

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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