der oben besprochene kulturell-verhaltensbezogene Ansatz unterstellt. Lebenswelten sind jedoch nicht statisch, sondern verändern sich im Lebenslauf (Borgetto et al. 2007:69 f.). In Zeiten der Globalisierung, Pluralisierung und Individualisierung dürften sich die Lebenswelten vieler alten Menschen im Laufe des Lebens mehrfach geändert haben (vgl. Beck 1986). Die Lebenslaufperspektive versucht nun, die unterschiedlichen früheren Lebenswelten und relevanten Lebenslaufkontexte rückwirkend zu berücksichtigen. Jeder neue Lebensabschnitt bzw. jede neue Statuspassage stellt Individuen vor bestimmte Herausforderungen, sei es in der Kindheit der Übertritt in die Schule oder im hohen Alter der

Abbau physischer Leistungsfähigkeit. Die Bewältigung dieser Herausforderungen kann durchaus gesundheitsrelevant sein, etwa wenn die Lebenswelt besonders gesundheitsschädigend gewesen ist (Borgetto et al. 2007:70).

Gesundheit und Krankheit haben zu einem bestimmten Zeitpunkt immer eine biographische Komponente, die ebenfalls durch die Lebenslaufperspektive analysiert werden kann. Dies gilt insbesondere für die Lebensphase Alter, denn sie ist wie kaum eine frühere Lebensphase entscheidend durch den Lebenslauf geprägt. Aktuell unterscheidet man in der heutigen Forschung zwei unterschiedliche Modelle, welche den Einfluss sozialer Faktoren auf die zeitlichen Veränderungen der pathogenetischen Entwicklung erklären sollen (vgl. Bauer et al. 2008; Erhart et al. 2008).

Das *Modell kritischer Perioden* geht davon aus, dass in bestimmten Zeitfenstern eine besondere Vulnerabilität für schädliche Einflussfaktoren vorliegt. Ein Beispiel für solche kritischen Perioden ist der Konsum von Drogen in der Jugend.

Das *Modell der Akkumulation von Risiken* argumentiert weniger deterministisch; es greift die multikausale Entstehungsgeschichte der heute vorherrschenden chronischen Krankheiten auf und integriert weitere Risiken im Lebenslauf in das erklärende Modell. Schädliche Einflüsse einer früheren Lebensphase addieren sich mit schädlichen Einflüssen aus späteren Phasen zu einem insgesamt höheren Risiko auf. Dadurch kann man etwa die Gesamtmortalität einer Krankheitsgruppe erklären. Gesundheitliche Ungleichheiten werden auf eine Aufkumulierung von benachteiligenden Lebensbedingungen über den Lebenslauf hinweg zurückgeführt.

In der Zwischenzeit hat man das Kumulationsmodell weiter zu einem *Pfadmodell* bzw. einem Modell von *Risikoketten* ausgebaut. Dabei wird nicht nur eine additive Aufkumulierung verschiedener Risiken miteinbezogen. Vielmehr werden auch Wendepunkte, die dem Leben eine bestimmte Richtung vorgeben können, berücksichtigt (Bauer et al. 2008:30 f.; Erhart et al. 2008:335). Ein häufiges Problem der Lebenslaufperspektive ist die empirische Umsetzung, insbesondere in Querschnittstudien.

Horizontale und vertikale Ungleichheit

In der Forschung wird für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten oftmals ein leistungs- und berufsorientiertes Schichtmodell verwendet. Dabei steht insbesondere die vertikale Gliederung der Gesellschaft im Mittelpunkt, die mit einem oder mehreren der bereits genannten Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen oder mit einer Kombination wie etwa einem konstruierten Index aus

Bildung und Einkommen gemessen wird. Zunehmende Forschungstätigkeit und eine erweiterte Forschungsperspektive auf spezifische Gesundheitsindikatoren wie beispielsweise psychosoziale Gesundheit oder umweltbedingte Erkrankungen führen dazu, dass der sozioökonomische Status immer heterogener gemessen wird, was die Vergleichbarkeit vieler Studien einschränken kann (Lampert & Kroll 2009). Seit einigen Jahren werden soziale Unterschiede zunehmend auch auf anderen Dimensionen sozialer Ungleichheit wie etwa Alter, Geschlecht, Migration, familiäre Faktoren oder Wohnort untersucht (vgl. Hradil 2008). Begünstigungen oder Benachteiligungen auf diesen Ebenen verlaufen horizontal zu den vertikalen Indikatoren und sind in allen Lebensbereichen sichtbar. In der Forschung nennt man diese Ungleichheiten häufig „horizontale Ungleichheit“.

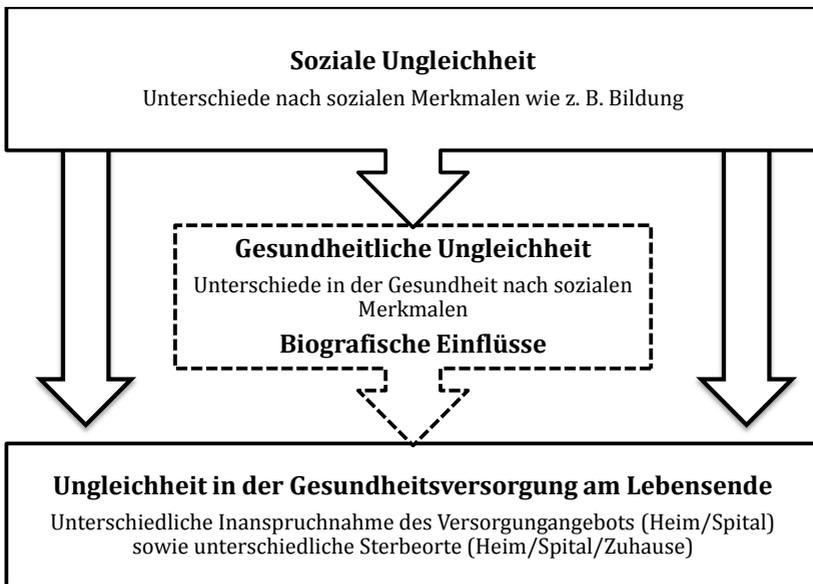
Aus Sicht der soziologischen Theorien lassen sich vertikale und horizontale Ungleichheiten zwischen sozialen Akteuren zusammen betrachten und können dadurch als Folge der Inklusion oder Exklusion von Akteuren in gesellschaftliche Funktionssysteme interpretiert werden (vgl. Esser 2004). Beispielsweise kann jungen Migranten der Zugriff auf höhere Bildung anhand ihrer ethnischen Herkunft oder ihres fehlenden kulturellen Kapitals der Herkunftsfamilie verweigert werden. Und Exklusionen in einem Teilsystem wie dem Bildungswesen können auch weitere Exklusionen in anderen Teilsystemen nach sich ziehen. Soziale Ungleichheiten sind damit einerseits die Stellungen der Akteure in den Funktionssystemen und andererseits die Folge der Interdependenzen dieser Systeme (Lampert & Kroll 2009). Anhand dieser Argumentation werden in dieser Arbeit Ungleichheiten, sofern nicht explizit eingeschränkt, immer auf der vertikalen und horizontalen Ebene verstanden.

Erklärungsmodell

Ein häufig verwendeter Erklärungsansatz gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Elkeles & Mielck 1997; Mielck 2000) stellt die Arbeitswelt ins Zentrum und geht von verschiedenen Ebenen in der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit aus. Dieser Erklärungsansatz kann aber nicht direkt auf die Versorgungslage am Lebensende angewendet werden, weil in der vorliegenden Arbeit nicht gesundheitliche Ungleichheit im erwerbsfähigen Alter, sondern die Konsequenzen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit für die Versorgung am Lebensende untersucht werden. Dabei spielt besonders die Biografie eine wichtige Rolle, weil sich am Lebensende die Konsequenzen des vorangegangenen Lebenslaufs zeigen und sich potenziell kritische Perioden des Lebenslaufs kumulieren und letztlich die Gesundheit beeinträchtigen können. Zudem ist es beispielsweise möglich, dass wäh-

rend des Erwerbslebens die gesundheitliche Ungleichheit die Versorgung beeinflusst oder umgekehrt, was im Endeffekt nicht mehr im Detail rekonstruiert werden kann und in dieser Arbeit auch nicht näher erforscht wird. Relevant ist vielmehr der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und der Ungleichheit der Gesundheitsversorgung am Lebensende, die geprägt ist durch die Biographie und potenzielle gesundheitliche Ungleichheiten im Lebenslauf, welche auf sozialen Ungleichheiten beruhen. Demnach besteht ein Erklärungsmodell aus drei Stufen, wobei zwei direkt gemessen werden können und die dritte, mittlere Stufe einen Prozess bzw. eine Entwicklung darstellt (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: Modell zur Erklärung der Ungleichheit in der Versorgung



(Quelle: Elkeles & Mielck 1997; Mielck 2000, eigene Darstellung)

Dieses Modell ist insofern hilfreich, weil man es im Sinne der Lebenslaufperspektive interpretieren kann, was ermöglicht, den einstigen Arbeitskontext indirekt zu berücksichtigen. Allfällige frühere Benachteiligungen können rückwirkend in

den Blick genommen werden, sind aber in der empirischen Umsetzung meist schwierig zu rekonstruieren, insbesondere in Querschnittsstudien.

Theoretisch gesehen lassen sich die Probleme und Herausforderungen des gesellschaftlichen Versorgungsbedarfs vor dem Hintergrund medizinsoziologischer Ungleichheitskonzepten und Ungleichheitsstudien am besten einschätzen (Tiesmeyer et al. 2008). Dabei sind allerdings einige Differenzen zu berücksichtigen. Ein erster grosser Unterschied besteht darin, dass nicht mehr das Individuum alleine im Mittelpunkt steht, sondern die Erforschung von Strukturen und Prozessen einer Organisation bzw. eines gesellschaftlichen Funktionssystems. Ein zweiter Unterschied ist die Ergänzung der Frage nach den pathogenen Ursachen von Schichtgradienten von Krankheiten oder verhältnismässig frühen Todesfällen um die salutogenetisch orientierte Suche nach Gesundheitsressourcen (Tiesmeyer et al. 2008:13).

Weiterhin stellt sich auch wieder die Frage nach den Kausalitäten, denn soziale Unterschiede können als Folge unterschiedlicher Zugangschancen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung entstehen (vgl. Kroll 2010). In Entwicklungsländern etwa mit schlecht ausgebauten oder unzureichend finanzierten Gesundheitssystemen wird dieser Zugang als eine der wichtigsten Ursachen für Krankheiten oder verhältnismässig frühe Todesfälle gesehen (Wagstaff 2002). In entwickelten Wohlfahrtsstaaten wie etwa in Deutschland oder der Schweiz, in denen sich weitgehend ein einkommensunabhängiger Zugang zu Gesundheitsleistungen etabliert hat, wird dies von vielen Autoren aber als zweitrangige Ursache eingestuft (vgl. Janssen et al. 2009). Viel mehr empirische Evidenz wurde für eine unterschiedliche Nutzung der Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status gefunden, was für die Kausationshypothese spricht und damit dieses konzeptuelle Erklärungsmodell auch empirisch unterstützt (vgl. Busato et al. 2006; Janssen et al. 2009; Knesebeck & Mielck 2007; Schäfer et al. 2012; Van der Heyden et al. 2003). Wenn man gleichzeitig die Lebenslaufperspektive berücksichtigt, kann davon ausgegangen werden, dass der im bisherigen Lebenslauf erworbene sozioökonomische Status später den Zugang zu und die Nutzung der Gesundheitsversorgung beeinflusst (Hradil 2009). Diese Argumentationen über soziale Ungleichheit und Versorgung gelten auch für viele Bereiche der institutionellen Pflege (vgl. Bauer & Büscher 2008).

2.4 Lebensende und Sterben

Analog zur Lebensphase Alter hat sich auch die Situation des Sterbens im Vergleich zu vergangenen Epochen verändert. Beispielsweise ist die Lebenserwartung in allen Industrieländern stark angestiegen: Viele Menschen sterben heute im hohen Alter, häufig nach langen Krankheitsphasen. Früher waren Sterbeprozesse meist von kurzer Dauer und traten in allen Altersgruppen auf, hauptsächlich bedingt durch Todesfälle nach Infektionskrankheiten. Heutzutage dominieren chronische Krankheiten die Todesursachen; beispielsweise sterben in vielen Ländern mehr als die Hälfte der Menschen an Herz- und Kreislaufkrankheiten oder Krebs. Infektionskrankheiten spielen in Industrieländern als Todesursache nur noch eine marginale Rolle (Beng et al. 2009; Fischer et al. 2004; Schmitz-Scherzer 1994).

Mit diesen Prozessen einhergehend änderte sich die Wahrnehmung von Tod und Sterben. Während vor ca. 200 Jahren ein Mensch im Alter von 20 Jahren häufig den Tod von Geschwistern, einem Elternteil oder Verwandten zu Hause miterlebt hatte, ist heute eine direkte Konfrontation mit dem Tod der eigenen Eltern, Geschwistern oder Gleichaltrigen vor dem 40. Lebensjahr selten geworden (Schmitz-Scherzer 1994). Gleichzeitig erleben immer mehr Kinder und Jugendliche den Tod ihrer Grosseltern, was vor 100 Jahren noch selten war, weil die Grosseltern meist schon vor der Geburt der Enkel verstorben waren. Und da die gemeinsame Lebensspanne von Enkelkindern und Grosseltern immer länger wurde und sich in Zukunft noch verlängern wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, den Tod und das Begräbnis der Grosseltern bewusst zu erleben, und zwar in einem Alter, in dem Kinder bzw. junge Erwachsene sich auf das Erwachsenenleben vorbereiten (Höpflinger et al. 2006). Die Konfrontation mit dem Tod in jungen Lebensjahren bleibt somit für eine Mehrheit der jungen Menschen nach wie vor bestehen.

Im 19. Jahrhundert wurden alte Menschen üblicherweise von der Familie bis zu ihrem Tod zu Hause gepflegt und versorgt, indessen im 20. Jahrhundert eine Institutionalisierung des Sterbens und generell des letzten Lebensabschnittes einsetzte, verbunden mit Medikalisierung, Ökonomisierung und Verrechtlichung (Feldmann 2010; Streckeisen 2001). Und während der lebende und tote Körper in traditionellen Gesellschaften meist sozial eingegliedert war und ein unverzichtbarer Bestandteil eines sozialen Übergangs in das Reich der Toten darstellte, verkommt er im säkularen, modernen Verständnis mehr und mehr zu einem „blossen Instrument“, dessen Teile man beliebig auswechseln kann (Feldmann 2010:25). Letztlich führten diese Entwicklungen dazu, dass sich die letzte Le-

bensphase für eine Mehrheit der Menschen zunehmend in Institutionen wie Spitäler oder Alters- und Pflegeheime verlagert, etwa weil man stark pflegebedürftig wird und multimorbid ist. Die Bedeutung von Institutionen wie Krankenhäusern oder Alters- und Pflegeheimen als Sterbeorte erkennt man daran, dass in Industrieländern zwischen ca. 60% bis 80% der Menschen in Institutionen versterben (Broad et al. 2013; Fischer et al. 2004). Dadurch ist das Lebensende generell und der Sterbeort im Speziellen eng mit der institutionellen Gesundheitsversorgung verbunden, obwohl eigentlich die Mehrheit lieber zu Hause sterben möchte (vgl. Foreman et al. 2006). In diesem Wunsch spiegelt sich meist die Vorstellung von Geborgenheit und Wärme; und Viele fühlen sich besser umsorgt von engen Familienmitgliedern oder Freunden. Die Erfüllung dieser Wünsche setzt aber ein soziales Netz sowie dessen Verfügbarkeit beispielsweise bei einer steigenden Pflegebedürftigkeit voraus, was häufig nur mit Unterstützung ambulanter Helfer gelingen kann (Schmitz-Scherzer 1994). Ausserdem sind nicht alle Wohnungen und Häuser gleichermassen altersgerecht ausgebaut, beispielsweise weil es keinen Fahrstuhl gibt. Ein mögliches Sterben zu Hause ist somit an einige Bedingungen geknüpft, die nicht bei allen Menschen gegeben sind und die entsprechend ungleich verteilt sein können.

Insgesamt scheint sich in den letzten Jahren eine Tendenz abzuzeichnen, dass die öffentliche Diskussion über Sterben und Tod sensibler geworden ist. Themen wie Palliativpflege, passive und aktive Euthanasie, Kritik an der modernen Medizintechnik sowie generell mehr Selbstbestimmung über das eigene Sterben rücken die Thematik immer mehr in das Bewusstsein der Menschen (Schmitz-Scherzer 1994).

Physisches, psychisches und soziales Sterben

Das übliche traditionelle abendländische Modell des Sterbens ist dualistisch und unterscheidet zwischen *Seele* und *Körper*. Für eine säkulare sozialwissenschaftliche Konzeption kann man *Seele* mit *Bewusstsein* übersetzen, was im Endeffekt zu einer Dreiteilung zwischen dem physischen Tod, dem Tod der Seele bzw. des Bewusstseins sowie dem sozialen Tod führt. Im gegenwärtigen Weltbild dominiert die naturwissenschaftliche Sichtweise, wodurch häufig das physische Sterben als „tatsächliches Sterben“ verstanden und soziales und psychisches Sterben als Metaphern oder sozialwissenschaftliche Konstrukte angesehen werden (Feldmann 2010:19). Die Bestimmung des physischen Todes ist neben der medizinischen eine soziale und juristische Definition (vgl. Lindemann 2001). Es wäre aber auch möglich, den Tod anders zu bestimmen, beispielsweise als Zelltodkon-

tinuum, als Verlust der Reproduktionsfähigkeit eines Individuums oder als Ende einer Reihe von Wiedergeburten. Wann und wie das physische Sterben in modernen Gesellschaften genau beginnt und endet, wird vor dem Hintergrund naturwissenschaftlicher Theorien in der Regel durch Ärzte und Juristen soziokulturell definiert. Folglich kann man den Beginn und das Ende des Lebens nicht nur als eine natürliche, sondern auch als eine soziale Tatsache verstehen. Ausserdem ist auch die Annahme, mit dem physischen Tod sei die soziale Identität irreversibel zerstört, abhängig von soziokulturellen Wertvorstellungen und Ideologien.

Ein gemeinsames Merkmal des physischen, psychischen und sozialen Sterbens ist heutzutage zunehmend die Reversibilität, weil immer mehr Menschen aus einem Zustand zurückgeholt werden, welcher unter „natürlichen Bedingungen“ dem physischen Tod kurz vorausgeht, etwa in dem man jemanden durch lebensverlängernde Massnahmen am Leben erhält (vgl. Feldmann 2010:20). Die unterschiedlichen Formen des Lebens und Sterbens unterscheiden sich auch in ihren zugrundeliegenden Determinanten (vgl. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: Formen des Lebens und Sterbens

Physisches Leben	Psychisches Leben	Soziales Leben
Gesundheit Jugend Lebenslänge	Selbstverwirklichung	Status Leistung Eigentum
Krankheit Alter Schmerz	Bewusstseinsverlust Todeswunsch	Sozialer Abstieg Rollenverlust Marginalisierung
Physisches Sterben	Psychisches Sterben	Soziales Sterben

(Quelle: Feldmann 2010:20, eigene Darstellung)

Das physische Sterben hat sich zwar als Alltagsbegriff eingebürgert und wird dabei oft als Synonym für alle Sterbearten verwendet, steht aber unter medizinischer und rechtlicher Kontrolle. Altersgrenzen für Berufstätigkeit oder, in seltenen Fällen, das Strafrecht (z. B. lebenslange Freiheitsstrafe) regeln üblicherweise das soziale Sterben; während das psychische Sterben grundsätzlich rechtlich normiert ist, etwa durch Gesetze zur Entmündigung und Behandlung von psychisch Kranken (Feldmann 2010:20 f.).

Sterben aus sozialwissenschaftlicher Perspektive

Die Thanatosoziologie, die Soziologie des Sterbens und des Todes, ist im deutschsprachigen Raum gegenüber den englischsprachigen Gebieten ein schwach entwickeltes Forschungsfeld. Zudem gibt es viele Theorien und gewisse Trends, etwa die Vorliebe für postmoderne Konzepte wie die von Michel Foucault in den 1980er und -90er Jahren. Häufig wendet man sich auch an nationale Klassiker, etwa indem sich Briten an Anthony Giddens oder Deutsche an Niklas Luhmann oder Jürgen Habermas orientieren (Feldmann 2010:10). Der Franzose Emile Durkheim war einer der ersten Soziologen, welcher sich explizit mit dem Sterben befasste. Seine Analysen über die Suizidraten, die er als Indikator für Integration und Stabilität von Kollektiven betrachtete, stellten einen direkten Zusammenhang zwischen sozialen Indikatoren und dem Sterben her (vgl. Durkheim 1983).

In modernen Gesellschaften gibt es verschiedene Formen des Verlustes von Rollen, Positionen, Besitz, Informationsquellen oder generell sozialen Partizipationschancen, die man als soziales Sterben auffassen kann (vgl. Tabelle 2.1). Weil sich heutzutage die mittlere produktive Lebensphase im Gegensatz zu der ersten unproduktiven Phase der Sozialisation und des Lernens sowie der unproduktiven dritten Phase des Ausscheidens aus der Berufswelt verkürzt hat, ist eine in der Geschichte der Menschheit einmalige Phase des langwierigen sozialen Sterbens entstanden. Dabei verläuft das soziale Sterben häufig nicht parallel mit dem physischen oder psychischen Sterben, weil etwa die Pensionierung oder das Ausscheiden aus der Berufswelt unabhängig von den körperlichen und geistigen Abbauprozessen erfolgt. Die lange vor dem physischen Tod beginnende Phase des sozialen Sterbens dient einer möglichst konfliktfreien Generationenfolge und der Aufrechterhaltung der Leistungsgesellschaft. Das schrittweise soziale Sterben der nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmenden Bevölkerung kann als eine funktional vorteilhafte Art und Weise gesehen werden, mit der biologischen Tatsache der Endlichkeit ihrer Mitglieder umzugehen (Feldmann 2010:132 ff.).

Das Konzept des sozialen Todes von Glaser und Strauss (1965) beschreibt die Situation von Menschen, die besonders dann häufig vorkommt, wenn man in Institutionen stirbt. Dabei kennzeichnet sich das soziale Sterben besonders durch die Verringerung der Privatsphäre, der Abnahme sozialer Kontakte sowie der Reduzierung eigener Aktivitäten; Prozesse also, die man gemäss obiger Definition der Gesundheit auch als schlechter werdende Gesundheit bezeichnen kann. Der „soziale Tod“ tritt schliesslich dann ein, wenn zwischen den Sterbenden und ihrer Umwelt kein Kontakt mehr stattfindet. Die Kommunikation zwischen dem Sterbenden und seinen Kontaktpartnern durchläuft verschiedene Stadien. Im ersten

Stadium nimmt der Sterbende - im Gegensatz zu seinem Umfeld - von seinem bevorstehendem Tod nichts wahr. Im zweiten Stadium vermutet der Sterbende, dass sein Umfeld über seinen Zustand Bescheid weiss, und er will dies falsifizieren oder validieren. Im dritten Stadium wissen sowohl der Sterbende als auch sein Umfeld um seinen nahenden Tod, nehmen aber an, der jeweils andere wisse es nicht. Im vierten Stadium wissen alle Beteiligten über den Tod Bescheid und kommunizieren darüber. Die ersten drei Stadien begünstigen offensichtlich ein soziales Sterben bzw. eine Abnahme der Gesundheit, häufig lange bevor der physische Tod eintritt (Glaser & Strauss 1965; Schmitz-Scherzer 1994).

Wie und ob man das eigene Sterben und den eigenen Tod akzeptiert, hängt oftmals auch von der Gemeinschaft ab. Die Akzeptanz ist insbesondere dann hoch, wenn die Gemeinschaft und ihre Individuen den Tod als Phänomen des Lebens akzeptieren, keine Unsterblichkeitsfantasien auf beiden Seiten existieren sowie eine offene Kommunikation über eine endliches menschliches Dasein möglich ist (Schmitz-Scherzer 1994:554).

Das soziale Sterben ist anhand dieser Überlegungen eng an das Konzept der sozialen Gesundheit gekoppelt, insbesondere auf den Ebenen Aktivitäten und Partizipation. Wird also die Gesundheit im Alter schlechter, beginnen ab einem gewissen Punkt häufig soziale Sterbeprozesse, die einerseits fliegend sind und andererseits nicht zwingend irreversibel sein müssen, etwa wenn jemand nach einer Behandlung im Spital wieder nach Hause gehen kann und dort von seiner Familie weiter gepflegt wird. Umgekehrt kann soziales Sterben schon mit dem Berufsaustritt beginnen und ist dadurch unabhängig von möglichen - physischen wie psychischen - gesundheitlichen Abbauprozessen. Zudem stellt sich auch die Frage, wie möglichen sozialen Sterbeprozessen am besten begegnet wird bzw. wie die Betroffenen damit umgehen und was für Konsequenzen diese für die Betroffenen bedeuten. Im Sinne der oben diskutierten *Aktivitäts- oder Ausgliederungsthese* (vgl. Tartler 1961) etwa würde ein erfolgreiches Altern durch soziale Sterbeprozesse massiv beeinträchtigt, weil beispielsweise durch einen Heimeintritt die Aktivitäten des mittleren Lebensalters nicht aufrecht erhalten werden können. Ein solch einschneidendes Lebensereignis dürfte zudem mit dem Verlust von Rollen und gewohnten Strukturen einhergehen, wodurch, wie die *Kontinuitätsthese* (vgl. Atchley 1989) impliziert, kaum Kontinuität innerhalb der älteren Lebensphase möglich wäre. Alternativ kann man anhand der Logik der *Disengagementsthese* (vgl. Cumming & Henry 1961) argumentieren, ein solches Ereignis stelle eine neue Entwicklungsstufe dar, die den kompletten Rückzug aus der Berufsbiografie bedeute und für ein „erfolgreiches Altern“ nötig wäre, weil man nur

dadurch die nötigen Ressourcen entwickelt, um sich mit dem bevorstehenden Sterben zu beschäftigen. Wie auch immer letztlich die Betroffenen und ihre Angehörigen mit sozialem Sterben und sich verschlechternder Gesundheit umgehen, es stellt in jedem Fall ein einschneidendes Ereignis in ihrer Biografie dar und ist eine zentrale Determinante sämtlicher Alterungsprozesse besonders im hohen Alter.

Die Argumentationen über Ungleichheit der Gesundheit und Gesundheitsversorgung können konzeptuell auch auf das soziale Sterben angewendet werden. Dies impliziert, dass beispielsweise Menschen mit tieferem sozioökonomischen Status im Alter mutmasslich mehr gesundheitliche Probleme haben und dadurch auch schneller bzw. intensiver sozial sterben als solche mit höherem sozioökonomischem Status, weil sie beispielsweise gezwungen sind, schon früher Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.

2.5 Zwischenfazit

Die geläufigen Alltagsbegriffe Alter, Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Sterben liegen für die Fragestellung bei genauerer Analyse aus sozialwissenschaftlicher Sicht nahe beieinander und bedingen sich teilweise gegenseitig; sie sollten aber dennoch differenziert betrachtet werden, besonders wenn es um soziale und gesundheitliche Ungleichheit geht. Wichtig ist besonders die Differenzierung zwischen primär normalen Alterungsprozessen und deren Folgen für die Gesundheit sowie solchen, die daneben noch durch andere Faktoren wie etwa den sozialen Status beeinflusst werden können, jeweils unter Berücksichtigung der Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung am Lebensende. Gesundheit, Gesundheitsversorgung und – neben dem physischen und psychischen Sterben – insbesondere das soziale Sterben bedingen sich häufig gegenseitig: Wird der Gesundheitszustand schlechter, steigt meist die Wahrscheinlichkeit für den Bedarf an Gesundheitsversorgung. Und das soziale Sterben kann bereits mit dem Renteneintritt beginnen und dadurch deutlich vor dem physischen Tod oder altersbedingten gesundheitlichen Problemen auftreten. Soziales Sterben kann aber beispielsweise durch sozialen Abstieg und Rollenverlust die Gesundheit negativ beeinflussen, besonders auf den Ebenen Partizipation und Aktivitäten. Der Übertritt in ein Alters- oder Pflegeheim oder in ein Spital kann als fortschreitendes soziales Sterben interpretiert werden, weil dieser Übergang häufig direkt mit Entwicklungen wie Rollenverlust oder sozialem Abstieg einhergeht, was die Partizipationsfähigkeit einschränken kann. All diese Prozesse wiederum finden

vor dem Hintergrund des Altwerdens in der modernen Gesellschaft statt, die man am besten versteht, wenn man die biologischen, medizinischen, sozialhistorischen und soziologischen Grundlagen kennt und sich deren Konsequenzen bewusst ist.

Wenn man die mehrheitlich unbestrittene Tatsache, dass sozioökonomisch besser gestellte Personen gesünder sind und länger leben als sozioökonomisch weniger gut situierte Personen (vgl. Bosma et al. 1999; Breeze et al. 1999; Chandola et al. 2007; Huisman et al. 2005; Mielck 2005) als Grundlage für weitere Analysen hinzuzieht, spricht vieles für zu erwartende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten – mit entsprechenden Konsequenzen für Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung - in der letzten Lebensphase und somit für die Kontinuitäts- oder Kumulationsthese (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009), auch wenn die Forschung diesbezüglich noch viele Lücken aufweist, insbesondere was den Bezug zur Gesundheitsversorgung betrifft. Sicherlich kann der Wohlfahrtsstaat ein gewisses Mass an finanziellen Ungleichheiten durch Umverteilung ausgleichen, aber nur insofern es zu diesem Zeitpunkt noch etwas auszugleichen gibt, denn viele potenzielle Ungleichheiten sind im Sinne der Lebenslaufperspektive in der jeweiligen Biografie der Betroffenen anzusiedeln und kumulieren sich im Laufe des Lebens. Allfällige Benachteiligungen vulnerabler Bevölkerungsgruppen hätten demnach bereits stattgefunden und könnten nicht mehr durch wohlfahrtsstaatliche Massnahmen ausgeglichen werden. Zusammenfassend spricht letztlich vieles dafür, die diskutierten Ansätze - auch wenn sie keine eigentliche Theorie in engerem Sinne darstellen - als Ausgangslage und Arbeitshypothese für Analysen über soziale und gesundheitliche Ungleichheit bezüglich Institutionsaufenthalte am Lebensende anzuwenden.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

3 Lebensende im Kontext: Institutionen und Sterbeort

In diesem Kapitel werden Ansätze diskutiert, die auf den oben erwähnten Argumentationen aufbauen und dabei spezifisch der Frage nachgehen, wie sich Prozesse und Mechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit auf Institutionsaufenthalte sowie unterschiedliche Sterbeorte am Lebensende auswirken können. Eine besonders häufig gefürchtete Form eines einsetzenden sozialen Sterbens ist der Eintritt in Institutionen, insbesondere in Alters- oder Pflegeheimen. In diesen Institutionen können sich unterschiedliche Klassen bilden, wie etwa die Unterscheidung zwischen rüstigen und hilflosen Bewohnern. Hilflose Bewohner werden dabei mit einem intensiven sozialen Sterben konfrontiert, während rüstigere Bewohner diese Prozesse hinauszögern können (Feldmann 2010:136). Diese Prozesse können die gewohnte soziale Identität der Menschen zerstören und zu schwerwiegenden Einschränkungen von Partizipationsmöglichkeiten führen, weil die Bewohner beispielsweise aus ihrem gewohnten familiären Umfeld herausgerissen werden, was sich gemäss obigem Gesundheitsverständnis ebenfalls direkt negativ auf die Gesundheit auswirken kann.

In der Soziologie sind Institutionen besonders mit dem von Erving Goffman eingeführten Begriff der „totalen Institution“ verbunden. Zentral an seinen Ausführungen ist die Kontrolle der Institution über ihre Insassen und die damit verbundene Autorität. Demnach würden die Bewohner verwaltet und es würde ihnen jeglicher Spielraum für individualisierte soziale Interaktionen genommen. Der Alltag in Institutionen sei klar organisiert und die Regeln würden von einem Stab von Funktionären festgelegt (Goffman 1973). Es ist jedoch nicht bekannt, inwiefern diese „totale Institution“ die soziale Realität in modernen Alters- und Pflegeheimen oder Spitälern realistisch beschreibt oder ob nicht auch soziale Netzwerke bestehen, die dazu beitragen, soziale Isolation zu minimieren bzw. zu verhindern oder ob die Bewohner sich teilweise autonom verhalten können, was letztlich dazu führen würde, dass man Alters- und Pflegeheimen nicht als „totale Institution“ bezeichnen könnte (Baltes 1995).

Alters- und Pflegeheimen sind sehr stark mit dem nahenden Tod verbunden, weil viele Eintretende wissen, dass sie hier sterben werden (Gross 2005:157). Für Spitäler gilt dies nur in geringerem Ausmass, weil sie, im Gegensatz zu Hei-

men, nicht für Sterbende gedacht sind, sondern vielmehr der Behandlung und vor allem Heilung von Krankheiten dienen und dadurch auf Lebenserhaltung ausgerichtet sind (Brandes 2011). Dennoch sterben in der Schweiz verhältnismässig mehr Menschen in Spitälern als etwa zu Hause oder in Alters- oder Pflegeheimen (vgl. Fischer et al. 2004).⁶ Einerseits dürfte dies beispielsweise mit Notfalleinlieferungen nach Verkehrsunfällen mit anschliessendem Tod im Spital zu erklären sein. Andererseits können im Alter auch andere Faktoren noch eine Rolle spielen, etwa wenn beispielsweise um jeden Preis versucht wird, einen Menschen noch am Leben zu erhalten, der später dann ebenfalls im Spital stirbt.

Wichtig ist im Zusammenhang mit Analysen über das Lebensende die zeitliche Komponente, denn Studien zeigen beispielsweise auf, dass besonders im letzten Lebensjahr oder generell der letzten Lebensphase die medizinischen Kosten besonders hoch sind (vgl. Bickel 1998; Polder et al. 2006). Dies impliziert eine hohe Nachfrage nach pflegerischer und medizinischer Versorgung, was konsequenterweise meistens Spital- und Heimaufenthalte nach sich zieht. Auch aus inhaltlicher Sicht ist in dieser Arbeit besonders diese vulnerable Bevölkerungsgruppe zentral, weil sie erstens bis anhin nur selten sozialwissenschaftlich untersucht wurde und zweitens eine klar umrissene Gruppe darstellt, die besonders aus der Sicht sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit relevant ist, weil sie wie kaum eine andere massgeblich von ihrer Biografie geprägt ist. Deshalb nimmt diese Arbeit eine retrospektive Sicht ein und rückt die Zeit kurz vor dem Tod in den Mittelpunkt – jeweils unter dem Gesichtspunkt sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Bezug auf die Versorgungslage.

3.1 Lebens- und Wohnformen am Lebensende

Wohnen bedeutet für die meisten eine zentrale Dimension in jeder Lebenssituation. Viele verbringen in der Wohnung einen zeitlich gesehen sehr grossen Teil des Lebens. Wohnungen sind häufig zentraler Ort familiärer Kommunikation und

⁶ Eine kurze Bemerkung zu Hospizen, die in einigen Ländern sowohl als Pflegestation als auch als Sterbeort eine wichtige Rolle spielen: Es gibt in der Schweiz zwar einige Institutionen mit der Bezeichnung „Hospiz“, das Leistungsangebot ist aber bisher nicht national geregelt. Hospize sind bezüglich des Kompetenzniveaus Einrichtungen der Palliativpflege, die in einigen Kantonen eher dem Akutbereich, in anderen eher dem Langzeitbereich zugeordnet sind. Diese Einteilung hat einen grossen Einfluss auf die Finanzierung. Leider sind Hospize in den Daten weder spezifisch den Heimen oder Spitälern zuordenbar noch kann man sie als solche identifizieren, wodurch sie in den Analysen nicht berücksichtigt werden können. Weil aber die Bedeutung der Hospize in der Schweiz generell klein ist, dürfte dies die Resultate kaum tangieren (vgl. BAG 2012).

dadurch auch Quelle möglicher Unzufriedenheit oder Auseinandersetzungen. Gleichzeitig sind sie ein intimer und von der Öffentlichkeit abgeschirmter Raum. Mit zunehmendem Alter ändert sich für viele die Wohnsituation, weil sich die Aktionsräume Älterer verkleinern und die Umweltbezüge abnehmen. Meist beginnen diese Entwicklungen mit dem Übertritt in den Ruhestand und verschärfen sich durch allfällige Verluste sozialer Beziehungen oder durch verringerte körperliche und psychosoziale Ressourcen (Backes & Clemens 2008:233). Ältere, nicht mehr erwerbstätige Personen verbringen täglich durchschnittlich weniger als drei Stunden ausserhalb ihres Wohnbereichs (vgl. Saup & Reichert 1999). Viele alte Menschen verstehen die eigene Wohnung oder die eigene Haushaltführung als Ausdruck von Kompetenz und sozialer Partizipation im Sinne der Selbstverantwortung und Selbstständigkeit. Normalerweise wird versucht, diese Fähigkeiten so lange wie möglich aufrecht zu erhalten (Backes & Clemens 2008:233 f.).

Mit zunehmendem Alter verändern sich häufig die Ansprüche und Anforderungen an das Wohnen sowie an die räumliche Gestaltung der Wohnung. Beispielsweise kann die bisherige Familienwohnung zu gross werden, nachdem die Kinder ausgezogen sind. Oder man wird zunehmend weniger mobil und ist auf einen Fahrstuhl angewiesen, den man aber nicht in allen Häusern findet. Letztlich ist es oft nicht mehr möglich, trotz privater oder öffentlicher ambulanter Hilfe ein selbstständiges Leben zu führen. Für viele bedeutet dies ein Übertritt in ein Alters- oder Pflegeheim (Backes & Clemens 2008:234).

In einer Notfallsituation wie etwa nach gefährlichen Stürzen oder einem Herzinfarkt, aber auch bei chronischen Krankheiten, kommt es hingegen zu einem sofortigen Spitaleintritt. Schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen können dann dazu führen, dass die Leute plötzlich aus ihrem gewohnten Alltag gerissen werden und dorthin nicht mehr zurückkehren können, sondern rund um die Uhr auf professionelle medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Weil Wohnverhältnisse im Alter eine starke Wirkung auf das physische und psychische Wohlbefinden ausüben und auch das soziale Verhalten massgeblich beeinflussen, können solche Wechsel aus Sicht der Betroffenen besonders gravierend sein und stellen dadurch häufig kritische Lebensereignisse dar. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die unterschiedlichen Lebensstile älterer Menschen, weil sie sich auf die Wohnbedürfnisse und Flexibilität bezüglich der Wohnsituation auswirken können und etwa beeinflussen, ob den Betroffenen einen Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim oder eine altersgerechtere Wohnung leichter oder schwerer fällt (vgl. Backes & Clemens 2008:236 f.).

Alters- und Pflegeheime

Unter dem Begriff „Altersheim“ versteht man meist eine Reihe unterschiedlicher Formen institutionalisierten Wohnens, die in Abhängigkeit von Trägerschaft, Leistungsform, Personal, Finanzierung, Grösse, Angeboten etc. zu differenzieren sind (Backes & Clemens 2008:247 f.). Dabei gibt es teilweise grosse Unterschiede zwischen einzelnen Ländern. Beispielsweise sind Alters- und Pflegeheime nicht überall gleich verbreitet. In der Schweiz und einigen anderen Ländern wie Norwegen oder den Niederlanden sind, wie man anhand der Verteilung der Sterbeorte feststellen kann, Alters- und Pflegeheime als Sterbeorte verhältnismässig häufig (vgl. Broad et al. 2013; Fischer et al. 2004). Aufgeteilt nach Pflege- und Betreuungsaufwand bilden die *Altenwohnheime* die unterste Stufe. Sie richten sich an Menschen, die eine minimale Betreuung oder Versorgung benötigen, aber noch weitgehend fähig sind, den eigenen Haushalt selbstständig zu führen.⁷ Als nächstes wären die *Altersheime* zu nennen, die sich für Personen eignen, die den eigenen Haushalt nicht mehr selbständig führen können. Sie sind meist als Ein- bis Mehrbettzimmer mit eigenem Sanitärraum eingerichtet und gewährleisten pflegerische Betreuung rund um die Uhr. *Pflegeheime* richten sich an Personen, die dauernd pflegebedürftig sind und im Alltag bei vielerlei Tätigkeiten Hilfe benötigen. Ihre Zimmer sind meist pflegeleichte Ein- oder Mehrbettzimmer mit wohnlichem Charakter (vgl. Backes & Clemens 2008).

In der Schweiz unterscheiden sich die beiden Heimtypen vor allem dadurch, dass Altersheime im Gegensatz zu Pflegeheimen ihre Dienstleistungen nicht zu Lasten der Krankenversicherung abrechnen dürfen. Vermutlich als Konsequenz davon gibt es nur wenige Altersheime. Wenn man ausserdem davon ausgeht, dass viele möglichst lange zu Hause leben wollen und erst ins Heim übertreten, wenn es keine Alternative mehr gibt, gleichzeitig die Menschen immer älter werden und Multimorbidität immer häufiger wird, dürften die Bewohner beim Heimeintritt dementsprechend stark pflegebedürftig sein, was einen direkten Pflegeheimeintritt nach sich zieht, weil ein Altersheim gar nicht mehr in Frage kommt. Gemäss der Definition des Bundesamtes für Statistik sind Altersheime zuständig für „Tätigkeiten von Institutionen, die sich um Betagte kümmern, die Aufsicht und Unterstützung und auch Pflege benötigen. Die Institutionen sind nicht berechtigt

⁷ Altenwohnheime sind von der Charakteristik her noch sehr nahe bei den klassischen Wohnungen anzusiedeln und auch keine Institutionen in engerem Sinne. Deshalb werden sie in der vorliegenden Arbeit nicht als Heime berücksichtigt.

zu Lasten der Krankenversicherung (KVG) zu praktizieren.“⁸ Pflegeheime hingegen sind „Tätigkeiten von Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronisch kranke Betagte betreuen. Diese Institutionen sind berechtigt, langfristig die Kosten zu Lasten des KVG zu praktizieren.“⁹

Institutionalisiertes Wohnen in Alters- und Pflegeheimen hat in der Allgemeinbevölkerung meist einen schlechten Ruf. Dies beruht häufig auf schlechten Erfahrungen, die in Familien und Freundeskreisen zirkulieren. Auch Meldungen in den Medien, die vielfach besonders negative Beispiele herausgreifen, tragen ihren Teil dazu bei. Obwohl in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten deutliche Verbesserungen erreicht wurden und eine stärkere öffentliche Kontrolle der Situation in den Alters- und Pflegeheimen – nicht zuletzt auch aufgrund zunehmender Kosten – eingesetzt hat, überwiegen bei vielen negative Vorurteile (Backes & Clemens 2008:247). Gemäss der bisherigen Argumentation spielen dabei vermutlich zwei Gründe eine zentrale Rolle. Erstens wissen die Eintretenden über die Endgültigkeit ihres Umzuges Bescheid (Gross 2005). Zweitens ist vielen ebenfalls bekannt, dass sie aus einem sozialen Gefüge herausgerissen werden und sie ihr bisher gewohntes Wohnumfeld wie etwa eine Zweizimmerwohnung gegen ein kleineres Zimmer mit weniger Intimität und Handlungsspielraum eintauschen. Ein Umzug in ein Heim geschieht meist wenig geplant oder vorsorgend, sondern bedingt sich häufig durch nachlassende Kompetenzen selbstständiger Lebensführung bzw. nachlassende Gesundheit. Viele Ältere empfinden den Übertritt als ein „kritisches Lebensereignis“, welches die psychischen und physischen Bewältigungskapazitäten herausfordert oder gar übersteigt. Dabei spielen oft Ängste vor Einschränkungen in der Lebensführung, Gefühle von Kontrollverlust sowie das negative Image dieser Einrichtungen eine zentrale Rolle (Backes & Clemens 2008:249 f.).

Die Lebensbedingungen in Heimen werden massgeblich durch die Wohnumstände und die Gesundheit beeinflusst. Denn Heimbewohner leben, verglichen mit den älteren Bewohnern in Privathaushalten, räumlich nochmals eingeschränkter und verbringen rund 90% ihrer Zeit in der Institution, vorwiegend in ihrem Zimmer bzw. Wohnbereich (Backes & Clemens 2008:234). Wichtig ist den Bewohnern häufig eine gewisse Privatsphäre, die man beispielsweise verbessern kann, wenn die Bewohner ihre eigenen Möbel mitnehmen dürfen. Beim Gesundheitszustand von Heimbewohnern lassen sich deutliche Unterschiede gegenüber

^{8, 9} Diese beiden Definitionen stammen aus der Beschreibung der Variablenliste der Statistik sozialmedizinischer Institutionen (SOMED). Weitere Informationen: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ssmi/01.html (Zugriff: 13.1.2015).

den Bewohnern von Privathaushalten erkennen (Backes & Clemens 2008:251). Beispielsweise geben viel mehr Heiminsassen an, gesundheitliche Probleme zu haben als Personen in Privathaushalten. Noch stärker ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Aktivitäten des täglichen Lebens: Viele Heimbewohner sind kaum oder nicht mehr fähig, die täglichen Einkäufe zu erledigen, sich um die Finanzen zu kümmern, selbstständig den öffentlichen Verkehr zu benützen, zu telefonieren oder für sich selber zu kochen (Bundesamt für Statistik 2012a).

In der Schweiz – aber auch in anderen Ländern – entwickelten sich die Alters- und Pflegeheime seit den 60er-Jahren und verstärkt in den 80er-Jahren zum Sterbeort mit der höchsten Zuwachsrate (vgl. Houttekier et al. 2011; Streckeisen 2001). Dadurch übernehmen Heime zunehmend die Funktion der Gestaltung der letzten Lebensphase von Hochbetagten. Anhand der altersspezifischen Anteile der Heimbevölkerung an der Gesamtbevölkerung in der Schweiz erkennt man, wie wichtig Alters- und Pflegeheime als Wohnort mittlerweile geworden sind. Beispielsweise leben rund 15% der Männer und 25% der Frauen in der Altersgruppe zwischen 85 und 89 Jahren im Heim; und bei den über 95-Jährigen sind es 32% der Männer und 47% der Frauen. Die grösste Bewohnergruppe in Heimen stellen Frauen ab 85 Jahren dar, und bereits ab 70 Jahren sind die Frauen in allen Altersgruppen deutlich in der Mehrheit (Bundesamt für Statistik 2012a).

Mit der zunehmenden Institutionalisierung findet eine Ausgliederung dieser Bevölkerungsgruppe statt, die durch die demografische Entwicklung begünstigt wird. Das immer noch steigende Durchschnittsalter der meist weiblichen Bewohner sorgt dafür, dass Alters- und Pflegeheime auch sozial und kulturell zu Sterbeorten werden und weist ihnen eine Funktion zu, für die sie ursprünglich nicht vorgesehen waren, auf die sie sich aber definitiv einrichten müssen. Obwohl Heime gesellschaftlich bedeutend sind, können vor allem öffentliche Alters- und Pflegeheime als periphere soziale Orte angesehen werden, die sich um ein Bevölkerungssegment kümmern, das als nicht mehr produktiv gilt, häufig den weniger privilegierten Gesellschaftsschichten entstammt und dessen Bewohner nicht mehr über ein soziales Netz verfügen, welches ihnen durch Unterstützung und Pflege im Alltag das Wohnen in einer Privatwohnung ermöglichen würde (vgl. Gross 2005:158; Höpflinger & Stuckelberger 1992). Üblicherweise sterben Heimbewohner als Pensionäre im Heim oder – meist nach kurzen Aufenthalten – in Spitälern. Dadurch ist es für die Bewohner im Gegensatz zu anderen zeitlich begrenzten Abschnitten im Laufe des Lebens nicht möglich, in einen gesellschaftlich relevanten sozialen Status zurückzukehren (Gross 2005:158 f.).

Spitäler

Spitäler sind Institutionen, die sich ausschliesslich auf die Behandlung von Krankheiten, die Wiederherstellung gesunder Konstitution und damit auf Lebenserhaltung und –verlängerung spezialisiert haben (Brandes 2011:80). Die WHO definiert das gesundheitsfördernde Krankenhaus folgendermassen:

„Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus leistet nicht nur eine qualitativ hochwertige umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, sondern schafft auch eine die Ziele der Gesundheitsförderung verinnerlichende organisationsbezogene Identität, baut eine gesundheitsförderliche Organisationsstruktur und -kultur auf, wozu auch die aktive, partizipatorische Rolle von Patienten und von allen Mitarbeitern gehört, entwickelt sich zu einem gesundheitsförderlichen Umfeld und arbeitet aktiv mit der Bevölkerung seines Einzugsgebiets zusammen“ (zit. nach Knesebeck et al. 2009:83).

Ein Todesfall kann demnach als ungeplanter Unglücksfall oder als Missgeschick aufgefasst werden. Beispielsweise sind bereits die Räumlichkeiten häufig ungeeignet und für die letzten Lebensstunden eines Sterbenden sowie vielleicht noch dessen Angehörigen qualvoll. Theoretisch endet die Zuständigkeit des Krankenhauses, sobald klar ist, dass jemand nicht mehr geheilt werden kann (Brandes 2011:80; Streckeisen 2005); in der Praxis aber sterben in allen untersuchten Industrieländern verhältnismässig viele im Spital, die Anteile variieren dabei stark (vgl. Broad et al. 2013). Die Entwicklungen in den letzten Jahren zeigen in der Schweiz relativ stabile Anteile von Spitaltodesfällen, während die Anteile von zu Hause Verstorbenen eher zurückgehen (vgl. Gross 2005).

Man kann sich fragen, inwieweit die oftmals länderspezifischen Diskussionen über eine möglichst humane und ethikkonforme Versorgung der letzten Lebensphase dazu beitragen. Im Gegensatz zu Heimen, in denen man meist auch längere Zeit lebt und wohnt, sind Spitäler somit primär dazu da, Menschen zu behandeln und danach wieder zu entlassen, was meistens kürzere Aufenthalte impliziert. In Spitälern kann nicht in engerem Sinne von Wohnen wie in Heimen die Rede sein, weil sie dazu gar nicht eingerichtet sind (vgl. Brandes 2011). Zudem geschehen viele Spitaleintritte unvorhergesehen und abrupt, beispielsweise wenn jemand schwer gestürzt ist. Häufig ist auch das Bewusstsein ein anderes, weil man sich üblicherweise nicht wie bei Alters- und Pflegeheimen darauf einstellt, in dieser Institution den letzten Lebensabschnitt zu verbringen. Man kann in Spitälern sowohl ambulant als auch stationär behandelt werden, je nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedarf. In dieser Arbeit interessieren stationäre Aufent-

halte von mindestens einem Tag bzw. 24 Stunden. Für kürzere Aufenthalte bzw. ambulante Behandlungen kann die Argumentation kaum aufrecht erhalten werden, weil diese einen viel geringeren Einschnitt in die Lebenssituation der Menschen darstellen als stationäre Aufenthalte, mit entsprechend geringeren Auswirkungen auf die Gesundheit oder das soziale Sterben.

Wenn schwerkranke und sterbende Menschen aus ihrer bisherigen Lebenswelt herausgerissen werden und in ein Krankenhaus eintreten, häufig zur Verlängerung bzw. Verzögerung des physischen Sterbens, kann dabei das soziale und psychische Leben und Sterben missachtet und ungünstig beeinflusst werden. Aufgrund medizinischer Normierung und Institutionalisierung des physischen Sterbens erfolgt eine Dekontextualisierung und Depersonalisierung. Dabei werden Individuen isoliert und Entscheidungen teilweise nur anhand des Zustandes von Organen getroffen. Manchmal sind die Betroffenen damit auch einverstanden; und häufig muss, gerade bei Notfällen im Alter, schnell entschieden werden, weshalb sich weder die Betroffenen noch die Ärzte mit allerlei Fragen etwa bezüglich sozialer Konsequenzen beschäftigen können (vgl. Feldmann 2010:140).

In jüngerer Zeit entstanden in der Schweiz immer mehr in Spitälern integrierte Palliativpflegestationen, die auf die palliative Versorgung von unheilbar kranken Menschen spezialisiert sind und die typische Funktion der Spitäler insofern erweitern, weil dadurch Todesfälle in Spitälern nicht mehr nur als ungeplante Unglücksfälle aufgefasst werden.¹⁰ Palliativpflege kommt vorwiegend dann zur Anwendung, wenn Behandlung oder Heilung von Krankheiten nicht mehr möglich und/oder sinnvoll sind. Es geht primär darum, den Betroffenen durch die systematische Kontrolle und Linderung von Symptomen eine möglichst hohe Lebensqualität gewährleisten zu können. Mittlerweile ist Palliativpflege ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung geworden und knüpft damit an die bürgerschaftliche Hospizbewegung an, dessen Philosophie und Wertesystem sie häufig übernimmt und in professionelle Versorgungskontexte überführt hat (Ewers & Schaeffer 2005). Den Ausbau der Palliativpflege innerhalb von Spitälern kann man als Antwort auf das gestiegene Bedürfnis nach mehr Selbstbestimmung am Lebensende interpretieren.

¹⁰ Eine Übersicht über die Spitäler mit spezifischen Palliativpflegeabteilungen in der Schweiz findet man unter: <http://www.palliative.ch/de/angebote/wo-finde-ich-palliative-care/> [Zugriff: 31.3.2015]

3.2 Morbidität, Mortalität und Lebenserwartung

Es wurde bereits weiter oben angesprochen, dass man Krankheiten und Alter nicht einfach gleichsetzen sollte, wengleich Krankheiten im Laufe des Alters zunehmen und auch niemand gewissermassen gesund stirbt. Die Differenzierung ist insofern wichtig, weil es eben noch weitere Faktoren gibt, die Gesundheit und Krankheit oder ein schnelleres oder langsames Altern beeinflussen, was wiederum dazu führen könnte, beispielsweise früher oder später in ein Alters- oder Pflegeheim einzutreten und dort kürzer oder länger zu bleiben. Damit können sich implizit soziale Sterbeprozesse verkürzen oder verlängern. Wichtig ist für die Analysen auch die Unterscheidung zwischen Morbidität bzw. Krankheiten und Mortalität bzw. Todesursachen. Denn es ist beispielsweise möglich, aufgrund einer Demenzerkrankung in ein Pflegeheim eingeliefert zu werden, letzten Endes aber an einem Schlaganfall zu sterben.

Morbidität

Gesellschaftlicher Wandel und medizinischer Fortschritt führten in den letzten Jahrzehnten zu grossen Veränderungen von Krankheiten im Alter. Während früher akute Erkrankungen dominierten, ist besonders das Alter heutzutage von chronisch verlaufenden Krankheitsbildern geprägt (Backes & Clemens 2008:109). Altersprozesse gehen mit vielfältigen Veränderungen der Morphologie und Physiologie einher. Beispielsweise sind oft die Nieren- oder Lungenfunktionen in ihrer Funktion eingeschränkt. Allerdings gibt es auch Personen, deren Werte trotz fortgeschrittenen Alters innerhalb der Grenzen wesentlich jüngerer Probanden liegen, was die Unterscheidung zwischen „normalen“ und „pathologischen“ Alterungsprozessen erschwert.

Es ist unbestritten, dass mit zunehmendem Alter sowohl unabhängige als auch sich wechselseitig bedingende chronische Krankheiten häufiger werden (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 2010:175). Analog dazu entsteht die bei vielen älteren Menschen typische Multimorbidität, wenn zwei oder mehrere chronische Krankheiten zeitgleich auftreten (vgl. Barnett et al. 2012).¹¹ Eine Metaanalyse fand bei älteren Menschen Prävalenzraten von Multimorbidität zwischen 55% und 98%, und mit zunehmendem Alter steigen die Raten generell an (Marengoni

¹¹ Multimorbidität ist in der Forschung noch ein relativ neues Forschungsgebiet, deshalb sind sich die Forscher teilweise uneinig, welche Definition das Phänomen am treffendsten beschreibt (vgl. van den Bussche et al. 2011). Dies führt zu grossen Differenzen in den Prävalenzraten (vgl. Fortin et al. 2012). In dieser Arbeit wird Multimorbidität mit der Präsenz von mindestens zwei chronischen Krankheiten zum gleichen Zeitpunkt definiert (Barnett et al. 2012).

et al. 2011). Die altersbedingt zunehmende Morbidität wird begleitet von einem häufigeren Gebrauch von Arzneimitteln. Multimedikation bei gleichzeitiger Multimorbidität stellt schon aufgrund der möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten eine grosse Herausforderung für die geriatrische Medizin dar. Medikationsqualität ist oftmals im Zusammenhang mit der Art der Behandlung zu verstehen, und die ist im Alter oft nicht mehr auf vollständige Heilung, sondern vielmehr auf die funktionelle Kompensation und Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung ausgerichtet (Meyer & Reidenberg 1992; Steinhagen-Thiessen & Borchelt 2010:176). Mittlerweile sind viele signifikante Beziehungen zwischen körperlichen Krankheiten und funktionellen Behinderungen bekannt und anerkannt, beispielsweise für koronare Herzkrankheiten (vgl. Pinsky et al. 1990).

Gemäss der Berliner Altersstudie sind typische besonders häufige Erkrankungen bei 70jährigen und Älteren Hyperlipidämie (Fettstoffwechselstörung), Varikosis (Venenleiden), Zerebralarteriosklerose, Herzinsuffizienz, Osteoarthritis, Dorsopathie (Rückenleiden) und arterielle Hypertonie (Bluthochdruck). Anhand subjektiver Angaben der Betroffenen stehen besonders Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 2010:178). Bezüglich Multimorbidität sind besonders die chronischen Krankheiten koronare Herzerkrankung, Krebs, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, chronische Schmerzerkrankung, Depression, Angststörung und Diabetes zentral (vgl. Barnett et al. 2012). In dieser Arbeit werden für die Definition der Multimorbidität sämtliche 129 chronischen Krankheiten gemäss der ICPC-2-Klassifikation verwendet, auch wenn sich darunter einige Krankheiten befinden, die selten vorkommen (vgl. O'Halloran et al. 2004).¹²

Nahezu alle chronischen Krankheiten ziehen Spital- oder Heimaufenthalte nach sich. Dabei kann die Art der Aufenthalte variieren. Bei einer stetig stärker werdenden Demenz etwa wird es für Betroffene vielleicht ab einem gewissen Punkt notwendig, in ein Alters- oder Pflegeheim einzutreten. Und weil die Krankheit irreversibel ist, besteht auch keine Hoffnung mehr, allenfalls wieder zurück

¹² ICPC-2 (International classification of Primary Care) ist ein medizinisches Klassifikationssystem, welches vor allem für die Bedürfnisse der Hausarztmedizin entwickelt wurde. Im Gegensatz zum häufig verwendeten ICD-10 Klassifikationssystem basiert die Kapiteleinteilung auf Organsystemen. Die Lokalisierung wird dadurch der Ätiologie vorgezogen, was eine eindeutigere Codierung von Gesundheitsproblemen erleichtert. Sorgfältig erstellte Umrechnungstabellen sorgen für eine problemlose Kompatibilität beider Systeme. Weitere Informationen: <http://icpc.ch/index.php?id=64> [Zugriff: 16.1.2015]

in eine Privatwohnung zu ziehen. Bei Krebs beispielsweise können mehrere Spitalaufenthalte notwendig sein, je nach Verlauf kann man aber in der restlichen Zeit noch zu Hause leben. Bei einem schweren Sturz ist vielleicht ein sofortiger Spitaleintritt notwendig, der einige Wochen dauern kann, die betroffene Person aber stark pflegebedürftig macht, sodass sie nicht mehr in ihre Privatwohnung zurück kann, sondern direkt vom Spital in ein Alters- oder Pflegeheim eintreten muss.

Mortalität

In der Todesursachenstatistik der Schweiz – und in vielen anderen Ländern auch – gilt diejenige Krankheit als Haupttodesursache, welche am Anfang eines Krankheitsverlaufs steht. Wichtig ist die Kausalkette, denn Folgekrankheiten und Begleitdiagnosen erscheinen separat und der letztliche Auslöser des Todeseintrittes, häufig ein Herz-Kreislauf-Stillstand, wird üblicherweise nicht berücksichtigt (Bundesamt für Statistik 2013). Dadurch ist beispielsweise Demenz eine Todesursache, weil sie am Anfang eines so definierten Sterbeprozesses sein kann.

Als Folge veränderter Krankheitsbilder im Alter änderten sich auch die Todesursachen, wobei grosse alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede existieren. Die Lebenserwartung in der Schweiz betrug im Jahr 2010 80.2 Jahre für Männer und 84.6 Jahre für Frauen. Eine Mehrheit der Menschen stirbt heute im Alter von über 80 Jahren, und die Wahrscheinlichkeit, in jungen Jahren zu sterben, ist in den letzten Jahrzehnten immer geringer geworden. Für Säuglinge etwa beträgt die Sterberate 38 pro 10'000 Lebendgeburten; und Kinder zwischen 1 und 12 Jahren haben ein Sterberisiko von weniger als 2 pro 10'000. Im weiteren Altersverlauf steigt die Rate exponentiell an (Bundesamt für Statistik 2013). Weil vor allem immer weniger Menschen vor dem 65. Altersjahr vorzeitig sterben – und nicht etwa aufgrund einer Verlängerung der biologischen Lebensspanne – stieg die Lebenserwartung beider Geschlechter in der Schweiz in den vergangenen Jahrzehnten stark an. Kurz- und mittelfristig rechnet man aber mit einer geringeren Zuwachsrate, sofern es nicht zu einem plötzlichen Kollaps gängiger sozial- und gesundheitspolitischer Strukturen kommt (Höpflinger & Hugentobler 2003).

Die meisten Menschen sterben an Herz-Kreislauf-Krankheiten, wobei dies nur für das Total der Todesfälle zutrifft und nur für die über 80-jährigen. Bei Jüngeren dominieren andere Ursachen. Beispielsweise sterben die meisten 47-79-jährigen Männer und Frauen zwischen 36 und 77 Jahren an Krebs. Externe Ursachen, vor allem Unfälle, Gewalteinwirkungen oder Suizide, sind bei den 16-46-

Jährigen Männern und den 16-35-Jährigen Frauen die häufigste Todesursache. Und 88% der Todesfälle von Neugeborenen geschehen aufgrund angeborener Krankheiten oder geburtsbedingter Probleme, die aber in der Gesamtbetrachtung aller Todesfälle nur einen marginalen Teil ausmachen (Bundesamt für Statistik 2013).

Seit ungefähr 1969 sterben in der Schweiz jährlich rund 60'000 Menschen; und seit 1995 mehr Frauen als Männer, dabei ist die Sterberate der Frauen in jedem Altersjahr niedriger als die der Männer. Altersstandardisierte Sterberaten zeigen zudem eine beträchtliche Abnahme der Mortalitätsrate beider Geschlechter in den letzten Jahrzehnten. Grosse Geschlechterunterschiede finden sich auch bei den verlorenen potenziellen Lebensjahren (VPL).¹³ Im Jahr 2010 beispielsweise betragen diese 111'000 Jahre bei den Männern und 64'000 Jahre bei den Frauen. Seit 1969 hat die standardisierte Rate der VPL pro 100'000 Einwohnern um mehr als 50% abgenommen. Bei den Frauen verlief die Abnahme kontinuierlich, wogegen sich bei den Männern in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre infolge der Aids-Epidemie vorübergehend eine konstante Entwicklung zeigte. Seitdem sinken die Raten der Männer etwas stärker als die der Frauen. Gemäss Szenarien des Bundesamtes für Statistik (BFS) nimmt die Anzahl Todesfälle bei gleichzeitig sinkenden Sterberaten in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark zu, weil es aus demografischen Gründen immer mehr alte Menschen gibt (Bundesamt für Statistik 2013).

Todesursachen können anhand verschiedener Indikatoren differenziert werden. Am einfachsten ist es, die absoluten Zahlen sowie die jeweiligen Prozentanteile an allen Todesfällen zu vergleichen, wodurch man auf einen Blick erkennt, welche Todesursachen wie oft vorkommen. Allerdings wird bei diesen rohen Daten der Altersaufbau der Bevölkerung nicht berücksichtigt. Je nach Lebensphase sind aber unterschiedliche Gesundheitsprobleme relevant, wie sich beispielsweise anhand der Todesfälle aufgrund äusserer Ursachen oder Demenz zeigt. So stirbt ein Mann mit der Haupttodesursache Demenz durchschnittlich mit 85 Jahren; aber rund 25 Jahre früher an Unfall oder Suizid. Dadurch entfallen bei Männern 0.2% der verlorenen Lebensjahre auf die Demenz und 27.5% auf die externen Ursachen. Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen Demenz und Krebs am grössten. Während sie durchschnittlich mit 88 Jahren an Demenz sterben,

¹³ Verlorene potenzielle Lebensjahre (VPL) sind ein Indikator zur Berechnung vorzeitiger Mortalität. Dazu werden Todesfälle jeder Altersgruppe addiert und anhand der Summe der bis zur Altersgrenze von 70 Jahren verbleibenden Lebensjahre gewichtet. Wenn jemand beispielsweise mit 10 Jahren stirbt werden 60 verlorene Jahre gezählt. Die Grenze von 70 Jahren wählt man meist um die Zahlen einfacher zu vergleichen (Bundesamt für Statistik 2013).

beträgt das Sterbealter bei Krebs 73 Jahre. Sie verlieren letztlich 0.5% der potenziellen Lebensjahre infolge Demenz und 47% infolge Krebs (Bundesamt für Statistik 2013). Typische Todesursachen, die besonders im hohen Alter häufig vorkommen, sind neben Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs auch chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Demenz oder Schlaganfälle (vgl. Beng et al. 2009; Bundesamt für Statistik 2013).

Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung

Für die Planung der Gesundheitsversorgung ist es wichtig, wie sich die Anzahl pflegebedürftiger Menschen entwickelt. Angesichts einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie sich die Art und Qualität dieser Entwicklung auf die Betroffenen auswirkt.

Eine erste These geht von der *Expansion der Morbidität* aus und argumentiert, dass wenn die Sterblichkeit bei älteren Menschen abnehme, sei dies primär auf die zeitliche Verzögerung des Todes bei Menschen mit chronisch-degenerativen Krankheiten zurückzuführen (vgl. Verbrugge 1984). Die Menschen lebten also länger, aber vor allem weil sie aufgrund medizinischer und sozialmedizinischer Eingriffe bei chronischen Krankheiten länger leben, wodurch angesichts des medizinischen Fortschritts auch relativ Ungesunde lange überleben können und letztlich im hohen Alter höhere Morbiditätsraten verursachen. Morbidität und Mortalität divergieren dadurch stark, was die ethisch schwierige Frage aufkommen lässt, ob die moderne Spitzenmedizin den Tod kranker Menschen unnötig aufschiebt (Höpflinger & Hugentobler 2003:22 f.).

Die konträre These hingegen geht von einer *Kompression der Morbidität* aus und unterstellt, die aktiven bzw. gesunden Lebensjahre seien in stärkerem Masse angestiegen als die allgemeine Lebenserwartung. Chronische Krankheiten würden bei vielen erst später im Leben auftreten, weil jüngere Geburtsjahrgänge wegen der besseren Lebensbedingungen und lebenslanger Gesundheitsvorsorge länger gesund blieben als ältere Kohorten. Gleichzeitig wird von einer biologisch maximalen Lebensspanne ausgegangen (vgl. Fries 1980, 2005). Wenn somit in einer Gesellschaft mehr Menschen das biologisch maximal erreichbare Alter erreichen, bei gleichzeitig durchschnittlich später auftretenden chronisch-degenerativen Krankheiten, führe dies sinngemäss zu einer Verringerung der in Krankheit verbrachten Lebenszeit bzw. zu einer Kompression der Krankheitsphase kurz vor dem Tod (Höpflinger & Hugentobler 2003:23).

Diese beiden Thesen waren in jüngerer Zeit Gegenstand wichtiger wissenschaftlicher Auseinandersetzungen. Für eine differenzierte Diskussion sollte man

dabei zwischen absoluter und relativer Expansion bzw. Kompression unterscheiden. Denn es ist beispielsweise möglich, dass zwar die Anzahl Jahre während denen man krank ist, ansteigt, gleichzeitig der Anteil dieser Jahre an der gesamten Lebenszeit zurückgeht, was eine relative Kompression impliziert. Umgekehrt kann auch die Anzahl der bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre ansteigen, simultan dazu aber der Anteil dieser Jahre an der gesamten Lebenszeit zurückgehen, was einer relativen Expansion gleichkäme (Doblhammer & Kytir 1999).

Häufig ergeben sich schwerwiegende Probleme, wenn man versucht, Behinderung oder schlechte Gesundheit zu erfassen bzw. zu definieren. Man hat bereits bei der Definition der Gesundheit gesehen, wie schwierig es sein kann, eine klare Grenze zwischen gesund und krank zu ziehen. Einige Studien nutzen zur Definition beispielsweise primär alltagsbezogene Funktionseinbussen und die Frage, ob die Leute im Alltag auf Hilfe angewiesen sind; festgelegt durch „activity-of-daily-living“ (ADL)-Kriterien (vgl. Crimmins et al. 1996). Dabei ist aber kritisch anzumerken, dass eine gemäss ADL-Kriterien erfasste behinderungsfreie Lebenserwartung tendenziell eine defizitäre Gesundheitsbetrachtung einschliesst und dadurch der in dieser Arbeit verwendeten Definition von Gesundheit nicht gerecht wird (Höpflinger & Hugentobler 2003:24). Andere Studien erfassen den Gesundheitszustand durch subjektive Gesundheitsbeurteilungen (vgl. Doblhammer & Kytir 1999; Schöllgen et al. 2010). Dieses Verfahren wirft wiederum die Frage auf, inwiefern subjektive Gesundheit im kulturellen und zeitlichen Vergleich unterschiedlich definiert bzw. verstanden werden kann (Höpflinger & Hugentobler 2003:24). Weiterhin sind grosse Unterschiede zwischen den Ländern denkbar, was länderübergreifende Aussagen schwierig macht.

Ausserdem sollte man auch bedenken, dass besonders bei ganz alten Personen, die vielleicht chronisch erkrankt sind und an Demenz leiden, die Aussagekraft subjektiver Angaben generell schwierig ist. Beispielsweise belief sich die Lebenserwartung von Frauen in Österreich von 60 Jahren bei guter Gesundheit im Jahre 1998 auf über 19 Jahre, wenn man die Gesundheitsbeurteilung „sehr gut“, „gut“ oder „mittelmässig“ berücksichtigt. Nimmt man zur Analyse nur die Beurteilungen „sehr gut“ und „gut“, reduziert sich die berechnete Lebenserwartung bei guter Gesundheit auf nur noch 11 Jahre (Doblhammer & Kytir 1999). Zudem werden Messungen von subjektiver Gesundheit und Behinderungen von Alltagsaktivitäten auch massgeblich durch Frageform, Frageformat und Erhebungsmethode beeinflusst. Wirtschaftlicher und kultureller Wandel sowie soziale und familiäre Ereignisse wie etwa ein plötzlicher Todesfall in der Familie können die Akzeptanz

spezifischer Krankheiten beeinflussen, was die selbsteingeschätzte Gesundheit ebenfalls tangiert. Weiterhin können auch technische Neuerungen dazu führen, dass Betroffene körperliche Defizite nicht mehr als Einschränkungen im Alltag wahrnehmen. Viele gerontologische Interventionen haben sich zum Ziel gesetzt, die Autonomie im Alltag alter Menschen möglichst zu bewahren. Im Endeffekt sind aufgrund unterschiedlich definierten und erfassten Gesundheitseinschränkungen bzw. Behinderungen viele Studienergebnisse schwierig zu vergleichen. Insbesondere konzeptuelle und methodische Unterschiede, aber auch ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit, Gesundheit und Behinderungen erschweren Vergleiche zwischen Ländern und Zeitperioden. In jüngerer Zeit wird allerdings einiges unternommen, um zukünftig vergleichbarere Ergebnisse zu erhalten (Höpflinger & Hugentobler 2003:24 f.).

Insgesamt zeigen viele in den letzten Jahren durchgeführter Analysen zur behinderungsfreien Lebenserwartung auf, dass beide Geschlechter in hochentwickelten Ländern nicht nur immer länger leben, sondern durchschnittlich auch verhältnismässig lange gesund und ohne stärkere Behinderungen bleiben. Somit spricht – den angesprochenen methodischen Problemen zum Trotz – mehr empirische Evidenz für die Kompressionsthese. Eine Zunahme der behinderungsfreien Lebenserwartung bei den über 65-Jährigen lässt sich in Ländern wie den USA, den Niederlanden und der Schweiz belegen (Höpflinger & Hugentobler 2003:26; Waidmann & Manton 1998).

3.3 Soziale Ungleichheit und Aufenthalte in Heimen und Spitälern

Für die Analyse sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Bezug auf Aufenthalte in Alters- und Pflegeheimen sowie in Spitälern sind nun vor allem zwei Aspekte zu klären. Erstens stellt sich die Frage, wie – ausgehend von den bestätigten empirischen Resultaten bezüglich Ungleichheit in der Mortalität – potenzielle Ungleichheiten in Bezug zu einem möglichst behinderungsfreien Altern zu verstehen sind und wie dies mit Aufenthalten in Institutionen zusammenhängt. Denn wie man anhand der Ausführungen über das Sterben erkennt, beginnen soziale Sterbeprozesse häufig weit vor dem physischen Sterben; sie können etwa mit einem Heimeintritt beginnen oder sich dadurch verstärken. Zweitens ist zu klären, anhand welcher Indikatoren dies gemessen wird, was letztlich wieder zur oben diskutierten Frage des engen Verhältnisses von Gesundheit und Gesundheitsversorgung führt.

Um diese Probleme zu lösen werden die bisherigen Argumentationsstränge verbunden. Ausgehend von der Kontinuitätsthese wird von der Existenz sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten bis zum Ende des Lebens ausgegangen. Bei Analysen sozialer Ungleichheit von über 80-Jährigen ist es dazu generell unabdingbar, zu berücksichtigen, ob Personen in Institutionen leben oder nicht (vgl. Guilley et al. 2010). Sowohl die theoretischen Ausführungen als auch die Ergebnisse von bisherigen Studien bezüglich unterschiedlichen Sterbeorten (vgl. Cohen et al. 2006; Reich et al. 2013) zeigen auf, dass man dabei prinzipiell zwischen Spitälern und Heimen differenzieren sollte. Der Sterbeort alleine gibt aber noch keine detaillierten Hinweise auf ein behinderungsfreies Altern bzw. soziale Sterbeprozesse in der letzten Lebensphase. Um diese Lebensphase zu integrieren wird zusätzlich die Länge von Institutionsaufenthalten vor dem Tod analysiert, wiederum aufgeteilt in beide Institutionstypen. Diese Indikatoren repräsentieren zwar – je nach Definition - nicht Gesundheit oder Gesundheitsversorgung im engeren Sinne; sie sind aber, und das ist für die Fragestellung letztlich wichtiger, in jedem Fall für die Betroffenen relevante Kriterien der Gesundheit und Gesundheitsversorgung und können dadurch als Indikator der Gesundheit und Gesundheitsversorgung interpretiert werden. Beispielsweise können Heimaufenthalte soziales Sterben beschleunigen und das Kohärenzgefühl negativ beeinflussen; und ein Spitalaufenthalt wird erst notwendig, wenn die Gesundheit beeinträchtigt ist. Einmal mehr zeigt sich, wie eng Gesundheit und Gesundheitsversorgung im hohen Alter zusammenhängen und sich teilweise gegenseitig bedingen. Gleichzeitig generiert dies einen Indikator, der eindeutig quantifizierbar und frei von jeglichen subjektiven Beurteilungen ist. Weiterhin kann man dadurch auch eine zeitliche Komponente integrieren, was gegenüber Studien, welche beispielsweise mit dem Heimeintritt als Stellvertreter für inaktives Leben operierten (vgl. Crimmins et al. 1989), zusätzliche Informationen liefert.

Insgesamt lassen diese Überlegungen über Gesundheit und Sterben den Schluss zu, dass grundsätzlich eine kürzere Aufenthaltsdauer in Institutionen bevorzugt wird, sowohl von den Betroffenen, die dann länger zu Hause leben könnten, als auch von der Gesellschaft, die dann weniger teure Spital- oder Heimaufenthalte zu finanzieren hätten. Denn einerseits können dadurch soziale Sterbeprozesse verhindert bzw. verkürzt werden und andererseits sind die alten Menschen in Institutionen durchschnittlich bei schlechterer Gesundheit bzw. in ihren Alltagsaktivitäten stärker eingeschränkt (vgl. Bundesamt für Statistik 2012a). Dementsprechend geht ein längerer Institutionsaufenthalt mit einer längeren Phase bei gleichzeitig mehr gesundheitlichen Einschränkungen einher.

Kürzere Aufenthalte sprechen für die *Kompressionsthese*; und die wiederum ist schon aus rein pragmatischen Gründen als viel wahrscheinlicher zu bewerten als die *Expansionsthese*. Denn wer möchte schon länger leben, nur um eine lange Leidensphase in Kauf zu nehmen? Auch aus ethischer und gesundheitsökonomischer Sicht spricht Vieles gegen diese These und somit tendenziell für kürzere Lebensphasen bei schlechterer Gesundheit. Die zunehmenden Debatten in der Öffentlichkeit über Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben können als Indiz dazu interpretiert werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die Frage, was man als lange bzw. kurze behinderungsfreie Zeit vor dem Tod interpretieren kann. Eine holländische Studie zeigt etwa auf, dass rund 10% der gesamten Gesundheitskosten auf das letzte Lebensjahr entfallen (vgl. Polder et al. 2006). Dies impliziert viele Spitalbehandlungen, die jedoch besonders bei jüngeren Menschen verhältnismässig viel kosten und beispielsweise bei Geburtsfehlern durchgeführt werden. Und wenn eine Behandlung im hohen Alter mit grossen Erfolgschancen verbunden ist, kann sie je nachdem sowohl aus ethischer wie aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll sein. Aufgrund der soeben zitierten Studie und den oben diskutierten Ausführungen scheint bei den Spitälern ein Untersuchungszeitraum von einem Jahr vor dem Tod ein passendes Zeitfenster abzudecken. Bei den Heimen hingegen sollte man die Dauer möglichst lange berücksichtigen, weil – so scheint es zumindest anhand obiger theoretischen Überlegungen – die potenziell durch Ungleichheit besonders gefährdete Personengruppe verhältnismässig früh in ein Heim eintritt.

Bei den Sterbeorten wird davon ausgegangen, dass ein Todesfall zu Hause am positivsten bewertet wird und den Argumenten der Kompressionsthese sowie oben diskutierten bisherigen Studien am nächsten kommt. Bei den Spitaltodesfällen scheint es dabei wichtig, zwischen Notfalleinlieferungen und verhältnismässig längeren Aufenthalten zu unterscheiden, weil etwaige Todesfälle nach Notfällen (z. B. Autounfall) nicht im Sinne der Kompressionsthese bzw. eines gewünschten Todes interpretiert werden können, sondern eine eigene Kategorie darstellen, bei der auch keinerlei Effekte des sozioökonomischen Status erwartet werden.

Aufgrund dieser Überlegungen würde demnach die durchschnittlich schlechtere Gesundheit bei Personen mit tieferem sozioökonomischen Status die Wahrscheinlichkeit für längere Aufenthalte erhöhen und analog dazu bei Personen mit höherem sozioökonomischen Status verkürzen. Gleichzeitig würde ein höherer sozioökonomischer Status auch mit einem geringeren Risiko einhergehen, in einer Institution zu sterben - insbesondere in Alters- und Pflegeheimen. Aufgrund

der unterschiedlichen Art der Institutionen wird bei Alters- und Pflegeheimaufenthalten generell von stärkeren Effekten von sozialen Faktoren im Allgemeinen sowie dem sozioökonomischen Status im Speziellen als bei Spitalaufenthalten ausgegangen, während medizinische Determinanten sowohl Alters- und Pflegeheimaufenthalte als auch Spitalaufenthalte gleichermaßen beeinflussen. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass Personen mit höherem sozioökonomischen Status das Gesundheitswesen besser und effizienter nutzen. Eine Studie zeigt beispielsweise auf, dass Personen mit höherem Berufsstatus medizinische Informationen besser verstehen als solche mit tieferem Berufsstatus (vgl. Koo et al. 2006). Ein analoger Effekt ist auch bei der Bildung denkbar. Eine höhere Bildung könnte dann später zu einer durchschnittlich besseren Gesundheit führen, was die Wahrscheinlichkeit von längeren Institutionsaufenthalten verringern würde.

Zwei Aspekte sind bei dieser Diskussion noch zu beachten. Erstens kann die Personengruppe der hochaltrigen Personen durch sozial selektive Mortalität verzerrt werden, weil etwa besonders Kranke, die vielleicht einen besonders tiefen sozioökonomischen Status hatten, bereits in jüngeren Jahren verstorben sind (vgl. Markides & Machalek 1984). Zweitens ist auch denkbar, dass im Sinne der Altersbedingtheitsthese die Gesundheit, etwa bei Langzeitspitalaufenthalten, stark eingeschränkt ist und dadurch potentielle Statureffekte überlagert. Beispielsweise können Hochbetagte, die sich im früheren Leben in Indikatoren wie Bildung und Einkommen unterschieden, später im Alter in Querschnittsvergleichen praktisch identische Altersgradienten aufweisen. Dadurch würde es, abgesehen von der Einstiegsphase im Lauf des Alters, keinen Unterschied mehr machen, ob die Menschen ein höheres oder tieferes Bildungsniveau hätten. Vielmehr sei die Hauptursache für potentielle Unterschiede in biologisch-genetischen Differenzen zu finden (Baltes 1999). Auch wenn es für diese These teilweise empirische Evidenz gibt (vgl. Mayer & Wagner 2010), ist angesichts der mittlerweile unzähligen oben diskutierten theoretischen und empirischen Befunden zu sozialer Ungleichheit bezüglich Morbidität und Mortalität davon auszugehen, dass etwaige Effekte des sozioökonomischen Status - je nach Indikator der Gesundheit und Gesundheitsversorgung - vielleicht nur schwach ausgeprägt, aber in jedem Fall nachweisbar sein müssten.

3.4 Zentrale Einflussfaktoren

Nachdem nun die Grundmechanismen und Kausalitäten sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit erläutert wurden, sollen als nächstes die verschiedenen Prä-

diktoren diskutiert werden. Dadurch entsteht das theoretische Fundament, welches bei den späteren Analysen als Grundlage dient. Dabei wird zwischen individuellen, familial-häuslichen sowie kulturell-kontextuellen Faktoren unterschieden.

Individuelle Einflussfaktoren

Wie wichtig das Alter ist, wurde bereits mehrfach angesprochen. Auch wenn man die Differenzierung zwischen Alter und Gesundheit berücksichtigt, ist konsequenterweise in höherem Alter von generell mehr Gebrechen bzw. einer schlechteren physischen Gesundheit auszugehen. Es interessiert dabei vor allem, wie stark der Einfluss des Alters unter Kontrolle diverser anderer Faktoren noch ist.

Die Hochaltrigkeit ist aus demografischen Gründen überwiegend weiblich, man spricht in diesem Zusammenhang auch von der Feminisierung des Alters. Und aufgrund der sich potenziell lebenslang kumulierenden Benachteiligungen machen die Frauen auch den grössten Anteil der alleinlebenden und armen Alten aus (vgl. Kohli 1994; Tews 1990). In der soziologischen Forschung prägt das Geschlecht viele Lebensbereiche und stellt für die Gesundheit eine zentrale horizontale Dimension sozialer Ungleichheit dar (vgl. Babitsch 2009). Die empirischen Befunde über Geschlecht und Institutionsaufenthalte zeigen deutliche Geschlechterunterschiede. Erstens gibt es in Spitälern und Heimen sowie in Privathaushalten aufgrund der längeren Lebenserwartung der Frauen sowohl relativ wie absolut deutlich mehr Frauen im hohen Alter als Männer (Backes & Clemens 2008; Höpflinger & Hugentobler 2003). Zweitens sterben Männer verhältnismässig häufig zu Hause oder anderswo, während Frauen häufiger im Alters- oder Pflegeheim sterben. Frauen sind im Alter häufiger alleinlebend als Männer, was generell die Heimeintrittswahrscheinlichkeit erhöht (vgl. Broad et al. 2013; Fischer et al. 2004; Streckeisen 2001). Neben ihrer höheren Lebenserwartung bleiben Frauen durchschnittlich auch länger gesund als Männer (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003). Weiterhin zeigen Studien grosse Unterschiede bei den Krankheiten und Todesursachen sowie den Sterberaten und den Anteilen an potentiell verlorenen Lebensjahren (vgl. Bundesamt für Statistik 2013). Weitere Geschlechtsunterschiede finden sich auch in der Art und Wirkung des sozioökonomischen Status auf Faktoren wie Pflegebedürftigkeit (vgl. Van den Bosch et al. 2013) oder Mortalität (vgl. Mackenbach et al. 2014).

Weitere wichtige Faktoren sind Gesundheitsparameter, welche die Länge von Institutionsaufenthalten oder den Sterbeort beeinflussen können. Dabei muss allerdings auf mögliche Tautologien geachtet werden, weshalb je nach Modell

nicht alle Prädiktoren gleichermaßen geeignet sind. Generell wichtig für alle Modelle sind unterschiedliche Todesursachen. Dazu wird oft zwischen typischen Alterskrankheiten wie etwa Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen, COPD, Demenz oder Schlaganfall unterschieden. Beispielsweise sterben Menschen in Alters- und Pflegeheimen besonders häufig an Demenz (vgl. Evans et al. 2014; Jayaraman & Joseph 2013). Ob eine Demenzerkrankung nun einen Heimaufenthalt verlängert oder verkürzt, ist schwierig zu sagen, denn vielleicht war die Erkrankung zur Zeit des Heimeintritts noch nicht ausgebrochen bzw. nicht der Hauptgrund für den Heimeintritt. Deshalb bietet es sich an, noch weitere, zeitlich vorgelagerte Einflussfaktoren wie etwa Multimorbidität zu überprüfen. Dabei scheint es wichtig, einen Zeitpunkt zu wählen, der verhältnismässig weit vor dem Tod liegt, weil andernfalls die Prävalenzraten viel zu hoch ausfallen und die Determinante kaum mehr etwas erklären würde (vgl. Fortin et al. 2012). Um die Diagnose Multimorbidität zu bekommen, müssten die Personen demnach in diesem Zeitraum im Spital gewesen sein, was implizit bedeutet, dass ihre Gesundheit schlechter sein müsste als bei Personen, die in diesem Zeitraum nicht im Spital waren bzw. keine Multimorbidität diagnostiziert bekamen. Zudem kann bei Heimaufenthalten überprüft werden, ob die Personen in einem relativ kurzen Zeitraum vor dem Tod noch einen Spitalaufenthalt hatten, was einer Verschlechterung der Gesundheit gleichkäme und den Heimaufenthalt – sofern die Person wieder in das Heim zurückkehrt und nicht im Spital stirbt – verkürzen könnte. Die Überprüfung von Multimorbidität in einem klar vorgelagerten Zeitraum scheint auch bei Spitalaufenthalten vor dem Tod sinnvoll zu sein, weil man anhand der vorherigen Argumentation davon ausgehen kann, dass gerade bei Spitalaufenthalten die medizinischen Einflussfaktoren zentral sind.

Als letzte Determinante der Gesundheit sind noch die unterschiedlichen Pflegestufen in Alters- und Pflegeheimen zu nennen. Eine Studie weist beispielsweise signifikante Effekte des sozioökonomischen Status auf die Pflegebedürftigkeit von Männern nach (vgl. Borchert & Rothgang 2008). Besonders herauszuheben ist dabei, dass der Einfluss des sozioökonomischen Status auf tiefere Pflegestufen mit weniger Pflegeminuten pro Tag stärker ist als bei höheren Pflegestufen. Bei tieferen Stufen gälte demnach eher die Kumulationsthese; bei höheren die These der Altersbedingtheit. Es wird davon ausgegangen, dass solche mit einer tieferen Pflegestufe beim Heimeintritt demnach länger im Heim bleiben, weil sie zwar gesünder sind, aber aufgrund sozioökonomischer Benachteiligungen gezwungen sind, früher in ein Heim einzutreten.

Beim sozioökonomischen Status stellt sich die Frage, welche Einflussfaktoren die oben diskutierten Argumente am besten berücksichtigen, weil sich viele Erklärungsansätze sozialer Ungleichheit auf das Berufsleben konzentrieren (vgl. Elkeles & Mielck 1997; Mielck 2000). Aus der Perspektive des Lebensendes kann etwa der Berufsstatus nur noch rückblickend analysiert werden, weil sich diese Personengruppe vollständig aus dem Berufsleben zurückgezogen hat (Backes & Clemens 2008:85). Beim Einkommen stellt sich neben den generellen Problemen wie schnelle Einkommenserhöhungen- oder Verminderungen und verweigerten Angaben die Frage, inwiefern es im Alter noch relevant ist und ob nicht andere Indikatoren wie Vermögen geeigneter wären (vgl. Hradil 2009). Der höchste Bildungsabschluss bezieht sich auf ein relativ stabiles Merkmal, kann aber je nach Untersuchungsgruppe eher das Alter der Personen anstatt ihre Stellung in der Bildungshierarchie abbilden, was in diesem Fall jedoch nicht zutrifft, weil es nur um ältere Personen geht, die allesamt gegenüber jüngeren Kohorten ein verhältnismässig tiefes Bildungsniveau haben (vgl. Hradil 2009). Zudem gibt es mittlerweile unzählige Studien, die das Bildungsniveau als wichtigen Indikator verwendeten, um soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter bzw. im hohen Alter zu untersuchen (vgl. Huisman et al. 2005, 2013; Leopold & Engelhardt 2011; Mackenbach 2012; Stirbu et al. 2010). Letztlich ist Bildung sowohl theoretisch wie empirisch unbestritten eine zentrale Determinante potenzieller sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter. Dieser Befund ist zudem auch über viele Länder hinweg stabil (vgl. Eikemo et al. 2008).

Weil besonders Heimaufenthalte durch potenzielle Mobilitätseinschränkungen beeinflusst sind, kann es vielleicht entscheidend sein, ob man allfällige altersgerechte Ausbauten in der Privatwohnung bzw. im eigenen Haus machen kann; und die wiederum sind in einer Mietwohnung kaum möglich. Zudem muss man sich ein Haus oder eine Wohnung auch leisten können, weshalb also Wohn- oder Hauseigentum als weitere Determinante des sozioökonomischen Status interpretiert werden kann (vgl. Cai et al. 2009; Martikainen et al. 2009; Nihtilä & Martikainen 2008).

Familiale Einflussfaktoren

Die Familie gewinnt im Alter durch intergenerationelle Transfers von Besitz und persönlichen Dienstleistungen wie etwa der Betreuung von pflegebedürftigen Eltern in der einen und der Betreuung von Enkeln in der anderen Richtung generell an Gewicht (vgl. Deindl 2010; Haberkern 2009; Kohli 1994). Familiäre Lebensformen im Alter sind stark durch demografische Bedingungen wie sinkende

Geburtenraten und steigende Lebenserwartung bestimmt. Dies führt zu gleichzeitig mehreren kulturell divergierenden Generationen, die meist nicht im gleichen Haushalt leben. Primär sind aber Familie und Partnerschaft im Alter vom quantitativen Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen geprägt. In der Altersgruppe ab 75 Jahren sind drei von vier Personen weiblich, durchschnittlich mehr als zwei Jahre jünger als ihre Partner und weisen eine durchschnittlich sechs Jahre höhere Lebenserwartung auf (Backes & Clemens 2008:68).

Demografische Daten zeigen weiterhin, dass beispielsweise Männer im Alter ab 60 Jahren zum grössten Teil bis zum Tod mit ihrer Partnerin zusammenleben und nur wenige geschieden oder verwitwet sind. Frauen hingegen sind häufiger geschieden, überleben oft ihre männlichen Partner und sind dementsprechend häufiger bis zum Tod verwitwet (Backes & Clemens 2008:68 f.). Dies impliziert viel mehr alleinlebende Frauen als Männer, die bei einer potenziellen Pflegebedürftigkeit nicht von ihren männlichen Partnern gepflegt werden können, was sie wiederum häufiger von den eigenen Kindern oder professioneller pflegerischer Versorgung - entweder zu Hause oder in Alters- und Pflegeheimen - abhängig macht. Analog dazu gestaltet sich im Alter auch die Haushaltsgrösse: Die meisten älteren Männer und Frauen leben in Ein- oder Zweipersonenhaushalten (vgl. Backes & Clemens 2008:69).

Ein besonders wichtiger familiale Einflussfaktor ist der Zivilstand, auch wenn die nichteheliche Lebensgemeinschaft schon heute - und zukünftig vermutlich noch stärker - eine wichtige Form partnerschaftlichen Lebens darstellt, die über den Zivilstand nicht immer abgedeckt wird. Diese Form wird vor allem von älteren Männern in grösserem Ausmass praktiziert (Backes & Clemens 2008:68). Trennungen und Scheidungen etwa haben in den meisten westlichen Ländern in den letzten Jahren deutlich zugenommen und können als kritische Lebensereignisse interpretiert werden (vgl. Rosenmayr 1996), was im Sinne des Modells kumulativer Exposition von Risiken und der Lebenslaufperspektive die Gesundheit im Alter beeinflussen kann (vgl. Bauer et al. 2008). Auch eine Verwitwung kann als zentrales kritisches Lebensereignis interpretiert werden; es stellt aber im Gegensatz zur Trennung oder Scheidung eher einen „natürlichen“ Vorgang dar, welcher vor allem Frauen trifft (vgl. Backes & Clemens 2008). Die *Protektionshypothese* unterstellt nun, Männer würden stärker von der Ehe profitieren als Frauen, weil deren Rolle traditionellerweise auf die Unterstützung des Mannes ausgerichtet sei (vgl. Gove 1973). Demgegenüber argumentiert die *Selektionshypothese*, der Zusammenhang zwischen Familienstand und Lebenserwartung beruhe lediglich darauf, dass Gesündere bessere Heiratschancen hätten (vgl. Lillard

& Panis 1996). Bisherige Analysen zeigen dabei ein heterogenes Bild. Verheiratete Frauen, deren Rolle besonders auf die Unterstützung des Mannes gerichtet ist, würden im Krankheitsfall weniger von der Ehe profitieren als verheiratete Männer; während der Erwerbsphase hingegen würden viele Männer, die traditionellerweise stärker dem Einkommenserwerb nachgehen, weniger von der Ehe profitieren als Frauen. Insgesamt gesehen gibt es zwar einige geschlechtsspezifische Wirkungen des Familienstandes, es ist aber nicht möglich, eine der beiden Hypothesen pauschal zu bestätigen (vgl. Gove 1973; Klein 1999; Lillard & Panis 1996).

Ausserdem stellt sich auch die Frage, inwiefern die Ehe im Alter im Gegensatz zur Erwerbsphase als Determinante der Gesundheit noch relevant ist. Eine Metaanalyse über den Zusammenhang zwischen Zivilstand und Mortalitätsrate zeigt beispielsweise auf, dass verheiratete Männer und Frauen eine tiefere Mortalitätsrate gegenüber nicht verheirateten haben. Die Ledigen haben dabei eine ähnliche Rate wie die Verwitweten, während die Geschiedenen bzw. Getrennten noch leicht darüber liegen (vgl. Manzoli et al. 2007). Darauf aufbauend ist letztlich von einem Einfluss auf die Institutionsaufenthalte auszugehen; insbesondere dürfte ein Ehepartner bei Männern und Frauen für kürzere Alters- und Pflegeheimaufenthalte sorgen.

Eine weiterer wichtiger Einflussfaktor sind allfällige Kinder, die beispielsweise Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen können und es den betroffenen älteren Personen dadurch ermöglichen, länger in der eigenen Wohnung weiterzuleben. In der Logik der strukturfunktionalistischen Theorie kann man die erweiterte Familie als ein sich selbst balancierendes System verstehen. Demnach würde bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit zuerst der Ehepartner, dann die Kinder, Geschwister, Verwandte und schliesslich die Nichtverwandten Unterstützung leisten (vgl. Diewald 1991; Wagner et al. 2010).

Inwieweit sich Kinderlosigkeit auf die Struktur und Funktionen sozialer Beziehungen auswirkt, hängt in vielen Fällen auch mit dem Familienstand zusammen und kann beispielsweise besonders dann gravierend werden, wenn die kinderlosen Personen gleichzeitig noch verwitwet sind. Generell sind Beziehungen zwischen Eltern und Kindern in der Regel nicht kündbar und gründen auf emotionalen Beziehungen, die aber teilweise konfliktbehaftet sein können. Die Unterstützungsbereitschaft von Kindern dürfte besonders für verwitwete Eltern gelten, weil in diesem Fall ihr Verantwortungsgefühl stärker gefordert ist, als wenn die Eltern zusammen leben. Somit sind ältere Eltern bezüglich emotionaler und praktischer Unterstützung gegenüber kinderlosen Personen strukturell im Vorteil (Wagner et al. 2010:327). Im Endeffekt kann davon ausgegangen werden, dass

Kinder insbesondere die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Alters- und Pflegeheimen verkürzen dürften. Besonders bei Frauen können eigene Kinder die Wahrscheinlichkeit in ein Alters- oder Pflegeheim eintreten zu müssen signifikant reduzieren (vgl. Grundy & Jitlal 2007).

Kulturell-kontextuelle Einflussfaktoren

Einen ersten kulturell-kontextuellen Einflussfaktor stellt die Nationalität dar. Dabei diskutiert man über den *Healthy-migrant*-Effekt, welcher einen vorübergehenden Mortalitätsvorteil von Migranten relativ zur Bevölkerung des Ziellandes impliziert. Zunächst versteht man dabei eine Selektion besonders gesunder Menschen, die überhaupt migrieren. Der sich daraus ergebende Vorteil würde dann aber einige Jahre später wieder abklingen. Dies hängt einerseits mit einer höheren gesundheitlichen Belastung dieser beruflich oft benachteiligten Gruppen zusammen, und andererseits mit einem schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Nach einer gewissen Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland würde demnach die Mortalitätsrate der Migranten dadurch höher sein als die der Durchschnittsbevölkerung im gleichen Land (Razum 2009). Dieser Logik entsprechend könnte man von einer schlechteren Gesundheit bei Migranten im hohen Alter ausgehen. Nun stellt sich die Frage, wie mögliche Konsequenzen für Spital- oder Heimaufenthalte aussehen. Beispielsweise ist bei Migranten aus Ländern mit starker Familientradition denkbar, dass die Familie mögliche Pflegeaufgaben von Angehörigen übernimmt (vgl. Haberkern 2009), was dementsprechend zu weniger bzw. kürzeren Heimaufhalten führen könnte. Spitalaufenthalte dürften theoretisch kaum durch die Nationalität beeinflusst werden, denn schwerwiegende medizinische Probleme können nicht zu Hause behandelt werden und der Wohlfahrtsstaat stellt den Zugang zur Versorgung auch für Migranten sicher.

Ein weiterer wichtiger kulturell-kontextueller Faktor ist die Wohnregion. Bezüglich des Sterbeortes existieren beispielsweise zwischen den einzelnen Industrieländern grosse Unterschiede (vgl. Broad et al. 2013), was vermutlich auf verschiedene kulturelle und strukturelle Faktoren wie etwa einen unterschiedlich ausgebauten Wohlfahrtsstaat oder unterschiedliche Ansichten über den Tod generell zurückzuführen ist. Innerhalb der Schweiz kann man einerseits zwischen den einzelnen Kantonen und andererseits zwischen den Sprachregionen¹⁴ unter-

¹⁴ Die Schweiz ist offiziell viersprachig: Deutsch, Französisch, Italienisch und Rätoromanisch sind Amtssprachen. Der Anteil des Rätoromanischen ist jedoch sehr gering, deshalb wird aus pragmatischen Gründen häufig zwischen dem deutschen, französischen und italienischen Teil unterschieden.

scheiden; dabei zeigen sich etwa bezüglich des Sterbeortes grosse Unterschiede (vgl. Reich et al. 2013). Es ist aber unklar, ob diese Unterschiede eindeutig etwa kulturellen oder religiösen Ursachen zuzuordnen sind oder ob sie auf unterschiedlichen föderalistischen Strukturen beruhen.

Zudem gibt es keine anerkannte Theorie, die etwa implizieren würde, dass in der Deutschschweiz mit dem Lebensende anders umgegangen wird als in der Westschweiz. Und aufgrund der grossen Autonomie der Kantone sind die Strukturen auch innerhalb eines Landesteils häufig heterogen, was beispielsweise dazu führt, dass über die Art und Verbreitung der Palliativpflege keine Aussagen möglich sind, die vielleicht Anhaltspunkte über Unterschiede am Lebensende geben könnten (vgl. Bundesamt für Statistik 2012b). Obwohl es dadurch schwierig wird vorherzusagen, wie und ob überhaupt Unterschiede zwischen den Regionen existieren, scheint die empirische Überprüfung in jedem Fall wichtig, gerade weil diesbezüglich vieles noch unklar ist und empirische Resultate vielleicht helfen, potenzielle Unterschiede zu erklären.

Neben der Sprachregion ist auch wichtig, wie die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung ausgebildet ist. Wenn etwa keine oder nur wenige Alters- und Pflegeheime existieren, kann man logischerweise auch nicht dort sterben. In einigen Industrieländern gibt es kaum Alters- oder Pflegeheime, weshalb man häufiger in Spitälern oder zu Hause stirbt (vgl. Broad et al. 2013). Eine amerikanische Studie, die Sterbeorte von Krebspatienten untersuchte, hat die Anzahl verfügbarer Spitalbetten sowie die Distanz zu Spitälern überprüft und herausgefunden, dass eine geringere Verfügbarkeit an Spitalbetten in einem bestimmten Umkreis zu mehr Todesfällen in Privatwohnungen führte (Gallo et al. 2001). In einem kleinräumigen Land mit ausgebautem Wohlfahrtsstaat wie der Schweiz wird jedoch von einer gleichmässigen medizinischen Versorgung bzw. regelmässigen Verteilung von Spitälern und deren Verfügbarkeit ausgegangen. Ausserdem ist es nicht möglich, für die Verteilung von Spitälern homogene Regionen zu bilden, weil aufgrund des föderalistisch aufgebauten Gesundheitswesens der Schweiz die jeweiligen Zuständigkeiten der Spitäler nicht klar sind. Bei den Alters- und Pflegeheimen hingegen sind die Gemeinden für die Versorgung ihrer Bewohner zuständig, wodurch die Anzahl der verfügbaren Betten in einer spezifischen kleinräumigen und homogenen Region berechnet und sinnvoll interpretiert werden können.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäss nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

4 Daten und Methoden

Im Folgenden werden zuerst die Datenquellen besprochen sowie deren Potenziale und Probleme diskutiert. Als nächstes wird ausführlich auf die abhängigen und unabhängigen Variablen eingegangen. Danach wird die Auswahl der multivariaten statistischen Methoden – negativ-binomiale und multinomiale Regressionsmodelle – begründet und es werden die wesentlichen Aspekte der Methoden vorgestellt.

4.1 Daten

Für die Analysen werden drei verschiedene Datenquellen des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik (BFS) verwendet:

- (1) Die „Swiss National Cohort“ (SNC) ist eine anonyme Verlinkung zwischen Daten aus der Volkszählung von 1990 und 2000 sowie der Todesursachenstatistik unter Berücksichtigung von Zu- und Auswanderung in die Schweiz. Diese Zensusdaten wurden zwischen 1850 und 2000 alle zehn Jahre erhoben und beinhalten Informationen über Bildung, Haushaltssituation sowie familiäre Situation. 1990 und 2000 wurde ausserdem das genaue Geburtsdatum erhoben, was die Verlinkung mit der Todesursachenstatistik ermöglichte (Bopp et al. 2009).
- (2) Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat) erfasst jährlich die Daten aller Hospitalisierungen in Schweizer Krankenhäusern.¹⁵ Darin ist jedes Krankenhaus bzw. jede Klinik mit eingeschlossen. Neben medizinischen Informationen wie Ein- und Austritt in ein Spital, Diagnosen und Behandlungen werden auch soziodemografische Angaben über Alter, Geschlecht oder Wohnregion erhoben (vgl. Bopp et al. 2011).
- (3) Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) ist eine administrative Statistik über die Tätigkeiten von Betrieben, die sich um Betagte

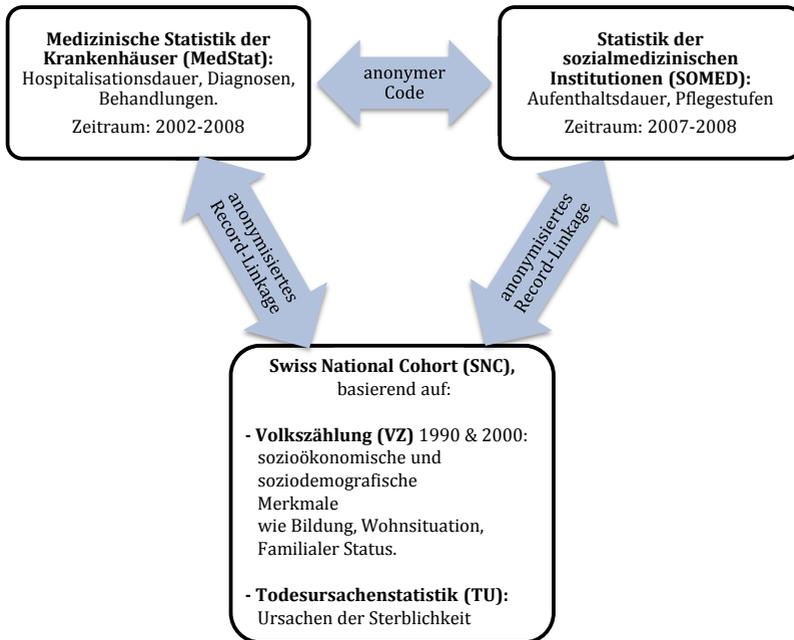
¹⁵ Weitere Informationen zur MedStat:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/01.html [Zugriff: 3.2.2015].

oder Behinderte kümmern.¹⁶ Alle diese Institutionen erstatten jährlich Bericht über ihre erbrachten Leistungen wie etwa Pflege und betreute Patienten.

Alle drei Datenquellen sind obligatorische Vollerhebungen und wurden primär für administrative Zwecke erhoben. Aus Datenschutzgründen gibt es in der Schweiz keine gemeinsame personale Identifikationsnummer, die es erlauben würde, die Personen auf individueller Ebene zu verlinken. Für die Analysen werden aber gleichzeitig Informationen aus allen drei Datenquellen benötigt. Eine anonyme Nummer ist nur verfügbar für die Verlinkung zwischen der MedStat und der SOMED, während die Verlinkung mit der SNC anhand übereinstimmender Merkmale wie Wohnort oder Geburts- und Sterbedatum erfolgt. In der MedStat und der SOMED sind aber die Informationen über das genaue Sterbedatum sowie den Geburtsjahrgang nur für in Spitälern bzw. in Heimen Verstorbene verfügbar. Im Endeffekt ist dadurch nur für Verstorbene eine erfolgreiche Verlinkung aller drei Quellen möglich (Zellweger & Bopp 2010, 2011). In Abbildung 4.1 ist die Verlinkung der drei Quellen grafisch dargestellt.

¹⁶ Weitere Informationen zur SOMED:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ssmi/01.html [Zugriff: 3.2.2015].

Abbildung 4.1: Drei Datenquellen und deren Verlinkung



(Quelle: Eigene Darstellung)

Die jeweiligen Verlinkungsraten unterscheiden sich zwischen den einzelnen Quellen. Die Verlinkung zwischen der SNC und der Medstat war für 98.9% der Einträge¹⁷ möglich, dabei stimmen 95.1% der Einträge vollständig überein und 3.8% grösstenteils. Dies betrifft beispielsweise Fälle mit identischem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnregion (etwa 600 Regionen in der gesamten Schweiz), aber mit kleineren Differenzen beim genauen Sterbedatum. Die Datenqualität im Zeitraum 2002-2008 ist relativ homogen (Zellweger & Bopp 2010). Die Verlinkung der SNC mit der SOMED ist einigies schwieriger, weil diese Datenquelle erst seit 2006 in dieser Form existiert und die Qualität erst ab 2007 sinnvolle Analy-

¹⁷ Unter Einträge wird dabei jeder einzelne Spital- oder Heimaufenthalt verstanden und nicht Personen. Eine einzelne Person kann theoretisch beliebig viele Einträge haben. Innerhalb der MedStat oder SOMED ist jeder Eintrag in jedem Fall eindeutig den einzelnen Personen innerhalb der MedStat bzw. SOMED zugewiesen.

sen zulässt. Dennoch existieren in der Form des Eintrittsdatums und der Pflegestufen wichtige Information bereits vor 2007; denn wenn eine Person etwa im Jahr 2008 verstorben ist, aber bereits seit 2002 in einem Heim wohnte, so ist diese Information in dem Eintrag von 2008 enthalten, weil das Ein- und Austrittsdatum bei allen Einträgen angegeben ist. Gleiches gilt für die Pflegestufen, die theoretisch während des gleichen Aufenthaltes beliebig häufig wechseln können, leider aber von den Heimen nur unzuverlässig ausgefüllt wurden (vgl. Bayer-Oglesby & Höpflinger 2010). Die Verlinkungsrate für 2007 und 2008 beträgt insgesamt 92%, davon können 65.1% direkt anhand vollständiger Informationen verlinkt werden und 25.9% anhand grösstenteils übereinstimmender Merkmale (Zellweger & Bopp 2011).

Dieses Verlinkungsverfahren ermöglicht es in der Schweiz erstmals, Zensusdaten mit Spital- und Heimdaten am Lebensende zu verbinden, wodurch Analysen über die Versorgungslage am Lebensende überhaupt erst möglich werden. Und weil es sich um Vollerhebungen handelt, existieren einerseits keine Probleme mit der Repräsentativität der Daten und andererseits sind - aufgrund der hohen Fallzahlen - spezifische Analysen mit kleineren Gruppen möglich. Weitere Stärken der verwendeten Daten sind die hohe Qualität der SNC- und MedStat-Datenquellen sowie die für administrative Daten umfangreiche Anzahl an horizontalen und vertikalen Statusindikatoren. Letztlich ermöglicht das innovative Verlinkungsverfahren, spezifische Analysen über soziale Ungleichheit von Heim- und Spitalaufenthalten zu rechnen, die man bis anhin in der Schweiz so nicht durchführen konnte.

Demgegenüber stehen auch einige Schwächen. Der grösste Nachteil der Daten ist sicherlich die Beschränkung auf Verstorbene, was aufgrund der Verlinkung der Datenquellen leider nicht anders möglich ist und beispielsweise keine Vergleiche zwischen Überlebenden und Verstorbenen zulässt. Weil aber genaue Informationen über die Institutionsbiografie vor dem Tod zur Verfügung stehen, werden retrospektive Analysen über Ungleichheit und Gesundheit auch vor dem Tod möglich. Des Weiteren sind viele soziodemografische Angaben wie etwa das Bildungsniveau nicht zum Todeszeitpunkt verfügbar. Ein zusätzliches Problem ist die teilweise verbesserungswürdige Datenqualität der Heimdaten, insbesondere bei einigen spezifischen Angaben wie etwa den Pflegestufen oder den genauen Todesdaten (vgl. Bayer-Oglesby & Höpflinger 2010). Die genauen Todesdaten konnten aber mit einem Abgleichen mit der Todesursachenstatistik korrigiert

werden (vgl. Zellweger & Bopp 2011).¹⁸ Auch konnten bei beiden Verlinkungen (SOMED und SNC sowie MedStat und SNC) nicht alle Einträge anhand vollständig übereinstimmender Kriterien verlinkt werden, was zu möglichen Fehlzusweisungen bzw. Verzerrungen führen kann, etwa wenn einige Fälle aus systematischen Gründen fehlten. Dieses Problem ist bei der Verlinkung der SOMED mit der SNC aufgrund der geringeren Verlinkungsrate stärker ausgeprägt als bei der Verlinkung zwischen der MedStat und der SNC.

Die Datengrundlage in der Schweiz ist verglichen mit anderen Ländern wie etwa Schweden oder Norwegen, die über zentrale Bevölkerungsregister mit zugewiesenen anonymen Codes für jedes Individuum verfügen und dadurch nahezu beliebig Daten zwischen den einzelnen Quellen verknüpfen können, sicherlich nicht ganz optimal. Weiterhin ist das föderalistische System der Schweiz nicht hilfreich, schweizweit gültige Parameter wie etwa homogene Pflegestufen zu berechnen. Auf der anderen Seite überrascht - gerade bei nicht ganz optimal zu operationalisierenden Variablen wie beispielsweise den Pflegestufen - die Konsistenz der Resultate.

Sämtliche Berechnungen in allen Stichproben werden anhand von Verstorbenen ab 65 Jahren (d. h. vor 1942 geborene Personen) in den Jahren 2007 und 2008 durchgeführt.¹⁹

4.2 Operationalisierung

Für die empirischen Analysen werden drei multivariate Modelle, jeweils separat für Männer und Frauen berechnet. Dazu werden drei verschiedene abhängige Variablen und drei - je nach Forschungsfrage - unterschiedliche Untersuchungspopulationen und teilweise auch unterschiedliche unabhängige Variablen verwendet.

Heimaufenthaltsdauer

Als Indikator der Heimaufenthaltsdauer wird bei allen Personen die Länge des letzten Heimaufenthaltes vor dem Tod in Tagen in sämtlichen Alters- und Pflege-

¹⁸ In der SOMED war das Austrittsdatum, welches bei einem Todesfall mit dem Sterbedatum identisch sein muss, in einigen Fällen vermutlich das administrativ benutzte Austrittsdatum, welches logischerweise immer nach dem effektiven Sterbedatum lag.

¹⁹ Aus pragmatischen Gründen wird bei Frauen und Männern das gleiche Rentenalter verwendet, obwohl bei Frauen das ordentliche Rentenalter in der Schweiz gegenwärtig bei 64 Jahren festgelegt ist.

heimen mit anschliessendem Tod im Heim benutzt. Dabei werden nur Personen ab mindestens 65 Jahren, die gleichzeitig auch frühestens mit 65 Jahren in ein Heim eingetreten sind, analysiert. Die Studienpopulation beträgt $N=11'486$ Männer und $N=24'252$ Frauen.

Für die Heimanalysen wird mit dem Alter zum Eintrittszeitpunkt gerechnet. Der höchste Bildungsabschluss wird aus den SNC-Daten in ISCED-97 Stufen, angepasst an die Schweiz²⁰, umgerechnet: Keine oder tiefe Bildung (ISCED 0-2), mittlere Bildung (ISCED 3-4) und hohe Bildung (ISCED 5-6). Ebenfalls aus den SNC-Daten stammt die Wohnungs- und Hausbesitzvariable (ja/nein).

Die Todesursachen, wiederum aus der SNC, werden anhand von ICD-10²¹ Kodierungen aufgrund von Angaben in der Todesursachenstatistik operationalisiert: Krebs (ICD 10: C00-C99), koronare Herzkrankheiten (I20-I25), chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) (J40-J47), Demenz (F01, F03, G30)²², Schlaganfall (I60-I69) sowie eine Restgruppe mit allen anderen Todesursachen.

Die Pflegestufen sind in der SOMED enthalten, leider wurden die Angaben von den Heimen teilweise mangelhaft ausgefüllt (vgl. Bayer-Oglesby & Höpflinger 2010). Des Weiteren gibt es schweizweit neun unterschiedliche Einstufungssysteme, die teilweise zwischen und innerhalb der Kantone variieren und die man nur anhand der Anzahl Pflegeminuten pro Tag in eine landesweit nutzbare Variable umrechnen kann. Auch mögliche Pflegestufenwechsel sind nicht immer zuverlässig erfasst, weshalb in dieser Arbeit die erste erfasste Pflegestufe des letzten Heimaufenthaltes verwendet wird. Schlussendlich wurden vier Stufen gebildet: Fehlende Angabe bzw. unbekannt, keine Pflege notwendig oder wenig pflegebedürftig (bis 40 Minuten pro Tag), mittel pflegebedürftig (41 bis 80 Minuten pro Tag) sowie stark pflegebedürftig (mehr als 81 Minuten pro Tag). Dabei dient das BESA-4-Stufen System als Grundlage, welches besonders in einigen deutsch-

²⁰ Weitere Informationen über die ISCED-97-Kodierung in der Schweiz:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/isced/01.html> [Zugriff: 5.2.2015].

²¹ Es wird die im deutschsprachigen Raum üblicherweise verwendete ICD-10-GM-Version benutzt. Informationen unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/> [Zugriff: 5.2.2015].

²² Die Alzheimer-Demenz stellt mit über 50% aller Fälle im hohen Alter die häufigste Form von Demenzerkrankungen dar. Die Ursachen dieser Krankheit sind erst teilweise erforscht, in der Diagnose, Behandlung und Betreuung sind jedoch in jüngerer Zeit klare Fortschritte zu erkennen (Höpflinger & Hugentobler 2003). Gemäss der obigen Definition von Todesursachen ist ausserdem davon auszugehen, dass Demenz verhältnismässig oft vorkommt.

sprachigen Kantonen verbreitet ist.²³ Obwohl die so zusammengestellte Variable besser als nichts ist, stellt sie eine Schwachstelle in diesem Modell dar.

Die Multimorbidität wird mit Daten aus der MedStat berechnet und es werden insgesamt 129 chronische Krankheiten anhand der ICPC-2-Klassifikation berücksichtigt (vgl. O'Halloran et al. 2004). Dazu werden nur Spitalaufenthalte im Zeitraum 2-6 Jahren bzw. 730-2190 Tagen vor dem Tod der jeweiligen Person berücksichtigt, weil andernfalls die Prävalenzraten viel zu hoch ausfallen würden. Gleichzeitig muss Multimorbidität, d. h. mindestens zwei chronische Krankheiten gleichzeitig, während des gleichen damaligen Spitalaufenthaltes diagnostiziert worden sein. Danach werden drei Stufen gebildet: Keine Abklärung bzw. kein Spitalaufenthalt im besagten Zeitraum, keine Multimorbidität und Multimorbidität. Zur Kontrolle von Spitalaufenthalten wird noch eine zusätzliche Variable von Spitalaufenthalten (ja/nein) in den letzten 365 Tagen vor dem Tod berücksichtigt.

Beim Zivilstand war es möglich, allfällige Änderungen wie etwa eine Verwitwung seit der Volkszählung im Jahr 2000 zu berücksichtigen, wodurch man den Zivilstand beim Heimeintritt berechnen konnte (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden). Als weitere familiäre Variable aus der SNC wird noch untersucht, ob die Personen Kinder hatten (ja/nein).

Bei der kulturell-kontextuelle Variable Nationalität, die aus der SNC stammt, wird zwischen Schweizern und Nicht-Schweizern unterschieden. Die Wohnregion wird anhand der Kantone gebildet, zweisprachige Kantone werden dabei der Mehrheit von Sprechern zugewiesen. Beispielsweise werden die Kantone Wallis und Fribourg der französischsprachigen Schweiz zugeteilt.²⁴ Die italienischsprachige Schweiz besteht nur aus dem Kanton Tessin. Als letzte unabhängige Variable wird die Heimdichte bzw. Heimbettverfügbarkeit pro 100 Einwohner ab 65 Jahren in einer bestimmten Region verwendet. Die total 106 Regionen wurden dabei vom BFS gebildet mit dem Ziel, möglichst homogen und vergleichbar zu sein.²⁵ In Tabelle 4.1 sind die Variablen sowie ihre Verteilungen für die Analyse der Heimaufenthaltsdauer abgebildet.

²³ Eine Übersicht über die BESA-Stufen liefert die Informationsseite des Walliser Gesundheitsobservatoriums: <http://www.ovs.ch/gesundheit/besa.html> [Zugriff: 5.2.2015].

²⁴ Informationen über die genaue Verteilung der Sprachen bzw. Sprachregionen: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/maps/bevoelkerung/sprachen_religionen.html [Zugriff: 5.2.2015]

²⁵ Weitere Informationen über die 106 BFS-Regionen: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/msreg/01.html> [Zugriff: 5.2.2015].

Tabelle 4.1: Variablen Heimaufenthaltsdauer

	Männer		Frauen	
	N		N	
Total N	11'486	100 %	24'253	100 %
Individuelle Faktoren				
Alter (zum Eintrittszeitpunkt)				
≤75	1'475	12.8 %	1'862	7.7 %
>75-≤80	1'745	15.2 %	3'100	12.8 %
>80-≤85	2'964	25.8 %	6'171	25.5 %
>85-≤90	3'185	27.7 %	7'204	29.7 %
>90	2'117	18.4 %	5'915	24.4 %
Bildung				
tief	3'599	31.3 %	12'740	52.5 %
mittel	4'168	36.3 %	6'089	25.1 %
hoch	1'615	14.1 %	661	2.7 %
unbekannt	2'104	18.3 %	4'762	19.6 %
Haus- oder Wohnungseigentümer				
kein Eigentümer	6'784	59.1 %	16'815	69.3 %
Eigentümer	4'702	40.9 %	7'437	30.7 %
Todesursache				
Krebs	2'119	18.5 %	2'794	11.5 %
Herzinfarkt	1'804	15.7 %	3'834	15.8 %
COPD	566	4.9 %	551	2.3 %
Demenz	1'718	15.0 %	4'322	17.8 %
Schlaganfall	1'013	8.8 %	2'308	9.5 %
Rest	4'266	37.1 %	10'443	43.1 %
Pflegestufe				
tief	3'082	26.8 %	6'954	28.7 %
mittel	3'114	27.1 %	6'966	28.7 %
hoch	4'781	41.6 %	9'555	39.4 %
unbekannt	509	4.4 %	777	3.2 %
Multimorbidität				
Nein	5'289	46.1 %	10'195	42.0 %
Ja	4'528	39.4 %	8'498	35.0 %
nicht diagnostiziert	1'669	14.5 %	5'559	22.9 %

...Fortsetzung von Tabelle 4.1

Hospitalisation in den letzten

365 Tagen

Nein	6'035	52.5 %	16'421	67.7 %
Ja	5'451	47.5 %	7'831	32.3 %

Familiäre Faktoren

Zivilstand (zum Eintrittszeitpunkt)

verheiratet	6'098	53.1 %	3'824	15.8 %
ledig	1'213	10.6 %	2'960	12.2 %
verwitwet	3'499	30.5 %	15'904	65.6 %
geschieden	676	5.9 %	1'564	6.5 %

Kinder

Nein	2'074	18.1 %	4'802	19.8 %
Ja	8'441	73.5 %	17'025	70.2 %
unbekannt	971	8.5 %	2'425	10.0 %

Kulturell-kontextuelle Faktoren

Nationalität

Schweiz	10'983	95.62 %	23'510	96.94 %
Ausland	503	4.38 %	742	3.06 %

Sprachregion

Deutschschweiz	8'770	76.35 %	17'811	73.44 %
Westschweiz	2'279	19.84 %	5'296	21.84 %
Tessin	437	3.8 %	1'145	4.72 %

Heimbettdichte*: Mittelwert	7.1	7.0
------------------------------------	-----	-----

Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen.

*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens 65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

Spitalaufenthaltsdauer

Bei der Spitalaufenthaltsdauer wird die Aufenthaltsdauer in Tagen von sämtlichen stationären Spitalaufenthalten im letzten Lebensjahr bzw. in den letzten 365 Tagen vor dem Tod berücksichtigt.²⁶ Dabei werden nur Personen ab 65 Jahren

²⁶ Bei einem überschneidenden Spitalaufenthalt im Zeitraum vor einem Jahr vor dem Tod werden erst die Tage ab dem Stichtag vor 365 Tagen vor dem Tod gezählt, wodurch das theoretische Maximum 365 Tage beträgt. Als ein Tag gilt dabei immer nur ein Aufenthalt mit Übernachtung im Spital.

untersucht, die mindestens eine Hospitalisierung²⁷ im gleichen Zeitraum hatten und dadurch auch mit einem Spitalaufenthalt bzw. einer Spitalbehandlung konfrontiert wurden. Aufgrund mangelnder Daten bzw. Verlinkungsmöglichkeiten und der Homogenität der Untersuchungspopulation werden dabei nur Personen untersucht, die letztlich auch im Spital verstorben sind. Die Studienpopulation beträgt N=18'993 Männer und N=16'605 Frauen.

Die unabhängigen Variablen werden grösstenteils von den Heimanalysen übernommen. Beim Alter wird mit dem genauen Alter beim Todeszeitpunkt gerechnet. Bildungsniveau, Wohneigentum, Todesursachen, Multimorbidität, Kinder sowie die Nationalität, Sprachregionen und die Heimdichte werden identisch operationalisiert wie bei den Heimanalysen. Der Zivilstand wird aus der Todesursachenstatistik übernommen. In Tabelle 4.2 sind die Variablen sowie ihre Verteilungen für die Analyse der Heimaufenthaltsdauer abgebildet.

Tabelle 4.2: Variablen Spitalaufenthaltsdauer

	Männer		Frauen	
	N		N	
Total N	18'993	100 %	16'605	100 %
Individuelle Faktoren				
Alter (zum Todeszeitpunkt)				
≤75	5'833	30.7 %	3'756	22.6 %
>75-≤80	4'012	21.1 %	2'948	17.8 %
>80-≤85	4'378	23.1 %	4'001	24.1 %
>85-≤90	3'190	16.8 %	3'441	20.7 %
>90	1'580	8.3 %	2'459	14.8 %
Bildung				
tief	5'426	28.6 %	8'200	49.4 %
mittel	7'624	40.1 %	4'785	28.8 %
hoch	3'307	17.4 %	716	4.3 %
unbekannt	2'636	13.9 %	2'904	17.5 %
Haus- oder Wohnungseigentümer				
kein Eigentümer	10'201	53.7 %	10'021	60.4 %
Eigentümer	8'792	46.3 %	6'584	39.7 %

²⁷ Unter Hospitalisierung wird jeder Spitaleintritt unabhängig von der Dauer verstanden.

...Fortsetzung von Tabelle 4.2

Todesursache

Krebs	7'243	38.1 %	5'390	32.5 %
Herzinfarkt	2'544	13.4 %	1'899	11.4 %
COPD	735	3.9 %	446	2.7 %
Demenz	233	1.2 %	220	1.3 %
Schlaganfall	1'270	6.7 %	1'580	9.5 %
Rest	6'968	36.7 %	7'070	42.6 %

Multimorbidität

Nein	4'429	23.3 %	3'821	23.0 %
Ja	6'637	34.9 %	5'521	33.3 %
nicht diagnostiziert	7'927	41.7 %	7'263	43.7 %

Familiäre Faktoren

Zivilstand (zum Todeszeitpunkt)

verheiratet	13'119	69.1 %	4'814	29.0 %
ledig	1'261	6.6 %	1'583	9.5 %
verwitwet	3'433	18.1 %	8'862	53.4 %
geschieden	1'180	6.2 %	1'346	8.1 %

Kinder

Nein	2'851	15.0 %	2'818	17.0 %
Ja	15'043	79.2 %	12'597	75.9 %
unbekannt	1'099	5.8 %	1'190	7.2 %

Kulturell-kontextuelle Faktoren

Nationalität

Schweiz	17'199	90.6 %	15'609	94.0 %
Ausland	1'794	9.5 %	996	6.0 %

Sprachregion

Deutschschweiz	12'674	66.7 %	11'367	68.5 %
Westschweiz	5'351	28.2 %	4'394	26.5 %
Tessin	968	5.1 %	844	5.1 %

Heimbettdichte*: Mittelwert

6.6

6.7

Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen.

*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens 65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

Unterschiedliche Sterbeorte

Anhand der theoretischen Überlegungen werden beim Sterbeort vier Kategorien gebildet: Alters- oder Pflegeheim, Spital kurz (Aufenthalt von maximal 48 Stunden bzw. 2 Tagen), Spital lang (Aufenthalt ab 3 Tagen) und zu Hause. Die Dauer der Spitalaufenthalte bezieht sich dabei immer auf den letzten Aufenthalt im gleichen Spital. Die zu Hause Verstorbenen werden anhand der Restgruppe der nicht in Institutionen Verstorbenen gebildet, bei denen davon ausgegangen wird, dass in dieser Altersgruppe der grösste Teil zu Hause verstorben ist. Anhand der Angaben aus der Volkszählung ist ersichtlich, wer bereits im Jahre 2000 in einem Alters- oder Pflegeheim lebte (sogenannte Kollektivhaushalte). Dieser Typus wird von vornherein ausgeschlossen, weil er eine spezifische Bevölkerungsgruppe darstellt, die einerseits eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit als die Durchschnittsbevölkerung aufweist und andererseits mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit im gleichen Heim bzw. in der gleichen Institution sterben wird. In dieser Arbeit interessieren aber primär Menschen, die damals noch in Privathaushalten lebten und erst später in eine Institution wechselten. Die Studienpopulation beträgt $N=39'798$ Männer und $45'331$ Frauen. Wie bei den Heim- und Spitalaufenthaltsanalysen werden auch hier Verstorbene ab 65 Jahren analysiert.

Viele unabhängige Variablen können wiederum von den Heim- und Spitalaufenthaltsanalysen übernommen werden. Das Alter interessiert dabei nur als Kontrollvariable und muss nicht interpretiert werden können; um eventuelle Abweichungen von der Linearität erfassen zu können werden deshalb kubische Splines mit Knoten bei 69, 78, 84, 89 und 96 Jahren modelliert. Weil die Fallzahlen durchwegs höher sind als bei den Spital- und Heimanalysen wird das Bildungsniveau noch feiner unterteilt: Anstatt nur eine Gruppe für solche mit keiner oder tiefer Bildung wird jeweils eine Gruppe mit keiner Bildung (ISCED 0) und tiefer Bildung (ISCED 1-2) gebildet. Die Wohnbesitzvariable und die Todesursachen werden identisch operationalisiert wie bei den Heim- und Spitalaufenthaltsanalysen. Zusätzlich zum Zivilstand aus der Todesursachenstatistik wird eine Variable mit der Anzahl Zimmer pro Person in der Privatwohnung im Jahr 2000 aus der SNC berechnet.²⁸ Dabei wird zwischen $0 \leq 1.5$, $1.5 < 2.5$ sowie > 2.5 Zimmer pro Person differenziert. Bei den Kindern wird zwischen keinen, ein bis zwei sowie drei oder mehr unterschieden. Die kulturell-kontextuellen Variablen Nationalität, Sprachregion und Heimdichte sind wiederum identisch wie oben beschrieben. In

²⁸ Zu diesem Zeitpunkt lebten ja alle noch in Privathaushalten, weil diejenigen, die früher in Kollektivhaushalten lebten, von vornherein ausgeschlossen wurden.

Tabelle 4.3 sind die Variablen sowie ihre Verteilungen (Spaltenprozent) für die Analyse der unterschiedlichen Sterbeorte abgebildet.

Tabelle 4.3: Variablen Sterbeort

Männer:	zu Hause	Spital kurz	Spital lang	Alters- und Pflege- heim
Total N	11'008	4'634	13'723	10'433
Individuelle Faktoren				
Alter				
≤75	29.8	30.3	30.9	9.4 %
>75-≤80	20.0	20.3	21.4	12.9 %
>80-≤85	21.9	23.0	23.3	23.4 %
>85-≤90	17.6	18.1	16.3	29.6 %
>90	10.8	8.3	8.2	24.8 %
Bildung				
kein Abschluss	2.9	3.2	3.1	3.2 %
tief	25.9	25.1	25.2	26.8 %
mittel	40.1	41.3	40.3	37.2 %
hoch	18.6	16.7	17.9	14.7 %
unbekannt	12.5	13.7	13.5	18.1 %
Haus- oder Wohnungseigentümer				
kein Eigentümer	47.7	53.5	55.1	57.9 %
Eigentümer	52.3	46.5	44.9	42.1 %
Todesursache				
Krebs	28.1	25.7	41.5	18.3 %
Herzinfarkt	25.9	19.8	11.2	15.7 %
COPD	4.3	4.3	3.7	4.8 %
Demenz	3.0	0.4	1.5	15.1 %
Schlaganfall	3.4	7.5	6.4	8.8 %
Übrige	35.2	42.3	35.7	37.2 %

...Fortsetzung von Tabelle 4.3

Familiäre Faktoren				
Zivilstand				
verheiratet	68.9	69.6	70.5	49.9 %
ledig	7.1	6.3	5.7	8.4 %
verwitwet	18.5	18.6	17.7	36.0 %
geschieden	5.5	5.5	6.1	5.7 %
Kinder				
keine Kinder	13.8	14.1	14.6	16.2 %
1-≤2 Kinder	40.1	42.9	44.3	38.5 %
≥3 Kinder	40.6	37.4	35.7	37.5 %
unbekannt	5.5	5.5	5.4	7.8 %
Haushaltssituation				
Einpersonenhaushalt	18.2	17.2	17.5	28.7 %
Mehrpersonenhaushalt	81.8	82.8	82.5	71.3 %
Anzahl Zimmer pro Person				
0 - ≤1.5 Zimmer	35.0	38.1	38.1	36.4 %
>1.5 - ≤2.5 Zimmer	42.7	41.7	41.8	37.2 %
>2.5 Zimmer	22.3	20.2	20.0	26.5 %
Kulturell-kontextuelle Faktoren				
Nationalität				
Schweizer	93.6	91.5	90.1	95.5 %
Ausländer	6.4	8.5	9.9	4.5 %
Sprachregion				
Deutschschweiz	77.5	70.8	65.3	76.4 %
Westschweiz	18.8	24.3	29.3	19.7 %
Tessin	3.7	4.8	5.3	4.0 %
Heimbettdichte*: Mittelwert				
	6.8	6.7	6.6	7.1

...Fortsetzung von Tabelle 4.3

Frauen:

	zu Hause	Spital kurz	Spital lang	Alters- und Pfle- heim
Total N	9'267	3'900	11'992	20'172

Individuelle Faktoren

Alter

≤75	18.5	19.0	24.0	4.8 %
>75-≤80	14.4	16.2	18.7	8.3 %
>80-≤85	21.3	26.3	23.5	19.5 %
>85-≤90	22.4	23.2	19.8	29.3 %
>90	23.4	15.3	14.0	38.0 %

Bildung

kein Abschluss	4.7	4.3	4.6	5.0 %
tief	44.0	45.5	44.5	46.5 %
mittel	29.3	28.3	29.3	25.8 %
hoch	4.2	3.7	4.6	2.9 %
unbekannt	17.8	18.2	17.0	19.8 %

Haus- oder Wohnungseigentümer

kein Eigentümer	56.2	61.4	62.0	66.7 %
Eigentümer	43.8	38.6	38.0	33.3 %

Todesursache

Krebs	20.3	16.6	37.1	11.8 %
Herzinfarkt	20.5	16.8	9.5	15.6 %
COPD	2.8	3.3	2.4	2.3 %
Demenz	6.2	0.6	1.7	17.4 %
Schlaganfall	5.6	11.3	8.9	9.7 %
Übrige	44.6	51.4	40.4	43.3 %

Familiale Faktoren

Zivilstand

verheiratet	24.4	28.4	30.3	12.2 %
ledig	9.8	8.8	8.9	10.7 %
verwitwet	58.5	55.4	52.5	70.5 %
geschieden	7.2	7.3	8.3	6.5 %

...Fortsetzung von Tabelle 4.3

Kinder

keine Kinder	16.3	15.8	16.8	18.2 %
1-≤2 Kinder	38.3	41.0	42.9	38.9 %
≥3 Kinder	38.0	35.3	33.8	34.1 %
unbekannt	7.4	7.9	6.4	8.7 %

Haushaltssituation

Einpersonenhaushalt	52.2	50.0	49.2	65.2 %
Mehrpersonenhaushalt	47.8	50.0	50.8	34.8 %

Anzahl Zimmer pro Person

0 - ≤1.5 Zimmer	23.7	24.7	26.1	22.1 %
>1.5 - ≤2.5 Zimmer	32.9	35.6	34.0	31.1 %
>2.5 Zimmer	43.4	39.7	39.9	46.8 %

Kulturell-kontextuelle Faktoren

Nationalität

Schweiz	95.5	94.8	93.6	96.9 %
Ausland	4.5	5.2	6.4	3.1 %

Sprachregion

Deutschschweiz	76.6	71.3	67.3	73.1 %
Westschweiz	19.9	23.5	27.5	22.3 %
Tessin	3.6	5.2	5.2	4.6 %

Heimbettdichte*: Mittel-

wert	6.9	6.8	6.6	7.0
------	-----	-----	-----	-----

Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen.

*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens 65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

4.3 Methoden

Für die empirischen Analysen werden die drei abhängigen Variablen Heimaufenthalte, Spitalaufenthalte sowie unterschiedliche Sterbeorte in eigenen Modellen überprüft. Eine empirische Analyse muss dabei jeweils die individuellen, familialen sowie kulturell-kontextuellen Determinanten erfassen und deren Einfluss unter Kontrolle aller anderen im Modell enthaltenen Variablen berechnen. Die beiden Variablen Heim- und Spitalaufenthaltsdauer weisen ein metrisches Skalenniveau auf und beinhalten nur positive ganze Zahlen. Demgegenüber be-

steht die Variable mit den unterschiedlichen Sterbeorten aus vier Ausprägungen, wodurch die Variable als nominalskaliert betrachtet wird (vgl. Diekmann 2005).

Sämtliche Berechnungen werden in STATA, Version 12, durchgeführt (Stata-Corp LP, College Station, Texas, 2011). Zur deskriptiven Analyse werden je nach Skalenniveau Durchschnitte bzw. Anteile berechnet. Als Mass für die Stärke des Zusammenhangs zweier stetiger Variablen werden bei metrisch skalierten Variablen der Korrelationskoeffizient nach Pearson und bei kategorialen Variablen χ^2 -Tests berechnet.

Heim- und Spitalaufenthalte

Bei der Analyse von Heim- und Spitalaufenthaltsdauern muss besonders die extrem rechtsschiefe Verteilung berücksichtigt werden. Sowohl bei den Spital- als auch bei den Heimaufenthalten weist etwa der Unterschied zwischen Median und arithmetischem Mittelwert darauf hin, dass viele Aufenthalte nur kurz sind und es verhältnismässig wenige lange Aufenthalte gibt. Die Null kommt in den Daten verhältnismässig häufig vor. Bei Heim- und Spitaldauern sind dies Personen, die gleich am Eintrittstag in einem Heim oder Spital verstorben sind. Um diese Daten optimal zu analysieren gibt es zwei Möglichkeiten. Man kann entweder multiple lineare Regressionsmodelle oder multiple Regressionsmodelle für Zähldaten rechnen. Wie eine Studie anhand von Testberechnungen herausfand, liefert eine lineare Regression insbesondere bei grossen Stichproben erstaunlich valide Ergebnisse, auch wenn die Verteilung der abhängigen Variable stark von der Normalverteilung abweicht (vgl. Lumley et al. 2002). Ein lineares Modell basiert aber, wenn es für Zähldaten verwendet wird, auf falschen Annahmen: Zähldaten sind nur positive ganze Zahlen, wohingegen normalverteilte Daten stetig sind, also jeden beliebigen Zwischenwert annehmen können. Letztlich ist deshalb ein für Zähldaten optimiertes Regressionsmodell besser geeignet.

Das am häufigsten verwendete Zähldatenmodell ist die Poisson-Regression, welches mittlerweile auch in einigen Studien angewendet wurde (vgl. Berlin et al. 2014; Coxe et al. 2009; Evans et al. 2014; Vittinghoff et al. 2005). Bei der Poisson-Regression wird als abhängige Variable die logarithmierte Rate der interessierenden Grösse y_i als lineare Funktion der unabhängigen Variablen x_i dargestellt:

$$(1) \quad \ln(y_i) = \sum_{j=1}^k \beta_j x_{ji}$$

Dabei steht j für die jeweilige unabhängige Variable, und i repräsentiert die jeweilige Person in den Daten. Die geschätzten Regressionskoeffizienten β_j können

interpretiert werden als die additive Veränderung des logarithmierten Erwartungswerts bei einer Änderung der unabhängigen Variable um eine Einheit. Das Verständnis wird erleichtert, wenn man die Exponentialfunktion auf die geschätzten Koeffizienten anwendet, weil sie dann als multiplikative Veränderung des Erwartungswerts selbst interpretiert werden kann.

Bei Anwendung der Poisson-Regression wird vorausgesetzt, dass die Varianz und das arithmetische Mittel der abhängigen Variable etwa gleich gross sind. Wird diese Annahme verletzt, so können die Standardfehler unterschätzt werden, was zu mehr signifikanten Prädiktoren führen würde, die tatsächlich gar nicht signifikant sind. Diese sogenannte Überdispersion ist in der Praxis häufig, und auch im vorliegenden Fall liegt eine deutliche Überdispersion sowohl bei den Heim- als auch bei den Spitaltagen vor. Um dieses Problem zu lösen, ist ein negativ-binomiales Regressionsmodell gut geeignet, weil es auf einerseits auf der Poisson-Regression beruht und andererseits das Problem der Überdispersion in Poisson-Modellen löst (Hilbe 2007).²⁹ Vereinfacht dargestellt basiert dieses Regressionsmodell auf einer so genannten negativen Binomial-Verteilung anstatt der Poisson-Verteilung. Dabei handelt es sich um eine Verteilung, die eine deutlich grössere Varianz hat, so dass diese Eigenschaft der Daten mit modelliert werden kann.

Bei negativ-binomialen Regressionsmodellen sind besonders drei Aspekte zu berücksichtigen. Als erstes ist die Methode - auch wenn sie in Statistiklehrbüchern (vgl. Hilbe 2007) als Vorgehensweise für Daten mit Überdispersion empfohlen wird - in der epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis kaum verbreitet, was das Verständnis und die Interpretation der Modelle erschweren kann. Zweitens können, wie oben bereits dargestellt, die geschätzten Regressionskoeffizienten kaum direkt interpretiert werden, sondern müssen zunächst mit der Exponentialfunktion transformiert werden. In dieser Arbeit werden stets die bereits transformierten Koeffizienten, hier „Incidence Risk Ratios“ (IRR) genannt, angegeben, die als multiplikative Veränderung der jeweiligen Rate zu interpretieren sind. Zudem werden die 95%-Konfidenzintervalle angegeben, weil diese direkt als mögliche Werte dieser Faktoren verstanden werden können, wohingegen andere Angaben wie z-Werte oder Standardfehler deutlich schwieriger zu interpretieren sind.

²⁹ Für weitergehende Informationen über negativ-binomiale Regressionsmodelle wird empfohlen, das gut lesbare Lehrbuch von Hilbe (2007) zu studieren. Eine Kurzübersicht über die Methode und deren Anwendung in STATA liefert auch die Homepage des Institutes für digitale Forschung und Ausbildung der Universität Los Angeles: <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/dae/nbreg.htm> [Zugriff: 6.2.2015].

Als letztes ist noch die Modellwahl zu beachten. Grundsätzlich wurden in dieser Arbeit die Variablen aus rein inhaltlichen Erwägungen in die Modelle aufgenommen. In einigen Fällen, wo unklar war, ob eine Variable tatsächlich in ein Modell aufgenommen werden soll, wurden das AIC (Akaike-Informationskriterium) und BIC (Bayesianisches Informationskriterium) berechnet, wie im Lehrbuch von Hilbe (2007) vorgeschlagen. Diese Informationskriterien kombinieren ein Mass für die Güte der Modellanpassung mit einem Bestrafungsterm für Modellkomplexität, wobei diese Strafe beim BIC stärker gewichtet wird, wodurch das BIC in der Regel weniger komplexe Modelle bevorzugt. Häufig sind die Ergebnisse von AIC und BIC aber vergleichbar. Es ist zu beachten, dass ein kleinerer Wert dieser Informationskriterien das jeweils bessere Modell auszeichnet. Zur Auswahl des besten Modells wurden in dieser Arbeit die Modelle schrittweise gerechnet und bezüglich AIC und BIC verglichen, etwa indem temporär ausgewählte Interaktionsterme ins Modell integriert wurden. Dabei wurde überprüft, ob sich das Modell im Vergleich zum Modell ohne diese Terme verbessert hat. Letztlich wurden die inhaltlich und statistisch optimalsten Modelle ausgewählt. Weil in den Modellen viele kategoriale Variablen enthalten sind, wurden zusätzlich Likelihood-Quotienten Tests durchgeführt, die einen gemeinsamen p-Wert für einzelne unabhängige Variable berechnen, wodurch Variablen als Ganzes eingeschätzt werden können.

Unterschiedliche Sterbeorte

Bei den Sterbeortanalysen liegt eine abhängige Variable mit nominalem Skalenniveau und vier Ausprägungen vor. In der Praxis werden dabei meist die Kategorien so zusammengelegt, dass letztlich eine binäre Variable in einem logistischen Regressionsmodell analysiert werden kann. Für die Sterbeortanalysen ist dies aber nicht möglich, denn erstens können die Ausprägungen nicht zusammengelegt werden und zweitens verliert man dadurch immer auch viel Informationsgehalt. Deshalb werden die vier Kategorien beibehalten und in einem multinomialen Regressionsmodell analysiert. Dieses Verfahren stellt ein erweitertes logistisches Regressionsmodell dar, bei dem die abhängige Variable mehr als zwei Ausprägungen haben kann. Dabei wird eine Ausprägung als Referenzkategorie festgelegt, und die Resultate der anderen Ausprägungen zeigen dann die jeweiligen Unterschiede zur Referenzkategorie auf. Die Formel des Modells sieht folgendermassen aus (j =Anzahl Ausprägungen der abhängigen Variable):

$$\text{pr}(y_i = 1 | \mathbf{x}_i) = \frac{1}{1 + \sum_{j=2}^J \exp(x_{ij}\beta_j)} \quad \text{für } m=1$$

$$(2) \quad \text{pr}(y_i = m | \mathbf{x}_i) = \frac{\exp(x_{im}\beta_m)}{1 + \sum_{j=2}^J \exp(x_{ij}\beta_j)} \quad \text{für } m > 1$$

Das Hauptproblem von multinomialen Logit-Modellen besteht in der Interpretation der Koeffizienten, weil beispielsweise die Vorzeichen der geschätzten Regressionskoeffizienten schwierig direkt zu interpretieren sind (Kohler & Kreuter 2008:300 ff.; Zimmer & House 2003).³⁰ Diesem Problem wird mit zwei Lösungsansätzen begegnet. Erstens werden anstatt β -Koeffizienten Relative Risk Ratios (RRR) angegeben, die sehr ähnlich wie die von der logistischen Regression bekannten Odds Ratios interpretiert werden können (vgl. Hosmer & Lemeshow 2000).³¹ Daneben werden wiederum die 95%-Konfidenzintervalle angegeben, weil auch bei multinomialen Logit-Modellen z-Werte oder Standardfehler für Nicht-Statistiker schwer zu interpretieren sind. Um das Verständnis zu erleichtern werden ausserdem für einige der besonders wichtigen unabhängigen Variablen wie Bildung, Haus- oder Wohnungsbesitz, Zivilstand und Sprachregion grafische Wahrscheinlichkeitsplots gezeigt. Dadurch erhält man eine sehr präzise Analyse der sich ändernden Wahrscheinlichkeit einer Ausprägung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der jeweils anderen drei Ausprägungen. Ein weiteres Problem von multinomialen logistischen Regressionsmodellen ist, ähnlich wie bei den negativ-binomialen Modellen, ihre ebenfalls geringe Verbreitung in der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis sowie insbesondere die uneinheitliche Art und Weise, wie dem Interpretationsproblem von Koeffizienten begegnet wird.

Zur Modellwahl wurde wie bei den Heim- und Spitalanalysen auf möglichst geringe AIC und BIC Werte innerhalb des Modells geachtet, und schlussendlich wurden die sowohl aus statistischer als auch aus inhaltlicher Sicht besten Modelle ausgewählt. Wiederum wurden Likelihood-Quotienten Tests berechnet.

³⁰ Es gibt in den wissenschaftlichen Journals keinen gemeinsamen Nenner bezüglich Interpretation von β -Koeffizienten in multinomialen Logit-Modellen. In einigen Studien werden Koeffizienten direkt interpretiert (vgl. Reich et al. 2013); andere Studien weisen auf das Problem der Interpretation hin und berechnen grafische Hilfsmittel (vgl. Zimmer & House 2003). Letztlich ist eine zusätzliche grafische Darstellung in jedem Fall hilfreich. Aus pragmatischen Gründen wurde die Auswahl auf einige besonders wichtige unabhängigen Variablen beschränkt.

³¹ Eine gute und praxisbezogene Kurzübersicht über multinomiale Regressionsmodelle im Allgemeinen sowie spezifisch über Umrechnungen von β -Koeffizienten in Relative Risk Ratios (RRR) in STATA liefert die Homepage des Institutes für digitale Forschung und Ausbildung der Universität Los Angeles: <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/dae/mlogit.htm> [Zugriff: 6.2.2015].

5 Heimaufenthalte

In diesem Kapitel werden die Determinanten der Länge des letzten Heimaufenthaltes vor dem Tod von Personen untersucht, die im Jahr 2007 oder 2008 im gleichen Heim verstorben sind. Dabei interessiert vor allem, weshalb ein Heimaufenthalt länger oder kürzer dauert. In dieser Art und Weise wurde Gesundheit und Gesundheitsversorgung bis anhin nur selten untersucht, weshalb man sich beim Forschungsstand auch an Studien orientieren sollte, die einen möglichst vergleichbaren Faktor untersuchten. Die Heimaufenthaltsdauer hat gegenüber bisherigen, meist binären Indikatoren wie etwa einen Heimübertritt, den Vorteil, die zeitliche Komponente zu berücksichtigen. Dies ermöglicht es, zumindest vom Ansatz her, die Kompressions- oder Expansionsthese auf soziale und gesundheitliche Ungleichheiten hin zu überprüfen (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2005). Auf der anderen Seite hat man den Nachteil, die Resultate kaum mit bisherigen Studien detailliert vergleichen zu können, wodurch man bezüglich Reliabilität und Validität von empirischer Seite her nur eingeschränkte Aussagen treffen kann; dazu wären schlicht mehr Studien notwendig.

5.1 Forschungsstand

Beim Forschungsstand kommt neben dem allgemeinen Fehlen von soziologischen Studien über das hohe Alter noch dazu, dass es auch wenige epidemiologische bzw. sozialepidemiologische Untersuchungen über Alters- und Pflegeheime gibt. Zudem stellt sich auch die Frage, inwiefern man Studien aus anderen Ländern, in denen beispielsweise aufgrund eines anderen Krankenversicherungswesens Heime eine ganz andere Funktion erfüllen und vielleicht primär für spezifische Bevölkerungsschichten gedacht sind, mit der Situation in der Schweiz vergleichen kann.

Bezüglich Grundlagen zur Pflegeheimplanung in einzelnen Kantonen und Regionen verfügt die Schweiz inzwischen über eine gute Datenbasis. Diese setzt sich aus den demografischen Szenarien des BFS, den empirisch abgestützten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten sowie den Daten zum Pflegebedarf in Alters- und Pflegeheimen aus der SOMED zusammen; leider mit den oben be-

schriebenen Einschränkungen der Datenqualität (Bayer-Oglesby & Höpflinger 2010). Dadurch existiert auf administrativer Ebene eine statistische Grundlage, die für Planungen wie etwa den zukünftig zu erwarteten Pflegebedarf benutzt werden kann. Für die sozialwissenschaftliche Fragestellung sind diese Daten ohne weitere Informationen wie etwa Bildung oder Zivilstand aber nur bedingt zu gebrauchen; erst durch die Verknüpfungen mit der SNC und der MedStat entstand eine Datengrundlage, die notwendig ist, um die in dieser Arbeit gestellten Forschungsfragen zu beantworten. Des Weiteren existiert noch eine weitere Erhebung des BFS über den Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) (vgl. Bundesamt für Statistik 2012a).³² Diese Untersuchung enthält zwar neben Gesundheitsangaben auch soziodemografische Informationen, ist aber eine Zufallsstichprobe und keine Vollerhebung und beinhaltet keine Informationen über medizinische Diagnosen oder die Länge der Heimaufenthalte, wodurch auch keine Verknüpfung mit der SNC oder anderen Quellen möglich ist. Vermutlich sind auch in vielen anderen Ländern fehlende Daten über Heime bzw. heimbezogene Informationen häufig der Grund, weshalb es nur wenige Studien über Alters- und Pflegeheime gibt (vgl. Berger et al. 2002). In den skandinavischen Ländern hingegen ermöglicht eine generelle anonyme Personennummer die Verknüpfung von Individualdaten aus diversen Quellen, wodurch für die sozialwissenschaftliche und epidemiologische Forschung eine sehr umfangreiche Datenquelle zur Verfügung steht (Rosén 2002).

Generell wichtig ist bei sämtlichen Analysen über Heime das Geschlecht, weil Frauen ein deutlich höheres Risiko haben, in ein Heim einzutreten als Männer (vgl. Martikainen et al. 2009). Auch der Gesundheitszustand ist wichtig, denn besonders chronische Krankheiten erhöhen das Risiko für Heimeintritte (vgl. Grundy & Jitlal 2007). Eine Studie aus Finnland zeigt, dass die Rate der Pflegebedürftigkeit bzw. Anzahl Alters- und Pflegeheimtage mit zunehmendem Alter stark ansteigt, wobei Frauen deutlich mehr Tage in Anspruch nahmen als Männer und die Rate besonders im letzten Lebensjahr stark zunimmt. Weiterhin findet man grosse Unterschiede bei den Todesursachen. Beispielsweise sind Personen, die letztlich an Demenz verstorben sind, in den letzten sieben Jahren vor dem Tod rund doppelt so viele Tage in Heimen oder Spitälern als solche, die an anderen Ursachen verstorben sind. Hierbei sind insbesondere die Disparitäten bei der Anzahl Tagen in Alters- und Pflegeheimen auffällig. Neben diesen zu erwartenden

³² Weitere Informationen über die EGPI:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/esai/02.html [Zugriff: 9.2.2015].

Effekten zeigen sich auch bei der Bildung Differenzen: Personen mit Grundbildung verbringen durchschnittlich und kontrolliert auf Alterseffekte in den letzten sieben Jahren vor dem Tod rund 40 Tage mehr in Pflegeheimen gegenüber Personen mit höherer Ausbildung (Martikainen et al. 2012). Eine ähnliche Untersuchung wiederum aus Finnland zeigt auf, dass neben zunehmendem Alter auch ein tieferer sozioökonomischer Status die Heimeintrittswahrscheinlichkeit generell erhöht (Martikainen et al. 2009). Zum gleichen Resultat kommt auch eine Studie aus England (Grundy & Jitlal 2007). Wie Berechnungen anhand von Daten aus Deutschland über Determinanten des Heimeintrittes ergeben, ist die Heimeintrittsrate mit zunehmendem Lebensalter nicht primär auf eine schlechter werdende Gesundheit zurückzuführen, sondern sie hängt vielmehr mit sich verringernden sozialen Beziehungen zusammen (Klein 1998). Eine Studie aus Ägypten findet empirische Evidenz für mehr Einschränkungen in alltäglichen Funktionen (ADL) sowie generell mehr Pflegebedürftigkeit bei älteren Personen mit tieferem sozioökonomischen Status gegenüber Personen mit höherem sozialen Status (Boggatz et al. 2010).

Auch bei den familialen Determinanten zeigen sich Effekte. Beispielsweise verbringen verheiratete Männer und Frauen in Finnland in den letzten sieben Jahren vor dem Tod weniger Tage in Heimen oder Spitälern als nicht Verheiratete. Bei den Männern ist der Unterschied verhältnismässig ausgeprägter als bei den Frauen; die Gesamtdauer hingegen ist bei Frauen deutlich länger (Martikainen et al. 2012). Zudem ist bei Alleinlebenden und Nicht-verheirateten das Risiko eines Heimeintrittes generell höher (vgl. Grundy & Jitlal 2007; Martikainen et al. 2009). Weiterhin ist eine höhere Heimeintrittsrate von Frauen primär durch ihre häufigere Verwitwung zu erklären. Dabei ist besonders die Familie wichtig, denn nicht-familiale Netzwerke spielen bezüglich Heimeintrittsrate nur eine marginale Rolle (Klein 1998).

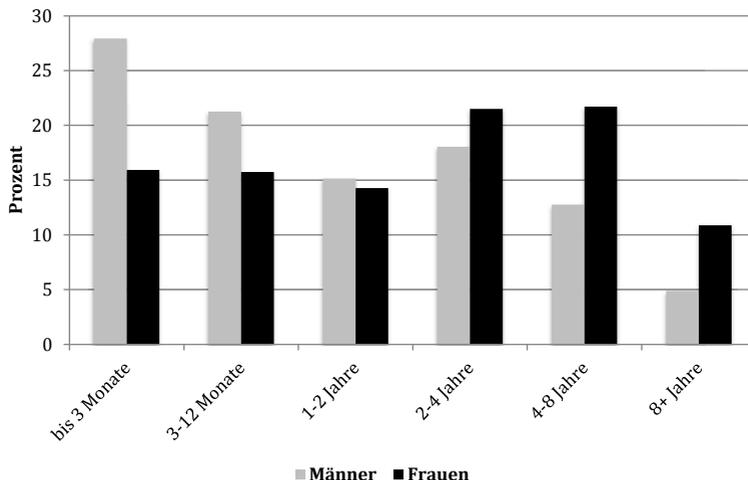
Inwiefern kulturell-kontextuelle Unterschiede die Heimaufenthaltsdauer beeinflussen, ist nicht klar zu beurteilen. Mögliche kulturelle und strukturelle Unterschiede zwischen den Kantonen dürften oft auch mit der Heterogenität zusammenhängen, wodurch Vergleiche teilweise schwierig werden; beispielsweise wenn man einen ländlich geprägten Kanton mit einem städtisch geprägten Kanton vergleicht. Anhand der Heimbettendichte pro 1000 Einwohner nach Kanton, bezogen auf die Bevölkerung ab 65 Jahren, lässt sich aber eine leichte Ost-West-Tendenz erkennen. Kantone mit verhältnismässig vielen Heimbetten sind eher deutschsprachig und solche mit weniger eher französisch- oder italienischsprachig (Bayer-Oglesby & Höpflinger 2010).

5.2 Deskriptive Analysen

Wenn man die obigen Ausführungen sowie die angesprochenen Ergebnisse bisheriger Studien berücksichtigt, scheint es stringent, durchwegs separate Modelle für beide Geschlechter zu rechnen (vgl. Grundy & Jitlal 2007; Klein 1998; Martikainen et al. 2009, 2012). Bei diesen Analysen wird die Anzahl Tage des letzten Heimaufenthaltes vor dem Tod bei Personen ab 65 Jahren, die auch frühestens mit 65 Jahren in ein Heim eintraten und danach im gleichen Heim verstorben sind, verwendet. Dabei wird die Variable bewusst so wenig wie möglich eingeschränkt, um möglichst alle Charakteristiken der Dauer abzudecken. Beispielsweise gibt es 17 Männer und 25 Frauen, die gleich am ersten Tag im Heim verstarben und dadurch eine Aufenthaltsdauer von null Tagen haben. Demgegenüber gibt es auch Langzeitaufenthalter mit einem weit über zehn Jahre dauernden Heimaufenthalt. Die Untersuchungspopulation setzt sich aus N=11'486 Männern und N=24'252 Frauen zusammen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 730.1 Tage (Standardabweichung: 1071.7) bei Männern und 1250.2 Tage (Standardabweichung: 1343.8) bei den Frauen. Der Median der Aufenthaltsdauer beträgt 381.5 Tage bei den Männern und 849 Tage bei den Frauen. Dieser Unterschied der beiden verschiedenen Mittelwerte ist zu erwarten und entspricht der Struktur von Zähldaten. Die minimale Anzahl Tage beträgt bei beiden Geschlechtern null Tage und maximal 10'547 Tage (ca. 29 Jahre) bei den Männern und 12'176 Tage (ca. 33 Jahre) bei den Frauen. Diese Maximalwerte sind zwar sehr hoch, aber theoretisch möglich und scheinen bei einer Vollerhebung realistisch zu sein.

Die Abbildung 5.1 zeigt die unterschiedlich langen Heimaufenthaltsdauern in Kategorien von Frauen und Männern auf.

Abbildung 5.1: Heimaufenthaltsdauer nach Geschlecht



Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252.

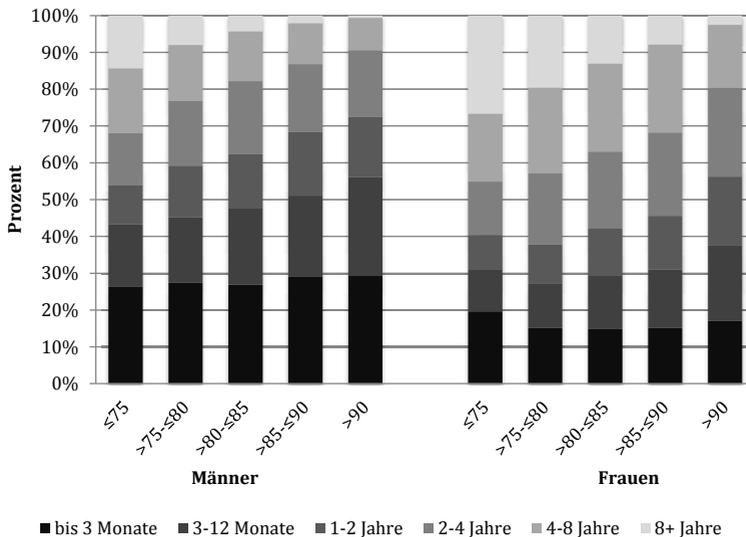
Frauen stellen demnach nicht nur generell die Mehrheit in Heimen, sondern bleiben auch deutlich länger dort, wie die Grafik und die durchschnittliche Dauer zeigen. Auffällig sind dabei besonders die Unterschiede bei den Extremen. Während die Männer bei den maximal einjährigen Aufenthalten verhältnismässig deutlich übervertreten sind, ist es bei den ab vier Jahre dauernden Aufenthalten genau umgekehrt. Etwas über 10 % der Frauen bleiben über 8 Jahre (2920 Tage) im Heim vor dem Tod. Vermutlich hängt dies neben der generell höheren Lebenserwartung von Frauen auch mit den durchschnittlich älteren Partnern zusammen, die, wenn die Ehefrau pflegebedürftig wird, häufig bereits verstorben sind und sie dadurch gar nicht mehr pflegen können, wodurch ein Heimeintritt für viele Frauen unumgänglich wird, sofern nicht andere Verwandte oder ein professioneller ambulanter Pflegedienst einspringt.

Die Zahlen machen zudem deutlich, wie stark Heime für ihre Insassen die letzte Lebensphase prägen. Demnach ist es in erster Linie für Frauen durchaus möglich, mehr als 10 % der gesamten Lebenszeit in einem Heim zu verbringen. Heime sind dadurch viel mehr als reine Pflegestationen, sie prägen das soziale Leben der Bewohner oder können auch teilweise langwierige soziale Sterbeprozesse einleiten, besonders wenn die Menschen vielleicht viel lieber in einer Privatwohnung

leben würden und den Heimeintritt als erzwungen auffassen. Auch die oben diskutierten Aspekte des Wohnens dürften bei langen Aufenthalten relevant sein, denn häufig leben alte Menschen, insbesondere stark pflegeabhängige Heimbewohner, in sehr kleinräumigen Umwelten, was implizit bedeutet, dass diese Menschen sehr viel Zeit in ihrem Zimmer verbringen (vgl. Backes & Clemens 2008).

Die deskriptive Verteilung des genauen Eintrittsalters, aufgeteilt in vier ähnlich grosse Altersgruppen (Abbildung 5.2), verdeutlicht die Geschlechterunterschiede nochmals.

Abbildung 5.2: Heimaufenthaltsdauer nach Altersgruppen



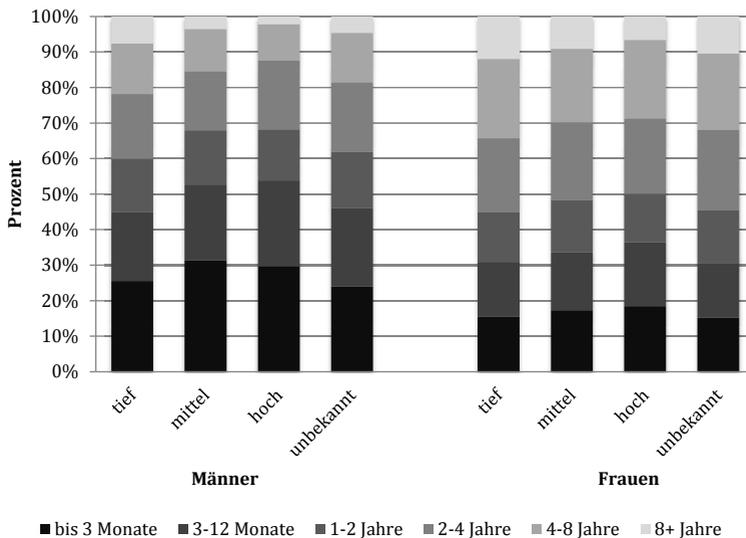
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. Korrelationen (pearson), Heimaufenthaltsdauer und Alter als metrische Variablen: Männer: $r=-0.23$, $p<0.001$; Frauen: $r=-0.26$, $p<0.001$.

Die Männer treten durchschnittlich um einiges früher in ein Heim ein als Frauen und bleiben auch kürzer. Das durchschnittliche Eintrittsalter beträgt bei den Männern 83.6 und bei den Frauen 85.2 Jahre. Anhand der altersspezifischen Analysen wird ersichtlich, dass die verhältnismässig sehr langen Aufenthalte mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern immer seltener werden. Die Per-

sonengruppe der über 90-Jährigen, welche insgesamt mehr als acht Jahre im Heim verbringt, ist sowohl bei den Männern (N=13) als auch bei den Frauen (N=152) sehr klein. Diese Tatsache wird auch durch die negativen Korrelationskoeffizienten bestätigt.

Die Aufteilung der Aufenthaltsdauer anhand unterschiedlich hohen Bildungsniveaus zeigt hingegen auf den ersten Blick ähnliche Charakteristiken bei Frauen und Männern (Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3: Heimaufenthaltsdauer nach Bildungsabschluss

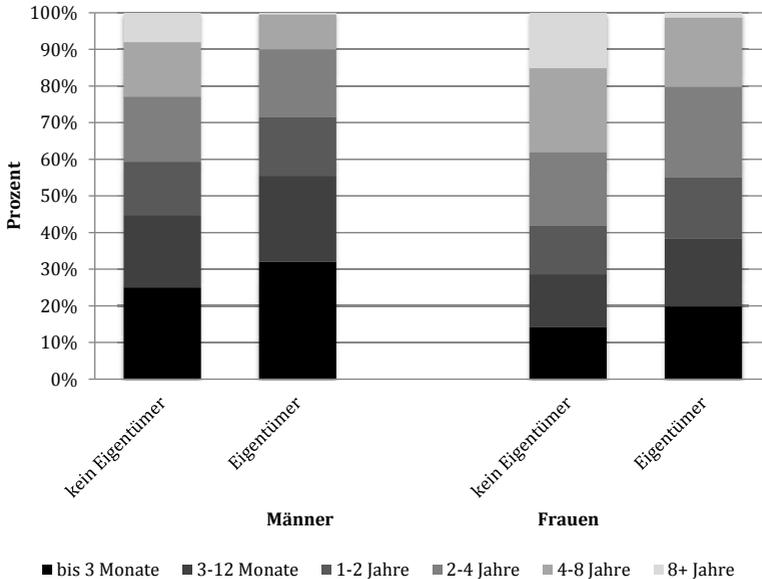


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Tendenziell lässt sich bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der Aufenthaltsdauer mit zunehmender Bildung erkennen. Die heterogene Gruppe der Unbekannten weist bei den Frauen viele Ähnlichkeiten mit den am tiefsten gebildeten Personen auf, während sie bei den Männern eher einen Mix zwischen tief- und mittel ausgebildeten Personen darstellt. Die signifikanten χ^2 -Tests weisen ebenfalls auf einen Bildungsgradienten hin, allerdings muss sich dieser im multivariaten Modell noch bestätigen.

Das Wohn- oder Hauseigentum zeigt wiederum viele Gemeinsamkeiten beider Geschlechter auf, jeweils unter der Bedingung, dass Frauen generell längere Aufenthalte haben (Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4: Heimaufenthaltsdauer nach Wohneigentum

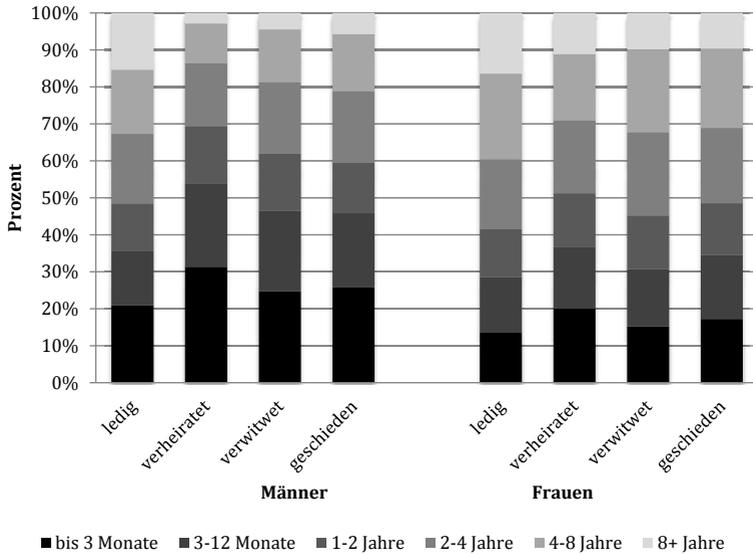


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Die Kluft zwischen Eigentümern und Nicht-Eigentümern unterstreicht wie wichtig dieser Indikator für diese Analysen ist. Demnach haben Eigentümer von Häusern oder Wohnungen eine durchwegs kürzere durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer als Nicht-Eigentümer. Dabei wird die Gruppe der Personen, die über 8 Jahre in einem Heim verbrachten und gleichzeitig Eigentümer sind, sowohl bei Männern (N=17) und Frauen (N=99) sehr klein. Bei den Männern ist der Anteil an Eigentümern mit 40.9% rund 10% höher als bei den Frauen mit 30.7%, jeweils innerhalb der Gesamtstichprobe pro Geschlecht.

Die Analyse des Zivilstandes beim Heimeintritt zeigt bei beiden Geschlechtern ähnliche Charakteristiken (Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5: Heimaufenthaltsdauer nach Zivilstand

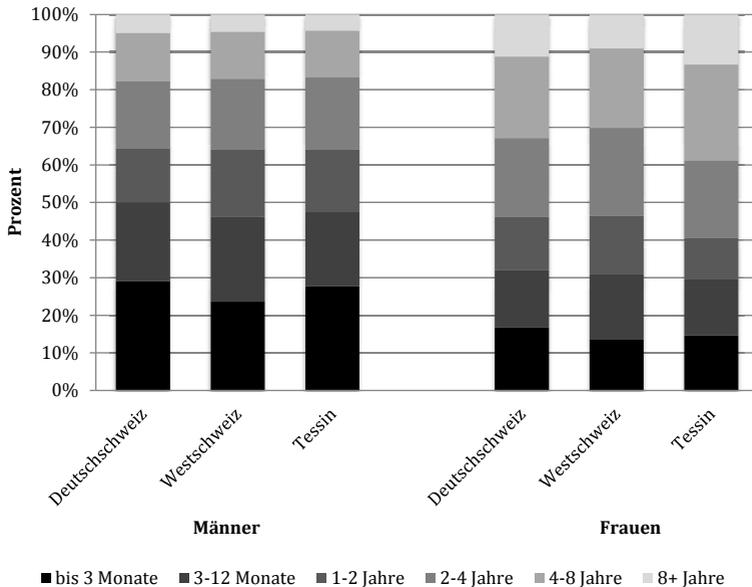


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Auffallend ist die verhältnismässig hohe Anzahl der Ledigen bei den sehr langen Aufenthalten, während sich die Verwitweten und Geschiedenen hierbei nicht sehr ausgeprägt von den Verheirateten unterscheiden. Insgesamt zeigt sich aber eindeutig, dass die Verheirateten die verhältnismässig kürzesten Aufenthalte haben.

In Abbildung 5.6 ist die Heimaufenthaltsdauer nach Sprachregion differenziert.

Abbildung 5.6: Heimaufenthaltsdauer nach Sprachregion



Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Bemerkenswert sind insbesondere die Unterschiede zwischen der Deutsch- und Westschweiz bei den verhältnismässig kurzen Aufenthaltsdauern. Während in der Deutschschweiz kurze Aufenthalte bis 3 Monate vor allem bei Männern noch verhältnismässig häufig sind, so ist dieser Anteil in der Westschweiz deutlich geringer. Demgegenüber zeigen sich bei den langen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern bei den Männern kaum Unterschiede zwischen den Sprachregionen, während bei den Frauen die Anteile der verhältnismässig langen Aufenthalte in der Deutschschweiz und im Tessin grösser sind als in der Westschweiz.

5.3 Determinanten der Heimaufenthaltsdauer

Als nächstes stellt sich die Frage, wie die Einflüsse einzelner Variablen in einem multivariaten Modell unter der Kontrolle aller anderen Variablen aussehen. Dazu wird je ein negativ-binomiales Regressionsmodell pro Geschlecht mit der Dauer

des letzten Heimaufenthaltes in Tagen als abhängige Variable gerechnet (Tabelle 5.1). Aufgrund der einfacheren Interpretation werden anstatt b-Koeffizienten sogenannte Incidence Rate Ratios (IRR) angegeben. Dazu ein einfaches fiktives Interpretationsbeispiel anhand der Bildung als unabhängiger Variable und der Anzahl Tage im Heim als abhängiger Variable. Ein Wert von beispielsweise 1.5 für „tief“ gegenüber der Referenzgruppe „mittel“ würde bedeuten, dass tiefer gebildete Personen gegenüber mittel gebildeten Personen - unter Kontrolle aller anderen im Modell enthaltenen Variablen - eine 1.5 Mal höhere Rate an Anzahl Tagen im Heim hätten. Anders formuliert wäre die erwartete Anzahl Tage der tief Gebildeten also um den Faktor 1.5 höher als die der mittel Gebildeten.³³ Bei den 95%-Konfidenzintervallen ist die eins bei zum 5%-Signifikanzniveau signifikanten Koeffizienten nicht im Intervall enthalten. Zur besseren Lesbarkeit sind die signifikanten Resultate ($p < 0.05$) fett gedruckt.

³³ Für weitere Informationen über negativ-binomiale Regressionsmodelle wird die Homepage des Institutes für digitale Forschung und Ausbildung der Universität Los Angeles empfohlen: http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/output/stata_nbreg_output.htm [Zugriff: 13.2.2015].

Tabelle 5.1: Negativ-binomiale Regressionsmodelle der Heimaufenthaltsdauer

	Männer		Frauen	
	IRR	95%-KI	IRR	95%-KI
Individuelle Faktoren				
Alter (zum Eintrittszeitpunkt) (p<0.001)	0.96	0.96-0.97	0.96	0.95-0.96
Bildung (p<0.001)				
<i>mittel (Referenz)</i>	1.00		1.00	
tief	1.17	1.10-1.23	1.09	1.06-1.13
hoch	0.98	0.91-1.05	0.96	0.88-1.05
unbekannt	1.10	1.03-1.17	0.98	0.94-1.02
Haus- oder Wohnungseigentümer (p<0.001)				
<i>kein Eigentümer</i>	1.00		1.00	
Eigentümer	0.67	0.64-0.71	0.65	0.63-0.67
Todesursache (p<0.001)				
<i>Krebs</i>	1.00		1.00	
Herzinfarkt	1.75	1.62-1.88	1.89	1.79-1.99
COPD	1.63	1.46-1.82	1.58	1.44-1.75
Demenz	1.93	1.79-2.09	1.96	1.86-2.06
Schlaganfall	2.02	1.85-2.21	1.79	1.68-1.90
Übrige	1.91	1.80-2.04	1.91	1.83-2.00
Pflegestufe (p<0.001)				
<i>tief</i>	1.00		1.00	
mittel	0.71	0.67-0.75	0.86	0.83-0.89
hoch	0.55	0.52-0.58	0.81	0.78-0.84
unbekannt	0.30	0.27-0.33	0.44	0.41-0.48
Multimorbidität (Männer: p<0.001; Frauen: p<0.05)				
<i>nein</i>	1.00		1.00	
nicht diagnostiziert	0.96	0.89-1.03	1.03	0.99-1.07
ja	1.07	1.02-1.13	0.98	0.95-1.01
Hospitalisation in den letzten 365 Tagen (p<0.001)				
<i>nein</i>	1.00		1.00	
ja	0.36	0.35-0.38	0.42	0.41-0.43

...Fortsetzung von Tabelle 5.1

Familiale Faktoren

Zivilstand (zum Eintrittszeitpunkt) (p<0.001)

verheiratet	1.00		1.00	
ledig	1.36	1.24-1.48	1.17	1.10-1.24
verwitwet	1.23	1.17-1.29	1.17	1.13-1.22
geschieden	1.14	1.03-1.25	0.95	0.89-1.01

Kinder (p<0.001)

ja	1.00		1.00	
nein	1.16	1.08-1.24	1.10	1.05-1.14
unbekannt	1.16	1.06-1.27	1.22	1.15-1.28

Kulturell-kontextuelle Faktoren

Nationalität (p<0.001)

Schweiz	1.00		1.00	
Ausland	0.77	0.69-0.85	0.83	0.76-0.89

Sprachregion (Männer: p<0.05; Frauen: p<0.001)

Deutscheschweiz	1.00		1.00	
Westschweiz	0.95	0.89-1.01	0.99	0.96-1.03
Tessin	1.16	1.04-1.31	1.24	1.16-1.32

Dichte der Heimbetten nach Region (n.s.)

Heimbedtdichte*	1.00	0.98-1.01	1.01	1.00-1.01
-----------------	------	-----------	------	-----------

IRR=Relative Risk Ratios, fett gedruckt: p<0.05, n. s.=nicht signifikant

p-Werte berechnet pro Variable mit dem Likelihood-Quotienten-Test und, sofern nur einmal angegeben, in beiden Modellen identisch.

*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens 65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252.

Der Einfluss des Alters zum Eintrittszeitpunkt scheint auf den ersten Blick einleuchtend. Je früher man in ein Heim eintritt, umso länger dauert der Aufenthalt. Gerade weil es der letzte Aufenthalt ist, dürfte dies vor allem dadurch begründet sein, dass man im sehr hohen Alter keinen beliebig langen Aufenthalt haben kann.

Bei der Variable „höchster abgeschlossener Bildungsabschluss“ lässt sich teilweise ein Bildungsgradient ablesen. Zwar unterscheiden sich die Personen mit dem höchsten Abschluss nicht signifikant von solchen mit einem mittleren Niveau, aber Frauen und Männer mit tiefem Niveau haben signifikant längere Heimaufenthalte als die Referenzgruppe „mittel“. Wie bereits im Theorieteil erwähnt

wurden keine starken, aber doch nachweisbare Bildungseffekte erwartet; und in dieser Art präsentieren sich die Resultate. Die heterogene Gruppe „unbekannt“ setzt sich bei Männern offensichtlich vorwiegend aus Personen zusammen, die denen der Gruppe „tief“ ähneln, während dies bei den Frauen weniger eindeutig ist. Die vermuteten Effekte des sozioökonomischen Status werden beim Wohneigentum nochmals bestätigt. Männer und Frauen, welche im Jahr 2000 eine eigene Wohnung oder ein eigenes Haus besaßen, haben eine signifikant geringere Heimaufenthaltsdauer als solche ohne Haus- oder Wohnungsbesitz. Unter dem Strich untermauern diese beiden Variablen einen signifikanten Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Heimaufenthaltsdauer bei beiden Geschlechtern, was für die Kumulations- oder Kontinuitätsthese spricht (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009).

Bei den Todesursachen finden sich einige, die besonders nach längeren Aufhalten besonders häufig vorkommen. Während Frauen und Männer, die letztlich an Krebs verstorben sind, verhältnismässig kurz im Heim bleiben, vielleicht weil sie früher sterben oder im Spital behandelt werden, sind beispielsweise Demenz und Schlaganfall typische Todesursachen nach längeren Heimaufhalten. Der Gesundheitsbericht des BFS von 2012 fand generell hohe Prävalenzraten von Demenz bei Alters- und Pflegeheimbewohnern, wobei die Häufigkeit besonders im hohen Alter ab 85 Jahren stark zunimmt (vgl. Bundesamt für Statistik 2012c). Interessant ist auch der Vergleich mit einer Studie aus Deutschland, die herausfand, dass Demenzkranke in Alters- und Pflegeheimen ein höheres relatives Sterberisiko hatten als wenn sie zu Hause gepflegt wurden (Lankers et al. 2010). Dies könnte die Rate, die zwar hoch ausfällt, aber beispielsweise bei den Männern noch von den an Schlaganfall Verstorbenen übertroffen wird, erklären.

Die Pflegestufen zeigen einleuchtende und logische Effekte, obwohl die Operationalisierung eher schwierig und keineswegs optimal war. Demnach haben Männer und Frauen, die beim Eintritt einer tieferen Pflegestufe zugeteilt wurden, eine durchschnittlich längere Heimaufenthaltsdauer vor sich, oder anders formuliert und auf den letzten Heimaufenthalt bezogen, eine höhere Überlebenschance. Stark pflegebedürftige Personen sind vermutlich durchschnittlich bei schlechterer Gesundheit, wodurch ein längerer Heimaufenthalt gar nicht mehr möglich sein kann. Die Personengruppe mit der Pflegestufe „unbekannt“ scheint besonders kurze Heimaufenthaltsdauern zu haben. Die Charakteristik der Variable ist bei beiden Geschlechtern ähnlich, wenngleich die Effekte bei den Männern etwas stärker ausgeprägt sind. Multimorbidität wirkt sich hingegen bei beiden Geschlechtern unterschiedlich auf die Heimaufenthaltsdauer aus. Wäh-

rend bei den Frauen die Diagnose von mindestens zwei chronischen Krankheiten gleichzeitig im Zeitraum von zwei bis sechs Jahren vor dem Tod keinen signifikanten Einfluss auf die Heimaufenthaltsdauer hat, verlängert diese bei den Männern den Aufenthalt signifikant. Allerdings ist der Effekt bei denen, die im besagten Zeitraum keinen Spitalaufenthalt hatten, nicht signifikant. Eine Hospitalisation im letzten Lebensjahr ist anhand dieser starken und signifikanten Effekte ein klares Indiz für schlechter werdende Gesundheit sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Ein Spitalaufenthalt, egal wie lange er dauert, verkürzt somit die durchschnittliche Heimaufenthaltsdauer massiv und sorgt letzten Endes für eine höhere Mortalitätsrate.

Wie wichtig familiäre Faktoren sind, zeigt sich beispielsweise beim Zivilstand. Verheiratete Männer haben eine signifikant kürzere Aufenthaltsdauer als ledige, verwitwete oder geschiedene Männer. Auch verheiratete Frauen verbringen signifikant weniger Tage in Alters- oder Pflegeheimen als ledige oder verwitwete Frauen. Interessanterweise ist der Effekt bei den geschiedenen Frauen nicht signifikant. Dieser Befund – und generell die schwächeren Effekte bei Frauen – sind erstaunlich, denn aufgrund der verhältnismässig viel mehr alleinlebenden Frauen im Alter würde man eher stärkere Effekte bei den Frauen vermuten (vgl. Backes & Clemens 2008). Generell hängt ein grosser Teil dieser Effekte vermutlich damit zusammen, dass bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit eines Partners der andere Ehepartner die Pflege übernimmt. Demgegenüber können Alleinlebende nicht (falls ledig) bzw. nicht mehr (Verwitwung oder Scheidung) auf diese Option zurückgreifen und sind bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit auf die Hilfe anderer angewiesen, was für einige mit einem früheren Heimeintritt verbunden sein dürfte und dadurch die Wahrscheinlichkeit eines längeren Aufenthaltes erhöht. Neben dem Zivilstand haben auch Kinder einen Einfluss auf die Heimaufenthaltsdauer: Sowohl bei Männern als auch bei Frauen verkürzen Kinder die Dauer signifikant. Wahrscheinlich beruht dies, ähnlich wie bei einem Ehepartner, ebenfalls auf der möglichen Bereitschaft der Kinder, die Eltern zu pflegen.

Die Effekte der Nationalität sind schwierig zu beurteilen und hängen vermutlich auch mit den entsprechenden Nationalitäten der Ausländer zusammen. Wenn beispielsweise viele Ausländer vorwiegend aus Ländern stammen, in denen ältere Menschen häufiger als in der Schweiz von der eigenen Familie oder den Angehörigen gepflegt werden, wie beispielsweise Italien, und das Heim als Institution nicht in dem Umfang wie in der Schweiz verbreitet bzw. anerkannt ist, könnte dies einen Teil dieses Effektes erklären (vgl. Haberkern 2009). Alternativ stellt sich die Frage, inwiefern der Healthy-migrant Effekt wirkt (vgl. Razum 2009).

Dies lässt sich aber an dieser Stelle noch nicht abschliessend beurteilen, denn es könnte ja beispielsweise auch sein, dass Ausländer mehr und häufiger hospitalisiert werden, was insgesamt für eine schlechtere Gesundheit sprechen könnte. Der Effekt ist bei beiden Geschlechtern signifikant und ähnlich stark.

Die Resultate der weiteren kulturell-kontextuellen Indikatoren fallen heterogen aus. Zwischen der Deutsch- und Westschweiz unterscheiden sich die Koeffizienten bei Männern und Frauen nicht signifikant, während der letzte Heimaufenthalt im Tessin für Männer und Frauen durchschnittlich signifikant länger dauert als in der Deutschschweiz. Dieses Resultat bestätigt aber nicht, dass es keine kulturellen Unterschiede gibt, denn es wäre auch möglich, dass sich die Personengruppe in Heimen zwischen der Deutsch- und Westschweiz beispielsweise im Gesundheitsstatus unterscheidet, was theoretisch unabhängig von der Aufenthaltsdauer sein kann. Die Heimbettichte pro Region hat keinen signifikanten Einfluss, was auf den ersten Blick überrascht. Dadurch ist die Dauer der Heimaufenthalte nicht von dem Angebot an Heimplätzen abhängig, was beispielsweise für eine generell gute Verfügbarkeit von Heimplätzen sprechen könnte.

5.4 Zwischenfazit

Insgesamt präsentieren sich die Resultate im Einklang mit den theoretischen Ausführungen. Man kann zusammenfassend festhalten, dass die Heimaufenthaltsdauer von einer Vielzahl ganz verschiedener Determinanten auf individueller, familialer sowie kulturell-kontextueller Ebene signifikant beeinflusst wird.

Bei den Gesundheitsindikatoren sind besonders die unterschiedlichen Pflegestufen interessant, weil sie etwa im Gegensatz zu den Todesursachen zeitlich dem darauffolgenden Aufenthalt vorgelagert sind und diesen dadurch direkt beeinflussen können. Weiterhin kann man sie als einen heimspezifischen Gesundheitsindikator interpretieren. Die Resultate sind ausserdem erstaunlich stabil und zeigen eine eindeutige Tendenz, die angesichts der schwierigen Operationalisierung so nicht zu erwarten war. Eine bisherige Studie von Borchert & Rothgang (2008), welche den sozialen Einfluss auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit von älteren Männern untersuchte, fand heraus, dass insbesondere Männer mit niedrigerem sozioökonomischen Status ein höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden, als Männer mit höherem sozioökonomischen Status. Dieser Befund zeigte sich aber vor allem bei eher tieferen Pflegestufen und weniger bei hohen Pflegestufen, bei denen vielmehr medizinische Determinanten entscheidend waren. Borchert und Rothgang meinen, bei tieferen Pflegestufen gelte dem-

entsprechend eher die Kontinuitätsthese, während bei höheren Pflegestufen eine Nivellierung zum Tragen komme, die letztlich den Einfluss sozialstruktureller Faktoren zum verschwinden bringe und damit eher für die These der Altersbedingtheit spreche (Borchert & Rothgang 2008). Demnach wären also die Männer und vermutlich auch die Frauen, die beim Heimeintritt einer tiefen Stufe zugeteilt werden und dementsprechend einen durchschnittlich längeren Heimaufenthalt hatten, eine Personengruppe mit eher tieferem sozialen Status. Diese Vermutung wird durch die Befunde aus diesen Berechnungen untermauert. Personen mit tieferer Bildung und/oder ohne Haus- oder Wohneigentum haben ebenfalls durchschnittlich längere Aufenthalte als besser gebildete Personen oder Haus- und Wohneigentümer.

Die oben diskutierten Arbeitshypothesen werden dadurch mehrheitlich bestätigt. Letztlich sind es also nicht die kränksten bzw. pflegebedürftigsten Personen, die besonders lange Aufenthalte haben, sondern eher solche, die bereits bei wenig Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nicht mehr in einer Privatwohnung leben können und vermutlich auch weniger in der Lage sind, die generelle Wohnsituation den Bedürfnissen schlechter werdender Gesundheit bzw. zunehmender Pflegebedürftigkeit anzupassen. Wenn man weiterhin davon ausgeht, dass Personen mit tieferem sozioökonomischen Status im Alter eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit haben als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (vgl. Barnett et al. 2012; Huisman et al. 2003; Mackenbach et al. 1997), könnte dies generell zu einem früheren Heimeintritt bzw. längeren Heimaufenthalt führen; wenngleich die Pflegestufe anfangs noch tief sein kann wird das Risiko eines Heimeintrittes für diese Personen aber aufgrund von verhältnismässig geringen Einschränkungen bereits merklich erhöht.

Inwieweit es gelungen ist, insbesondere beim sozioökonomischen Status die Biographie der Personen zu berücksichtigen, ist schwierig zu beurteilen. Immerhin findet man sowohl bei der Bildung, die aus Sicht der Personen am Lebensende normalerweise relativ früh erworben wurde und danach den gesamten Lebensverlauf prägte (vgl. Hradil 2009), als auch bei dem Wohnungs- oder Hausbesitz, welcher vielleicht erst im späteren Leben erworben wurde, bei zwei grundsätzlich verschiedenen Indikatoren vergleichbare Effekte, die unabhängig voneinander den Einfluss des sozioökonomischen Status bestätigen. Im Grossen und Ganzen zeigt sich bei den Analysen der Heimaufenthaltsdauer empirische Evidenz für die Kontinuitäts- und Kumulationsthese sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Lebensalter (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009). Bei Heimaufenthalt vor dem Tod kann man keineswegs – wie die Destrukturierungs- oder

Altersbedingtheitsstese impliziert – von einer Überlagerung von gesundheitlichen durch sozioökonomische Faktoren sprechen, weil letzten Endes beide Indikatoren unabhängig voneinander relevant sind, ob man vor dem Tod mehr oder weniger Zeit in einem Alters- oder Pflegeheim verbringt.

Auch die Befunde beim familialen Status sind insgesamt einleuchtend und bestätigen die Arbeitshypothesen. Besonders lange Aufenthalte finden sich bei den mutmasslich Alleinstehenden ohne Kinder – einer potenziell vulnerablen Bevölkerungsgruppe, denen bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit viel weniger familiäre Unterstützung zuteil wird. Bisherige Untersuchungen bestätigen, wie wichtig Kinder oder Partner bei einer Pflegebedürftigkeit sein können (vgl. Blomgren et al. 2011; Haberkern 2009). Vergleichbare Studien, welche Determinanten des Heimeintritts untersuchten, fanden ebenfalls die verhältnismässig grössten Risiken für einen Heimeintritt bei Alleinstehenden (vgl. Breeze et al. 1999; Klein 1998). Und die bereits oben mehrfach zitierte Studie aus Finnland fand bei alleinstehenden Frauen und Männer signifikant mehr Alters- und Pflegeheimtage in den letzten sieben Jahren vor dem Tod gegenüber den Verheirateten (Martikainen et al. 2012). Etwas überraschend ist in diesem Zusammenhang der nicht signifikante Effekt von geschiedenen Frauen gegenüber verheirateten Frauen. Vielleicht sind einige dieser Frauen eine neue Partnerschaft eingegangen ohne zu heiraten. Die Studie von Breeze et al. (1999) fand beispielsweise kleinere Risiken für einen Institutionsaufenthalt bei geschiedenen Frauen mit neuem Partner gegenüber Verheirateten, allerdings ist der Effekt nicht signifikant.

Die kulturell-kontextuellen Unterschiede sind nicht eindeutig zu bewerten, denn zwischen den grösseren Landesteilen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Zwar haben die Tessiner durchschnittlich signifikant längere Heimaufenthalte vor dem Tod als Deutsch- oder Westschweizer, dieses Resultat ist aber mit Vorsicht zu geniessen, weil das Tessin nur aus einem Kanton besteht und nicht einmal 5% der Schweizer Gesamtbevölkerung abdeckt. Vielleicht hätte sich ein solcher Unterschied auch bei einem einzelnen deutsch- oder französischsprachigen Kanton gezeigt. Die Heimbettichte scheint die Dauer der Aufenthalte nicht zu beeinflussen, was aus Sicht der Gesundheitsversorgung als gutes Zeichen interpretiert werden kann, weil dadurch die Heimplätze nach Bedarf zur Verfügung stehen und nicht nach Verfügbarkeit.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäss nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

6 Spitalaufenthalte

Dieses Kapitel untersucht die Determinanten der Länge aller Spitalaufenthalte in Tagen innerhalb des letzten Jahres vor dem Tod von Personen, die danach im Jahr 2007 oder 2008 in einem Spital verstorben sind. Wiederum interessiert in erster Linie, welche Indikatoren zu mehr oder weniger Spitaltagen führen, was direkt mit mehr oder weniger starken gesundheitlichen Problemen zusammenhängt, die eine medizinische Behandlung erfordern. Gegenüber den Heimen sind Spitäler und Spitalaufenthalte generell von anderer Art, denn Spitäler dienen nicht in erster Linie älteren, oft mehrfach erkrankten und pflegebedürftigen als Wohnort, sondern sind vielmehr dazu da, kranke Menschen zu heilen und sie danach – in mehr oder weniger gesundem Zustand – zu entlassen (vgl. Brandes 2011; Streckeis 2005). Diese generelle Funktion von Spitälern wird aber bei schwerkranken Personen kurz vor dem Tod auf die Probe gestellt, denn erstens ist eine Heilung schwerkranker Insassen häufig nicht mehr möglich und zweitens ist der Spital nicht als Sterbeort vorgesehen; in der Realität sterben aber in allen westlichen Ländern sehr viele Menschen in Spitälern (vgl. Broad et al. 2013).

Spitalaufenthalte sind durchschnittlich viel kürzer als Heimaufenthalte und können in kurzem Abstand hintereinander erfolgen. Ähnlich wie bei den Heimanalysen soll auch bei den Spitälern die Kompressions- bzw. Expansionsthese auf potenzielle soziale Ungleichheiten hin überprüft werden, wobei generell von einer geringeren Bedeutung sozioökonomischer Merkmale ausgegangen wird, weil Spitaleintritten grundsätzlich schwerwiegende medizinische Probleme zu Grunde liegen, die zu diesem Zeitpunkt vermutlich potenzielle Determinanten sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit grösstenteils überlagern. Ähnlich wie bei den Heimanalysen gibt es auch zu dieser Fragestellung kaum soziologische Studien, um die Resultate sinnvoll in den bisherigen Forschungskontext einordnen zu können.

6.1 Forschungsstand

Es gibt zwar mehr epidemiologische bzw. sozialepidemiologische Studien über Spitäler oder Krankheiten als über Heime; die Forschungsfrage ist aber schwierig

zu kontextualisieren, weil sie sehr spezifisch ist und in dieser Art kaum je untersucht wurde. Die länderspezifischen Unterschiede dürften jedoch kleiner sein als bei den Heimen, weil Spitäler von ihrer Funktion her homogenere Gebilde darstellen als Heime.

In der Schweiz besteht mit der MedStat eine gute und qualitativ hochwertige Datenbasis, die sämtliche Spitalaufenthalte und detaillierte Diagnosen beinhaltet. Dadurch besteht aus administrativer Sicht eine umfangreiche Datenbasis, die Analysen etwa über Fallpauschalen oder Hospitalisierungen und Rehospitalisierungen ermöglicht (vgl. Widmer & Weaver 2008). Die Verlinkung mit der SNC und der SOMED bildet daraus auch eine Datenbasis für die sozialwissenschaftliche und epidemiologische Forschung, die man mit den komplett verlinkten Registern aus Skandinavien vergleichen kann, wenngleich durch das probabilistische Verlinkungsverfahren die Qualität nicht ganz so hoch ist (vgl. Rosén 2002; Zellweger & Bopp 2010).

Das Geschlecht ist auch bezüglich Spitalaufenthalte ein wichtiger Faktor; es stellt sich aber die Frage, ob die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in diesem spezifischen und kurzen Zeitraum vor dem Tod noch relevant sind. Die Studie aus Finnland von Martikainen et al. (2012) etwa weist bei beiden Geschlechtern einen starken Zuwachs in der Anzahl von Spitaltagen über den Zeitraum der letzten sieben Jahre vor dem Tod nach. Dabei ist besonders die Zunahme im letzten Lebensjahr bemerkenswert. Frauen sind dabei in allen Altersgruppen verhältnismässig häufiger bzw. länger im Spital als Männer.

Beim Alter zeigt sich erwartungsgemäss ein deutlicher Effekt: Die Anzahl an Spitaltagen nimmt mit zunehmendem Alter massiv zu, wobei in jüngeren Altersgruppen Sterbende gegenüber Überlebenden viel längere Zeit im Spital verbringen; diese Unterschiede werden aber mit zunehmendem Alter geringer. Und im Gegensatz zu den Heimen spielt das Alter bei Spitalaufenthalten nur eine verhältnismässig geringe Rolle (Martikainen et al. 2012). Wie eine Studie aus Deutschland herausfand, nimmt die Nutzung von Spitälern trotz demografischer Alterung nicht generell zu und die verhältnismässig jung Verstorbenen bleiben wiederum vor dem Tod länger im Spital als die älter Verstorbenen (vgl. Busse et al. 2002). Diese Resultate deuten darauf hin, dass nicht nur primär das Alter, sondern vielmehr das letzte Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit für lange Spitalaufenthalte erhöht. Eine weitere Studie aus Deutschland fand ebenfalls Evidenz für eine besonders hohe Nutzung von Ressourcen des Versorgungssystems im letzten Lebensjahr. Und weil mit der demografischen Alterung besonders die Heiminanspruchnahme und nicht die Spitalanspruchnahme zunimmt, ist bei steigender

Lebenserwartung eher mit Konsequenzen für den Pflegesektor statt den Spitalsektor zu rechnen (Bickel 1998). Die Anzahl Tage im Spital steigt ausserdem vor allem dann stark an, wenn die Menschen später an Demenz oder an einem Herzinfarkt versterben (Martikainen et al. 2012). Des Weiteren spricht vieles dafür, dass Multimorbidität die Wahrscheinlichkeit eines Spitaleintrittes stark erhöht und dadurch auch die Länge aller Spitalaufenthalte verlängert (vgl. Payne et al. 2013).

Demgegenüber scheint das Bildungsniveau die Spitalaufenthaltsdauer in den letzten sieben Jahren vor dem Tod nur minimal zu beeinflussen (Martikainen et al. 2012). Vermutlich ist dies eine Folge des bereits angesprochenen überlagerten Effekts, denn Multimorbidität als eine der wesentlichen Determinanten von Spitalaufenthalten wird durch den sozioökonomischen Status signifikant beeinflusst bzw. die Prävalenzraten unterscheiden sich zwischen den Statusgruppen (vgl. Barnett et al. 2012; Schäfer et al. 2012).

Bei den familialen Variablen wird ebenfalls von geringeren Effekten als bei den Heimen ausgegangen. Wiederum zeigt die Studie aus Finnland auf, dass es zwar Unterschiede zwischen Verheirateten und Nichtverheirateten bei der Anzahl von Spitaltagen in den letzten sieben Jahren vor dem Tod gibt, diese aber im Vergleich zu den Heimtagen geringer ausfallen (Martikainen et al. 2012). Anhand unterschiedlicher Sterbeorte zeigt sich in einer Studie aus Belgien eine andere Verteilung beim Zivilstand zwischen den verschiedenen Sterbeorten, dies lässt jedoch keine Aussage über die benötigte Anzahl an Spitalaufenthalten vor dem Tod zu (vgl. Cohen et al. 2006).

Inwieweit Kinder Spitalaufenthalte beeinflussen, ist nicht eindeutig zu beantworten. Generell zeigt sich aber, wie die Berliner Altersstudie herausfand, dass Kinderlose mit vergleichsweise wenigen sozialen Beziehungen und kumulierenden Problemlagen im Alter eher sozial isoliert und einsam sind (vgl. Wagner et al. 2010). Dies beeinflusst in erster Linie mögliche Heimaufenthalte und den Heimeintritt, in einigen gravierenden Fällen dürfte dies vielleicht aber auch Spitaleintritte bzw. Spitalaufenthalte tangieren.

Der Einfluss von kulturell-kontextuellen Faktoren ist vermutlich ähnlich zu beurteilen wie bei der Heimaufenthaltsdauer. Wiederum besteht das Problem der heterogenen Kantone, die einen sinnvollen Vergleich zwischen Kantonen nahezu verunmöglichen. Anhand der Heimbettichte pro 1000 Einwohner nach Kanton, bezogen auf die Bevölkerung ab 65 Jahren, lässt sich vielleicht genau umgekehrt argumentieren wie bei den Heimen: Weil die Regionen mit einer tendenziell höheren Heimbettichte eher deutschsprachig sind und die mit einer geringeren

eher französischsprachig (vgl. Bayer-Oglesby & Höpflinger 2010), kann man annehmen, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in Spitälern in der Westschweiz eher höher ist als in der Deutschschweiz. In der Westschweiz tritt man vielleicht bei einer Demenzerkrankung eher in ein Spital als in ein Heim ein und/oder bleibt noch länger zu Hause, bis die Einschränkungen derart massiv werden, dass ein Spitalaufenthalt unumgänglich wird. Diese Differenzierung wirft auch wieder die Frage unterschiedlicher Sterbesettings am Lebensende auf.

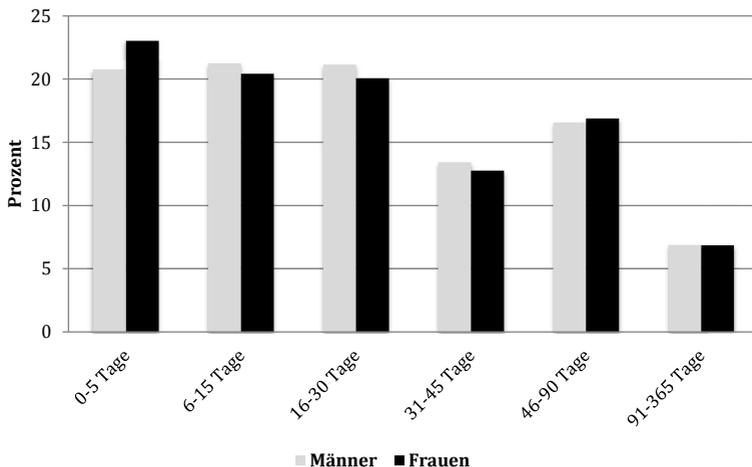
6.2 Deskriptive Analysen

Analog zu den Heimanalysen werden auch bei den Spitalanalysen durchwegs separate Modelle für beide Geschlechter gerechnet, weil es wiederum grosse Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt (vgl. Martikainen et al. 2012; Payne et al. 2013). Als abhängige Variable wird die Anzahl der Spitaltage³⁴ im letzten Lebensjahr von Personen ab 65 Jahren, die später auch im Spital verstorben sind, verwendet. Dadurch beträgt die maximale Aufenthaltsdauer 365 Tage. Insgesamt beträgt die Untersuchungspopulation N=18'993 Männer und N=16'605 Frauen, wovon 878 Männer (4.62% des Männersamples) und 828 Frauen (4.99% des Frauensamples) gleich am Eintrittstag verstorben sind und gleichzeitig keinen weiteren Spitalaufenthalt im letzten Lebensjahr hatten. Für diese Personen beträgt die Gesamtaufenthaltsdauer null Tage. Elf Männer (0.06% des Männersamples) und sieben Frauen (0.04% des Frauensamples) erreichen die maximale Dauer von 365 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 32.3 Tage (Standardabweichung: 38.7) bei den Männern und 31.9 Tage (Standardabweichung: 38.2) bei den Frauen. Der Median der Aufenthaltsdauer beträgt bei beiden Geschlechtern 20. Dieser Unterschied zwischen Median und Mittelwert entspricht wie bei den Heimaufenthalten der Logik von Zähldaten.

Wie aus Abbildung 6.1 ersichtlich wird, sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht so stark ausgeprägt wie bei den Heimaufenthalten.

³⁴ Ein Tag gilt erst ab einer Übernachtung als stationärer Spitalaufenthalt von einem Tag. Falls eine Person gleich am Eintrittstag verstirbt, aber dennoch stationär in einen Spital eingetreten ist, gilt eine Dauer von null Tagen.

Abbildung 6.1: Spitalaufenthaltsdauer nach Geschlecht

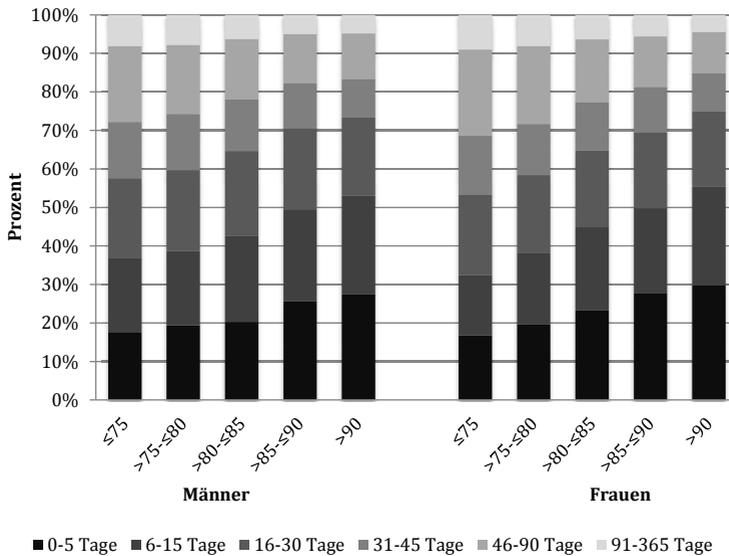


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605.

Auffällig ist besonders die Häufung von kurzen und sehr kurzen Aufenthalten, die in Anbetracht des eingeschränkten Zeitraumes logisch und nachvollziehbar ist. Demgegenüber stehen aber doch verhältnismässig viele Personen mit Aufenthalten im Bereich ab 45 Tagen, was etwas gegen die Argumentation der Kompressionshypothese spricht. Die verhältnismässig minimalen Geschlechterunterschiede deuten darauf hin, dass in dieser spezifischen Lebenssituation vor dem Tod das Geschlecht nur noch eine untergeordnete Rolle spielt, weil vermutlich massgebliche geschlechtsspezifische Unterschiede ihren Einfluss bereits in einem vorherigen Stadium ausgeübt haben und nun von medizinischen Determinanten überlagert werden.

Die deskriptive Analyse des Alters und der Aufenthaltsdauer bestätigt den auch in bisherigen Studien gefundenen Trend, dass die Anzahl Spitaltage mit zunehmendem Alter abnimmt (Abbildung 6.2).

Abbildung 6.2: Spitalaufenthaltsdauer nach Altersgruppen

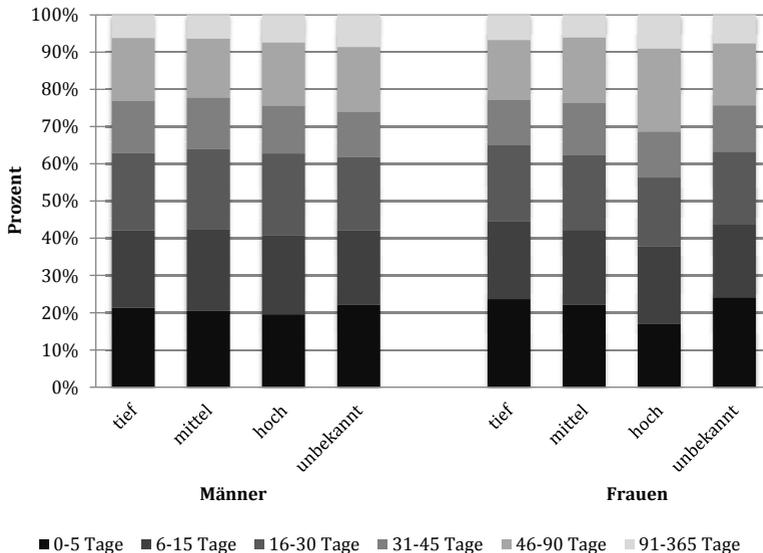


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605. Korrelationen (pearson), Spitalaufenthaltsdauer und Alter als metrische Variablen: Männer: $r=-0.09$, $p<0.001$; Frauen: $r=-0.13$; $p<0.001$.

Die Korrelationen deuten bei Frauen auf eine noch stärkere Abnahme an Spitaltagen mit zunehmendem Alter hin. Das durchschnittliche Sterbealter beträgt 79.8 Jahre bei den Männern und 82.0 Jahre bei den Frauen. Auch diese Zahlen sprechen für einen geringeren Geschlechterunterschied als bei der Lebenserwartung in der Gesamtbevölkerung. Es ist ausserdem zu berücksichtigen, dass die gegenwärtige Lebenserwartung für jüngere Kohorten generell höher ist als die damalige Lebenserwartung dieser mittlerweile verstorbenen Personen. Die Personen-Gruppe mit 91 oder mehr Spitaltagen im letzten Lebensjahr ist sowohl bei Männern ($N=77$) und Frauen ($N=110$) relativ klein. Ob bei verhältnismässig jüngeren Personen mehr medizinisch mögliche lebenserhaltende Massnahmen durchgeführt werden, die vielleicht länger dauern als bei älteren Personen, lässt sich aber noch nicht sagen, wenngleich man die Resultate in diese Richtung interpretieren könnte.

Die Aufteilung der Spitalaufenthaltsdauer anhand unterschiedlicher Bildungsniveaus zeigt auf den ersten Blick ein heterogenes Bild (Abbildung 6.3).

Abbildung 6.3: Spitalaufenthaltsdauer nach Bildungsabschluss

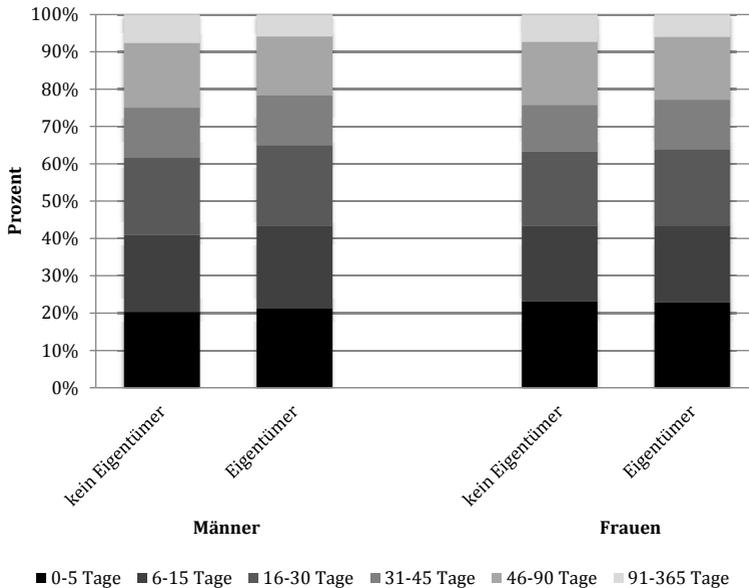


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Bei den Männern zeigen sich nur minimale Unterschiede, während bei den Frauen mit zunehmendem Bildungsniveau die Spitalaufenthaltsdauer insgesamt leicht zunimmt. Generell weisen die signifikanten χ^2 -Tests auf einen Zusammenhang zwischen Bildung und Spitalaufenthalten hin. Ein direkter Vergleich mit der Heimaufenthaltsdauer ist zwar nicht direkt möglich, dennoch spricht anhand dieser einfachen ersten Analyse einiges für einen geringeren Einfluss der Bildung auf Spitalaufenthalte als auf Heimaufenthalte.

Das Wohn- und Hauseigentum scheint gegenüber der Bildung etwas eindeutiger zu sein (Abbildung 6.4).

Abbildung 6.4: Spitalaufenthaltsdauer nach Wohneigentum

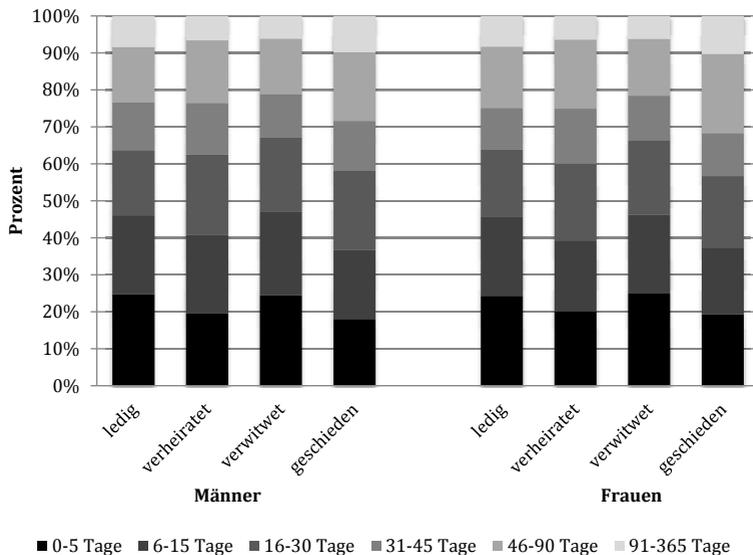


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.05$.

Ähnlich wie bei den Heimaufenthalten zeigt sich zwischen Eigentümern und Nicht-Eigentümern auch bei den Spitalaufenthalten bei beiden Geschlechtern eine feststellbare Differenz, die bei den Männern noch etwas stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen. Demnach verbringen Eigentümer gegenüber Nicht-Eigentümern durchschnittlich eine kürzere Zeit vor dem Tod im Spital.

Beim Zivilstand zeigen sich fast keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Abbildung 6.5).

Abbildung 6.5: Spitalaufenthaltsdauer nach Zivilstand

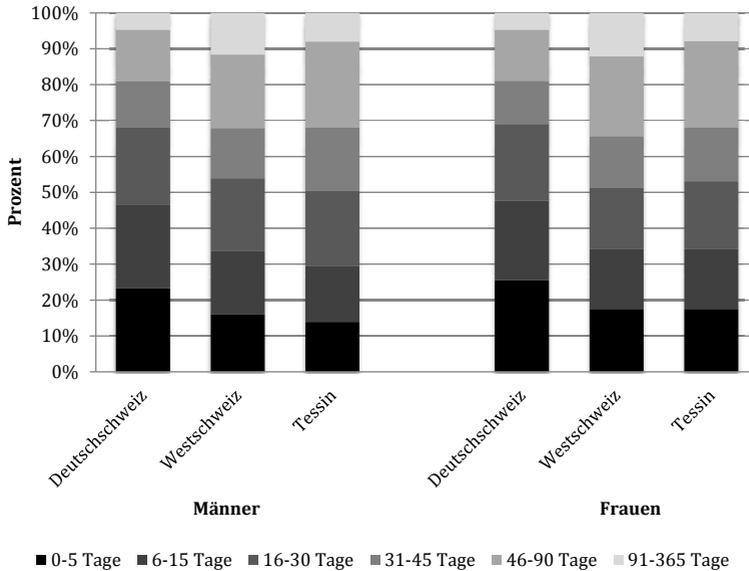


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Augenfällig sind bei beiden Geschlechtern besonders die Gemeinsamkeiten zwischen ledigen und verwitweten Personen einerseits sowie den verheirateten und geschiedenen Personen andererseits. Offensichtlich ähnelt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen von Geschiedenen eher derjenigen der Verheirateten, auch wenn viele von ihnen vermutlich alleine leben.

In Abbildung 6.6 wird die Spitalaufenthaltsdauer nach Sprachregionen differenziert.

Abbildung 6.6: Spitalaufenthaltsdauer nach Sprachregion



Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Hierbei fällt auf, dass sich zwischen der deutschsprachigen und der lateinischen Schweiz bemerkenswerte Unterschiede zeigen. Während in der Deutschschweiz kurze Aufenthalte bei beiden Geschlechtern verhältnismässig häufig sind, verbringen die Personen in der Westschweiz sowie im Tessin durchschnittlich deutlich mehr Zeit im Spital im letzten Lebensjahr. Dabei scheinen die Unterschiede stärker ausgeprägt zu sein als bei den Heimen, auch wenn direkte Vergleiche in diesem Fall wiederum aufgrund der unterschiedlichen Art von Heim- und Spitalaufenthalten kaum möglich sind. Wie es scheint, existieren in der Schweiz in den verschiedensprachigen Landesteilen am Lebensende tatsächlich etwas unterschiedliche Vorstellungen, was die medizinischen Behandlungen anbelangt.

6.3 Determinanten der Spitalaufenthaltsdauer

Analog wie bei den Heimanalysen stellt sich auch bei den Spitalaufenthalten die Frage, wie nun die Einflüsse einzelner Variablen unter der Kontrolle aller anderen Variablen aussehen. Dazu wird je ein negativ-binomiales Regressionsmodell pro Geschlecht gerechnet (Tabelle 6.1). Aufgrund der einfacheren Interpretation der Koeffizienten werden wiederum wie bei den Heimanalysen sogenannte Incidence Rate Ratios angegeben (IRR). Die signifikanten Resultate ($p < 0.05$) sind fett gedruckt.

Tabelle 6.1: Negativ-binomiale Regressionsmodelle der Spitalaufenthaltsdauer

	Männer		Frauen	
	IRR	95%-KI	IRR	95%-KI
Individuelle Faktoren				
Alter (zum Todeszeitpunkt) ($p < 0.001$)	0.99	<i>0.98-0.99</i>	0.98	<i>0.98-0.99</i>
Bildung (Männer: $p < 0.001$, Frauen: $p < 0.05$) <i>mittel (Referenz)</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
tief	<i>0.97</i>	<i>0.94-1.01</i>	<i>0.98</i>	<i>0.94-1.02</i>
hoch	1.06	<i>1.01-1.10</i>	<i>1.09</i>	<i>1.00-1.19</i>
unbekannt	1.08	<i>1.03-1.14</i>	<i>1.03</i>	<i>0.98-1.09</i>
Haus- oder Wohnungseigentümer (Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.01$)				
<i>kein Eigentümer</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
Eigentümer	0.92	<i>0.89-0.95</i>	0.94	<i>0.91-0.98</i>
Todesursache ($p < 0.001$)				
<i>Krebs</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
Herzinfarkt	0.67	<i>0.64-0.70</i>	0.63	<i>0.60-0.67</i>
COPD	0.91	<i>0.83-0.98</i>	0.80	<i>0.72-0.89</i>
Demenz	1.80	<i>1.56-2.07</i>	1.65	<i>1.42-1.91</i>
Schlaganfall	0.66	<i>0.62-0.71</i>	0.60	<i>0.56-0.64</i>
Übrige	0.85	<i>0.82-0.88</i>	0.71	<i>0.68-0.74</i>
Multimorbidität ($p < 0.001$)				
<i>nein</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
nicht diagnostiziert	0.80	<i>0.77-0.83</i>	0.79	<i>0.76-0.83</i>
ja	1.07	<i>1.03-1.12</i>	1.07	<i>1.02-1.12</i>

...Fortsetzung von Tabelle 6.1

Familiale Faktoren

Zivilstand (zum Todeszeitpunkt)

($p < 0.01$)

verheiratet	1.00		1.00	
ledig	1.01	0.94-1.09	1.07	0.99-1.15
verwitwet	1.00	0.96-1.04	1.06	1.02-1.11
geschieden	1.11	1.04-1.19	1.13	1.06-1.21

Kinder (n. s.)

ja	1.00		1.00	
nein	0.99	0.94-1.04	1.00	0.95-1.05
unbekannt	0.99	0.92-1.07	1.01	0.94-1.09

Kulturell-kontextuelle Faktoren

Nationalität ($p < 0.01$)

Schweiz	1.00		1.00	
Ausland	1.09	1.03-1.15	1.11	1.03-1.19

Sprachregion ($p < 0.001$)

Deutschs Schweiz	1.00		1.00	
Westschweiz	1.33	1.28-1.38	1.40	1.34-1.46
Tessin	1.22	1.14-1.32	1.23	1.13-1.33

Dichte der Heimbetten nach Region ($p < 0.001$)

Heimbettdichte*	0.96	0.95-0.97	0.96	0.95-0.97
-----------------	-------------	-----------	-------------	-----------

IRR=Relative Risk Ratios, fett gedruckt: $p < 0.05$, n. s.=nicht signifikant

p -Werte berechnet pro Variable mit dem Likelihood-Quotienten-Test und, sofern nur einmal angegeben, in beiden Modellen identisch.

*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens 65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 18'993, N Frauen: 16'605.

Das Alter wirkt sich bei den Spitalaufenthalten genau umgekehrt auf die Aufenthaltsdauer aus als bei den Heimaufenthalten. Je älter Frauen und Männer im letzten Lebensjahr sind, desto kürzer wird ihre durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer vor dem Tod. Der Effekt ist zwar minimal, stimmt aber mit den Resultaten einer bisherigen vergleichbaren Studie überein (Martikainen et al. 2012).

Die Effekte der Bildung passen ebenfalls zu den Resultaten einer bisherigen Studie (vgl. Martikainen et al. 2012). Generell ist der Einfluss der Bildung gering bzw. nicht signifikant; bei den Männern zeigt sich allerdings, dass höher Gebilde-

te signifikant länger im Spital sind als mittel Gebildete. Bei den Frauen zeigen sich keine signifikanten Effekte. Bemerkenswert sind die Resultate bei der Wohnsituation: Sowohl Frauen als auch Männer, die ein Haus oder eine Wohnung besitzen, sind im letzten Lebensjahr signifikant kürzer im Spital als Nicht-Eigentümer. Leider fehlen hierzu vergleichbare Studien, um dieses Resultat in den Kontext bisheriger Untersuchungen einzuordnen.

Die gefundenen Resultate bei den Todesursachen deuten darauf hin, dass einige Krankheiten schneller zum Tod führen als andere. Besonders auffällig sind dabei die Todesfälle aufgrund einer Demenzerkrankung, weil sowohl Frauen wie Männer, die letztlich an dieser Krankheit verstorben sind, signifikant länger als die Verstorbenen aufgrund aller anderen untersuchten Todesursachen in Spitalbehandlung waren. Vermutlich würde dieser Effekt noch stärker ausfallen, wenn man die in den Heimen verstorbenen Personen ebenfalls untersucht hätte, weil Demenz ja gerade unter Heimpatienten weit verbreitet ist. Eine Demenzerkrankung als typische Alterskrankheit kann aber auch erst sehr spät auftreten, wodurch diese Resultate der Todesursachen keine Auskunft darüber geben, welche Krankheiten den jeweiligen Spitalaufhalten vor dem Tod zu Grunde liegen. Eine vergleichbare Studie fand ebenfalls heraus, dass insbesondere aufgrund von Demenz verstorbene Personen verhältnismässig lange vor dem Tod noch im Spital waren (vgl. Martikainen et al. 2012).

Bei der Multimorbidität zeigen sich nachvollziehbare und einleuchtende Effekte: Personen, bei denen schon im Zeitraum vor 2-6 Jahren vor dem Tod mehr als zwei chronische Krankheiten diagnostiziert worden sind, sind in ihrem letzten Lebensjahr signifikant häufiger im Spital. Und die mutmasslich gesündeste Personengruppe mit keinem Spitalaufenthalt in diesem besagten Zeitraum ist im letzten Lebensjahr am kürzesten im Spital; vermutlich deshalb, weil sie schon damals gesünder waren und deshalb gar keinen Spitalaufenthalt benötigten. Die Personengruppe mit einem Spitalaufenthalt, aber ohne Multimorbiditätsdiagnose befindet sich diesbezüglich etwa in der Mitte der beiden Gruppen. Die Effekte sind bei beiden Geschlechtern sehr ähnlich. Die Resultate decken sich mit den Ergebnissen bisheriger Studien (vgl. Koller et al. 2014; Payne et al. 2013).

Bei den familialen Variablen, wo ebenfalls kaum Effekte erwartet wurden, fallen besonders die geschiedenen Männer und Frauen sowie die verwitweten Frauen auf, weil diese signifikant längere Spitalaufenthalte haben als verheiratete Männer und Frauen. Demnach ist es offenbar für die Spitalaufenthaltsdauer nicht primär entscheidend – ganz im Gegensatz zur Heimaufenthaltsdauer – ob man alleinlebend ist, sondern es spielt eine Rolle, ob man ledig, verwitwet oder ge-

schieden ist. Dieser Effekt könnte auch in anderen Studien von Belang sein, ist aber im Endeffekt nicht mehr ersichtlich, weil beispielsweise nur zwischen Verheirateten und Unverheirateten unterschieden wurde (vgl. Martikainen et al. 2012).

Ob man Kinder hat oder nicht, scheint auf die Spitalaufenthaltsdauer keinen Einfluss zu haben, denn weder die Ausprägungen der Variable noch der Faktor als Ganzes sind signifikant. Dieses Resultat passt zur obigen Argumentation, dass neben dem sozioökonomischen Status auch die familialen Faktoren bei Spitalaufenthalt in diesem spezifischen Zeitraum kaum mehr einen Einfluss ausüben.

Bei der Nationalität findet man Effekte, die dem oben diskutierten Healthy-migrant Effekt auf den ersten Blick widersprechen, denn wenn Ausländer – wie diese These unterstellt – tatsächlich gesünder wären als Einheimische, so sollte ihre Spitalaufenthaltsdauer vor dem Tod nicht signifikant länger sein als diejenige der Einheimischen. In diesem Zusammenhang haben wir aber ebenfalls eine mögliche Verringerung des Healthy-migrant Effekts über den Lebenslauf hinweg angesprochen, wodurch der gefundene Effekt ganz am Ende des Lebenslaufs der These nicht grundsätzlich widerspricht, weil sich ein potenzieller temporärer gesundheitlicher Vorteil von Migranten in der Untersuchungspopulation abgeschwächt bzw. ins Gegenteil verkehrt haben könnte (vgl. Razum 2009).

Die Unterschiede zwischen den Sprachregionen bestätigen die bereits bei den deskriptiven Analysen diskutierte These, dass Personen in der lateinischen Schweiz im letzten Lebensjahr signifikant längere Spitalaufenthalte haben als in der deutschsprachigen Schweiz. Könnte dies als Hinweis auf mögliche kulturelle Differenzen gedeutet werden? Es spricht vieles dafür, weil mehr Spitaltage auch mehr Behandlungen implizieren, was letztlich bedeutet, dass kurz vor dem Tod mehr medizinische Eingriffe vorgenommen werden. Auffällig ist auch der Vergleich mit den Heimaufenthalt, denn in der Westschweiz sind gleichzeitig auch die Heimaufenthalte signifikant kürzer als in der Deutschschweiz. Ein mögliches weiteres Argument für diese These liefert der Effekt der Heimbettichte: Je höher die Heimbettichte pro Region ist, desto geringer wird die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer, die ja zwischen den Landesteilen variiert. Dies könnte als ein mögliches Indiz für diese These dienen, weil dadurch der Zusammenhang zwischen Heimbettichte und Spitalaufenthalte bestätigt wird. Allerdings sagt dieser Zusammenhang noch nichts über die regionale Differenzierung zwischen und innerhalb der lateinischen und deutschsprachigen Schweiz aus.

6.4 Zwischenfazit

Alles in allem werden die Arbeitshypothesen und die theoretischen Ausführungen durch die multivariaten Modelle bestätigt. Im Vergleich zur Heimaufenthaltsdauer sind etwa sozioökonomische oder familiale Indikatoren – vom Haus- oder Wohneigentum einmal abgesehen - tatsächlich weniger relevant in Bezug auf die Spitalaufenthaltsdauer. Vielmehr sind demnach primär individuell-medizinische sowie kulturell-kontextuelle Determinanten entscheidend, ob man im letzten Lebensjahr mehr oder weniger Zeit im Spital verbringt.

Die Todesursachen können aufgrund des kurzen Zeitfensters und der durchschnittlich verhältnismässig kurzen Aufenthaltsdauer als Gesundheitsindikatoren der letzten Lebensphase interpretiert werden. Vermutlich bilden die Resultate auch Unterschiede zwischen sehr schnell zum Tod führenden Krankheiten, wie etwa einen Herzinfarkt, und weniger schnell zum Tod führenden Krankheiten wie Demenz ab, wobei die Personen sich je nach dem nicht in ständiger Spitalbehandlung befinden müssen. Der Einfluss der Multimorbidität dürfte folgendermassen zu erklären sein: Personen, die schon seit längerer Zeit an mindestens zwei chronischen Krankheiten leiden, sind später auch kränker und benötigen mehr Behandlung, während solche, die im Untersuchungszeitraum vor zwei bis sechs Jahren vor dem Tod keinen Spitalaufenthalt hatten bzw. bei denen keine Multimorbidität diagnostiziert wurde und demnach gesünder waren, später relativ schnell und plötzlich sterben, sodass ein längerer Spitalaufenthalt gar nicht mehr möglich ist.

Der Einfluss des sozioökonomischen Status weist teilweise auf potenzielle Ungleichheitseffekte hin. Beim Bildungsniveau zeigen sich generell schwächere Effekte als bei den Heimaufenthalten. Weshalb die hoch gebildeten Männer signifikant länger im Spital bleiben als die mittel gebildeten, ist nicht eindeutig zu interpretieren. Man könnte argumentieren, bei hoch Gebildeten werde – aus medizinischer Sicht - noch mehr für ein längeres Überleben unternommen als bei weniger Gebildeten. Der Effekt des Haus- oder Wohneigentums hingegen weist nach, dass Eigentümer vermutlich gesünder sind oder ihr Wohnumfeld besser den Bedürfnissen einer schlechteren Gesundheit anpassen können als Nicht-Eigentümer (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009). Dies ist eine empirische Bestätigung für einen Statusindikator aus dem Jahr 2000, welcher sich offenbar im Jahr 2007/2008 noch bemerkbar macht und dadurch auch eine – wenn auch kurze - biografische Komponente beinhaltet. Etwas überraschend ist in diesem Zusammenhang aber der potenzielle Widerspruch zum Effekt der Bildung bei den Män-

nen, denn erwartungsgemäss müssten beide Effekte in die gleiche Richtung weisen.

Weil in dieser Arbeit aber auch von theoretischer Seite generell von einer geringeren Bedeutung des sozioökonomischen Status bei Spitalaufenthalten gegenüber den Heimaufenthalten ausgegangen wird, stellen diese heterogenen Resultate des sozioökonomischen Status als Ganzes keinen Widerspruch dar, sondern bestätigen vielmehr die Arbeitshypothese. Demnach ist der sozioökonomische Status in Bezug auf Spitalaufenthalte zwar nicht irrelevant, aber nicht eindeutig zu interpretieren und in jedem Fall nicht so ausgeprägt wie bei den Heimaufenthalten. Im Gegensatz zu den Heimanalysen findet man somit weniger empirische Evidenz für die Kontinuitäts- oder Kumulationsthese, dafür spricht aber im Gegensatz zu den Heimanalysen mehr für die Destrukturierungs- bzw. Altersbedingtheitsthese (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009).

Die Befunde bei den familialen Variablen bestätigen im Grossen und Ganzen die Arbeitshypothesen. Beim Zivilstand zeigt sich jedoch – im Gegensatz zu den Heimanalysen - keine klare Grenze zwischen in einer Partnerschaft lebenden sowie mutmasslich alleinstehenden Personen, weil besonders die geschiedenen Männer und Frauen sowie die verwitweten Frauen, nicht aber die ledigen Frauen und Männer signifikant länger im Spital verweilen vor dem Tod als die verheirateten. Bisherige Studien fanden Evidenz für höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken bei Alleinlebenden und Verwitweten und begründeten dies durch potenzielle protektive Auswirkungen einer Partnerschaft auf die Gesundheit (vgl. Brockmann & Klein 2004; Lillard & Panis 1996). Vermutlich spielt dieser Effekt auch bei den Resultaten eine wichtige Rolle. Die Ledigen stellen dabei aber eine Ausnahme dar, was offenbar auf einen minimal besseren Gesundheitszustand insgesamt hindeutet. Bei diesen Resultaten des Zivilstandes sind zudem auch noch regionale Differenzen etwa zwischen städtischen und ländlichen Regionen denkbar, die in den Modellen nicht herausgerechnet werden konnten.

Im Gegensatz zum Zivilstand sind die Resultate bei den Kindern eindeutig und entsprechen damit voll und ganz den Arbeitshypothesen. Demnach können Kinder etwaige Pflegeaufgaben übernehmen und dadurch längere Heimaufenthalte bzw. frühe Heimeintritte verhindern, bei komplexeren medizinischen Problemen haben sie aber keinen Einfluss und können dadurch einen Spitalaufenthalt nicht verhindern bzw. aufschieben.

Die kulturell-kontextuellen Faktoren zeigen ein eindeutiges Resultat. Es spricht insgesamt vieles für kulturelle Unterschiede bezüglich medizinischen Behandlungen am Lebensende zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz.

Gerade weil das Zeitfenster vor dem Tod stark eingeschränkt ist und dadurch vermutlich bei vielen medizinischen Behandlungen von vornherein klar sein müsste, wie es um die Lebenserwartung der Personen steht, deutet dies auf eine unterschiedliche Behandlungspraxis von Krankheiten hin, was also explizit bedeuten würde, dass man in der lateinischen Schweiz eine vielleicht umstrittene Behandlung eher durchführt als in der Deutschschweiz. Gleichzeitig ist die Bedeutung der Heime in der lateinischen Schweiz – aufgrund der durchschnittlich kürzeren Dauer – vermutlich geringer, wodurch vielleicht eine Person, die beispielsweise an Demenz erkrankt ist, in der Westschweiz eher in ein Spital eingewiesen wird, während sie mit der identischen Diagnose in der Deutschschweiz eher in ein Heim übertreten würde. Bei all dieser Argumentation können aber, ähnlich wie beim Zivilstand, mögliche regionale Unterschiede die Resultate beeinflussen. Um mehr Evidenz für oder gegen unterschiedliche kulturelle Vorstellungen und deren Konsequenzen für Spitalaufenthalte am Lebensende zu erhalten, ist mehr gezielte Forschung notwendig.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

7 Sterbeort

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, wie man den Sterbeort als Teil der Gesundheitsversorgung am Lebensende interpretieren kann und dass er auch als wichtiger Indikator der Lebensqualität der letzten Lebensphase im Allgemeinen sowie der Gesundheit im Speziellen verstanden wird. Besonders augenfällig ist dabei die Kluft zwischen gewünschtem und tatsächlichem Sterbeort (Ewers & Badura 2005). Zusammenfassend gesagt wünscht sich eine Mehrheit der Menschen möglichst alt, was in der Zwischenzeit häufig 80 oder mehr Jahre bedeutet, zu Hause sowie schnell und schmerzlos sterben zu können (vgl. Brogaard et al. 2012; Hahn & Hoffmann 2009; Hoffmann 2010). Daneben finden viele die Nähe zur Familie oder engen Bezugspersonen wichtig und möchten möglichst in „Würde“ sterben, was meist mit Kontrolle über Körper und Bewusstsein gleichgesetzt wird (Hahn & Hoffmann 2009). Tatsächlich aber stirbt in allen untersuchten Industrieländern nur eine Minderheit ausserhalb von Institutionen (vgl. Broad et al. 2013); in der Deutschschweiz etwa starben im Jahr 2004 nur rund 23% zu Hause (Fischer et al. 2004).

In jüngerer Zeit erhält das Thema Sterben in der Öffentlichkeit zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Neben den zunehmenden Kosten der immer älter werdenden Bevölkerung erhält insbesondere die zunehmende Selbstbestimmung über den eigenen Tod medial viel Echo; dabei geht es oft um Themen wie Palliativpflege oder aktive Sterbehilfe. Ob sich ein kultureller Wandel oder vielleicht auch der in Zukunft noch stärkere ökonomische Druck auf allfällige teure und umstrittene medizinische Behandlungen vor dem Tod und den Sterbeort auswirken, muss sich aber empirisch erst noch bestätigen. Vorerst geht es einmal darum, zu verstehen, weshalb beispielsweise jemand mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im Heim oder zu Hause stirbt und ob es etwa besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen gibt. Oder anders gefragt: Gibt es die in bisherigen Studien über gesundheitliche Ungleichheit gefundenen Anzeichen für soziale Ungleichheit auch in einer ähnlichen Form beim Sterbeort? Dazu wird zuerst der bisherige Forschungsstand diskutiert. In einem nächsten Schritt folgen dann deskriptive Analysen und als letztes werden in Erklärungsmodellen mögliche Determinanten untersucht.

In der Schweiz existiert mit der Todesursachenstatistik ein nationales Register zur genauen Analyse der Ursachen von Todesfällen. Und die SNC erweitert diese Grundlagen zu einer Datenbasis, die viele detaillierte Informationen zur Sterblichkeit liefert. Mit Hilfe der oben beschriebenen Verknüpfung der SNC mit der MedStat und SOMED entsteht eine umfangreiche Datenbasis, die zusätzlich noch die Informationen liefert, wo die Personen gestorben sind.

7.1 Forschungsstand

Mittlerweile gibt es viele epidemiologische und sozialegidemiologische Studien aus unzähligen Ländern, die sich explizit mit unterschiedlichen Sterbeorten befassen (vgl. Beng et al. 2009; Berger et al. 2002; Broad et al. 2013; Brogaard et al. 2012; Fischer et al. 2004; Gallo et al. 2001; Houttekier et al. 2009; Ishikawa et al. 2013; Jayaraman & Joseph 2013; Reich et al. 2013; Teno et al. 2004). Dabei zeigt sich, dass soziodemografische und sozioökonomische Faktoren wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Zivilstand und familiäre Situation, Bildung, Einkommen, aber auch strukturelle Faktoren wie etwa die Ausgestaltung der Altersversicherung oder die Anzahl verfügbarer Heimplätze in einem bestimmten geografischen Raum für den Sterbeort nachweislich eine wichtige Rolle spielen. Beispielsweise sterben Männer häufiger in Privatwohnungen als Frauen, und Menschen mit höherem Bildungsabschluss oder generell höherem sozioökonomischen Status sterben ebenfalls mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu Hause als solche aus bildungsferneren oder einkommensschwächeren Gesellschaftsgruppen (Berger et al. 2002). Verhältnismässig jüngere Menschen sterben in der Schweiz eher im Spital oder zu Hause als im Pflegeheim (Fischer et al. 2004).

Auch die zum Tode führende Krankheit wirkt sich auf den Sterbeort aus. Personen mit der Todesursache Krebs starben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in einem Spital als zu Hause oder im Pflegeheim als Personen, die nicht an Krebs verstorben sind (Houttekier et al. 2011). Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten ereignen sich hingegen verhältnismässig häufig zu Hause (Jayaraman & Joseph 2013). Des Weiteren fand man in der Schweiz empirische Evidenz dafür, dass Multimorbidität die Wahrscheinlichkeit erhöht, eher in einem Spital oder Pflegeheim zu sterben als zu Hause (Reich et al. 2013).

Gemäss einer Studie aus Schweden sterben getrennt Lebende sowie Geschiedene ohne familiäre Unterstützung eher im Spital als zu Hause (Ahlner-Elmqvist et al. 2004). Nicht verheiratete Menschen, die vermutlich häufig in einem Einpersonenhaushalt leben und danach in ein Pflegeheim oder Spital eintreten, benöti-

gen durchschnittlich auch mehr Pflege vor dem Tod als Verheiratete, wie eine Studie aus Finnland herausfand (Martikainen et al. 2012). Dabei zeigt sich aber, dass der Zivilstand bei beiden Geschlechtern unterschiedlich wirkt: Frauen haben generell ein höheres Risiko, in einer Institution zu sterben; bei Männern ist das Risiko als Gesamtes geringer, dafür verbringen verhältnismässig viele alleinstehende Männer ihre letzte Lebensphase in Institutionen (Breeze et al. 1999). Auch Nationalität oder ethnische Zugehörigkeit können einen signifikanten Einfluss auf den Sterbeort ausüben, wobei diese Effekte von Land zu Land stark variieren (Beng et al. 2009; Jayaraman & Joseph 2013).

Neben individuellen und familialen Faktoren ist auch wichtig, welche Versorgungsstrukturen existieren, um etwa Menschen einen Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Wie sieht es beispielsweise mit dem Angebot an Spital- und Heimplätzen aus? Gibt es Unterschiede zwischen eher städtischen und eher ländlichen Gebieten? In der Schweiz stellt sich dazu noch die Frage, ob Unterschiede zwischen den verschiedensprachigen Landesteilen existieren. Bisher gibt es Indizien für Unterschiede zwischen ländlichen und eher städtischen Gebieten sowie zwischen den einzelnen Kantonen. Dabei zeigt sich beispielsweise, dass die Wahrscheinlichkeit zu Hause zu sterben in den französisch- und italienischsprachigen Kantonen gegenüber den deutschsprachigen Kantonen geringer ist (Reich et al. 2013). Über die genauen Ursachen lässt sich spekulieren, vermutlich spielen neben unterschiedlichen Versorgungsstrukturen unterschiedliche Vorstellungen der letzten Lebensphase im Allgemeinen eine wichtige Rolle (Jaggi et al. 2001). Die Anzahl verfügbarer Heim- oder Spitalbetten pro Person kann ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf den Sterbeort ausüben, wie eine Studie aus Belgien festgestellt hat, auch wenn die Effekte verhältnismässig gering ausfallen (Houttekier et al. 2011).

Gemäss einer amerikanischen Studie sterben Menschen, die eine Hospiz-Betreuung erhalten, viel häufiger zu Hause oder, in kleinerem Umfang, in einem Alters- oder Pflegeheim als im Spital (Weitzen et al. 2003). In der Schweiz spielen Hospize aber nur eine sehr geringe Rolle und sind in den Datenquellen des Bundesamtes für Statistik nicht als solche aufgeführt. Somit können Hospize nicht berücksichtigt werden. Ein ähnliches Problem stellt sich auch bei der Palliativpflege: Obwohl nachweislich bekannt ist, dass Palliativpflege etwa die Lebensqualität vor dem Sterben positiv beeinflussen kann und dadurch auch Einfluss auf den Sterbeort nehmen kann (vgl. Gomes et al. 2014), lässt die Verfügbarkeit von Daten in der Schweiz gemäss Angaben des Bundesamtes für Statistik zu wünschen übrig (Bundesamt für Statistik 2012b).

Aus Sicht der staatlichen Altersversicherungen und Krankenkassen stellt sich insbesondere in Wohlfahrtsstaaten die Frage nach der Finanzierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen am Lebensende. In der Öffentlichkeit werden dabei häufig ökonomische oder ethische Argumente angeführt; etwa ob eine teure Chemotherapie bei Hochbetagten noch Sinn macht oder ob Palliativpflege die Wünsche der Betroffenen und Angehörigen ideal erfüllen kann und ob man auf allfällige lebensverlängernde Behandlungen, auch wenn sie theoretisch möglich wären, zum Wohle der Betroffenen verzichtet. Es interessieren in diesem Zusammenhang besonders mögliche Konsequenzen für den Sterbeort. Beispielsweise zeigt eine Studie aus der Schweiz auf, dass Todesfälle in Spitälern verhältnismässig am meisten kosten, gefolgt von Todesfällen in Heimen und zu Hause (Reich et al. 2013). Zudem fand man auch Hinweise darauf, dass nicht so sehr das Alter bzw. Altwerden alleine, sondern vielmehr das letzte Lebensjahr generell verhältnismässig hohe Kosten verursacht (Polder et al. 2006). Sterben somit eher Patienten im Heim, die durchschnittlich älter sind und sich teure Behandlungen, die möglicherweise nicht durch die Krankenkasse gedeckt sind, nicht mehr leisten können? Eine andere Studie argumentiert, nicht das Alter, sondern primär Krankheiten seien verantwortlich für Mortalitätsunterschiede zwischen Personen unterschiedlicher Statusgruppen, was dafür sprechen könnte, dass Personen mit höherem Status im hohen Alter tendenziell gesünder sind und sich allfällige soziale Ungleichheiten im Sinne der Kontinuitätsthese im Alter fortsetzen (vgl. Hoffmann 2011). Gemäss den Ergebnissen einer finnischen Studie spielt das Alter bei der Nutzung von Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen eine wichtigere Rolle als bei der Inanspruchnahme von Spitalleistungen vor dem Tod, was ebenfalls für die oben erwähnte These sprechen könnte (Martikainen et al. 2012).

Wenn man die jüngsten Entwicklungen beim Sterbeort analysiert, fällt besonders die zunehmende Bedeutung der Alters- und Pflegeheime als spezifische Sterbeorte auf (vgl. Streckeisen 2001). In der Schweiz beispielsweise weisen sie seit den 1960er-Jahren und verstärkt noch in den 80er-Jahren den grössten Zuwachs an Todesfällen auf. Dabei wuchs die Rate von anfangs 8% auf fast 15% zwischen 1969 und 1986 an und beträgt in der Deutschschweiz im Jahr 2001 bereits 33.5% (Fischer et al. 2004; Gross 2005). Während sich zwischen 1969 und 1986 primär eine Entwicklung zum Sterben in Institutionen abzeichnete, verlagerte sich zwischen 1986 und 2001 der Sterbeort innerhalb der Institutionen von den Spitälern hin zu Alters- und Pflegeheimen (Fischer et al. 2004). Eine neuere Studie aus Belgien zeigt eine ähnliche Entwicklung auf (Houttekier et al. 2011).

Leider werden die amtlichen Informationen zu den Sterbeorten in der Schweiz seit 1987 nicht mehr erhoben, was eine genaue Aussage zu neueren Tendenzen erschwert (vgl. Fischer et al. 2004; Gross 2005). Anhand der von Fischer et al. im Jahr 2001 durchgeführten Befragung von Ärzten und Ärztinnen in der Deutschschweiz sowie der weiterhin erfassten Wohnsituation lassen sich aber dennoch Tendenzen ableiten, die darauf hinweisen, dass die Bedeutung der Alters- und Pflegeheime als Sterbeort von Hochbetagten noch weiter zunehmen wird (Fischer et al. 2004). Insbesondere in urbanen Gegenden stieg die Anzahl der Achtzigjährigen in Kollektivhaushalten in den 1990er-Jahren immer noch an (Arend & Höpflinger 1997). Und eine noch jüngere Querschnittstudie analysierte Daten eines Schweizer Krankenversicherers und fand ebenfalls Hinweise für eine Zunahme von Todesfällen in Alters- und Pflegeheimen gegenüber den Spitälern (Reich et al. 2013). Wie eine internationale Vergleichsstudie aufzeigt, nimmt die Anzahl Todesfälle in den Spitälern in allen untersuchten Ländern in jüngerer Zeit ab (Broad et al. 2013). Weil die gleiche Studie aber ebenfalls grosse Unterschiede in der Bedeutung der Alters- und Pflegeheime bzw. grosse Unterschiede beim Sterbeort zwischen den einzelnen Ländern generell verdeutlicht, sind Ländervergleiche bezüglich der Entwicklung von Alters- und Pflegeheimen schwierig zu interpretieren. In Ländern wie Japan oder Brasilien sterben 75% oder mehr aller Menschen in Spitälern; Alters- und Pflegeheime spielen keine oder nur eine geringe Rolle als möglicher Sterbeort. Daneben gibt es einige Länder mit einer vergleichbaren Aufteilung wie in der Schweiz, namentlich die Niederlande oder Norwegen (Broad et al. 2013). Weiterhin zeigen sich auch grosse Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich des Sterbeortes zu Hause bzw. ausserhalb von Institutionen. Während in Albanien rund 90% der Menschen ausserhalb von Institutionen sterben, sind es in Japan nur etwa 17% oder in Island gar nur 15% (Broad et al. 2013).

Wie es scheint, sind also nicht nur wohlfahrtsstaatliche Faktoren entscheidende Determinanten, vielmehr dürften auch Dinge wie kulturelle Vorstellungen eines guten Sterbens im Sinne religiös-traditioneller Riten oder generell unterschiedliche Ansichten über Sterben und Tod eine Rolle spielen (vgl. Feldmann 2010).

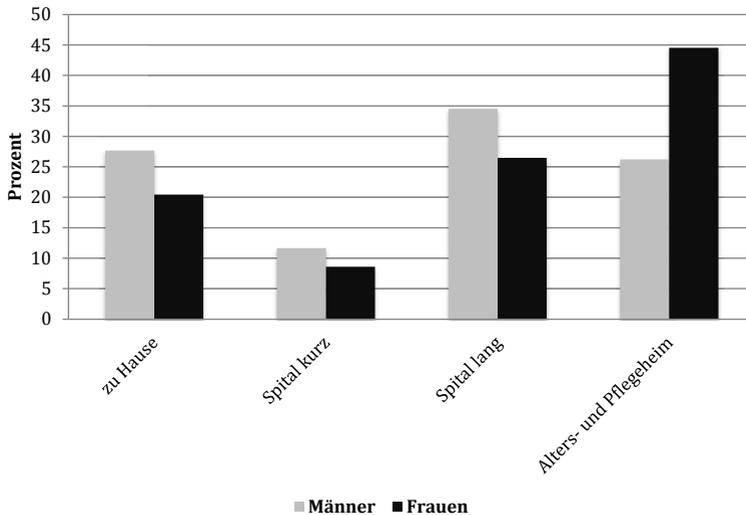
7.2 Deskriptive Analysen

Es wurde bereits mehrfach – theoretisch wie empirisch - von fundamentalen Geschlechtsunterschieden gesprochen, sodass es sinnvoll scheint, durchwegs

geschlechtsspezifische Analysen auch für unterschiedliche Sterbeorte zu rechnen (vgl. Houttekier et al. 2009; Reich et al. 2013; Weitzen et al. 2003). Des Weiteren werden Spitalaufenthalte in die Kategorien „Spital kurz“ und „Spital lang“ aufgeteilt, sodass man zwischen Kurzaufenthalten von bis und mit maximal zwei Tagen bzw. 48 Stunden und zwischen längeren Aufenthalten ab drei Tagen differenzieren kann. Dadurch werden potentielle Notfallweisungen, verursacht etwa durch Unfälle, und längere, eher bei der Behandlung von chronischen Krankheiten übliche Aufenthalte kurz vor dem Tod, unterscheiden. Diese Grenze wurde aufgrund von inhaltlichen Überlegungen und diversen Auszählungen von Spitaleintritten kurz vor dem Tod getroffen. Es ist auch bekannt, dass es kurz vor dem Tod noch viele Spitaleinweisungen gibt (vgl. Klinkenberg et al. 2005). Die Gruppe „zu Hause“ beinhaltet sämtliche Todesfälle ausserhalb von Institutionen, wobei davon ausgegangen wird, dass der mit Abstand grösste Teil in dieser Altersgruppe zu Hause verstorben ist. Wenn man eine vergleichbare Studie aus der Schweiz genau analysiert, stellt man fest, dass über alle Altersgruppen hinweg rund 6.3% an einem anderen Ort als zu Hause oder in Institutionen verstarben (z. B. durch Verkehrsunfälle), dieser Anteil aber mit zunehmendem Alter stark abnahm (vgl. Fischer et al. 2004). Die Untersuchungspopulation beträgt N=39'798 Männer und N=45'331 Frauen.

Abbildung 7.1 zeigt die zu erwartenden deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf.

Abbildung 7.1: Unterschiedliche Sterbeorte nach Geschlecht



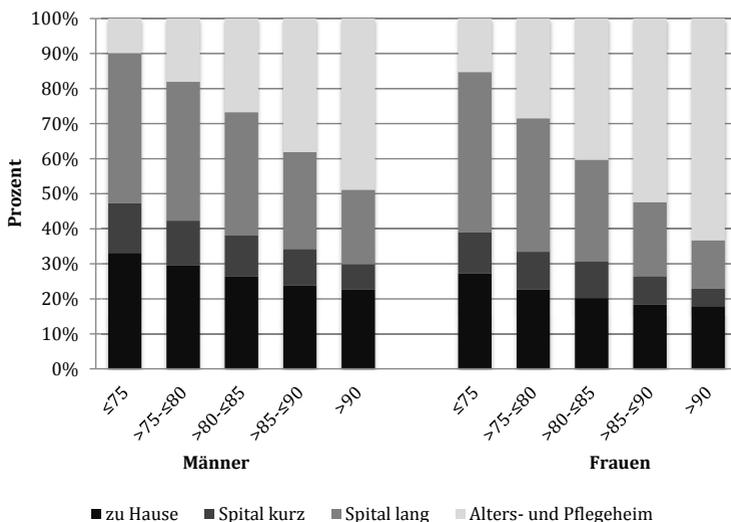
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331.

Während die Männer verhältnismässig häufig zu Hause (27.7%) oder nach langen (34.5%) oder kurzen (11.6%) Aufenthalten in Spitälern sterben, verbringt fast jede zweite Frau (44.5%) und nur etwas mehr als jeder vierte Mann (26.2%) sein Lebensende im Pflegeheim. Dafür sterben weniger Frauen in Spitälern (nach kurzen und langen Aufenthalten zusammen 35.1%) oder zu Hause (20.4%). Besonders auffällig ist die grosse Differenz bei den Alters- und Pflegeheimen. Dies ist vermutlich - analog zu den Resultaten der Heimaufenthaltsdaueranalysen - eine Kombination aus einer höheren Lebenserwartung der Frauen sowie der mehrheitlich älteren, häufig schon verstorbenen Ehepartner, die, wenn sie pflegebedürftig wurden, noch von ihren Ehefrauen gepflegt werden konnten; die Frauen wiederum sind später alleine und bei möglicher Pflegebedürftigkeit auf externe Hilfe wie Spitex oder Alters- und Pflegeheime angewiesen. Auch die Studie von Fischer et al. fand – wenngleich mit anderen Daten und allen Altersklassen – im Prinzip vergleichbare Resultate: Verhältnismässig viele Frauen sterben in Alters- und Pflegeheimen, Männer hingegen sterben häufiger zu Hause oder im Spital (Fischer et al. 2004). Eine neuere Studie mit Daten von Krankenkassen fand ebenfalls vergleichbare

Zahlen (vgl. Reich et al. 2013). International gesehen kann man die Verteilung neben Norwegen oder den Niederlanden noch mit den USA oder Neuseeland vergleichen (vgl. Broad et al. 2013). In diesen Ländern haben insbesondere die Alters- und Pflegeheime eine ähnliche Bedeutung als Sterbeort wie in der Schweiz.

In Abbildung 7.2 kann man einen deutlichen Zuwachs der Alters- und Pflegeheime als Sterbeort mit zunehmendem Alter erkennen.

Abbildung 7.2: Unterschiedliche Sterbeorte nach Altersgruppen



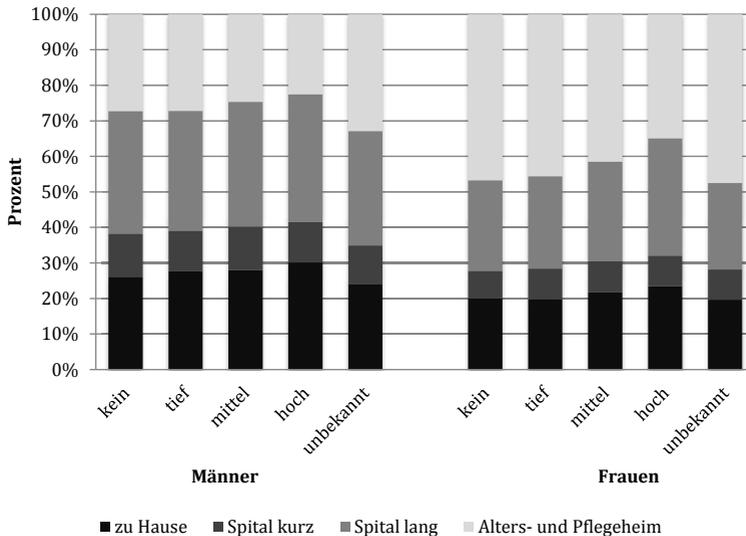
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331. χ^2 -Test Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Offensichtlich spielen die Heime bei den Frauen aller Altersgruppen eine deutlich wichtigere Rolle als bei den Männern, wenngleich die Charakteristik der Entwicklung über die Altersgruppen hinweg bei beiden Geschlechtern ähnlich ist. Im Gegensatz dazu nehmen die Todesfälle in Spitälern – nach kurzen wie längeren Aufenthalten – im Verlaufe des höheren Lebensalters bei beiden Geschlechtern ab. Auffällig ist auch die Veränderung des Anteils der zu Hause Verstorbenen im Laufe des Alters. Während bis ca. 94 Jahre bei Männern und Frauen eine Abnahme feststellbar ist, sterben die über 94-Jährigen wieder ungefähr ähnlich häufig

zu Hause wie die 90-94-Jährigen. Das durchschnittliche Sterbealter beträgt 81.4 Jahre bei den Männern und 85.0 Jahre bei den Frauen.³⁵

Bei der deskriptiven Betrachtung des Sterbeortes, aufgeteilt nach dem höchsten erworbenen Bildungsabschluss (Abbildung 7.3), zeigt sich ein potenzieller Bildungsgradient.

Abbildung 7.3: Unterschiedliche Sterbeorte nach Bildungsabschluss



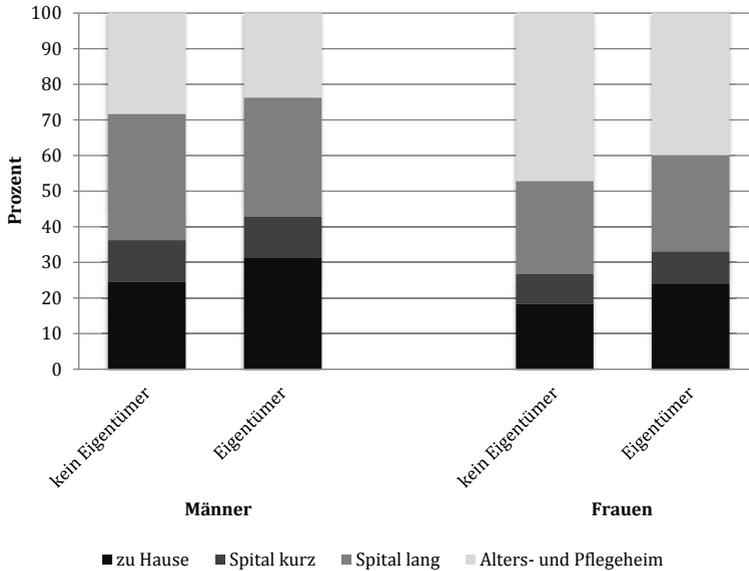
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331. χ^2 -Test Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Auffällig sind besonders die Unterschiede bei den Alters- und Pflegeheimen. Wie es scheint, sterben Menschen mit höherer Bildung tendenziell seltener in Heimen und häufiger zu Hause. Von der Charakteristik her sind wiederum beide Geschlechter vergleichbar.

³⁵ Diese Zahlen sind nur für die vorliegenden Untersuchungspopulationen relevant und können nicht mit der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung verglichen werden. Denn erstens wurden für diese Analysen nur die über 65-Jährigen untersucht und zweitens war die damalige Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt der in dieser Arbeit untersuchten Population geringer als die heutige Lebenserwartung.

Das Wohnungs- oder Hauseigentum als weiterer Indikator des sozioökonomischen Status zeigt ein vergleichbares Bild wie das Bildungsniveau (Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4: Unterschiedliche Sterbeorte nach Wohneigentum

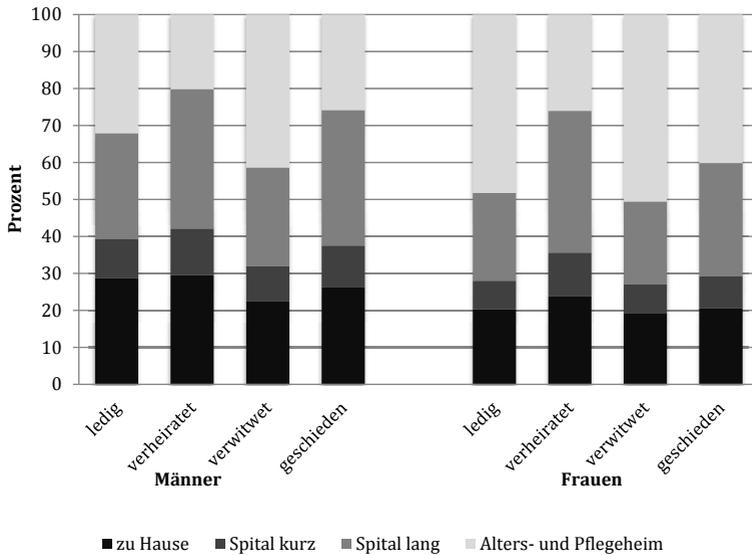


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331. χ^2 -Test Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Auch hier zeigen sich die Unterschiede besonders beim Vergleich zwischen Todesfällen in Alters- und Pflegeheimen und zu Hause, während die Todesfälle in Spitälern nur minimal tangiert werden.

Die Analyse des Zivilstandes scheint die oben aufgestellte These der Auswirkungen der höheren Lebenserwartung sowie von potentiellen älteren und möglicherweise bereits verstorbenen Ehepartnern bei Frauen zu unterstützen (Abbildung 7.5).

Abbildung 7.5: Unterschiedliche Sterbeorte nach Zivilstand

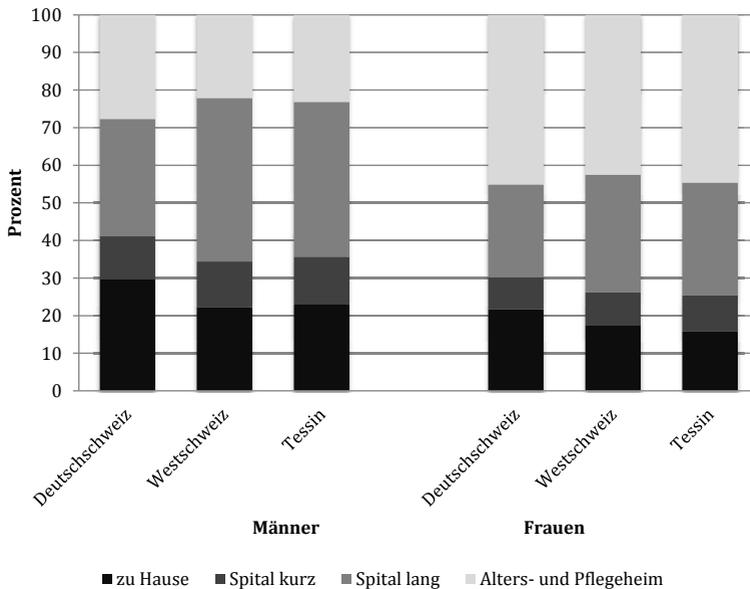


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331. χ^2 -Test Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Mutmasslich Alleinlebende wie Ledige oder Verwitwete sterben verhältnismässig häufig in Alters- und Pflegeheimen, wobei sich dieser Effekt bei den Frauen stärker zeigt als bei den Männern. Verheiratete sterben dafür häufiger im Spital, während die Geschiedenen von der Charakteristik her etwa in der Mitte zwischen Verwitweten und Ledigen anzusiedeln sind. Bei den Frauen ($N=28'694$) gibt es absolut gesehen viel mehr Verwitwete als bei den Männern ($N=9'082$), somit sind die Geschlechtsunterschiede absolut gesehen noch stärker ausgeprägt als die relative Verteilung zeigt.

Die Unterscheidung nach Regionen zeigt, dass es offenbar augenfällige Differenzen zwischen den verschiedensprachigen Landesteilen gibt (Abbildung 7.6).

Abbildung 7.6: Unterschiedliche Sterbeorte nach Sprachregion



Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331. χ^2 -Test Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

Besonders die Männer in der Deutschschweiz sterben verhältnismässig häufig zu Hause, wohingegen in der Westschweiz besonders viele ihre letzte Lebensphase im Spital verbringen – auch bei längeren Aufenthalten. Bei den Frauen zeigen sich ähnliche Unterschiede, wenngleich weniger stark ausgeprägt. Auffällig sind zudem die Unterschiede bei den Alters- und Pflegeheimen, besonders bei den Männern. Speziell in der Westschweiz sind Alters- und Pflegeheime offenbar nicht im gleichen Ausmass verbreitet wie in der Deutschschweiz.

7.3 Determinanten der unterschiedlichen Sterbeorte

Als nächstes gilt es nun zu prüfen, wie die Einflüsse aller unabhängigen Variablen zusammen auf den Sterbeort aussehen. Dazu werden zwei geschlechtergetrennte multinomiale Regressionsmodelle mit den vier unterschiedlichen Sterbeorten als Ausprägungen der abhängigen Variable berechnet (Tabelle 7.1). Wie oben im

Methodenteil bereits diskutiert wurde, ist die Interpretation der Relative Risk Ratios (RRR) theoretisch mit den Odds Ratios eines logistischen Regressionsmodells vergleichbar, in der Praxis ergeben sich aber einige Schwierigkeiten (vgl. Kohler & Kreuter 2008:302 ff.). Signifikante Resultate ($p < 0.05$) sind fett gedruckt. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden wurden für einige ausgewählte unabhängige Variablen spezifische Grafiken (sogenannte Wahrscheinlichkeits-Plots) berechnet, welche die Interpretation wesentlich vereinfachen (Abbildung 7.7). Die Wahrscheinlichkeiten addieren sich dabei zu 1 pro Kategorie und können dadurch als Prozente interpretiert werden.

Tabelle 7.1: Multinomiale logistische Regressionmodelle für vier verschiedene Sterbeorte (Referenzwert: zu Hause)

Männer:

	Spital kurz		Spital lang		Alters- und Pflegeheim	
	RRR	95%-KI	RRR	95%-KI	RRR	95%-KI
Individuelle Faktoren						
Bildung (p<0.001)						
<i>mittel (Referenz)</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
kein Abschluss	1.00	0.81-1.22	0.99	0.85-1.16	1.16	0.97-1.37
tief	0.92	0.84-1.01	0.95	0.89-1.02	1.05	0.98-1.13
hoch	0.88	0.80-0.98	0.95	0.88-1.02	0.85	0.78-0.93
unbekannt	1.02	0.90-1.14	1.02	0.94-1.11	1.22	1.11-1.34
Haus- oder Wohnungseigentümer (p<0.001)						
<i>kein Eigentümer</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
Eigentümer	0.82	0.76-0.88	0.76	0.72-0.80	0.73	0.69-0.78
Todesursache (p<0.001)						
<i>Krebs</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
Herzinfarkt	0.87	0.78-0.96	0.30	0.28-0.33	0.64	0.59-0.70
COPD	1.10	0.92-1.31	0.59	0.51-0.67	1.27	1.10-1.47
Demenz	0.13	0.08-0.22	0.33	0.28-0.40	5.26	4.59-6.03
Schlaganfall	2.49	2.12-2.93	1.30	1.14-1.48	2.72	2.37-3.12
Übrige	1.35	1.23-1.47	0.69	0.65-0.74	1.09	1.01-1.18
Familiale Faktoren						
Zivilstand (p<0.001)						
<i>verheiratet</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
ledig	0.84	0.70-1.01	0.71	0.62-0.81	1.55	1.34-1.79
verwitwet	1.07	0.96-1.19	1.04	0.96-1.13	1.84	1.69-1.99
geschieden	0.97	0.81-1.15	1.04	0.91-1.18	1.74	1.51-2.01
Anzahl Kinder (p<0.001)						
<i>keine Kinder</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
1 - ≤2 Kinder	0.98	0.87-1.11	0.91	0.83-0.99	0.89	0.81-0.99
≥3 Kinder	0.88	0.78-1.00	0.79	0.72-0.87	0.84	0.76-0.93
unbekannt	0.94	0.78-1.12	0.90	0.78-1.03	0.96	0.83-1.10
Haushaltssituation (p<0.001)						
<i>Einpersonenhaushalt</i>	<i>1.00</i>		<i>1.00</i>		<i>1.00</i>	
Mehrpersonenhaushalt	1.11	0.97-1.27	1.04	0.94-1.15	0.87	0.79-0.97

...Fortsetzung von Tabelle 7.1

Anzahl Zimmer pro Person

(p<0.05)

0 - ≤1.5 Zimmer	1.00		1.00		1.00	
>1.5 - ≤2.5 Zimmer	0.98	0.91-1.07	1.02	0.96-1.08	0.93	0.87-1.00
>2.5 Zimmer	0.98	0.87-1.11	1.00	0.91-1.09	0.86	0.78-0.95

Kulturell-kontextuelle Faktoren

Nationalität (p<0.001)

Schweiz	1.00		1.00		1.00	
Ausland	1.22	1.06-1.39	1.32	1.20-1.46	0.92	0.81-1.05

Sprachregion (p<0.001)

Deutschschweiz	1.00		1.00		1.00	
Westschweiz	1.37	1.25-1.50	1.69	1.58-1.81	1.06	0.98-1.15
Tessin	1.38	1.16-1.64	1.53	1.35-1.75	1.28	1.10-1.49

Dichte der Heimbetten nach Region

(p<0.001)

Heimbedtdichte*	0.99	0.97-1.01	0.98	0.97-0.99	1.07	1.05-1.09
-----------------	------	-----------	------	-----------	-------------	-----------

Frauen:

	Spital kurz		Spital lang		Alters- und Pflegeheim	
	RRR	95%-KI	RRR	95%-KI	RRR	95%-KI

Individuelle Faktoren

Bildung (p<0.001)

<i>mittel</i>	1.00		1.00		1.00	
kein Abschluss	0.92	0.76-1.12	0.99	0.86-1.14	1.16	1.02-1.32
tief	1.05	0.95-1.15	1.04	0.98-1.12	1.11	1.04-1.18
hoch	0.89	0.73-1.10	0.99	0.86-1.14	0.81	0.70-0.93
unbekannt	1.00	0.88-1.12	1.01	0.92-1.10	1.05	0.97-1.14

Haus- oder Wohnungseigentümer

(p<0.001)

<i>kein Eigentümer</i>	1.00		1.00		1.00	
Eigentümer	0.80	0.74-0.88	0.77	0.73-0.82	0.72	0.68-0.77

Todesursache (p<0.001)

<i>Krebs</i>	1.00		1.00		1.00	
Herzinfarkt	1.13	0.99-1.29	0.29	0.26-0.32	0.81	0.74-0.88
COPD	1.48	1.17-1.86	0.47	0.39-0.56	1.09	0.92-1.29
Demenz	0.14	0.09-0.21	0.16	0.13-0.19	3.04	2.72-3.40
Schlaganfall	2.73	2.33-3.20	0.97	0.86-1.09	1.91	1.70-2.16
Übrige	1.59	1.42-1.77	0.55	0.51-0.59	1.05	0.98-1.14

...Fortsetzung von Tabelle 7.1

Familiale Faktoren					
Zivilstand (p<0.001)					
<i>verheiratet</i>	1.00		1.00		1.00
ledig	0.74	0.62-0.89	0.74	0.65-0.85	1.28 1.13-1.44
verwitwet	0.86	0.77-0.96	0.87	0.80-0.95	1.38 1.27-1.50
geschieden	0.81	0.68-0.96	0.87	0.77-0.99	1.31 1.15-1.48
Anzahl Kinder (p<0.001)					
<i>keine Kinder</i>	1.00		1.00		1.00
1 - ≤2 Kinder	1.05	0.92-1.19	1.00	0.92-1.10	0.96 0.88-1.04
≥3 Kinder	0.92	0.81-1.05	0.85	0.77-0.94	0.86 0.79-0.94
unbekannt	1.08	0.91-1.29	0.86	0.75-0.98	0.94 0.84-1.06
Haushaltssituation (p<0.001)					
<i>Einpersonenhaushalt</i>	1.00		1.00		1.00
Mehrpersonenhaushalt	0.97	0.86-1.10	0.94	0.86-1.03	0.81 0.75-0.88
Anzahl Zimmer pro Person (p<0.05)					
<i>0 - ≤1.5 Zimmer</i>	1.00		1.00		1.00
>1.5 - ≤2.5 Zimmer	1.11	1.00-1.23	1.00	0.92-1.08	0.97 0.90-1.05
>2.5 Zimmer	0.99	0.87-1.13	0.97	0.88-1.07	0.86 0.79-0.94
Kulturell-kontextuelle Faktoren					
Nationalität (p<0.001)					
<i>Schweiz</i>	1.00		1.00		1.00
Ausland	1.04	0.87-1.24	1.16	1.02-1.32	0.72 0.63-0.83
Sprachregion (p<0.001)					
<i>Deutschschweiz</i>	1.00		1.00		1.00
Westschweiz	1.28	1.16-1.42	1.47	1.36-1.58	1.14 1.06-1.22
Tessin	1.65	1.37-1.99	1.54	1.33-1.77	1.40 1.22-1.60
Dichte der Heimbetten nach Region (p<0.001)					
Heimbedtdichte*	1.00	0.98-1.03	0.97	0.96-0.99	1.04 1.03-1.06

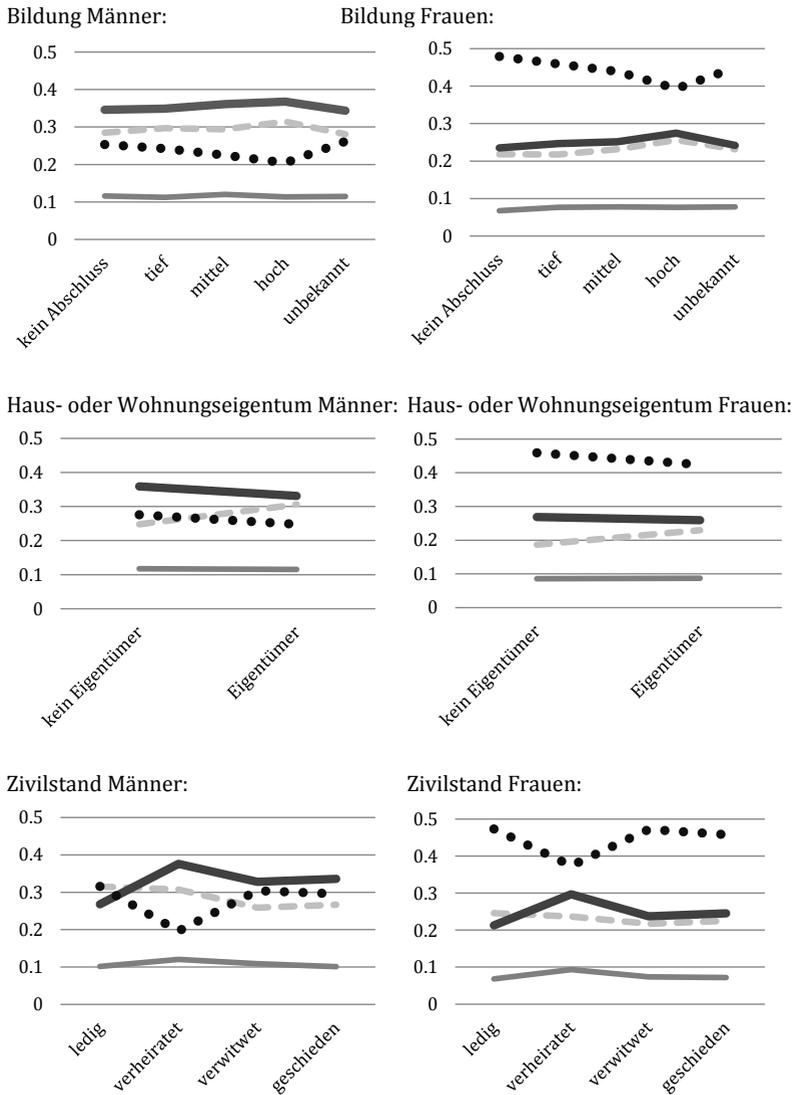
RRR=Relative Risk Ratios, fett gedruckt: p<0.05, n. s.=nicht signifikant
p-Werte berechnet pro Variable mit dem Likelihood-Quotienten-Test und, sofern nur einmal
angegeben, in beiden Modellen identisch.

Modelle kontrolliert auf Alter (kubische Splines), nicht abgebildet

*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens
65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

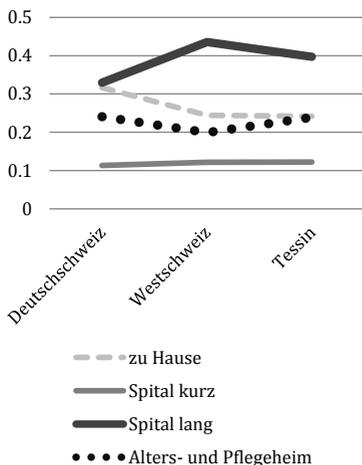
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer:
39'798, N Frauen: 45'331.

Abbildung 7.7: Wahrscheinlichkeits-Plots einiger ausgewählter Variablen

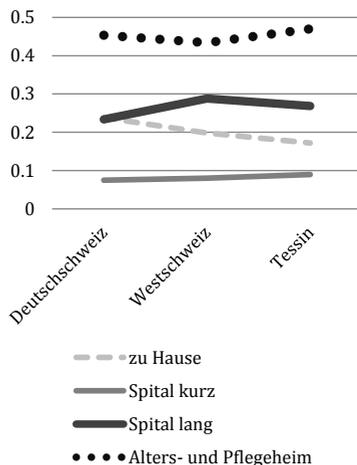


...Fortsetzung von Abbildung 7.7

Sprachregion Männer:



Sprachregion Frauen:



Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331.

Weil das Alter aus statistischen Gründen jeweils als kubischer Spline und nicht als metrische Variable in die Modelle integriert wurde, wird es in der Tabelle nicht abgebildet und kann demzufolge nicht interpretiert werden.

Beim höchsten erworbenen Bildungsabschluss zeigt sich eine klare, aber nicht sehr stark ausgeprägte Tendenz. Je höher das Bildungsniveau, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben und desto höher die Wahrscheinlichkeit, zu Hause zu sterben. Wenn man die heterogene Restkategorie ignoriert, zeigt sich dieser Befund bei beiden Geschlechtern, was insbesondere in der Grafik (Abbildung 7.7) deutlich sichtbar wird. Obwohl bei den Frauen das Alters- und Pflegeheim eine wichtigere Rolle spielt als bei den Männern, ist die Charakteristik des Einflusses der Bildung vergleichbar. Die Wahrscheinlichkeit für einen Spitaltodesfall nach einem längeren Aufenthalt steigt mit zunehmendem Bildungsniveau minimal an, die Wahrscheinlichkeit für kurze Aufenthalte vor dem Tod hingegen verändert sich kaum. Bisherige Studien fanden teilweise ebenfalls empirische Evidenz für eine höhere Wahrscheinlichkeit zu Hause zu sterben bei Leuten mit höherer Bildung (vgl. Berger et al. 2002; Tang & McCorkle 2001), allerdings ist die Vergleichbarkeit schwierig, weil man etwa in bisherigen Studien besonders Krebskranke analysierte und nicht die

ältere Allgemeinbevölkerung. Als weiterer Indikator des sozioökonomischen Status zeigt die Wohnungs- und Hausbesitzvariable eine analoge Tendenz zur Bildung. In der Grafik (Abbildung 7.7) wird sichtbar, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Tod im Alters- oder Pflegeheim gegenüber zu Hause tiefer ist bei denjenigen, die ein Haus oder eine Wohnung besitzen. Der Effekt ist bei beiden Geschlechtern sichtbar und signifikant.

Bei den Todesursachen fallen besonders die signifikant höheren Risiken für Demenztodesfälle gegenüber Krebs (Referenz) und anderen Krankheiten in Alters- und Pflegeheimen auf. Dabei ist das Risiko bei Männern noch deutlich höher. Wie es scheint, sind Alters- und Pflegeheime spezialisierte Sterbeinstitutionen für Demenzkranke, denn die Resultate decken sich weitgehend mit vergleichbaren Studien (vgl. Agüero-Torres et al. 2001; Jayaraman & Joseph 2013). Weiterhin auffällig sind bei beiden Geschlechtern die erhöhten Risiken bei den Todesfällen aufgrund eines Schlaganfalls gegenüber Krebs nach kurzen Spitalaufenthalten oder Heimaufenthalten.

Der Einfluss von familialen Variablen auf den Sterbeort ist teilweise ebenfalls signifikant; wie es scheint haben etwa besonders Frauen und Männer mit mindestens drei Kindern eine signifikant tiefere Wahrscheinlichkeit, in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben als zu Hause. Bei ein bis zwei Kindern zeigt sich nur bei den Männern ein signifikanter Effekt. Zudem sinkt auch die Wahrscheinlichkeit nach einem längeren Aufenthalt in einem Spital anstatt zu Hause zu sterben bei beiden Geschlechtern signifikant, wenn man mindestens drei Kinder hat. Offenbar ist der Einfluss auf den Sterbeort nicht nur davon abhängig, ob man Kinder hat oder nicht, sondern er hängt massgeblich auch von der Anzahl Kinder ab.

Beim Zivilstand fällt als erstes insbesondere die durchwegs signifikant höhere Wahrscheinlichkeit auf von ledigen, verwitweten oder geschiedenen Männern und Frauen gegenüber Verheirateten (Referenz) in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben, was insbesondere die Grafik (vgl. Abbildung 7.7) deutlich zeigt. Im Gegenzug steigt dafür bei Verheirateten die Wahrscheinlichkeit, nach einem längeren Spitalaufenthalt im Spital zu sterben. Ausserdem haben bei beiden Geschlechtern die Verheirateten auch die höchste Wahrscheinlichkeit, nach einem kurzen Spitalaufenthalt im Spital zu sterben. Dieser Effekt ist allerdings gering (vgl. Abbildung 7.7). Verwitwete und Geschiedene sterben verhältnismässig am seltensten zu Hause, während besonders bei den Männern die Ledigen und die Verheirateten etwa mit der gleichen Wahrscheinlichkeit zu Hause sterben. Bei den Frauen nimmt die Wahrscheinlichkeit der Verheirateten gegenüber den Le-

digen zu Hause zu sterben minimal ab. Die gefundene höhere Wahrscheinlichkeit der nicht Verheirateten in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben deckt sich mit Befunden bisheriger Studien (vgl. Berger et al. 2002; Jayaraman & Joseph 2013; Tang & McCorkle 2001). Wie es scheint, sind es besonders Alleinlebende, welche mit höherer Wahrscheinlichkeit in einem Alters- und Pflegeheim sterben als etwa zu Hause oder in einem Spital. Vermutlich können die Verheirateten bei einer allfälligen Pflegebedürftigkeit noch auf den Partner oder die Partnerin zurückgreifen, zumindest bei einfacheren Pflegeaufgaben. Diese Möglichkeit haben Alleinlebende nicht und leben deshalb, wenn sie pflegebedürftig werden, häufiger in einem Pflegeheim oder nehmen professionelle Pflegeleistungen zu Hause in Anspruch.

Die Haushaltssituation liefert noch weitere empirische Argumente für diese These. Frauen und Männer, die in Einpersonenhaushalten gelebt haben, sterben mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit in einem Pflegeheim als zu Hause gegenüber Frauen und Männern in Mehrpersonenhaushalten. Bei den Spitaltodesfällen nach kurzen wie langen Aufenthalten finden sich keine signifikanten Effekte. Weiterhin zeigt sich auch bei den detaillierteren Lebensumständen wie der Anzahl verfügbarer Zimmer pro Person, dass eine grössere Wohnung oder ein grösseres Haus ab 2.5 Zimmer pro Person die Wahrscheinlichkeit bei Frauen und Männer signifikant verringert, in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben statt zu Hause. Und analog zur Haushaltssituation sind die Effekte bei den kurzen oder langen Spitalaufenthalten nicht signifikant. Zusammenfassend kann man also festhalten, dass eine Partnerschaft oder das Leben mit anderen Menschen zusammen generell die Wahrscheinlichkeit erhöht, zu Hause sterben zu können und die Wahrscheinlichkeit verringert, in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben. Lange oder kurze Spitalaufenthalte kurz vor dem Tod werden summa summarum kaum durch familiäre Faktoren beeinflusst, sondern sind hauptsächlich durch medizinische Indikatoren determiniert.³⁶

Die Effekte der Nationalität unterstreichen nochmals die bereits bei den Heim- und Spitalanalysen diskutierten Resultate. Man findet keine direkten Hinweise, die für oder gegen einen Healthy-migrant-Effekt sprechen würden (vgl. Razum 2009), zudem spielen Alters- und Pflegeheime für Migranten in dieser Untersu-

³⁶ In diesem Zusammenhang darf man nicht vergessen, dass die in den Modellen enthaltenen Todesursachen und mögliche Krankheiten vor dem Tod nicht identisch sein müssen. Die Todesursachen werden als die zum Tode führende Krankheit verstanden; es ist aber durchaus möglich, dass ein kurz vor dem Tod erfolgter Spitaleintritt wegen einer anderen Krankheit erfolgt ist. Somit kann man bei diesen Analysen über die medizinischen Determinanten bzw. über die Gesundheit generell vor dem Tod empirisch kaum etwas aussagen.

chungspopulation nur eine untergeordnete Rolle. Ob die generelle Gesundheit von Migranten generell besser oder schlechter ist, lässt sich aber nicht sagen, weil diese beispielsweise wiederum häufiger in Spitälern sterben als zu Hause gegenüber den Schweizern.

Ferner relevant sind auch die weiteren kulturell-kontextuellen Faktoren, wie ein Blick auf die Grafiken deutlich macht (vgl. Abbildung 7.7). Als erstes fällt auf, dass besonders Männer in der lateinischen Schweiz signifikant häufiger in Spitälern nach längeren Aufenthalten sterben als in der Deutschschweiz. Im Gegensatz dazu sterben Frauen und Männer in der Deutschschweiz mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Hause. Weiterhin auffällig, aber mittlerweile nicht mehr überraschend, ist die durchwegs viel höhere Wahrscheinlichkeit der Frauen gegenüber Männern in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben, und zwar in allen Landesteilen. Die kurzen Spitalaufenthalte unterscheiden sich zwar anhand der durchwegs signifikanten Koeffizienten, dieser Effekt verschwindet aber bei beiden Geschlechtern grösstenteils bei der grafischen Auswertung. Die Wahrscheinlichkeit, den letzten Lebensabschnitt im Alters- oder Pflegeheim zu verbringen, ist in der Deutschschweiz und im Tessin minimal höher als in der Westschweiz. Ein Vergleich mit der Studie von 2004, welche nur die Deutschschweiz analysierte, zeigt, dass ebenfalls viel mehr Frauen als Männer in einem Pflegeheim verstorben sind (vgl. Fischer et al. 2004). Und von der Tendenz her sind die Ergebnisse auch mit den Zahlen vergleichbar, die mit Krankenkassendaten berechnet wurden, wenngleich in dieser Studie die Kantone separat analysiert wurden (vgl. Reich et al. 2013).

Die Heimdichte als letzter Faktor in den Modellen belegt einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro Region und der Wahrscheinlichkeit, in einem Alters- oder Pflegeheim zu sterben. Die Ausprägung ist allerdings gering.

7.4 Zwischenfazit

Abschliessend an die Sterbeort-Analysen stellt sich nun die Frage, ob man von sozialer Ungleichheit bezüglich des Sterbeortes sprechen kann und wie sie – wenn empirische Evidenz existiert – interpretiert wird. Als erstes zeigt sich generell, dass der Sterbeort, wie man vielleicht aufgrund des Alltagswissens annehmen könnte, keineswegs nur mit medizinischen oder pflegerischen Notwendigkeiten zusammenhängt, sondern vielmehr von der Gesamtstruktur individueller, familialer und kulturell-kontextueller Faktoren vor dem Lebensende abhängig ist.

Die Befunde lassen sich dabei weitgehend mit ähnlichen Studien vergleichen (vgl. Broad et al. 2013; Fischer et al. 2004; Reich et al. 2013). Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang die Alters- und Pflegeheime. Alleinlebend, eher tief gebildet, kein Wohnungs- oder Hauseigentum sowie keine Kinder sind allesamt Faktoren einer potenziell vulnerablen Bevölkerungsgruppe, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in einem Alters- oder Pflegeheim sterben wird als Menschen in einer Beziehung, tendenziell gut gebildet, Haus- oder Wohnungseigentümer sowie mehrfache Eltern. Somit existieren Faktoren sowohl auf der vertikalen Ebene wie Bildungsniveau oder Wohnungs- oder Hauseigentum als auch auf der horizontalen Ebene Faktoren wie Zivilstand, die allesamt für soziale Ungleichheit bezüglich dem Sterbeort sprechen – zumindest in Bezug auf die Alters- und Pflegeheime.

Die Spitäler geben ein weniger eindeutiges Bild. Es spricht vieles dafür, dass insbesondere Todesfälle nach kurzen Spitalaufenthalten weitgehend durch medizinische Notfälle wie etwa Unfälle determiniert sind. Diese Tatsache ist aufgrund der theoretischen Überlegungen aber nicht überraschend. Bei den Todesfällen nach längeren Spitalaufenthalten sieht es ähnlich aus, wenngleich hier schon minimale Einflüsse besonders von familialen und kulturell-kontextuellen Faktoren sichtbar werden. Beispielsweise könnte der verhältnismässig hohe Anteil Verheirateter darauf hinweisen, dass bei eintretender Pflegebedürftigkeit der Partner oder die Partnerin die Pflege übernehmen können und dadurch ein möglicher Heimaufenthalt vermieden wird. Bei komplexeren medizinischen Eingriffen aber ist die Hilfe durch den Partner unwahrscheinlich, was zu einem zwangsläufigen Spitalaufenthalt führen kann. Somit hätten Verheiratete zwar einen kürzeren stationären Aufenthalt vor dem Tod in einer Institution als etwa Ledige, sterben dann aber später häufiger im Spital, was von vielen Betroffenen und Angehörigen weniger gewünscht wird (vgl. Foreman et al. 2006).

Im Gegensatz zu den Todesfällen in Alters- und Pflegeheimen fällt bei den Todesfällen zu Hause besonders die tendenziell hohe Rate an sozioökonomisch besser gestellten Personen auf. Dies könnte einerseits für die oben aufgestellte These der generell besseren Gesundheit dieser Personengruppe sprechen, weil sie eben weniger auf die Gesundheitsversorgung angewiesen ist. Andererseits haben solche Personen vielleicht auch mehr Möglichkeiten, ihre letzte Lebensphase zu gestalten und vielleicht die Wohnung oder das Haus durch Umbauten besser an die Bedürfnisse im hohen Alter anzupassen. Und nicht zuletzt nehmen sie vielleicht, analog zur effizienteren Nutzung des Gesundheitswesens generell, mehr externe und professionelle spitalexterne Pflegeleistungen in Anspruch.

Weiterhin zeigen sich auffällige Unterschiede zwischen den Landesteilen. Kann man dies Indiz für kulturelle Unterschiede interpretieren? Einmal angenommen, in der französischsprachigen Westschweiz prägt die französischsprachige Gesellschaft und Kultur auch die kulturelle Vorstellung der letzten Lebensphase, so könnte man vielleicht Daten von Frankreich als Vergleich hinzuziehen. Und tatsächlich zeigt sich in einer Metaanalyse, dass Alters- und Pflegeheime als Sterbeort in Frankreich eine geringere Bedeutung haben als etwa in der Schweiz (vgl. Broad et al. 2013). Auch wenn diese Differenzen empirisch nur gering ausgeprägt sind, könnte dies einen Teil der Unterschiede erklären. Wichtig sind sicherlich auch die unterschiedlichen spitalexternen Pflegedienstleistungen. Berechnungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigen tendenziell höhere Ausgaben für spitalexterne Pflegeleistungen in Kantonen der Westschweiz gegenüber der Deutschschweiz (vgl. Obsan 2011).

Wenn man die Resultate mit den oben aufgestellten Thesen vergleicht, spricht insgesamt mehr empirische Evidenz für die Kontinuitäts- oder gar Kumulations- these anstatt die Destrukturierungs- oder Altersbedingtheitsthese (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009). Gerade beim Sterbeort ist dieser Befund besonders aussagekräftig, weil ja dabei nicht einfach die generelle Lebensphase Alter im Zentrum steht, sondern der letztmögliche Zeitpunkt, Auswirkungen der sozialen Ungleichheit auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu messen. Es ist also ein Zeitpunkt, der bei der heutigen Lebenserwartung durchschnittlich viele Jahre nach dem Berufsaustritt liegt und bei dem sich – zumindest theoretisch – über die Jahre im Laufe des höheren Lebensalters hinweg allfällige berufsbedingte Ungleichheiten hätten minimieren können – was aber in der Realität offensichtlich nur bedingt stattfand. Gerade die Tatsache, dass höher Gebildete mit geringerer Wahrscheinlichkeit in einem Alters- oder Pflegeheim sterben werden, zeigt einen direkten Zusammenhang auf mit einem Faktor, der bei den meisten Menschen in einem frühen Lebenszeitpunkt erworben wurde, und seine Bedeutung unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Ungleichheit bis zum Ende des Lebens behält. Zu guter Letzt ist dies auch ein empirisches Argument für die Lebenslaufperspektive

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

8 Fazit und Schlussfolgerungen

Fazit

In Politik und Medien spricht man aufgrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Lebenserwartung meist von einer alternden Gesellschaft, wobei man den zunehmenden Anteil an alten Menschen oftmals als Problem auffasst und dabei die Finanzierung einer zukunftsgerechten Altersvorsorge kontrovers diskutiert. Auch die Wissenschaft beschäftigt sich schon länger mit diesem Thema, indem beispielsweise mögliche Zukunftsszenarien der Pflegebedürftigkeit berechnet werden (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003). Die Gesundheitsversorgung hat sich in letzter Zeit besonders gewandelt: Während pflegebedürftige alte Menschen im 19. Jahrhundert üblicherweise von der Familie gepflegt wurden und später zu Hause starben, so stirbt heutzutage in vielen Industrieländern die Mehrheit der Menschen in Institutionen wie Spitälern oder Heimen. Und weil dabei besonders die Alters- und Pflegeheimaufenthalte vor dem Tod relativ lang sein können, ist die letzte Lebensphase vieler zunehmend durch diese Institutionen geprägt.

Übertritte in Institutionen können soziale Sterbeprozesse einleiten und beschleunigen sowie die Partizipationsfähigkeiten der Menschen einschränken, was sich letztlich auch negativ auf die Gesundheit im weiteren Sinne auswirken kann. Es ist davon auszugehen, dass eine Mehrheit der Menschen im Alter so lange wie möglich zu Hause bleiben und dort sterben möchte und analog dazu - wenn es zu einem Übertritt in ein Heim oder Spital kommt - kürzere Aufenthalte in der Regel gegenüber längeren bevorzugt. Daran anschliessend stellt sich die Frage, welche Faktoren für einen verhältnismässig frühen Spital- oder Heimeintritt bzw. für lange Aufenthalte verantwortlich sind und weshalb die Menschen wo sterben. Viele bisherige Studien fanden sowohl bei der Gesundheit als auch bei der Mortalität signifikante Unterschiede: Statushöhere und sozioökonomisch privilegierte Menschen leben länger und sind gesünder als sozioökonomisch weniger privilegierte (vgl. Chandola et al. 2007; Huisman et al. 2005; Mielck 2005). In dieser Arbeit interessiert, ob sich solche Unterschiede auch bei Heim- und Spitalaufenthalten sowie unterschiedlichen Sterbeorten feststellen lassen und ob beispielsweise privilegiertere Bevölkerungsgruppen weniger lange Heimaufenthalte vor

dem Tod haben und seltener in einem Heim sterben. Generell ist dabei besonders bei den Heimaufenthalten und den Heimen als Sterbeort von stärker ausgeprägter vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit auszugehen als bei Spitalaufenthalten und den Spitälern als Sterbeort.

Die Resultate zeigen summa summarum ein ziemlich eindeutiges Bild: Bei den Heimaufenthalten sind nicht etwa die kränksten bzw. pflegebedürftigsten Personen besonders lange in einem Alters- oder Pflegeheim vor dem Tod, sondern eher solche, die beim Heimeintritt eher weniger pflegebedürftig sind, häufiger alleinlebend sind, keine Kinder haben, und tendenziell einen tieferen sozioökonomischen Status haben. Insgesamt spricht einiges für die Kausations- oder Kumulationsthese. Dies würde implizieren, dass der im vorangegangenen Leben eingenommene soziale Status auch im Alter noch gültig ist oder die Statusdifferenzen gar noch anwachsen (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009).

Bei den Spitalaufenthalten sind sozioökonomische oder familiäre Faktoren – vom Haus- oder Wohneigentum einmal abgesehen – weniger relevant, ob man mehr oder weniger Tage im Spital verbringt im letzten Jahr vor dem Tod. Dafür sind Menschen in der französischsprachigen Schweiz sowie solche, die bereits an Multimorbidität leiden, signifikant länger im Spital als Deutschschweizer bzw. solche, bei denen keine Multimorbidität diagnostiziert wurde. Demnach spricht in diesem Zusammenhang einiges für die These der Altersbedingtheit oder die Destrukturierungsthese, nach denen in erster Linie das Alter und die damit verbundenen psychischen und physischen Veränderungen die soziale Lage prägen und sozioökonomische Faktoren eher zweitrangig sind (vgl. Knesebeck & Schäfer 2009).

Die Sterbeortanalysen untermauern diese gefundenen Resultate und liefern zusätzliche empirische Evidenz dafür, dass bei den Heimen die Effekte sozialer Ungleichheit stärker sind: Alleinlebend, eher weniger gut ausgebildet, kein Wohneigentum sowie keine Kinder sind alles Merkmale einer Bevölkerungsgruppe, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in einem Heim als zu Hause stirbt als Menschen in einer Beziehung, eher gut gebildet, Wohn- oder Hauseigentümer sowie mehrfache Eltern von Kindern. Demgegenüber finden sich bei den Spitälern kaum eindeutige Hinweise auf soziale Einflussfaktoren. Bei den Todesfällen nach kurzen wie langen Aufenthalten – beispielsweise bedingt durch medizinische Notfälle – spricht insgesamt mehr für medizinische Determinanten, was letztlich nicht weiter überraschend ist. Besonders auffällig sind dagegen die Unterschiede zwischen den Sprachregionen: In der Westschweiz wie auch im Tessin sterben signifikant mehr Personen in Institutionen als in der Deutschschweiz,

besonders in Spitälern. Insgesamt spricht mehr empirische Evidenz für die Kausations- oder Kumulationsthese.

Es fällt auf, dass die gefundenen Resultate bei den Spital- und Heimaufenthalten sich bei den Sterbeortanalysen grösstenteils bestätigen: Die potenziell vulnerable Bevölkerungsgruppe hat längere Heimaufenthalte vor dem Tod, stirbt verhältnismässig häufig dort, ist vorwiegend weiblich und häufiger alleinstehend, stirbt verhältnismässig häufig an Demenz oder an einem Schlaganfall, ist durchschnittlich tiefer gebildet und häufiger ohne Wohneigentum sowie häufiger multimorbid und zum Zeitpunkt des Heimeintrittes in den Alltagsaktivitäten weniger eingeschränkt. Vermutlich haben viele Personen dieser angesprochenen Gruppe bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit weniger Ressourcen als privilegiertere Gruppen, um auf die neue Lebenssituation zu reagieren. Beispielsweise könnten Besitzer eines Hauses einfacher altersgerechte Umbauten vornehmen als Mieter, Verheiratete können vom Ehepartner gepflegt werden und Paare mit Kindern von ihren eigenen Kindern. Je weniger Optionen man diesbezüglich hat, desto höher scheint die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintrittes. Eine Studie über familiäre Pflegearrangements (vgl. Haberkern 2009) fand heraus, dass Personen ohne ausreichend finanzielle Mittel mit höherer Wahrscheinlichkeit keine oder weniger familiäre Pflege erhalten, was die Vermutung bestätigen könnte, dass weniger Pflegeoptionen – sowohl familial als auch finanziell – eher zu einem Heimeintritt führen, selbst wenn die Pflegebedürftigkeit noch verhältnismässig gering ist.

Bei Spitalaufenthalten vor dem Tod existieren weniger Alternativen, denn medizinische Behandlungen können in der Regel nur von Experten durchgeführt werden. Auch hier zeigen sich – wie bei den Heimaufenthalten – auffällige Parallelen zwischen den Aufenthalten und dem Sterbeort: Der Einfluss von sozialen Faktoren ist insgesamt nicht eindeutig, vielmehr finden sich dafür Unterschiede zwischen den Sprachregionen, was sich sowohl bei der Aufenthaltsdauer als auch beim Sterbeort deutlich zeigt.

In dieser Arbeit wurde generell davon ausgegangen, dass eine Mehrheit der Betroffenen kürzere Aufenthalte in Institutionen in der Regel bevorzugt und möglichst zu Hause sterben möchte. Diese Wünsche sind offenbar nicht für alle Bevölkerungsschichten gleich realistisch, denn schliesslich zeigen sich, wie diese Arbeit darlegt, soziale Ungleichheiten in der Versorgung am Lebensende. Aufgrund theoretischer Überlegungen sind zudem hinter den Gesundheitsindikatoren wie beispielsweise der Multimorbidität (vgl. Barnett et al. 2012) weitere Einflüsse von sozialen Faktoren denkbar, die bereits zu einer ungleichen Verteilung der Gesundheit geführt haben, noch bevor die Versorgung am Lebensende

überhaupt relevant wird. Demnach könnte die kumulierte soziale Ungleichheit vielleicht noch stärker ausgeprägt sein als unsere Resultate anhand der Versorgung zeigen. Das nicht signifikante Ergebnis der Dichte von Heimbetten nach Region bei den Heimaufenthaltsdaueranalysen lässt sich vielleicht folgendermassen deuten: Der Wohlfahrtsstaat ermöglicht auf der einen Seite zwar, der Bevölkerung bei Bedarf einen Heim- oder Spitalplatz zur Verfügung zu stellen, schafft es aber – wie ein Vergleich mit den anderen Resultaten der Modelle zeigt – auf der anderen Seite nicht, sozioökonomische Ungleichheit im Laufe des höheren Lebensalters durch Umverteilung komplett auszugleichen.

Die in dieser Arbeit verwendeten administrativen Daten haben viel Potenzial und eignen sich mit einem innovativen und kreativen Forschungsdesign durchaus für soziologische Fragestellungen. Aufgrund von theoretischen Überlegungen wurde entschieden, drei separate Erklärungsmodelle mit jeweils einer anderen abhängigen Variable und einer anderen Studienpopulationen zu rechnen. Dabei passen die Resultate der drei Teile inhaltlich gut zusammen und sind nicht nur in sich konsistent, sondern über alle drei Modelle hinweg, was im Nachhinein sowohl die Wahl der Indikatoren als auch das teilweise explorative Vorgehen rechtfertigt.

Abschliessend kann man sich fragen, inwieweit die Befunde auch auf andere Länder übertragbar sind. Wie eine Metaanalyse über unterschiedliche Sterbeorte (vgl. Broad et al. 2013) aufzeigt, gibt es innerhalb der Industrieländer grosse Unterschiede, besonders was die Anteile der Verstorbenen in Heimen betrifft. Dies könnte implizieren, dass besonders die vorliegenden Resultate zu den Heimen schwierig auf andere Länder anzuwenden sind. Vor allem dürften die unterschiedlichen Arten von Wohlfahrtsstaaten einen entsprechenden Einfluss darauf haben, ob sich die Menschen beispielsweise eine Pflege in Institutionen überhaupt leisten können oder ob und wie stark die familiäre Pflege verbreitet ist (vgl. Esping-Andersen 1990; Haberkern 2009). Und bei den Spitälern dürfte es neben den kulturellen Vorstellungen des Lebensendes auch eine Rolle spielen, wie gut ausgebaut die medizinische Versorgung insgesamt ist. Beispielsweise variieren die Gesundheitsausgaben massiv zwischen den einzelnen Ländern (vgl. Kocher 2009). Nichtsdestotrotz ist denkbar, dass die Mechanismen und Effekte innerhalb der jeweiligen Personengruppe von beispielsweise Heimbewohnern, die durch diverse vorhergegangene Selektionsprozesse eine verhältnismässig homogene Gruppe darstellen, mit den in dieser Arbeit verwendeten Studienpopulationen verglichen werden können.

Gesundheitsversorgung und Geschlecht

Nach diesem allgemeinen Fazit wird nun auf vier besonders auffällige Befunde im Detail eingegangen. Als erstes ist dabei die Rolle der Geschlechter zu nennen. Aufgrund des Vorgehens mit geschlechtsspezifischen Modellen sind jedoch direkte Vergleiche zwischen Männern und Frauen nicht zulässig, dafür sind Auffälligkeiten, die in beiden Stichproben auftreten, inhaltlich miteinander vergleichbar. Obwohl wir von elementaren Unterschieden zwischen den Geschlechtern ausgegangen sind, zeigen sich letztlich innerhalb der Geschlechter vergleichbare Effekte. In den Alters- und Pflegeheimen gibt es zwar absolut gesehen viel mehr Frauen als Männer, die durchschnittlich auch älter sterben, was angesichts der höheren Lebenserwartung nicht weiter überrascht und sich auch mit unseren theoretischen Überlegungen deckt. Aber offensichtlich sind für diese beiden Geschlechtergruppen letztlich mehrheitlich die gleichen Faktoren relevant, und dies gleich bei allen drei Modellen. Eine mögliche Erklärung dafür könnten die bereits vor dem Heim- oder Spitaleintritt stattgefundenen Selektionsprozesse sein, welche letztlich diese Bevölkerungsgruppe in vielen Merkmalen homogenisieren, wodurch das Geschlecht an Bedeutung verliert. Gerade bei den Männern, die neben einer geringeren Lebenserwartung in den Heimen die Minderheit stellen sowie viel kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauern als Frauen haben, könnte der Effekt des selektiven Überlebens einiges erklären (vgl. Markides & Machalek 1984): Diejenigen, die einerseits alt werden und andererseits in ein Heim eintreten, stellen eine Personengruppe unter den Männern dar, die sich von den Männern in jüngeren Lebensjahren unterscheidet und sich in vielen Parametern den Frauen der vergleichbaren Altersgruppe annähert. Auch bei den Spitalaufenthalten könnte dieser Selektionsmechanismus gewirkt haben, wobei dort die Geschlechterunterschiede geringer ausgeprägt sind.

Gesundheitsversorgung und Wohneigentum

Weiterhin auffällig sind die konsistenten Resultate in Bezug auf Wohn- oder Hauseigentum. Im Gegensatz zur Bildung ist dieser Indikator sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen durchwegs signifikant: Haus- oder Wohnungseigentümer sind kürzer im Spital, haben kürzere Heimaufenthalte und sterben mit geringerer Wahrscheinlichkeit im Spital oder Heim gegenüber Nichteigentümern. Wenn man die beiden Indikatoren vertikaler sozialer Ungleichheit – also Wohn- oder Hauseigentum und höchster Bildungsabschluss – vergleicht, fällt zudem auf, dass das Bildungsniveau üblicherweise vor dem Wohn- oder Hausei-

gentum erworben wird und dass letztlich ein biografisch aus der Sicht des Lebensendes näher liegender Statusindikator eine konsistentere Wirkung ausübt.

Etwas überraschend ist das bei der Spitalaufenthaltsdauer gefundene gegensätzliche Resultat von Bildung und Wohn- oder Hauseigentum bei den Männern: Ein höheres Bildungsniveau erhöht die Anzahl Spitaltage signifikant gegenüber dem mittleren Bildungsniveau, während Wohn- oder Hauseigentum die Anzahl Tage gegenüber den Nichteigentümern signifikant verkürzt. Diese Tatsache führt zu einer etwas unklarer Ausprägung sozialer Ungleichheit bei Spitalaufenthalten: Einerseits ist denkbar, dass privilegiere Bevölkerungsgruppen gesünder sind und deshalb weniger Spitalbehandlungen benötigen; andererseits könnten diese Bevölkerungsgruppen für Spitäler, wenn sie sich beispielsweise aufgrund besserer Finanzen eher Zusatzversicherungen leisten, so attraktiv sein, dass sie gerne über längere Zeit als notwendig im Spital behalten werden und vielleicht auch mehr Behandlungen erhalten und dadurch längere Aufenthalte hätten. Letztlich ist und bleibt dies anhand unserer Resultate spekulativ, es zeigt aber definitiv die insgesamt weniger eindeutige Bedeutung des sozioökonomischen Status bei den Spitalaufenthalten gegenüber den Heimaufenthalten auf.

Gesundheitsversorgung und Krankheiten

Als nächstes finden sich einige Auffälligkeiten bei den Krankheiten. Diagnostizierte Multimorbidität erhöht für beide Geschlechter signifikant die Spitalaufenthaltsdauer und bei Männern auch die Heimaufenthaltsdauer. Einen sehr starken Effekt findet man erwartungsgemäss für Frauen und Männer bei den Hospitalisationen im letzten Lebensjahr während des Heimaufenthaltes. Demnach gehen Spitaleintritte mit einer verhältnismässig deutlich verschlechternden Gesundheit einher, was den Heimaufenthalt stark verkürzt, weil die betroffenen Personen vermutlich bald darauf sterben.

Aufschluss über die Krankheiten in der letzten Lebensphase geben auch die Todesursachen. Aufgrund der Aufenthaltsdauer in Spitälern - und in geringerem Ausmass in Heimen - ist aber nicht klar, ob einige davon schneller zum Tod führen als andere oder ob man einfach weniger Spital- oder Heimaufenthalte benötigt. Anhand einiger Resultate zeigen sich dennoch Tendenzen, die man interpretieren kann. Wenn man beispielsweise an Demenz verstirbt, so ist die Wahrscheinlichkeit für Männer und Frauen hoch, dass man einerseits in einem Heim stirbt und andererseits auch lange im Heim lebt, bevor man stirbt. Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit von längeren oder mehreren Spitalaufenthalten im letzten Lebensjahr erhöht. Vermutlich hängt dieser Effekt mit dem schleichenden Krank-

heitsverlauf und der im Verhältnis relativ hohen Lebenserwartung von Demenz zusammen, der im Vergleich zu anderen Krankheiten wie Krebs weniger schnell zum Tod führt, aber die Betroffenen dafür längere Zeit von Pflege abhängig macht, die vorwiegend in Heimen oder auch zu Hause stattfindet. Aufgrund der weiter zunehmenden Lebenserwartung dürften demenzielle Erkrankungen in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003), was im Endeffekt vielleicht zu mehr und noch längeren Heimaufenthalten von Betroffenen führen kann.

Gesundheitsversorgung und Sprachregionen

Nicht zuletzt sind auch die Unterschiede zwischen den Landesteilen auffällig. Etwas vorsichtig sollte man die Resultate für den Kanton Tessin im Vergleich zu den anderen beiden, deutlich grösseren Landesteilen, interpretieren. Letztlich zeigt sich der Hauptunterschied aber generell zwischen der lateinischen und deutschsprachigen Schweiz: In der lateinischen Schweiz sind die Menschen vor dem Tod signifikant länger im Spital und sterben mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit in einem Spital oder Heim als zu Hause im Vergleich mit der Deutschschweiz. Insgesamt spricht anhand dieser Resultate einiges für kulturell unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Versorgung am Lebensende zwischen den Landesteilen oder zumindest zwischen den Sprachregionen, denn die Unterschiede sind einerseits ziemlich stark ausgeprägt und andererseits konsistent. Es scheint nachvollziehbar, dass wenn die betroffenen Personen im letzten Lebensjahr mehr Zeit in einem Spital verbringen, auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit dort sterben.

Aufschlussreich ist vielleicht ein Vergleich mit den jeweils gleichsprachigen Nachbarländern, wo sich tatsächlich interessante Parallelen erkennen lassen: In Frankreich sterben beispielsweise – gemessen an allen Todesfällen – fast 60% der Menschen in Spitälern, rund 30% zu Hause und nur rund 10% in Alters- und Pflegeheimen (Broad et al. 2013). In Deutschland wurde bis anhin keine landesweite Studie über unterschiedliche Sterbeorte durchgeführt, immerhin gibt es eine Studie über Verstorbene in Rheinland-Pfalz, die wiederum alle Verstorbenen untersuchte: Rund 40% sterben zu Hause, weitere rund 40% in Spitälern, knappe 15% in Alters- und Pflegeheimen und weitere gute 5% anderswo wie beispielsweise in Palliativeinrichtungen (Escobar Pinzou et al. 2013). Auch wenn diese Zahlen nur bedingt untereinander vergleichbar sind und im Gegensatz zu den Ergebnissen aus dieser Arbeit nicht auf die ältere Bevölkerung beschränkt sind, so sterben offensichtlich in der Deutschschweiz und in Deutschland gegenüber

der französischsprachigen Schweiz und Frankreich mehr Menschen zu Hause als in Institutionen. Zudem sind die Alters- und Pflegeheime im deutschsprachigen Raum als Sterbeorte etwas verbreiteter als im französischsprachigen Raum. Die Ausgaben für spitalexterne Pflegeleistungen hingegen sind in der französischsprachigen Schweiz tendenziell etwas höher als in der Deutschschweiz (Obsan 2011).

Sozialpolitische Implikationen

Was für Konsequenzen können aus dieser Arbeit für Gesellschaft und Politik gezogen werden? Die alternde Gesellschaft stellt in jedem Fall eine grosse Herausforderung dar. Falls die Pflegebedürftigkeit und die medizinische Versorgung bzw. die medizinischen Behandlungen am Lebensende in Zukunft weiter steigen werden, wovon man aufgrund der gegenwärtigen Entwicklung ausgehen kann (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003), ist der Wohlfahrtsstaat gleich doppelt gefordert: Einerseits dürften die Kosten der Versorgung vor dem Lebensendes weiter ansteigen, was die Frage einer gerechten Finanzierung aufwirft, und andererseits könnte die soziale Ungleichheit der Gesundheitsversorgung noch zunehmen, wenn beispielsweise die Alters- und Pflegeheime weiter an Bedeutung gewinnen und die in dieser Arbeit gefundenen Ungleichheiten für eine noch grössere Bevölkerungsgruppe relevant werden.

Wie könnte man den Herausforderungen begegnen? Generell wünschenswert ist eine Versorgung am Lebensende, die in diesem für alle Betroffenen sehr schwierigen Kontext von Krankheiten, Pflegebedürftigkeit, physischem und psychischem Abbau, verminderten Partizipationsfähigkeiten sowie physischem, psychischem und sozialem Sterben die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen alten Menschen sowie deren Angehörigen möglichst berücksichtigt. Eine diesbezügliche Optimierung könnte nebenbei auch Kosten einsparen: Wenn beispielsweise weniger privilegierte Bevölkerungsgruppen mehr Möglichkeiten bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit offen stehen, beispielsweise durch ausgebaute spitalexterne Pflege, so könnte dies bei den Betroffenen vielleicht zu einem späteren Heimeintritt führen und dadurch die teuren langen Heimaufenthalte verkürzen, was gleichzeitig ja auch dem Wunsch vieler Betroffenen nachkäme, möglichst lang in ihrer vertrauten Umgebung leben zu können.

Bei den Heimaufenthalten stellt sich die Frage, ob man aus Sicht des Wohlfahrtsstaates den vulnerablen Bevölkerungsgruppen mehr Alternativen zu einem verhältnismässig frühen Heimeintritt bei geringer Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen soll. Beispielsweise könnte ein Ausbau der ambulanten, spitalexter-

nen Pflege dafür sorgen, dass leicht pflegebedürftige Personen länger zuhause leben können. Hierbei müsste man vielleicht die bisherigen Finanzierungsmodelle überdenken, um auch weniger privilegierten Bevölkerungsgruppen den Zugang zu erleichtern. Damit einhergehend sollte man dies mit einem Ausbau von altersgerechten Wohnungen unterstützen, etwa indem man Fahrstühle in ältere Häuser einbaut und die Wohnungen dadurch auch für Personen bewohnbar macht, die in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sind. Auch innovative Ideen könnten vielleicht zur Problemlösung beitragen: Alterswohngemeinschaften mit einem Mix aus familialer und professioneller Pflege helfen vielleicht, leicht pflegebedürftigen Menschen einen mehr oder weniger autonomen Alltag länger aufrechtzuerhalten. Und in Städten könnten vielleicht Studenten günstig bei älteren, leicht pflegebedürftigen Menschen wohnen und als Gegenleistung Unterstützung im Alltag leisten.

Daran anschliessend stellt sich die Frage, was man mit präventiven Massnahmen noch erreichen könnte, um den alten Menschen eine möglichst lange autonome und behinderungsfreie Zeit zu ermöglichen. Demenz beispielsweise ist eine Krankheit mit degenerativem Verlauf und verhältnismässig langen Heim- und Spitalaufenthalten. Wenn man die Demenzerkrankungsraten reduzieren könnte, hätte dies neben einer besseren Gesundheit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit durchschnittlich kürzere Aufenthalte in Institutionen zur Folge. Neben der genetischen Disposition gibt es einige bekannte Risikofaktoren wie Depression, Bluthochdruck, physische Inaktivität, Übergewicht, Diabetes, erhöhte Cholesterinkonzentration sowie Rauchen, die das Demenzrisiko im Alter signifikant erhöhen (Deckers et al. 2015). Unter diesen Indikatoren finden sich einige Risikofaktoren wie etwa Rauchen oder Übergewicht, die man bereits als Risikofaktor für weitere Krankheiten kennt und die bereits Gegenstand von einigen bisherigen Präventionskampagnen waren. Dennoch könnte sich noch mehr gezielte Prävention auszahlen, denn wenn die Lebenserwartung noch weiter steigt, nimmt vermutlich - je nach Entwicklungsszenario - auch die Prävalenz von Demenz weiter zu, wodurch dieses Thema in Zukunft vielleicht noch wichtiger wird (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003). Bisherige aus dem Alltag bekannte Gesundheitstipps wie viel Bewegung, nicht zu rauchen oder eine gesunde Ernährung wirken sich also auch in Bezug auf ein geringeres Demenzrisiko aus, was im Endeffekt, aufgrund des geringeren Risikos langer Heimaufenthalte, die Lebensqualität am Lebensende positiv beeinflussen kann. Hierbei könnte man die Prävention besonders auf vulnerable Bevölkerungsgruppen ausrichten, denn bisherige Studien zeigen, dass beispielsweise Rauchen und Übergewicht in weniger privilegierten Bevölke-

rungsgruppen verbreiteter sind als in privilegierteren Bevölkerungsgruppen (vgl. Mielck 2005; Østbye et al. 2002).

Bei den Spitälern scheint die wohlfahrtsstaatliche Absicherung zu funktionieren, ein Problem dürfte eher der grosse Anteil von Todesfällen darstellen. Aus Sicht der vorliegenden Resultate scheint es angebracht zu konstatieren, dass sich Spitäler vermehrt mit dieser Herausforderung auseinandersetzen sollten und vielleicht vermehrt akzeptieren, dass eine kurative Behandlung kurz vor dem Tod nicht immer die sinnvollste ist. Diese Herausforderung anzugehen, dürfte naturgemäss schwierig sein, denn neben den medizinischen Aspekten spielen auch ethische, moralische und rechtliche Argumente eine wichtige Rolle. Die Debatten um aktive und passive Sterbehilfen zeigen beispielsweise, wie empfindlich die Gesellschaft bei Fragen über das Lebensende reagiert. Die zunehmend auch in Spitälern integrierten Palliativpflegestationen sind sicherlich eine weithin akzeptierte und passende Antwort auf diese Herausforderungen und kommen dem gestiegenen Bedürfnis vieler nach mehr Selbstbestimmung am Lebensende entgegen. Besonders bei degenerativen und letalen chronischen Krankheiten ohne Aussicht auf Heilung scheinen - wenn sie denn im Spital längere Zeit behandelt werden - spezialisierte Palliativpflegeabteilungen Sinn zu machen.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche für nicht kommerzielle Zwecke die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäss nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Etwaige Abbildungen oder sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende oder der Quellreferenz nichts anderes ergibt. Sofern solches Drittmaterial nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht, ist eine Vervielfältigung, Bearbeitung oder öffentliche Wiedergabe nur mit vorheriger Zustimmung des betreffenden Rechteinhabers oder auf der Grundlage einschlägiger gesetzlicher Erlaubnisvorschriften zulässig.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., 2004: Cultural Capital in Health Promotion. in: D. V. McQueen, I. Kickbush, L. Potvin, J.M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.), Health & Modernity. The Role of Theory in Health Promotion. Springer.
- Abel, T., A. Abraham & K. Sommerhalder, 2009: Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. pp. 195–208 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Agüero-Torres, H., E. von Strauss, M. Viitanen, B. Winblad & L. Fratiglioni, 2001: Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. Journal of Clinical Epidemiology 54: 795–801.
- Ahlner-Elmqvist, M., M. Jordhøy, M. Jannert, P. Fayers & S. Kaasa, 2004: Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. Palliative Medicine 18: 585–593.
- Anandale, E., 1998: The Sociology of Health and Medicine. Oxford: Polity.
- Antonovsky, A., 1993: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. pp. 3–14 in: A. Franke & M. Broda (Eds.), Psychosomatische Gesundheit. Tübingen: DGTV-Verlag.
- Antonovsky, A., 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGTV-Verlag.
- Arend, M. & F. Höpflinger, 1997: Zur Wohnversorgung und Wohnsituation älterer Menschen in der Schweiz. Zürich: Nationales Forschungsprogramm NFP 32.
- Atchley, R.C., 1989: A continuity theory of normal aging. The Gerontologist 29: 183–190.
- Babitsch, B., 2009: Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. pp. 283–299 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Backes, G.M. & W. Clemens, 2008: Lebensphase Alter. Weinheim und München: Juventa.
- BAG, 2012: Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Baltes, M.M., 1995: Verlust der Selbstständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. Psychologische Rundschau 46: 159–170.
- Baltes, P.B., 1999: Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32: 433–448.
- Bambra, C., 2007: Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. Journal of Epidemiology and Community Health 61: 1098–1102.

- Barnett, K., S.W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke & B. Guthrie, 2012: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 380: 37–43.
- Bauer, U., U.H. Bittlingmayer & M. Richter, 2008: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. pp. 13–56 in: U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Eds.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, U. & A. Büscher, 2008: Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. pp. 7–45 in: U. Bauer & A. Büscher (Eds.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bayer-Oglesby, L. & F. Höpflinger, 2010: Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. *Methodik und kantonale Kennzahlen*. Obsan.
- Beck, U., 1983: Jenseits von Klasse und Stand? Soziale Ungleichheit, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. *Soziale Welt* 2 (Sonderb: 35–74).
- Beck, U., 1986: *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Behrens, J., 2008: Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. pp. 180–211 in: U. Bauer & A. Büscher (Eds.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beng, A.K.L., C.W. Fong, E. Shum, C.R. Goh, K.T. Goh & S.K. Chew, 2009: Where the elderly die: the influence of socio-demographic factors and cause of death on people dying at home. *Annals Academy of Medicine* 38: 676–683.
- Berger, A., D. Pereira, K. Baker, A. O'Mara & J. Bolle, 2002: A Commentary: Social and Cultural Determinants of End-of-Life Care for Elderly Persons. *The Gerontologist* 42: 49–53.
- Berlin, C., A. Busato, T. Rosemann, S. Djalali & M. Maessen, 2014: Avoidable hospitalizations in Switzerland: a small area analysis on regional variation, density of physicians, hospital supply and rurality. *BMC Health Services Research* 14: 289.
- Bickel, H., 1998: Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 193–204.
- Black, D., 1982: *Inequalities in health: the Black report*. London: Penguin Books.
- Blomgren, J., E. Breeze, S. Koskinen & P. Martikainen, 2011: Help from spouse and from children among older people with functional limitations: comparison of England and Finland. *Ageing and Society* 32: 905–933.
- Boggatz, T., T. Farid, A. Mohammedin, A. Dijkstra, C. Lohrmann & T. Dassen, 2010: Socio-demographic factors related to functional limitations and care dependency among older Egyptians. *Journal of Advanced Nursing* 66: 1047–1058.
- Bolte, G. & M. Kohlhuber, 2009: Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. pp. 99–116 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bopp, M., A. Spoerri, M. Zwahlen, F. Gutzwiller, F. Paccaud, C. Braun-Fahrländer, A. Rougemont & M. Egger, 2009: Cohort Profile: the Swiss National Cohort-a longitudinal study of 6.8 million people. *International Journal of Epidemiology* 38: 379–384.
- Bopp, M., U. Zellweger & D. Faeh, 2011: Routine data sources challenge international diabetes Federation extrapolations of national diabetes prevalence in Switzerland. *Diabetes Care* 34: 2387–2389.
- Borchert, L. & H. Rothgang, 2008: Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. pp. 215–237 in: U. Bauer & A. Büscher (Eds.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borgetto, B., 2011: Soziologische Grundlagen der Versorgungsforschung. pp. 293–307 in: T. Schott & C. Hornberg (Eds.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borgetto, B., B. Mann & C. Janssen, 2007: Soziologische Theorien in der medizinsoziologischen Versorgungsforschung. pp. 67–84 in: *Medizinsoziologische Versorgungsvorschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*. Weinheim und München: Juventa.
- Bormann, C., 2007: Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung. pp. 13–24 in: C. Janssen, B. Borgetto & G. Heller (Eds.), *Medizinsoziologische Versorgungsvorschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*. Weinheim und München: Juventa.
- Borscheid, P., 1994: Der alte Mensch in der Vergangenheit. pp. 35–61 in: P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Eds.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter.
- Bosma, H., C. Schrijvers & J.P. Mackenbach, 1999: Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study. *BMJ* 319: 1469–1470.
- Bowling, A., 1983: The hospitalisation of death: should more people die at home? *Journal of Medical Ethics* 9: 158–161.
- Bowling, A. & P. Dieppe, 2005: What is successful ageing and who should define it? *BMJ: British Medical Journal* 331: 1548–1551.
- Brandes, M., 2011: *Wie wir sterben. Chancen und Grenzen einer Versöhnung mit dem Tod*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breeze, E., A.E. Fletcher, D.A. Leon, M. Marmot, R. Clarke & M. Shipley, 2001: Do Socioeconomic Disadvantages Persist Into Old Age? Self-Reported Morbidity in a 29-Year Follow-Up of the Whitehall Study. *American Journal of Public Health* 91: 277–283.
- Breeze, E., A. Sloggett & A. Fletcher, 1999: Socioeconomic and demographic predictors of mortality and institutional residence among middle aged and older people: results from the Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53: 765–774.
- Broad, J.B., M. Gott, H. Kim, M. Boyd, H. Chen & M.J. Connolly, 2013: Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *International Journal of Public Health* 58: 257–267.

- Brockmann, H. & T. Klein, 2004: ...bis dass der Tod uns scheidet? Der Einfluss der Familienbiografie auf die Lebenserwartung. pp. 123–137 in: S. Blüher & M. Stosberg (Eds.), *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brogaard, T., M.A. Neergaard, I. Sokolowski, F. Olesen & A.B. Jensen, 2012: Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliative Medicine* 0: 1–10.
- Bundesamt für Statistik (Ed.), 2012a: *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuenburg: BFS.
- Bundesamt für Statistik (Ed.), 2012b: *Inventar der Datensituation über Palliative Care*. Neuenburg: BFS.
- Bundesamt für Statistik (Ed.), 2012c: *Gesundheitsstatistik 2012*. Neuenburg: BFS.
- Bundesamt für Statistik (Ed.), 2013: *Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz*. Neuenburg: BFS.
- Busato, A., A. Dönges, S. Herren, M. Widmer & F. Marian, 2006: Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland—an observational study. *Family Practice* 23: 116–124.
- Busse, R., C. Krauth & F.W. Schwartz, 2002: Use of acute hospital beds does not increase as the population ages: results from a seven year cohort study in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56: 289–293.
- Cai, Q., J.W. Salmon & M.E. Rodgers, 2009: Factors associated with long-stay nursing home admissions among the U.S. elderly population: comparison of logistic regression and the Cox proportional hazards model with policy implications for social work. *Social Work in Health Care* 48: 154–168.
- Centeno, C., D. Clark, T. Lynch, J. Racafort, D. Praille, L. De Lima, a. Greenwood, L. a. Flores, S. Brasch & a. Giordano, 2007: Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. *Palliative Medicine* 21: 463–471.
- Chamberlain, K., K. Petrie & R. Azariah, 1992: The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology & Health* 7: 301–310.
- Chandola, T., J. Ferrie, A. Sacker & M. Marmot, 2007: Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)* 334: 1–7.
- Cohen, J., J. Bilsen, P. Hooft, P. Deboosere, G. van der Wal & L. Deliëns, 2006: Dying at home or in an institution using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy* 78: 319–329.
- Cowgill, D.O. & L.D. Holmes, 1972: *Aging and modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Coxe, S., S.G. West & L.S. Aiken, 2009: The Analysis of Count Data: A Gentle Introduction to Poisson Regression and its Alternatives. *Journal of Personality Assessment* 91: 121–136.
- Crimmins, E.M., M.D. Hayward & Y. Saito, 1996: Differentials in active life expectancy in the older population of the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 51: 111–120.

- Crimmins, E.M., Y. Saito & D. Ingegneri, 1989: Changes in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy in the United States. *Population and Development Review* 15: 235–267.
- Cumming, E. & W.E. Henry, 1961: *Growing old. The Process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Dallinger, U. & K.R. Schroeter, 2002: Theoretische Alter(n)soziologie - Dämmertal oder Griff in die Wühlkiste der allgemeinen soziologischen Theorie? pp. 7–33 in: G.M. Backes & W. Clemens (Eds.), *Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie*. Opladen: Leske & Budrich.
- Dandekar, T., 1999: Warum altern wir? Biologische Aspekte des Älterwerdens. pp. 239–276 in: A. Niederfranke, G. Naegele & E. Frahm (Eds.), *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Danner, D.B. & H.C. Schröder, 1994: Biologie des Alterns (Ontogenese und Evolution). pp. 95–123 in: P.B. Baltes, J. Mittelstrass & U.M. Staudinger (Eds.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Dantas, R.A.S., S.A. Motzer & M.A. Ciol, 2002: The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies* 39: 745–55.
- Deckers, K., M.P.J. van Boxtel, O.J.G. Schiepers, M. de Vugt, J.L. Muñoz Sánchez, K.J. Anstey, C. Brayne, J.-F. Dartigues, K. Engedal, M. Kivipelto, K. Ritchie, J.M. Starr, K. Yaffe, K. Irving, F.R.J. Verhey & S. Köhler, 2015: Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 30: 234–246.
- Deindl, C., 2010: *Finanzielle Transfers zwischen Generationen in Europa*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Diekmann, A., 2005: *Empirische Sozialforschung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Diewald, M., 1991: *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin.
- Doblhammer, G. & J. Kytir, 1999: 'Kompression' oder 'Expansion' der Morbidität? Trends in der Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit 1978 bis 1998. *Demografische Informationen 1997/1999*. Österreichische Akademie der Wissenschaften 71–79.
- Durkheim, E., 1983: *Der Selbstmord*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ehmer, J., 1990: *Sozialgeschichte des Alters*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Eikemo, T.A., M. Huisman, C. Bambra & A.E. Kunst, 2008: Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness* 30: 565–582.
- Elkeles, T. & A. Mielck, 1997: Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen* 59: 137–143.
- Emanuel, E.J. & L.L. Emanuel, 1998: The promise of a good death. *The Lancet* 351: SII21–SII29.
- Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, 2005: *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*.
- Erhart, M., N. Wille & U. Ravens-Sieberer, 2008: In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. pp. 331–358 in: U. Bauer, U.H. Bittlingmayer & M. Richter (Eds.), *Health Inequalities. Determinanten und*

- Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Escobar Pinzon, L.C., M. Claus, K.L. Zepf, S. Letzel & M. Weber, 2013: Sterben in Rheinland-Pfalz: Gewünschter und tatsächlicher Sterbeort. *Das Gesundheitswesen* 1–6.
- Esping-Andersen, G., 1990: *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esser, H., 2004: Akteure und soziale Systeme. pp. 271–284 in: T. Schwinn (Ed.), *Differenzierung und soziale Ungleichheit: Die zwei Soziologien und ihre Verknüpfung*. Frankfurt a. M.: Humanities Online.
- Evans, C.J., Y. Ho, B. a Daveson, S. Hall, I.J. Higginson & W. Gao, 2014: Place and Cause of Death in Centenarians: A Population-Based Observational Study in England, 2001 to 2010. *PLoS Medicine* 11: e1001653.
- Evans, N. & H. Walsh, 2002: The organisation of death and dying in today's society. *Nursing Standard* 16: 33–38.
- Ewers, M. & B. Badura, 2005: Häusliche Versorgung Sterbender zwischen Anspruch und Wirklichkeit. pp. 93–116 in: M. Ewers & D. Schaeffer (Eds.), *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Ewers, M. & D. Schaeffer, 2005: Versorgung am Ende des Lebens - Einführung. pp. 7–17 in: M. Ewers & D. Schaeffer (Eds.), *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Feldmann, K., 2010: *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fischer, S., G. Bosshard, U. Zellweger & K. Faisst, 2004: Der Sterbeort: 'Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?' *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37: 467–74.
- Foreman, L.M., R.W. Hunt, C.G. Luke & D.M. Roder, 2006: Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. *Palliative Medicine* 20: 447–453.
- Fortin, M., M. Stewart, M.-E. Poitras, J. Almirall & H. Maddocks, 2012: A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *The Annals of Family Medicine* 10: 142–151.
- Fries, J.F., 1980: Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine* 303: 130–135.
- Fries, J.F., 2005: The Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly* 83: 801–823.
- Gadamer, H.-G., 2010: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gallo, W.T., M.J. Baker & E.H. Bradley, 2001: Factors Associated with Home Versus Institutional Death Among Cancer Patients in Connecticut. *Journal of the American Geriatrics Society* 49: 771–777.
- Glaser, B.G. & A.L. Strauss, 1965: *Awareness Of Dying*. Chicago, IL: Aldine.
- Goffman, E., 1973: *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Gomes, B., N. Calanzani, V. Curiale, P. Mccrone & I. Higginson, 2014: Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Gove, W.R., 1973: Sex, Marital Status and Mortality. *American Journal of Sociology* 79: 45–67.
- Gross, S., 2005: Der ansteckende Tod. pp. 155–174 in: M. Ewers & D. Schaeffer (Eds.), *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Grundy, E. & M. Jitlal, 2007: Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991-2001: a record linkage study from England and Wales. *Age and ageing* 36: 424–30.
- Guilley, E., M. Bopp, D. Faeh & F. Paccaud, 2010: Socioeconomic gradients in mortality in the oldest old: a review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 51: 37–40.
- Haber Kern, K., 2009: *Pflege in Europa: Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hafner, M. & A. Meier, 2005: *Geriatrische Krankheitslehre. Teil 1: Psychiatrische und neurologische Syndrome*. Bern: Huber.
- Hahn, A. & M. Hoffmann, 2009: Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. pp. 121–144 in: C. Klinger (Ed.), *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft*. Berlin: Akademie Verlag.
- Heinzel-Guntenbrunner, M., 2001: Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. pp. 39–49 in: *Sozial-Epidemiologie*. München: Juventa.
- Helmert, U. & F. Schorb, 2009: Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. pp. 133–148 in: M. Richter & K. Hurrellmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hilbe, J.M., 2007: *Negative Binomial Regression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffmann, M., 2010: „Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet“ Die Angst vor dem „sozialen Sterben“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoffmann, R., 2011: Illness, Not Age, Is the Leveler of Social Mortality Differences in Old Age. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 66: 374–379.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler, 2003: *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Huber (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums).
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler, 2005: *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Höpflinger, F., C. Hummer & V. Hugentobler, 2006: *Enkelkinder und ihre Grosseltern. Intergenerationelle Beziehungen im Wandel*. Zürich: Seismo.
- Höpflinger, F. & A. Stuckelberger, 1992: *Alter und Altersforschung in der Schweiz*. Zürich: Seismo.
- Hosmer, D.W. & S. Lemeshow, 2000: *Applied Logistic Regression, Second Edition*. New York: John Wiley & Sons, inc.

- Houttekier, D., J. Cohen, J. Bilsen, P. Deboosere, P. Verduyck & L. Deliens, 2009: Determinants of the Place of Death in the Brussels Metropolitan Region. *Journal of Pain and Symptom Management* 37: 996–1005.
- Houttekier, D., J. Cohen, J. Surkyn & L. Deliens, 2011: Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health* 11: 228.
- Hradil, S., 2008: *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S., 2009: Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? pp. 35–54 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Huisman, M., A.E. Kunst, M. Bopp, J.-K. Borgan, C. Borrell, G. Costa, P. Deboosere, S. Gadeyne, M. Glickman, C. Marinacci, C. Minder, E. Regidor, T. Valkonen & J.P. Mackenbach, 2005: Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *The Lancet* 365: 493–500.
- Huisman, M., A.E. Kunst & J.P. Mackenbach, 2003: Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine* 57: 861–873.
- Huisman, M., A.E. Kunst, A. O., M. Bopp, J.-K. Borgan, C. Borrell, G. Costa, P. Deboosere, G. Desplanaques, A. Donkin, S. Gadeyne, C. Minder, E. Regidor, T. Spadea, T. Valkonen & J.P. Mackenbach, 2004: Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58: 468–475.
- Huisman, M., S. Read, C.A. Towriss, D.J.H. Deeg & E. Grundy, 2013: Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region. *Epidemiologic Reviews* 35: 84–97.
- Hurrelmann, K., 1976: *Sozialisation und Lebenslauf*. Empirie und Methodik sozialwissenschaftlicher Persönlichkeitsforschung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Ishikawa, Y., S. Fukui, T. Saito, J. Fujita, M. Watanabe & K. Yoshiuchi, 2013: Family preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death: a nationwide retrospective cross-sectional study. *PloS one* 8: e56848.
- Jaggi, A., C. Junker & C. Minder, 2001: Beeinflusst die medizinische Versorgungsstruktur den Anteil Todesfälle im Spital? *Sozial- und Präventivmedizin SPM* 46: 379–388.
- Janssen, C., K.G. Frie, H. Dinger, L. Schiffmann & O. Ommen, 2009: Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. pp. 149–165 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jayaraman, J. & K. Joseph, 2013: Determinants of place of death: a population-based retrospective cohort study. *BMC Palliative Care* 12: 19.
- Klein, T., 1998: Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 407–416.
- Klein, T., 1999: Soziale Determinanten der aktiven Lebenserwartung. *Zeitschrift für Soziologie* 28: 448–464.

- Klinkenberg, M., G. Visser, M.I.B. van Groenou, G. van der Wal, D.J.H. Deeg & D.L. Willems, 2005: The last 3 months of life: care, transitions and the place of death of older people. *Health & Social Care in the Community* 13: 420–430.
- Knesebeck, O. von dem, 2005: Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Bern: Huber.
- Knesebeck, O. von dem, K. Blum & J. Siegrist, 2009: Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Patientenversorgung und betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Düsseldorf: Projektbericht der Hans-Böckler-Stiftung.
- Knesebeck, O. von dem & A. Mielck, 2007: Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 10: 1–8.
- Knesebeck, O. von dem & I. Schäfer, 2009: Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. pp. 241–253 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kocher, G., 2009: Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich. *Schweizerische Aerztezeitung* 1806–1811.
- Kohler, U. & F. Kreuter, 2008: Datenanalyse mit Stata. München: Oldenbourg.
- Kohli, M., 1985: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37: 1–29.
- Kohli, M., 1994: Altern in soziologischer Perspektive. pp. 231–259 in: P.B. Baltes, J. Mittelstrass & U.M. Staudinger (Eds.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studentext zur Gerontologie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Kohli, M., 2005: Soziologische Theoriebildung und empirische Alternsforschung. pp. 141–152 in: A. Amann & G. Majce (Eds.), *Soziologie in interdisziplinären Netzwerken*. Wien: Böhlau.
- Koller, D., G. Schön, I. Schäfer, G. Glaeske, H. van den Bussche & H. Hansen, 2014: Multimorbidity and long-term care dependency - a five-year follow-up. *BMC Geriatrics* 14: 70.
- Koo, M., I. Krass & P. Aslani, 2006: Enhancing patient education about medicines: factors influencing reading and seeking of written medicine information. *Health Expectations* 9: 174–187.
- Kroll, L.E., 2010: Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lahelma, E., 2006: Health inequalities-the need for explanation and intervention. *European Journal of Public Health* 16: 339.
- Lahelma, E., M. Laaksonen, P. Martikainen & O. Rahkonen, 2008: Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage. pp. 143–166 in: U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Eds.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T. & L. Kroll, 2009: Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. pp. 309–334 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lankers, D., S. Kissler, S.D. Hötte, H.J. Freyberger & S.G. Schröder, 2010: Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43: 254–8.

- Leopold, L. & H. Engelhardt, 2011: Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 63: 207–236.
- Lillard, L.A. & C.W. Panis, 1996: Marital Status and Mortality: The Role of Health. *Demography* 33: 313–327.
- Lindemann, G., 2001: Die Interpretation 'hirntot'. pp. 318–343 in: T. Schlich & C. Wiesemann (Eds.), *Hirntot. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lumley, T., P. Diehr, S. Emerson & L. Chen, 2002: The Importance of the Normality Assumption in Large Public Health Data Sets. *Annual Reviews of Public Health* 23: 151–169.
- Lynn, J., J. Lynch Schuster & A. Kabcenell, 2000: *Improving Care for the End of Life: A Sourcebook for Health Care Managers and Clinicians*. Oxford: Oxford university press.
- Mackenbach, J.P., 2006: *Health inequalities: Europe in profile*. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam, Department of Public Health.
- Mackenbach, J.P., 2012: The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social science & medicine* 75: 761–769.
- Mackenbach, J.P., I. Kulhánová, M. Bopp, P. Deboosere, T.A. Eikemo, R. Hoffmann, M.C. Kulik, M. Leinsalu, P. Martikainen, G. Menivelle, E. Regidor, B. Wojtyniak, O. Ostergren & O. Lundberg, 2014: Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the 'fundamental causes' theory of social inequalities in health. *Social Science & Medicine* 1–12.
- Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E.J.M. Cavelaars, F. Groenhouf & J.J.M. Geurts, 1997: Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet* 349: 1655–1659.
- Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A.-J. Roskam, M.M. Schaap, G. Menivelle, M. Leinsalu & A.E. Kunst, 2008: Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine* 2468–2481.
- Manzoli, L., P. Villari, G. M Pirone & A. Boccia, 2007: Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 64: 77–94.
- Marengoni, A., S. Angleman, R. Melis, F. Mangialasche, A. Karp, A. Garmen, B. Meinow & L. Fratiglioni, 2011: Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 10: 430–439.
- Markides, K.S. & R. Machalek, 1984: Selective survival, aging and society. *Archives of gerontology and geriatrics* 3: 207–222.
- Martikainen, P., H. Moustgaard, M. Murphy, E.K. Einiö, S. Koskinen, T. Martelin & A. Noro, 2009: Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns. *The Gerontologist* 49: 34–45.
- Martikainen, P., M. Murphy, N. Metsä-Simola, U. Häkkinen & H. Moustgaard, 2012: Seven-year hospital and nursing home care use according to age and proximity to death: variations by cause of death and socio-demographic position. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66: 1152–1158.
- Matthesius, R.G., K. Jochheim, G.S. Baronin & C. Heinz (Eds.), 1995: *ICIDH. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Berlin, Wiesbaden: WHO World Health Organization.

- Mayer, K.U. & M. Wagner, 2010: Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. pp. 275–299 in: U. Lindenberger, J. Smith, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Meyer, B.R. & M.M. Reidenberg, 1992: Clinical pharmacology and ageing. pp. 107–116 in: J.G. Evans & T.F. Williams (Eds.), *Oxford textbook of geriatric medicine*. Oxford: Oxford university press.
- Mielck, A., 2000: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Mielck, A., 2005: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Mielck, A. & K. Bloomfield (Eds.), 2001: *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim und München: Juventa.
- Nihtilä, E. & P. Martikainen, 2008: Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health* 36: 35–43.
- O'Halloran, J., G.C. Miller & H. Britt, 2004: Defining chronic conditions for primary care with ICD-9. *Family Practice* 21: 381–386.
- Obsan, 2011: *Ausgaben für Pflegeleistungen Spitex*. Neuenburg: OBSAN Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Obsan, 2013: *Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Schweiz*. Neuenburg: OBSAN Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Østbye, T., D.H. Taylor & S.-H. Jung, 2002: A longitudinal study of the effects of tobacco smoking and other modifiable risk factors on ill health in middle-aged and old Americans: Results from the Health and Retirement Study and Asset and Health Dynamics among the Oldest Old survey. *Preventive medicine* 34: 334–345.
- Parsons, T., 1951: *The Social System*. New York: Free Press.
- Payne, R.A., G.A. Abel, B. Guthrie & S.W. Mercer, 2013: The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association* 1–8.
- Pinsky, J.L., A.M. Jette, L.G. Branch, B.W. Kannel & M. Feinleib, 1990: The Framingham Disability Study: Relationship of Various Coronary Heart Disease Manifestations to Disability in Older Persons Living in the Community. *American Journal of Epidemiology* 80: .
- Polder, J.J., J.J. Barendregt & H. van Oers, 2006: Health care costs in the last year of life - The Dutch experience. *Social Science & Medicine* 63: 1720–1731.
- Razum, O., 2009: Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. pp. 267–282 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reich, O., A. Signorell & A. Busato, 2013: Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data. *BMC Health Services Research* 13: 116.
- Richter, M. & K. Hurrelmann, 2009: *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. pp. 13–33 in: M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Rosén, M., 2002: National Health Data Registers: a Nordic heritage to public health. *Scandinavian Journal of Public Health* 30: 81–85.
- Rosenmayr, L., 1983: *Die späte Freiheit. Das Alter - ein Stück bewusst gelebten Lebens*. Berlin: Severin und Siedler.
- Rosenmayr, L., 1996: *Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Röttger-Liepmann, B., 2007: *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim und München: Juventa.
- Rowe, J.W. & R.L. Kahn, 1997: Successful Aging. *The Gerontologist* 37: 433–440.
- Saup, W. & M. Reichert, 1999: Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter. pp. 245–286 in: A. Niederfranke, R. Schmitz-Scherzer & F. Sigrun-Heide (Eds.), *Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schäfer, I., H. Hansen, G. Schön, S. Höfels, A. Altiner, A. Dahlhaus, J. Gensichen, S. Riedel-Heller, S. Weyerer, W. a Blank, H.-H. König, O. von dem Knesebeck, K. Wegscheider, M. Scherer, H. van den Bussche & B. Wiese, 2012: The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Services Research* 12: 89.
- Schmitz-Scherzer, R., 1994: Sterben und Tod im Alter. pp. 544–562 in: P.B. Baltes, J. Mittelstrass & U.M. Staudinger (Eds.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studentext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter.
- Schöllgen, I., O. Huxhold & C. Tesch-Römer, 2010: Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing* 7: 17–28.
- Shugarman, L.R., S.L. Decker & A. Bercovitz, 2009: Demographic and social characteristics and spending at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management* 38: 15–26.
- Siegrist, J. & M. Marmot, 2004: Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social Science & Medicine* 58: 1463–1473.
- Singer, P.A. & K.W. Bowman, 2005: Versorgungsqualität am Lebensende. pp. 19–39 in: M. Ewers & D. Schaeffer (Eds.), *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Slesina, W., 1991: Soziale Ungleichheit - soziale Schichtung. pp. 204–226 in: H.P. Rosenmeyer (Ed.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Stuttgart: Enke.
- Steinhagen-Thiessen, E. & M. Borchelt, 2010: Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. pp. 175–207 in: U. Lindenberger, J. Smith, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Stirbu, I., A.E. Kunst, M. Bopp, M. Leinsalu, E. Regidor, S. Esnaola, G. Costa, P. Martikainen, C. Borrell, P. Deboosere, R. Kalediene, J. Rychtarikova, B. Artnik & J.P. Mackenbach, 2010: Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64: 913–920.
- Streckeisen, U., 2001: *Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie*. Opladen: Leske & Budrich.

- Streckeisen, U., 2005: Das Lebensende in der Universitätsklinik. Sterbendenbetreuung in den inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch. pp. 125–146 in: H. Knoblauch & A. Zingerle (Eds.), *Thanatosoziologie. Tod, Hospitz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot (Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres-Gesellschaft 27).
- Tang, S.T. & R. McCorkle, 2001: Determinants of place of death for terminal cancer patients. *Cancer investigation* 19: 165–180.
- Tartler, R., 1961: *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Teno, J.M., B.R. Clarridge, V. Casey, L.C. Welch, T. Wetle, R. Shield & V. Mor, 2004: Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA: The journal of the American Medical Association* 291: 88–93.
- Tews, H.P., 1990: Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. *WSI Mitteilungen* 43: 478–491.
- Tiesmeyer, K., M. Brause, M. Lierse, M. Lukas-Nülle & T. Hehlmann, 2008: Soziale Ungleichheit - der blinde Fleck in der Gesundheitsversorgung. pp. 7–20 in: K. Tiesmeyer, M. Brause, M. Lierse, M. Lukas-Nülle & T. Hehlmann (Eds.), *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Van den Bosch, K., J. Geerts & P. Willemé, 2013: Long-term care use and socio-economic status in Belgium: a survival analysis using health care insurance data. *Archives of Public Health* 71: 1.
- Van den Bussche, H., D. Koller, T. Kolonko, H. Hansen, K. Wegscheider, G. Glaeske, E.-C. von Leitner, I. Schäfer & G. Schön, 2011: Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health* 11: 101.
- Van der Heyden, J.H. a., S. Demarest, J. Tafforeau & H. Van Oyen, 2003: Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 65: 153–165.
- Van der Heyden, J.H. a., M.M. Schaap, A.E. Kunst, S. Esnaola, C. Borrell, B. Cox, M. Leinsalu, I. Stirbu, R. Kalediene, P. Deboosere, J.P. Mackenbach & H. Van Oyen, 2009: Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations. *Lung Cancer* 63: 322–330.
- Verbrugge, L.M., 1984: Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 62: 475–519.
- Vereinte Nationen, 2001: *Alterung der Weltbevölkerung: 1950-2050*. New York: Vereinte Nationen.
- Viidik, A., 2003: Biologisches Altern - Gesetzmässigkeiten und Beeinflussbarkeit. pp. 21–44 in: L. Rosenmayr & F. Böhmer (Eds.), *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis*. Wien: Facultas Verlag.
- Vittinghoff, E., D. V. Glidden, S.C. Shiboski & C.E. McCulloch, 2005: *Regression Methods in Biostatistics. Linear, Logistic, Survival, and Repeated Measures Models*. Springer.
- Wagner, G.G., A. Motel-Klingebiel, K.C. Spiess & M. Wagner, 2010: Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen. pp. 301–323 in: U. Lindenberger, J. Smith, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

- Wagner, M., Y. Schütze & F.R. Lang, 2010: Soziale Beziehungen alter Menschen. pp. 325–343 in: U. Lindenberger, J. Smith, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Wagstaff, A., 2002: Policy and Practice Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization* 80: 97–105.
- Waidmann, T.A. & K.G. Manton, 1998: International evidence on disability trends among the elderly. U. S. Department of Health and Human Services.
- Weber, M., 1980: *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Weitzen, S., J.M. Teno, M. Fennell & V. Mor, 2003: Factors associated with site of death: a national study of where people die. *Medical Care* 41: 323–335.
- Werblow, A., S. Felder & P. Zweifel, 2007: Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics* 16: 1109–1126.
- Weyerer, S., C. Ding-Greiner, U. Marwedel & T. Kaufeler, 2008: *Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen Im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO World Health Organisation, 1946: *International Health Conference*. Genf: Constitution.
- Widmer, M. & F. Weaver, 2008: Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008. Neuenburg: OBSAN Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Wiesmann, U., S. Rölker & H.-J. Hannich, 2004: Salutogenese im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37: 366–376.
- Wilkinson, R.G., 2006: The Impact of Inequality. *Social Research: An International Quarterly* 73: 711–732.
- Wilkinson, R.G. & K.E. Pickett, 2006: Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62: 1768–1784.
- Zellweger, U. & M. Bopp, 2010: Record Linkage der Medizinischen Statistik 2000-2006 der Krankenhäuser mit der Swiss National Cohort (SNC). Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich/Forschung und Dokumentation 32.
- Zellweger, U. & M. Bopp, 2011: Record Linkage der Todesfälle in der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen 2006-2008 mit der Swiss National Cohort. *Swiss National Cohort Report Nr. 7*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich/Forschung und Dokumentation 34.
- Zimmer, Z. & J.S. House, 2003: Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression. *International Journal of Epidemiology* 32: 1089–1097.