

2 Begriffliche und theoretische Grundlagen

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

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

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

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

2.1 Alter und Altern

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

Biologische und sozialhistorische Sicht auf das Alter(n)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alter(n) in den Sozialwissenschaften

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Gesundheit und funktionelle Einschränkungen

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

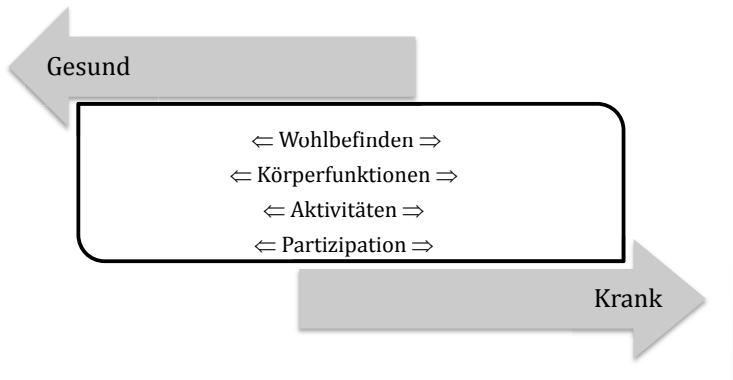
eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Parsons 1951). Die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit ist nicht allgemeingültig festgelegt, sondern hängt auch von der kulturellen, sozialen, historischen und fachspezifischen Perspektive ab.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

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

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

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

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



(Quelle: Behrens 2008:194, eigene Darstellung)

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

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

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

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

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

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

Gesundheitsversorgung und Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Soziale Ungleichheit der Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

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

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

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

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

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

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

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

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

Erklärungsansätze

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Biografie und Lebenslauf

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

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

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

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

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

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

Horizontale und vertikale Ungleichheit

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

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

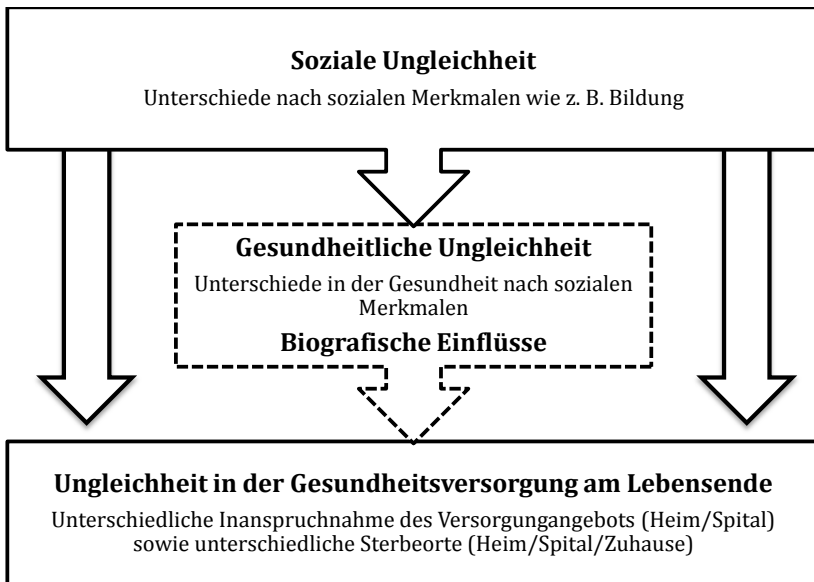
Aus Sicht der soziologischen Theorien lassen sich vertikale und horizontale Ungleichheiten zwischen sozialen Akteuren zusammen betrachten und können dadurch als Folge der Inklusion oder Exklusion von Akteuren in gesellschaftliche Funktionssysteme interpretiert werden (vgl. Esser 2004). Beispielsweise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

Erklärungsmodell

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

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

Abbildung 2.2: Modell zur Erklärung der Ungleichheit in der Versorgung



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

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

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

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

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

2.4 Lebensende und Sterben

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

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

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

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

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

Physisches, psychisches und soziales Sterben

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

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

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

Tabelle 2.1: Formen des Lebens und Sterbens

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

(Quelle: Feldmann 2010:20, eigene Darstellung)

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

Sterben aus sozialwissenschaftlicher Perspektive

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Zwischenfazit

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

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

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

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

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