

## 7 Sterbeort

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

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

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

## 7.1 Forschungsstand

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

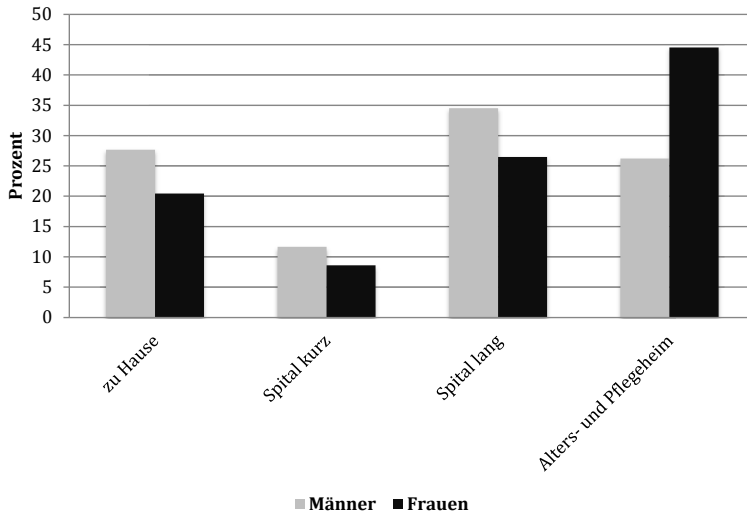
## **7.2 Deskriptive Analysen**

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

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

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

Abbildung 7.1: Unterschiedliche Sterbeorte nach Geschlecht



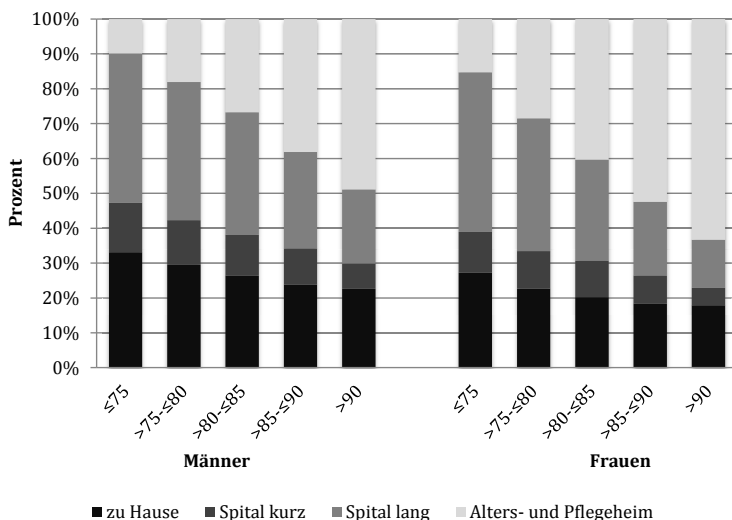
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331.

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

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

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

Abbildung 7.2: Unterschiedliche Sterbeorte nach Altersgruppen



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

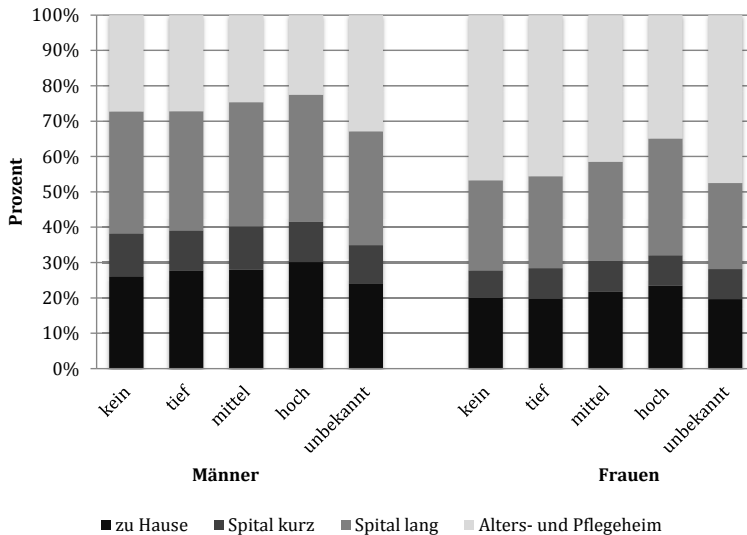
Offensichtlich spielen die Heime bei den Frauen aller Altersgruppen eine deutlich wichtigere Rolle als bei den Männern, wenngleich die Charakteristik der Entwicklung über die Altersgruppen hinweg bei beiden Geschlechtern ähnlich ist. Im Gegensatz dazu nehmen die Todesfälle in Spitälern – nach kurzen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



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

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

Abbildung 7.3: Unterschiedliche Sterbeorte nach Bildungsabschluss



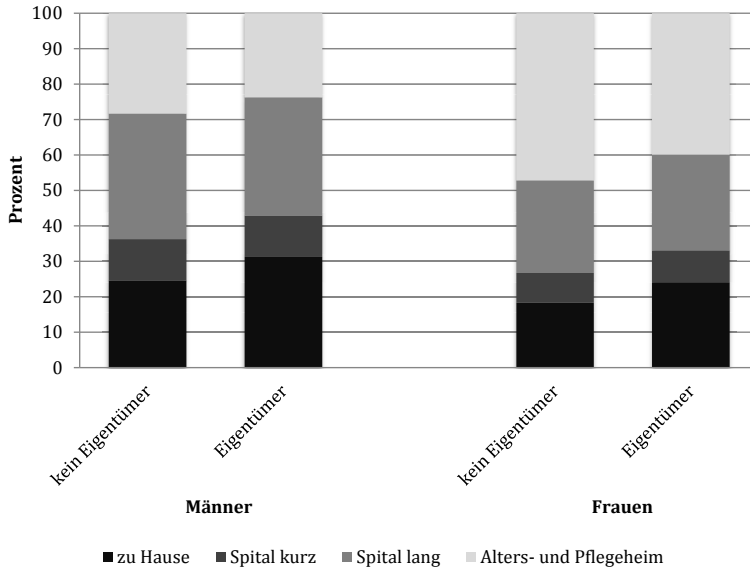
Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331.  $\chi^2$ -Test Männer:  $p < 0.001$ ; Frauen:  $p < 0.001$ .

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

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

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

Abbildung 7.4: Unterschiedliche Sterbeorte nach Wohneigentum

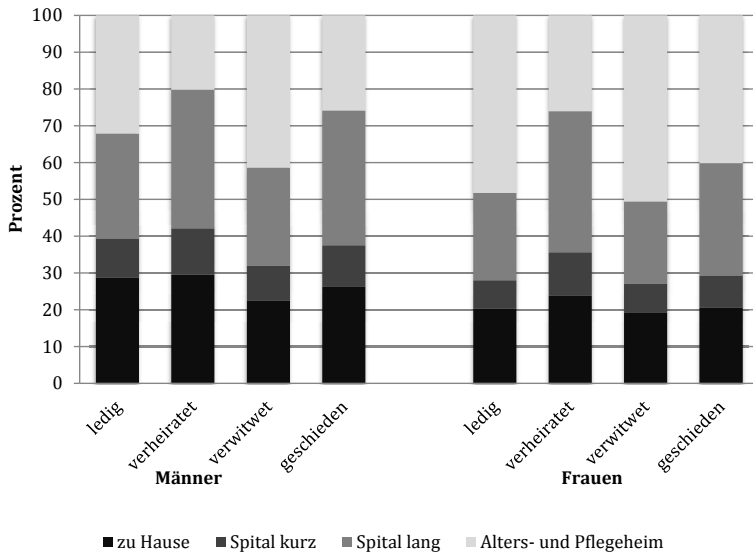


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen, N Männer: 39'798, N Frauen: 45'331.  $\chi^2$ -Test Männer:  $p < 0.001$ ; Frauen:  $p < 0.001$ .

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

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

Abbildung 7.5: Unterschiedliche Sterbeorte nach Zivilstand

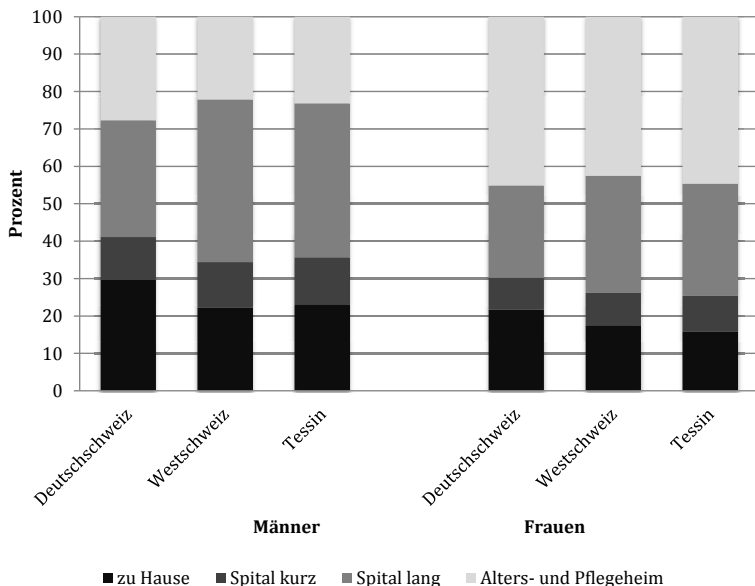


Datenquelle: MEDSTAT/SOMED/TU/SNC 2007/2008. Basis: Eigene Berechnungen,  $N$  Männer: 39'798,  $N$  Frauen: 45'331.  $\chi^2$ -Test Männer:  $p < 0.001$ ; Frauen:  $p < 0.001$ .

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

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

Abbildung 7.6: Unterschiedliche Sterbeorte nach Sprachregion



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

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

### 7.3 Determinanten der unterschiedlichen Sterbeorte

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

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

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

**Männer:**

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

...Fortsetzung von Tabelle 7.1

### Anzahl Zimmer pro Person

( $p < 0.05$ )

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

### Kulturell-kontextuelle Faktoren

**Nationalität** ( $p < 0.001$ )

Schweiz	1.00		1.00		1.00	
Ausland	<b>1.22</b>	1.06-1.39	<b>1.32</b>	1.20-1.46	0.92	0.81-1.05

**Sprachregion** ( $p < 0.001$ )

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

**Dichte der Heimbetten nach Region**

( $p < 0.001$ )

Heimbedtdichte*	0.99	0.97-1.01	0.98	0.97-0.99	<b>1.07</b>	1.05-1.09
-----------------	------	-----------	------	-----------	-------------	-----------

**Frauen:**

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

### Individuelle Faktoren

**Bildung** ( $p < 0.001$ )

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

**Haus- oder Wohnungseigentümer**

( $p < 0.001$ )

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

**Todesursache** ( $p < 0.001$ )

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

...Fortsetzung von Tabelle 7.1

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

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

Modelle kontrolliert auf Alter (kubische Splines), nicht abgebildet

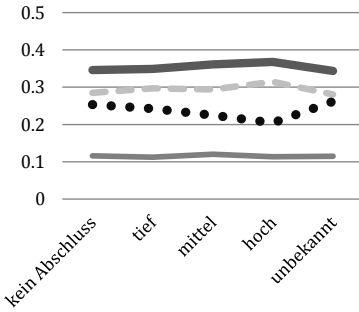
\*Durchschnittliche Anzahl verfügbarer Betten in Alters- und Pflegeheimen pro 100 mindestens  
65 Jahre alten Bewohnern nach Region (Total 106 Regionen)

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

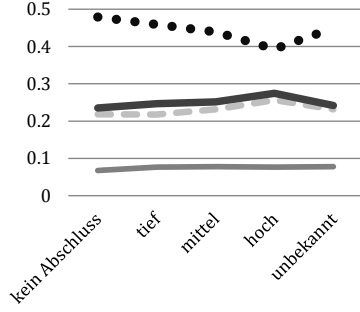


Abbildung 7.7: Wahrscheinlichkeits-Plots einiger ausgewählter Variablen

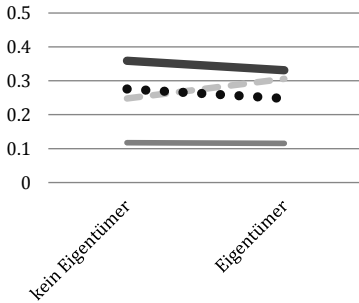
Bildung Männer:



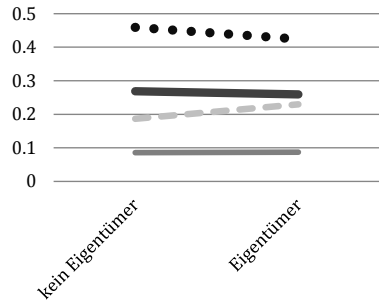
Bildung Frauen:



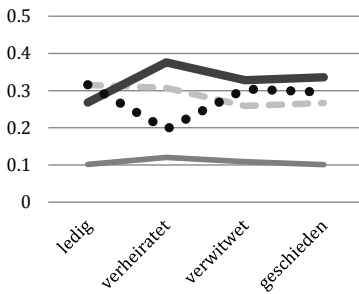
Haus- oder Wohnungseigentum Männer:



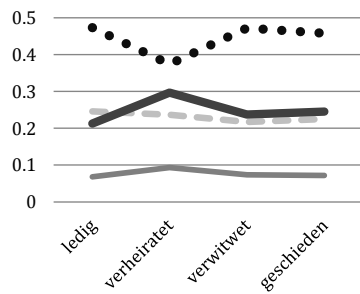
Haus- oder Wohnungseigentum Frauen:



Zivilstand Männer:

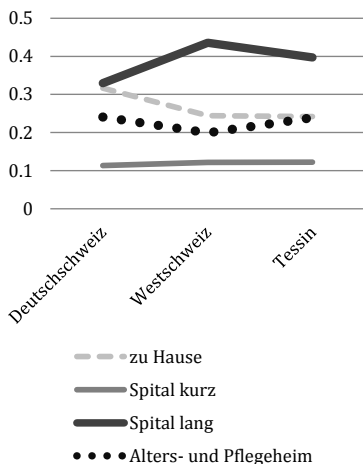


Zivilstand Frauen:

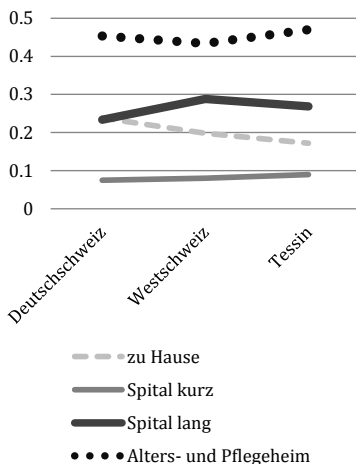


...Fortsetzung von Abbildung 7.7

Sprachregion Männer:



Sprachregion Frauen:



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 7.4 Zwischenfazit

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

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

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

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

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

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

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

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