

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 hilflichen Bewohnern. Hilfliche 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 Haushaltsführung 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, wenngleich 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.