

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 Heimeintritts 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 Heimeintritts 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).

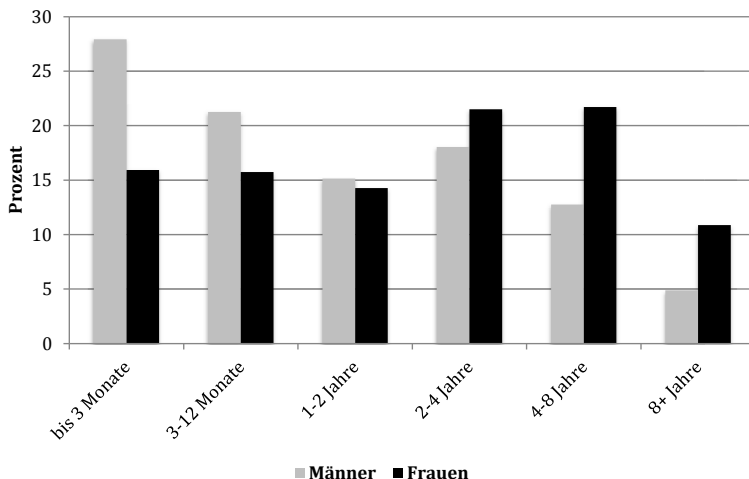
Inwiefern kulturell-kontextuelle Unterschiede die Heimaufenthaltsdauer beeinflussen, ist nicht klar zu beurteilen. Mögliche kulturelle und strukturelle Unterschiede zwischen den Kantonen dürften oft auch mit der Heterogenität zusammenhängen, wodurch Vergleiche teilweise schwierig werden; beispielsweise 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.

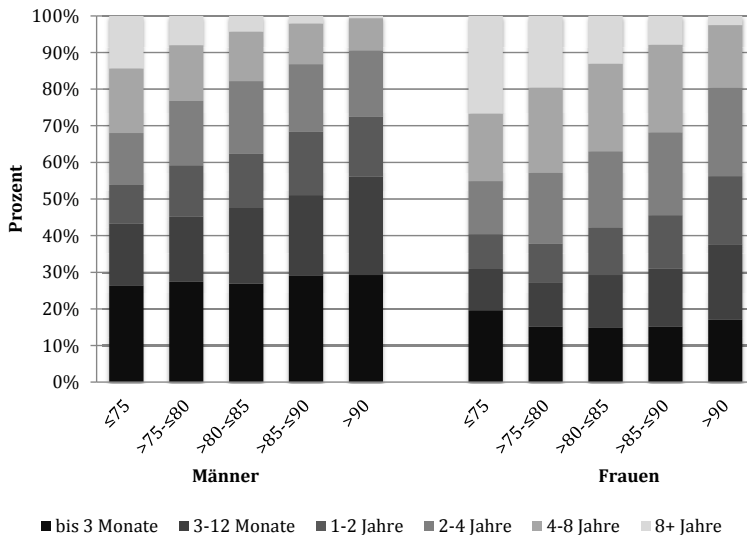
Frauen stellen demnach nicht nur generell die Mehrheit in Heimen, sondern bleiben auch deutlich länger dort, wie die Grafik und die durchschnittliche Dauer zeigen. Auffällig sind dabei besonders die Unterschiede bei den Extremen. Während die Männer bei den maximal einjährigen Aufenthalten verhältnismässig 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



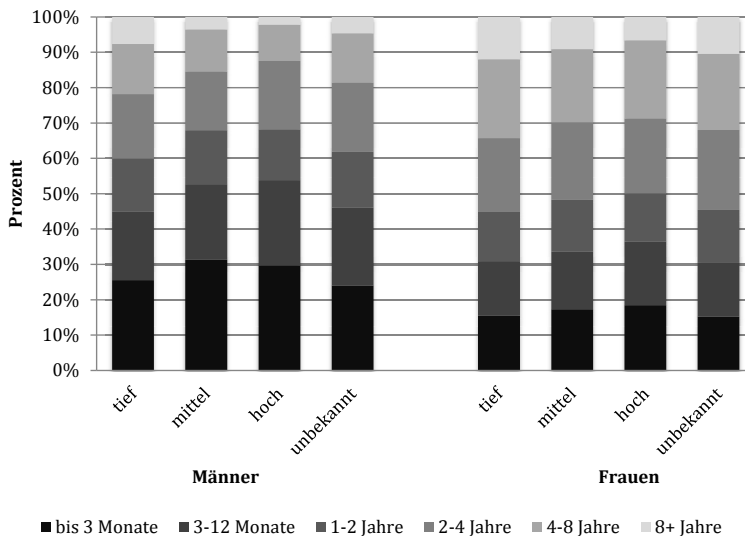
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. Korrelationen (pearson), Heimaufenthaltsdauer und Alter als metrische Variablen: Männer: $r=-0.23$, $p<0.001$; Frauen: $r=-0.26$, $p<0.001$.

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

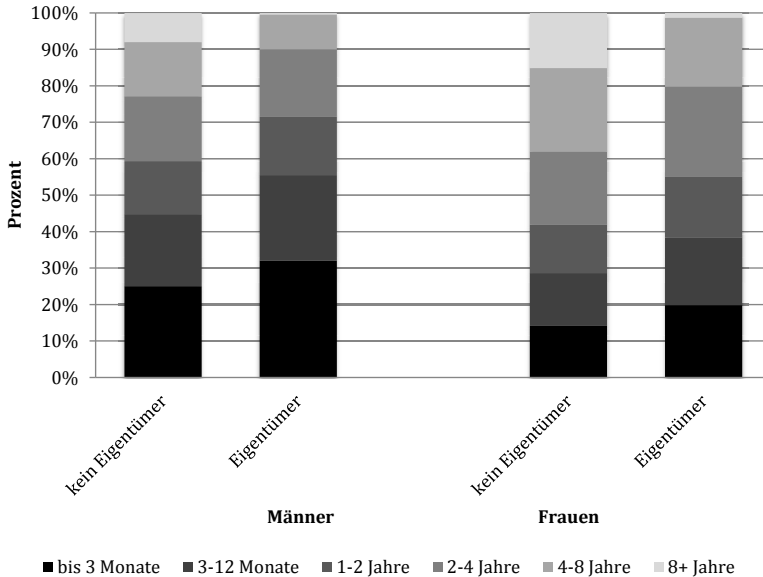


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

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

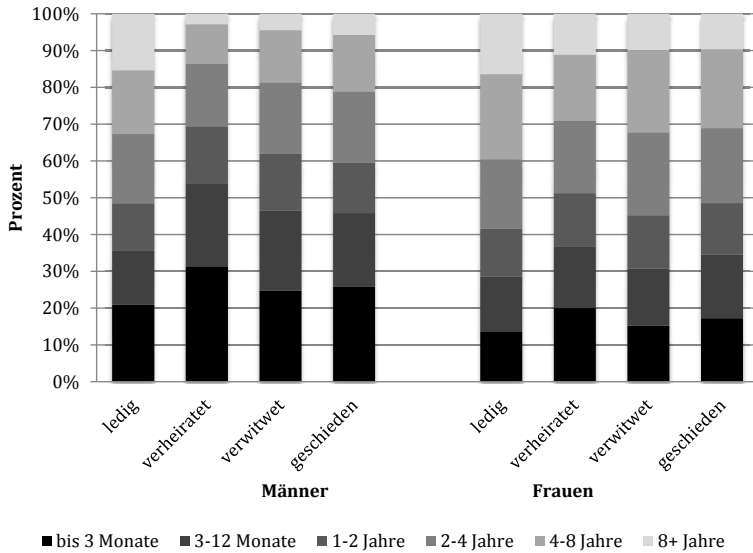


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

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

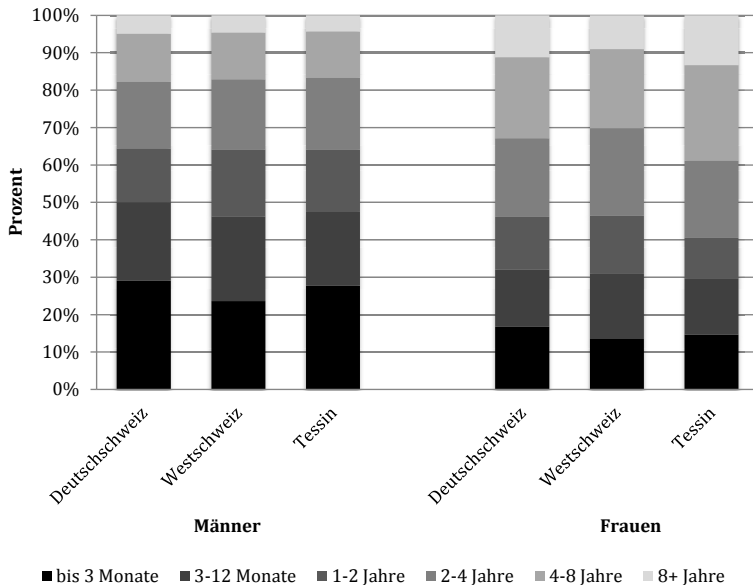


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 11'486, N Frauen: 24'252. χ^2 -Test: Männer: $p < 0.001$; Frauen: $p < 0.001$.

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

...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)**

Deutschschweiz	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.)

Heimbettichte*	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 Heimaufhalten vor dem Tod kann man keineswegs – wie die Destrukturierungs- oder

Altersbedingtheitsthese 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.