

3. Thanatologie – ausgesuchte Aspekte

Thanatos ist ein Totengott in der griechischen Mythologie¹. Die nach ihm benannte Wissenschaft beschäftigt sich mit dem weitläufigen Kontext von Sterben und Tod. Die Thanatologie als »breite Forschung zum Lebensende« (Wittwer/Schäfer/Frewer 2010: VIII) wird von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen – wie beispielsweise Soziologie, Psychologie, Medizin, Geschichte, Ethnologie, Religion, Kunst, Politik, Recht, Wirtschaft, Medien, Bildung oder Biologie – ausgeführt (Feldmann, 2010a: 9). Feldmann (ebd.: 7) spricht pointiert von einer »nomadisierenden Wissenschaft«, da das Fachgebiet von unterschiedlichen Spezialdisziplinen meist nur kurz besucht und dann wieder verlassen wird. Wittwer/Schäfer/Frewer (2010: VIII f.) unterscheiden vier grundlegende Fragerichtungen in der Beschäftigung mit Sterben und Tod, denen entsprechende – naturwissenschaftliche, empirische, historisch-anthropologische sowie evaluative und normative – Disziplinen zugeordnet werden:

1. Naturwissenschaftliche Untersuchungen beziehen sich beispielsweise auf die Ursachen und Prozesse des Alterns und der Sterblichkeit, auf unterschiedliche Todesursachen und deren Häufigkeit. Die Medizin als angewandte Wissenschaft zielt darauf ab, Krankheit und Schmerzen zu beheben oder zu lindern und den Tod abzuwenden (ebd.).
2. Die empirisch ausgerichteten Wissenschaften wie Psychologie oder Soziologie legen den Fokus auf die Erforschung der gegenwärtigen Verhältnisse wie deren Auswirkungen und untersuchen beispielsweise Einstellungen zu Tod und Sterben sowie den Umgang mit dem eigenen oder dem fremden Sterben².
3. Geschichts- und Religionswissenschaft sowie Ethnologie befassen sich in stärkerem Maße unter historisch-anthropologischem Blick mit den Ursprüngen, Formen und historischen Veränderungen im Umgang mit Sterben und Tod (ebd.).

1 »In der griechischen Mythologie ist Thanatos die Personifikation des Todes, Bruder des Hypnos, Gott des Schlafes« (Knoblauch 1999: 81).

2 Hahn (1968: 1) hebt hervor, dass der Tod nur dadurch zu einem Objekt der Soziologie wird, indem Menschen sich zu diesem Ereignis verhalten – sei es der eigene oder der fremde Tod.

4. Die normativen Wissenschaften – Philosophie, Ethik und die Rechtswissenschaft – beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit den evaluativen und normativen Fragen, die aus der Sterblichkeit folgen (ebd.).

Thanatologische Forschungsaktivitäten sind deutlich durch medizinische Fragestellungen dominiert (Feldmann 2018: 24ff.) und öffentliche Stellungnahmen im Kontext von Sterben und Tod sind vor allem normativ geprägt (Feldmann 2010a: 8). Diese Arbeit repräsentiert vor allem die soziologische Sicht auf das Themenfeld und integriert unter anderem Erkenntnisse der Medizin und der Psychologie. Die deutschsprachige Soziologie behandelt die Themen Sterben und Tod zwar selten, vernachlässigt diese aber nicht vollständig (Jakoby/Thönnies 2017: 1f.; Feldmann 2010a: 7f. und 10ff.; Feldmann 2010b: 62). Der Fokus der Thanatsoziologie richtet sich auf die soziale Dimension von Sterben und Tod. Die sozialen Prozesse sind auch am Lebensende eingebunden in menschliche Interaktionen und Kommunikationen, soziale Handlungen und soziale Kontexte sowie sie von gesellschaftlichen Strukturen, Institutionen, Normen und Werten geprägt werden (vgl. Jakoby/Thönnies 2017: 2). Dies gilt auch für *unentdeckte* Tode mit höheren Liegezeiten: Deren Charakteristika sind gerade das Fehlen unterstützender sozialer Netzwerke wie auch – von Seiten des sozialen Umfelds – die Nichtbeachtung der sozialen Absenz und die ausbleibenden Reaktionen auf den Tod. Sterben und Tod vollziehen sich zwar in einem sozialen Kontext, sind aber scheinbar isoliert und abgesondert von demselben.

In diesem Kapitel werden vier thanatologische Schwerpunktsetzungen gewählt, die vor allem durch die Kontrastierung zum ›durchschnittlichen‹ Verlauf des Sterbens und des Todes das Verständnis für die Besonderheiten *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode fördern.

1. Das differenzierte Sterbekonzept (Wittwer/Schäfer/Frewer 2010; Feldmann 2010a: 17ff. und 2010b: 63f; Bromley 1974: 267, zit.n. Wittkowski/Strenge 2011: 41) verdeutlicht durch die mehrdimensionale Betrachtungsweise, dass weder der Beginn des Sterbens noch die Bestimmung des Sterbens und des Todes eindeutig festzulegen sind, sondern vom jeweiligen – disziplinären bzw. soziokulturellen – Blickwinkel abhängen, so dass für den Einzelfall parallel unterschiedliche Zustände des Lebens und des Sterbens zu beschreiben sind.
2. Eine Mehrheit der Deutschen möchte im eigenen Zuhause sterben (Haumann 2016: 22; Statista 2020a). Der theoretische und empirische Vergleich der verschiedenen Sterbeorte und ihrer Spezifika veranschaulicht, dass dies sicherlich für das sozial unterstützte, aber weniger für das unbegleitete Sterben im privaten Bereich zutrifft.
3. Auch wenn der Tod alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen betrifft, so sind die Sterblichkeitsverhältnisse durch soziale Ungleichheit geprägt. Die Lebensdauer und die Todesumstände differieren abhängig vom Geschlecht, sozioökonomischem Status und dem Wohnort. Mögliche Benachteiligungen am Lebensende werden herausgearbeitet und erklärt, um im Weiteren die eigenen empirischen Ergebnisse zu *unentdeckten* Todesfällen vor diesem Hintergrund zu beurteilen.
4. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Mortalitätsverhältnissen werden in einem eigenen Kapitel betrachtet und um Hinweise zur spezifischen Lebensstil- und Beziehungsgestaltung von Männern und Frauen ergänzt.

3.1 Das differenzierte Sterbekonzept

Sterben und Tod weisen unterschiedliche Positionen hinsichtlich des Lebens auf. Sterben bedeutet Leben bis zum Eintritt des Todes. Der Tod markiert den Endpunkt des Sterbepgeschehens und bedeutet den Ausschluss des Lebens, das »Fehlen von Leben in einer psycho-physischen Dimension« (Wittkowski/Streng 2011: 31). Ein Sterben ohne Endpunkt ist nicht möglich, prinzipiell ist das Sterben jedoch reversibel (Feldmann 2010a: 20). Nicht immer geht dem Tod eine Phase des Sterbens voraus, sondern der Tod kann auch plötzlich und unerwartet ohne erkennbare bzw. mit sehr verkürzter Sterbephase auftreten (Müller-Busch 2013: 10). Für die Bezugspersonen bedeutet dies, dass die Sterbepbearbeitung nicht prä mortal beginnen kann, sondern post mortal und nachholend einsetzen muss (Feldmann 2018: 23f.) Da sich die Erkenntnisse über den Tod nicht durch (allgemein nachvollziehbare) Erfahrungen begründen lassen, bleibt das Wesen des Todes grundsätzlich unbestimmbar (Müller-Busch 2013: 202)³.

Das zugrundeliegende Verständnis von »Sterben« und »Tod« ist weit gefasst und stützt sich auf die Auffassung, dass diese komplexen interdependenten Geschehen auf verschiedenen Ebenen beobachtet, untersucht und erklärt werden können. Ein differenziertes Sterbekonzept, wie es dieser Arbeit zugrunde liegt, betrachtet Sterben und Tod unter biologischem, psychischem und sozialem Aspekt (Bromley 1974: 267, zit.n. Wittkowski/Streng 2011: 41; Wittwer/Schäfer/Frewer 2010; Feldmann 2010a: 17ff.; Feldmann 2010b: 62ff.; Feldmann 2018: 43ff.; Hoffmann 2011: 184ff.)⁴. Die benannten drei Aspekte sind disziplinspezifisch vor allem der Medizin, der Psychologie und der Soziologie zuzuordnen.

Unter biologischem Gesichtspunkt geht es im Sterbeprozess um physiologische und medizinische Vorgänge, das heißt um körperlichen Abbau und um Krankheit (Wittkowski/Streng 2011: 41). Aus der Sicht der Psychologie stehen die Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse – also das Erleben – und das daraus folgende Verhalten der Sterbenden im Fokus (ebd.). Der soziale Aspekt bezieht sich auf »die zwischenmenschlichen, institutionellen wie kulturellen Prozesse« des Sterbens (ebd.). Dementsprechend bezeichnet der physische Tod das biologische Lebensende (Trachsel/Maercker 2016: 2). Mit dem psychischen Tod ist der innerpsychische Prozess des Sterbens gemeint, der nach dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins eintritt (Wittkowski/Streng 2011: 142)⁵. Der soziale Tod bedeutet – allgemein formuliert – das »Ende der Teilnahme an der menschlichen Gemeinschaft« (Shewmon 2001, zit.n. ebd.).

Das dreifach differenzierte Sterbekonzept systematisiert die vielfältigen Verluste als:

- 3 Ausnahmen bilden Schilderungen von Nah-Tod-Erfahrungen. Eine intensive Auseinandersetzung findet sich beispielsweise bei Knoblauch (1999).
- 4 In der Palliativmedizin und in der Hospizarbeit sind die Erkenntnisse über die Zusammenhänge des physischen, psychischen und sozialen Sterbens – auch unter Berücksichtigung der spirituellen Dimension – von zentraler Bedeutung (Lattanzi-Licht 2003: 197; Wittkowski/Streng 2011: 41).
- 5 Shewmon (2001; zit.n. Wittkowski/Streng 2011: 142) verwendet in der Debatte um die Angemessenheit des Hirntodkriteriums synonym den Begriff des personalen Todes in Unterscheidung zum biologischen und sozialen Tod.

- Physisches Sterben: (schrittweiser) Verlust von Körperfunktionen (z.B. Motorik, Wahrnehmung) und Körperteilen
- Psychisches Sterben: (schrittweiser) Verlust von mentalen Kompetenzen und Bewusstseinsaspekten (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Verständnis komplexer Kommunikation usw.)
- Soziales Sterben: (schrittweiser) Verlust von sozialen Beziehungen und sozialem Kapital (z.B. Sterben von Bezugspersonen, Wegfall der Beziehungen zu Arbeitskolleg:innen) (Feldmann 2018: 45)

Nach dieser Lesart können beispielsweise die Folgen einer schweren Erkrankung oder des Verlusts einer wichtigen Bezugsperson als Sterbeprozesse auf der körperlichen Ebene sowie aus psychologischer und mikrosoziologischer Perspektive differenziert betrachtet werden, wodurch auch die vielfältigen Wechselwirkungen der drei Aspekte deutlich hervortreten.

1. Physisches Sterben und physischer Tod

Unter biologischem Gesichtspunkt richtet sich der Fokus auf den Organismus als Ganzes. Das physische Sterben vollzieht sich als körperlicher Abbau bzw. Krankheit und geht mit physiologischen und medizinischen Vorgängen einher (Wittkowski/Streng 2011: 41). Den Beginn der Sterbephase markieren Funktionseinschränkungen eines oder mehrerer lebenswichtiger Organe (Trachsel/Maercker 2016: 6). Der fortgeschrittene Sterbevorgang ist eindeutig durch die Reduktion wesentlicher Körperfunktionen (z.B. Hirnaktivität, Kreislauf, Herzschlag, Atmung) charakterisiert (Erbguth, 2010: 40). Es gibt aber auch körperliche Zustände, bei denen eine eindeutige Definition nicht möglich ist (ebd.). Auch der medizinische ›point of no return‹ ist nur unscharf zu bezeichnen. In der Praxis kann sich die angenommene Finalität durch den Wechsel von kurativer auf palliative Versorgung ausdrücken (ebd.).

In zeitlicher Perspektive sind eindeutige und allgemeingültige Aussagen zum Beginn und zur Dauer des Sterbens schwierig. Bei Personen, die im Krankenhaus sterben, werden meist die letzten vier bis sieben Tage als Sterbephase bezeichnet (Trachsel/Maercker 2016: 6). Der traditionale, eng gefasste Sterbegriff bezeichnet dagegen das finale organismische Geschehen kurz vor dem physischen Tod – mit körperlichen Symptomen wie Unruhe oder ›Schnappatmung‹ – als Sterben bzw. Agonie (Wittkowski/Streng 2011: 87). Das körperliche Sterben ist in den meisten Fällen ein progredienter Prozess, an dessen Ende die Organe und körperlichen Vorgänge zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Funktion einstellen (Trachsel/Maercker 2016: 2).

Ab welchem Zeitpunkt der physische Tod eines Menschen diagnostiziert werden kann, wird unterschiedlich beantwortet. Zu unterscheiden sind 1. der biologische Tod, 2. der klinische Tod und 3. der Hirntod. Der biologische Tod bezeichnet den umfassenden, irreversiblen Organ- und Zelltod (ebd.). So lange wie nur einzelne Organe oder Gewebe ihre Funktion verlieren, ist der biologische Tod noch nicht eingetreten (ebd.). Beim sogenannten klinischen Tod – dem Ausfall von Atmung, Herzschlag und Kreislauf – ist es möglich, durch intensivmedizinische Maßnahmen den Blutkreislauf und die Sauerstoffversorgung auch über längere Zeit aufrecht zu erhalten (ebd.). Wenn

die Funktionen des Gehirns irreversibel erloschen sind, spricht man in der Medizin vom »Hirntod« oder »Individualtod« (ebd.). Bis jedoch alle Körperzellen abgestorben und keine Körperreaktionen mehr auszulösen sind, vergeht eine weitere Zeitspanne, die als »intermediäres Leben« oder »Supravitalität« bezeichnet wird (ebd.). Vom biologischen Tod kann erst gesprochen werden, wenn alle menschlichen Zellen im Körper abgestorben sind (Erbguth 2010: 40). Als sichere Todeszeichen gelten in der Medizin: Totenflecken, Totenstarre, Fäulnis (Trachsel/Maercker 2016: 3) und mit dem Leben nicht zu vereinbarende Verletzungen wie z.B. ein abgetrennter Kopf (Erbguth 2010: 47).

2. Psychisches Sterben und psychischer Tod

In psychologischer Perspektive richtet sich der Fokus auf das Erleben – Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse – und das daraus resultierende Verhalten der Sterbenden (Wittkowski/Streng 2011: 41). Der Beginn des psychischen Sterbens kann in dieser Lesart durch das Todesbewusstsein bzw. durch das veränderte Selbstbild des Sterbenden markiert werden. Diese intrapsychische Orientierung kann sich auch in den Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen der Sterbenden mit ihrem sozialen Umfeld ausdrücken, indem beispielsweise die tödliche Erkrankung offen thematisiert wird (ebd.: 64).

Das psychische Sterben umfasst die kognitiven Prozesse der Wahrnehmung, der Bewertung und der Anpassung, die unheilbar kranke Personen durchlaufen (ebd.: 65). Angesichts des bevorstehenden Todes setzen Bewältigungsstrategien ein, um die nahende Verlusterfahrung der subjektiv bedeutsamen sozialen, geistigen und materiellen Welt annehmen zu können. Viele Sterbende ordnen ihre Angelegenheiten und nehmen bewusst Abschied von bedeutsamen Personen, Orten und Dingen (ebd.: 80).

Nach dieser Definition können dementiell beeinträchtigte Personen nur dann als Sterbende betrachtet werden, wenn sie (noch) über die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion verfügen (ebd.: 84)⁶. Entscheidendes Kriterium für die Beurteilung ist, dass sie ihr Sterbewusstsein kommunizieren können – wie es beispielsweise zu Beginn einer Alzheimer-Demenz möglich ist (ebd.). Im Falle einer das Bewusstsein und die Wahrnehmung stark beeinträchtigenden psychiatrischen Erkrankung kann dagegen nicht von einem Prozess des psychischen Sterbens gesprochen werden. Dasselbe gilt auch, wenn die Mitteilung, sterbenskrank zu sein, einer wahnhaften Vorstellung entspringt. Die psychische Überzeugung des Sterbens besitzt nur in Übereinstimmung zu objektiven (an physiologischen und medizinischen Vorgängen festgemachten) Definitionen des Sterbens Gültigkeit (ebd.: 69).

Im Falle eines tödlichen Unfalls ist von keiner oder aber einer sehr verkürzten psychischen Sterbephase auszugehen. Wenn die medizinische Diagnose fehlt, und ein Mensch nicht über seinen körperlichen Zustand informiert ist, kann das subjektive Erleben –

6 Borasio (2011: 65) weist zu Recht darauf hin, dass bei dementiell erkrankten Personen zwar Gedächtnis und Sprache stark beeinträchtigt sein können, dass aber die Fähigkeiten zum emotionalen Ausdruck und zu nonverbaler Kommunikation dagegen gesteigert sein können. Im Umgang mit dementiell beeinträchtigten Personen ist es daher notwendig, anders zu kommunizieren und in der Pflege bzw. (Sterbe-)Begleitung entsprechende Methoden wie beispielsweise Validation anzuwenden.

unabhängig von fortgeschrittenen somatischen Krankheitsprozessen – durch unbeeinträchtigt »Wohlbefinden« und fehlendes Sterbebewusstsein bestimmt sein (ebd.: 70f.). Aber auch der umgekehrte Fall ist denkbar: Bei einer Hinrichtung ist meist der exakte Todeszeitpunkt bekannt. Der zum Tode Verurteilte ist als Sterbender bestimmt und sich dessen selbst bewusst – und befindet sich dennoch möglicherweise in einem Zustand vollkommener körperlicher Gesundheit (ebd.: 86). Der Sterbende kennt im Vorfeld auch seine konkrete Todesursache – die spezifische Art der Tötung. Hier zeigt sich eine Parallele zu Personen, die ihren Suizid planen (ebd.).

Ungeachtet der erwähnten Limitationen ist diese Definition des psychischen Sterbens dadurch charakterisiert, dass objektive und subjektive Faktoren – das heißt: die medizinische Diagnose und das Sterbebewusstsein – gleichermaßen einbezogen werden (ebd.: 71). Die medizinisch-naturwissenschaftliche ist durch die psychologisch-verhaltenswissenschaftliche Sicht ergänzt (ebd.: 87). Dies zeigt sich in der Praxis auch dadurch, dass in der Regel zunächst die Mitteilung über die tödliche Diagnose durch Mediziner:innen erfolgt, welche die intrapsychischen Prozesse der Bewältigung und Anpassung – das heißt: die psychischen Sterbeprozesse – auslöst. Das intrapsychische Erleben wird berücksichtigt, sofern es durch den Sterbenden mitgeteilt werden kann bzw. in dessen Verhalten zu beobachten ist. Damit lässt sich der Anfangspunkt des psychischen Sterbens einigermaßen zuverlässig bestimmen. Die Dauer des Sterbeprozesses ist – im Vergleich zum eng gefassten medizinischen Verständnis – meist wesentlich ausgedehnter (ebd.). Für bestimmte Personengruppen oder Todesarten kann – wie dargestellt – im Sinne dieser Definition unterstellt werden, dass die Phase des psychischen Sterbens fehlt bzw. sehr verkürzt ist. Der psychische Tod als Endpunkt dieses Prozesses – im Sinne eines (messbaren) irreversiblen Bewusstseinsverlusts – kann dagegen für alle Personen diagnostiziert werden (ebd.: 142).

Das bewusste psychische Sterben ist meist mit gravierenden psycho-physischen Beeinträchtigungen verbunden: Es treten Schmerzen – im Sinne des »total pain«⁷ – über den Verlust des Lebens und des Lebenssinns sowie Ängste vor Sterben und Tod auf (Müller-Busch 2013: 138ff.; Trachsel/Maercker 2016: 18). Die Reaktionen der Sterbenden können angesichts der Unabwendbarkeit des Todes sehr verschieden sein und beispielsweise von Abwehr, Verdrängung, Schuldgefühlen oder Akzeptanz geprägt sein (Müller-Busch 2013: 14)⁸. Falls die begleitenden Personen die verschiedenen Formen der Abwehr wie »Vermeidungsverhalten, Aggression, übermäßige Anpassung, Regression in kindliche Verhaltensweisen und Abhängigkeiten, Sublimierung, Rationalisierung und Konzentration auf Randprobleme« (ebd.: 183) nicht erkennen, können Konflikte entstehen und/oder der Prozess des psychischen Sterbens bzw. die Annahme des nahenden Todes erschwert sein. Die Ängste vor dem Sterben und dem Tod unterscheiden sich

7 Der Begriff »total pain« geht auf Dame Cicely Saunders zurück und betont die Notwendigkeit der Anerkennung des Schmerzes als ganzheitliches Phänomen (Saunders/Baines 1989: 148; vgl. Müller-Busch 2013: 148).

8 Scham-, Ekel- und Schuldgefühle können sowohl bei den Sterbenden als auch bei Angehörigen und professionellen Begleiter:innen auftreten (Müller-Busch 2013: 154ff.). Schamgefühle der Sterbenden treten oft maskiert auf, etwa als Angst, Schuld, Wut oder Traurigkeit und dienen dem Selbstschutz der Sterbenden, der Erhaltung von Identität und Würde (ebd.: 158ff.).

nicht nur abhängig von der Schwere der Erkrankung, sondern sind auch von Faktoren wie Coping-Strategien, sozialen Beziehungen und religiösen Einstellungen beeinflusst (Morgan 2003: 30). In dem Bewusstsein des zeitlich befristeten Lebens stellen sich fast immer auch Fragen nach dem Sinn – und dies sowohl im Rückblick als auch »in der transzendierenden Dimension« (Müller-Busch 2013: 193ff.). Bei bis zu 40 Prozent aller Sterbenden können depressive Syndrome auftreten, und bei der Hälfte der unheilbar kranken Personen bestehen Gedanken an Suizid (Trachsel/Maercker 2016: 24f.). Bis zu 80 Prozent der Sterbenden durchlaufen am Lebensende eine Phase der Verwirrtheit (ebd.: 26).

3. Soziales Sterben und sozialer Tod

Das soziologische Konzept des sozialen Todes umfasst soziokulturelle Auslegungen, nach denen Lebende als tot und Tote als lebendig gelten (Fuchs-Heinritz 2010: 133). Historisch gesehen dominieren Vorstellungen, nach denen die soziale Existenz nicht mit dem biologischen Tod endet, aber auch aktuell finden sich entsprechende Praktiken und Auffassungen (ebd.) bzw. gelten als »weit verbreitet« (Feldmann 2010a: 70). Die kulturvergleichende Perspektive verdeutlicht die soziokulturelle Formung des Umgangs mit Sterben und Tod. In den meisten Kulturen ist der Umgang mit den Toten und dem »Tod als Übergang« in einen anderen Zustand rituell festgelegt (Feldmann 2010a: 65). In der Übergangszeit wird der physisch Tote in der Regel noch »als Mitglied der Gemeinschaft angesehen und <behandelt>« (Feldmann 1998: 97)⁹.

Fuchs-Heinritz (2010: 133ff.) rezipiert die Begriffsgeschichte und unterscheidet in der historischen Abfolge vier Konzeptionen des »sozialen Sterbens« bzw. des »sozialen Todes«.

1. Auguste Comte (1798–1857), der (Mit-)Begründer und Namensgeber der Soziologie, bezeichnet in seinem religiösen Spätwerk mit »mort sociale« den moralisch begründeten »sozialen Ausschluss« von Menschen durch die Priesterschaft des positiven Zeitalters – bei gleichzeitiger Tilgung der Erinnerung an diese und deren Leistungen (ebd.; Fuchs-Heinritz 1995: 19ff.).
2. Jacob Levy Moreno (1889–1974), der Begründer der *Soziometrie*, bestimmt im Jahr 1947 den Verlust von signifikanten Beziehungspartner:innen als »social death« (Fuchs-Heinritz 2010: 133). Der Sterbeprozess vollziehe sich von außen nach innen. Das soziale Beziehungsgefüge (»social atom«) werde durch jeden einzelnen Verlust irritiert und könne schließlich zerfallen, wenn kein Ausgleich durch das Eingehen neuer Sozialkontakte erfolge. Gewöhnlicherweise überlebe das »soziale Atom« den individuellen physischen Tod und sicheres das postmortale soziale Weiterleben (ebd.).

9 Das auf der indonesischen Insel Sulawesi beheimatete Naturvolk der Turaja bringt die Verbundenheit mit den Verstorbenen ganz praktisch zum Ausdruck: Die Turaja leben mit den »verstorbenen« Angehörigen noch über Jahre in einem Haushalt zusammen. Die bis zur Beisetzung als »Kranke« bezeichneten Angehörigen bleiben (einbalsamiert) im Haushalt der Familie, nehmen am sozialen Leben teil, werden versorgt und gepflegt. Als Tote gelten sie erst, nachdem sie in einer aufwendigen und prunkvollen Zeremonie beigesetzt wurden (Schaarmann 2015).

3. Durch die soziologische Feldforschung über Sterben und Tod von Glaser und Strauss (1965/66) wird die Begriffsprägung präzisiert und das Sterben als sozialer Prozess empirisch fassbar (ebd.). Glaser und Strauss bestimmen die (terminale) Sterbephase als Statuspassage und benennen in späteren Arbeiten verschiedene Ablaufformen dieser »dying trajectory«.
4. In den 1960er Jahren untersucht auch David Sudnow, ein Schüler und Mitarbeiter Erving Goffmans, mittels einer organisationssoziologischen Studie in zwei amerikanischen Kliniken mit empirischen sozialwissenschaftlichen Methoden Sterben und Tod als (organisierte) soziale Phänomene. In seiner Feldforschung beobachtet er die Arbeitsabläufe der Mediziner:innen und des Pflegepersonals im Umgang mit Sterbenden und Toten. Sudnow (1973: 98) stellt fest, dass sich das Verhalten der professionellen Kräfte sowie der Angehörigen verändert, wenn eine Sterbediagnose gestellt ist: Die Rücksichtnahme und die Fürsorgemaßnahmen nehmen ab. Die soziale Existenz ist offenbar früher beendet als die physische. Neben dem »klinischen« und dem »biologischen« Tod bestimmt Sudnow (ebd.) erstmalig auch den »sozialen Tod« als Zeitpunkt, ab dem »der – <klinisch> und <biologisch> noch lebende Patient – im wesentlichen als Leiche behandelt wird«. Der »soziale Tod« tritt in dem Moment ein, »in dem die sozial relevanten Attribute des Patienten für den Umgang mit ihm keine Rolle mehr spielen« (ebd.). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die geplante Obduktion im Beisein komatöser Patient:innen besprochen wird (ebd.: 98f.).

Rammstedt (2007: 318f.) ergänzt die Begriffsgeschichte des sozialen Todes um den Terminus der »Involution«, welcher auf Albert G. Schäffle zurückgeht und »die Zeit des Verfalls eines sozialen Organismus bis hin zur völligen Auflösung (sozialer Tod), zum Zerfall der sozialen Gebilde in unzusammenhängende Individuen mit ungleichartigen Handlungszielen« bezeichnet. Der Begriff Involution wird von Schäffle als »Korrigendum« zum meist progressiv gedeuteten Begriff Evolution verstanden (ebd.). Auch Feldmann (1997: 106f. und 1998: 106) weist auf die Möglichkeit des Sterbens sozialer und kultureller Gebilde hin – wie beispielsweise »konkrete Familien oder ganze Gemeinden«, wenn gleich diese in der Regel »anglebiger« seien als Individuen (Feldmann 1998: 106)¹⁰.

Der soziale Tod kann – wie bei der Konzeption von Comte – alle Formen eines dauerhaften und meist endgültigen sozialen Ausschlusses von Einzelnen aus dem sozialen Leben bezeichnen und mit der Attribuierung des Für-tot-Erklärens verbunden sein (Fuchs-Heinritz 2010: 133). Historische Beispiele hierfür sind der Verlust der familiären Zugehörigkeit und des ursprünglichen Namens durch Versklavung sowie der soziale Ausschluss bzw. die Isolierung von Menschen, die an einer gefährlichen Infektion erkrankt waren (ebd.). Feldmann (2018: 107) sieht als weitere, auch gegenwärtig gültige Möglichkeit, dass die Verurteilung zu einer »lebenslänglichen« Strafe für die Betroffenen den sozialen Tod bedeuten kann. Goffman (1973) beschreibt den »civil death« durch »Rituale der sozialen

10 Die Eigenschaften »sozial sterbend« und »sozial tot« werden jedoch nicht nur Lebendigem zugesprochen, sondern auch als Metapher für Räume verwandt: Ein »toter« Raum ist ein Raum, der brach liegt und nicht genutzt wird, sterbende Dörfer oder Landschaften können entlegene ländliche Gebiete sein, die aufgrund von starker Alterung und Abwanderung »demografisch austrocknen« (Berlin-Institut 2011: 8).

<Entkleidung>« als »eine gravierende Form des sozialen Todes« bei Insass:innen von Gefängnissen und psychiatrischen Kliniken (Feldmann 1997: 63). In rechtlicher Perspektive kann eine lang vermisste Person für ›tot erklärt‹ werden – unabhängig davon, ob der physische Tod nachweislich eingetreten ist (Fuchs-Heinritz 2010: 134). Feldmann (2010a: 138) verweist auf mögliche schwerwiegende Interaktionsprobleme, wenn solche Personen – beispielsweise nach Kriegsgeschehen – Jahre später überraschend erscheinen, da die sozialen Stellen, Positionen und Rollen besetzt oder aufgegeben sein können.

Soweit die Ausführungen zur engeren Auslegung des Begriffs ›sozialer Tod‹ als dauerhaften bzw. meist irreversiblen Ausschluss aus dem ›normalen‹ sozialen Leben. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein erweitertes Verständnis des sozialen Todes bzw. definitionsgemäß richtig: des sozialen Sterbens es handelt sich um ein prozessuales Geschehen durchgesetzt. Hiernach können »alle möglichen Formen einer auferlegten Minderung der Teilhabe am sozialen Leben« als soziales Sterben verstanden werden (Fuchs-Heinritz 2010: 134). Diese umfassende Auslegung versteht das soziale Sterben allgemein als soziale Exklusionserfahrung, die einerseits durch den »Verlust von sozialen Teilhabechancen« und/oder andererseits durch den »Prozess der Desintegration« von Personen(-gruppen) bestimmt sein kann (Feldmann 2010a: 132). Feldmann (2018: 46) differenziert in seiner Definition mögliche Ursachen dieses (graduellen) sozialen Ausschlusses: »Soziales Sterben kann als schwerwiegender Verlust von Anerkennung, sozialer Teilhabe, Interaktions- und Kommunikationschancen, Positionen und Rollen definiert werden.«

Konkrete Beispiele für soziale Sterbeerfahrungen sind Phänomene der Altersphase wie der Eintritt in das Rentenalter oder die Unterbringung in eine Pflegeeinrichtung und die soziale Exklusion etwa von Personen mit geringem Einkommen, Migrationshintergrund oder mit bestimmten sexuellen Orientierungen. Folgt man der breiten Auffassung des sozialen Sterbens »als Rollenverlust, als Segregation, als Stigmatisiertwerden, als Marginalisierung und als Exklusionserfahrung« (Fuchs-Heinritz 2010: 134), so handelt es sich um allgemeine soziale Sterbeerfahrungen, die ständig und überall vorkommen. Schulversagen, Ortswechsel, Scheidung, Verwitwung, Arbeitslosigkeit, Krankheit und Unfälle stellen nur einige ›durchschnittliche‹ Ereignisse dar, mittels derer das soziale Sterben im Lebensverlauf »eingeeübt« wird (Feldmann 2010a: 133): »Soziales Sterben wird frühzeitig eingeübt durch die Schwankungen im Status innerhalb von Gruppen, den Verlust von Rollen, durch Wechsel von Orten und Organisationen und viele andere Erfahrungen von (tatsächlichem oder antizipiertem) sozialem Verlust«.

Wie »erfolgreich‹ solche ›Übungen‹ des sozialen Sterbens erfahren werden, dürfte von der Dauer des Geschehens und dem Ausmaß der erlebten Beeinträchtigungen ebenso abhängen wie von den individuellen Coping-Strategien und den sozialen Unterstützungsmöglichkeiten. So sind akute Erkrankungen oder Phasen der Arbeitslosigkeit belastende persönliche Ereignisse, welche die Partizipationsmöglichkeiten situativ bzw. für limitierte Zeiträume begrenzen können. Nach Bewältigung des Krisenerlebnisses sind die Beschränkungen in der Regel aufgehoben. Mit anhaltender Dauer einer sozialen Sterbeerfahrung ist jedoch von einer zunehmenden und umfassenderen Beeinträchtigung auszugehen, so dass chronische Erkrankungen (Tillmann 2019) oder Langzeitarbeitslosigkeit (Kroll/Müters/Lampert 2015) in vielen Fällen nicht nur die sozialen Netzwerke, sondern die Lebenssituation insgesamt nachhaltig negativ beeinflussen können (ebd.).

Die Erfahrungen des sozialen Sterbens mehren sich im Lebensverlauf sowie auch eine Häufung im Zusammenhang mit einem niedrigen sozioökonomischen Status – unabhängig vom Lebensalter – anzunehmen ist (vgl. Feldmann 2018: 46f.)¹¹. Ältere und alte Personen sowie Personen mit niedrige(re)m Sozialstatus tragen ein höheres Risiko und verfügen gleichzeitig häufiger über gering(er)e Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten. Objektiv vergleichbare soziale Sterbeerfahrungen werden nicht nur interindividuell unterschiedlich erlebt und bewältigt¹², sondern sind von der eigenen sozialstrukturellen Lebenslage (z.B. Einkommen, Gesundheit, Bildung, Wohnung, Wohnumfeld, Mobilität) in starkem Maße beeinflusst. Die unterschiedlichen Dimensionen der Lebenslage sind miteinander verschränkt und können sich wechselseitig positiv wie negativ verstärken (Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 173). Mit fortschreitender Einschränkung der gesellschaftlichen Partizipationsmöglichkeiten reduzieren sich relativ auch die sozialen Kontakte, und das Risiko der sozialen Vereinzelung wächst. Durch das andauernde physische Alleinsein schreitet der Prozess des sozialen Sterbens objektiv und bei gleichzeitigem Erleben von Einsamkeit auch subjektiv – im Sinne des psychischen Sterbens – voran.

Das ›Risiko‹ des physischen, psychischen und sozialen Sterbens ist ungleich verteilt. Feldmann (2018: 46f.) betont die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Differenzierung und beschreibt die (globale) Diskriminierung ›benachteiligter‹ Gruppen im Zusammenhang von sozialer Position und objektiven Lebensbedingungen:

»Soziales Sterben kann von der Positionierung einer Person in sozialen Räumen her bestimmt werden. Soziale und physische Räume sind verschränkt. Privilegierte Personen verfügen über eigene gut ausgestattete und gesicherte physische und soziale Räume, unterprivilegierte, z.B. Sklaven oder Obdachlose, müssen in Fremdräumen leben und sterben, viele werden dort missbraucht und gedemütigt, sie sind physischer, psychischer, sozialer und symbolischer Gewalt ausgeliefert. Für Unterprivilegierte und ›sozial Schwache‹ findet während ihres Lebens wiederholt entwürdigendes soziales und psychisches Sterben statt.«

Physische, psychische und soziale Lebens- und Sterbeprozesse sind eng miteinander verbunden. Verschiedene Studien belegen, dass sich die Stärke physischer und psychischer Schmerzen durch soziale Unterstützung reduziert (Master et al. 2003; Bauer 2006 und 2011; Masten et al. 2012). Andererseits ist ebenso eindeutig, dass fehlende oder verletzende Sozialkontakte bzw. sozialer Ausschluss soziale Schmerzen hervorrufen wie auch körperliche und psychische Beeinträchtigungen verstärken können (ebd.). Der Verlauf der Sterbephase, die Interaktionen der Sterbenden und die Bewältigung der

11 Soziale Sterbeerfahrungen, die mit zunehmendem Lebensalter gehäuft auftreten, sind beispielsweise der Auszug der eigenen Kinder (›Empty-Nest-Syndrom‹), der Tod der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen oder auch Mobilitätsbeschränkungen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

12 Abhängig von den individuellen Coping-Strategien ist es möglich, dass durch die lebenslange ›Übung‹ Erlebnisse des sozialen Sterbens entweder ›en passant‹ und mit Gleichmut oder aber zunehmend belastender erlebt werden, wenn die sozialen Ressourcen nur (noch) begrenzt zur Verfügung stehen, aber für die Bewältigung von Krisen von zentraler Bedeutung sind.

psycho-physischen Beeinträchtigungen sind in starkem Maße abhängig von der individuellen sozialen Lebenslage, dem Ausmaß und der Qualität der sozialen Unterstützung sowie von den individuellen Coping-Strategien und religiösen Einstellungen (Morgan 2003: 30; Reidick 2013).

Bis hierhin wurden vor allem Konzepte des prämortalen sozialen Todes bzw. des prä-mortalen sozialen Sterbens besprochen, welche der Vorstellung folgen, dass lebende Personen als ›sterbend‹ oder ›tot‹ anzusehen sind, da sie – zumindest graduell – von der Teilnahme an der Gemeinschaft ausgeschlossen sind. Die andere Seite der sozialen Konstruktion bezieht sich auf Auffassungen des postmortalen sozialen Sterbens/Todes, nach welchen die Toten lebendig sind bzw. diese möglicherweise auf die Lebenden Einfluss nehmen (Fuchs-Heinritz 2010: 134f; Feldmann 2010a: 126f). Damit ist einerseits das in unserer Gesellschaft dominierende, ›normale‹ soziale Sterben – das heißt ›das ritualisierte Ausdriften‹ aus der sozialen Gemeinschaft nach dem physischen Tod – angesprochen, welches auch mit Vorstellungen des Übergangs in ein Reich der Toten verbunden sein kann (Feldmann 2018: 50). Andererseits kann sich das postmortale Sterben vor dem Hintergrund der Annahme der Lebendigkeit der Toten in vielen Kulturen beispielsweise auch durch »Angst vor Wiedergängern über Ahnenverehrung und Wiedergeburtstheorien bis zum Seelenglauben und zur Unsterblichkeitsvorstellung« ausdrücken (Fuchs-Heinritz 2010: 134f.).

Die Art und Weise des postmortalen sozialen Sterbens ist in unserer Gesellschaft in starkem Maße privatisiert. Das soziale Umfeld der Verstorbenen gestaltet deren soziales Weiterleben in Dauer und Form unterschiedlich aus und bestimmt so auch den Zeitpunkt des sozialen Todes. Trauerprozesse und Rituale der Überlebenden sowie alle sonstigen Maßnahmen, die der (immer häufiger auch digitalen) Aufrechterhaltung des Gedächtnisses dienen (Benkel 2008: 139), stützen die postmortale (symbolische) Teilnahme der Verstorbenen an der menschlichen Gemeinschaft. Wenn Hinterbliebene den physischen Tod einer Person nicht anerkennen und die Kommunikation weiter aufrechterhalten, so ist das soziale Überleben – wenn auch auf eine kleine Nische begrenzt – möglich (Feldmann 2010a: 138)¹³.

Bei Personen ohne Angehörige und enges soziales Umfeld ist die »privatisierte Jenseitsreise« (ebd.: 51) meist durch eine ›Bestattung von Amts wegen‹ ersetzt, welche nicht auf das postmortale Weiterleben, sondern auf das rechtliche ›Ausdriften‹ aus der Gesellschaft unter Beachtung seuchenhygienischer Bestimmungen angelegt ist.

Über den privaten Raum hinaus erinnert das kollektive Gedächtnis an herausragende Verstorbene und deren Werke wie Taten (Fuchs-Heinritz 2010: 134f.). Eine mediale Form stellt das Weiterleben von Schauspieler:innen und anderen Persönlichkeiten der Zeitgeschichte in Spiel- und Dokumentarfilmen dar (Feldmann 2010a: 110; Benkel 2008: 139f.).

Die moderne Gesellschaft unterscheidet sich von vormodernen Kulturen auch dadurch, dass der prämortale Sterbeprozess im öffentlichen Fokus steht, und der postmortale Umgang mit Toten in die private Sphäre gerückt ist (Feldmann 2010a: 65; Goldbrunner 2008: 15). Hiermit ist verbunden, dass die kulturell eigentlich vorgegebene Synchro-

13 Sofsky (2005: 88) widerspricht: »Zu Toten gibt es kein soziales Verhältnis«, da keine Reziprozität des kommunikativen oder nonverbalen Austauschs möglich ist.

nisation der drei postmortalen Prozesse nicht mehr gegeben ist (ebd.). Der physische Tod muss in zeitlicher Perspektive weder mit dem psychischen noch mit dem sozialen Tod synchron verlaufen (Feldmann 2010a: 63). Die Asynchronizität des Todes geht zudem oft mit Alokaliät einher, denn auch die Sterbeorte können variieren (vgl. Kapitel 3.2).

Das soziale Sterben des Einzelnen drückt sich in einer Einschränkung der individuellen sozialen Teilhabe bzw. der sozialen Interaktionen aus. Die Betroffenen können selbstbestimmt darauf verzichten, mit anderen aktiv Kontakt aufzunehmen, und/oder der soziale Ausschluss erfolgt durch das Umfeld. Dieser Prozess des ›Hinaussterbens‹ bzw. ›Herausgestorben-Werdens‹ aus den gesellschaftlichen Bezügen kann zeitlich gesehen weit vor dem physischen Sterben beginnen. Dieser Arbeit liegt die Annahme zugrunde, dass *unentdeckt* Verstorbene in vielen Fällen einsame und/oder sozial isolierte und/oder sozial exkludierte Personen gewesen sind, deren physischem Tod ein allmähliches Hinausdriften aus den sozialen Bezügen vorweg gegangen ist. Das soziale Sterben im Sinne einer graduellen Einschränkung der sozialen Teilhabe kann Wochen, Monate, Jahre, unter Umständen auch Jahrzehnte vor dem physischen Tod eingesetzt haben.

Die Frage danach, ab wann und unter welchen Voraussetzungen man einen Menschen als Sterbenden bezeichnen sollte, schließt auch die Frage nach dem Beginn und der Dauer des Sterbeprozesses und der Bestimmung des Todes ein. Aufgrund unterschiedlicher medizinischer, psychologischer, soziologischer, juristischer etc. Perspektiven sind keine eindeutigen Antworten möglich. Wittkowski und Strenge (2011: 29f.) sprechen von einem »Vexierbild«, einem »Suchbild«, welches abhängig von der Perspektive bestimmte Aspekte in den Vordergrund stellt und andere unbeachtet lässt. Auf den verschiedenen Ebenen können Leben und Tod unabhängig voneinander existieren.

Der irreversible soziale Tod im Sinne des Endes der Teilhabe an der Gemeinschaft ist prä mortal als totale soziale Exklusion aufzufassen. Theoretisch ist eine solche Konzeption denkbar, aber praktisch erfordert allein der Erhalt der existentiellen Alltagsvollzüge zumindest stark reduzierte soziale Bezüge. Erst wenn jegliche soziale Interaktionen durch die Betroffenen selbst und auch symbolisch – durch Ausschluss im Bewusstsein anderer – fehlen, kann genau genommen von einem endgültigen sozialen Tod gesprochen werden. Aus postmortaler Perspektive ist dies, bezogen auf den einzelnen Todesfall, zweifelsfrei nur für die aktive Teilhabe an existentiellen Alltagsbezügen, nicht aber für die symbolische Teilnahme an der Gemeinschaft zu bestimmen, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Verstorbene im Gedächtnis von Mitmenschen sozial weiterleben.

3.2 Sterbeorte

Diese Arbeit untersucht die Hintergründe sozial unbegleiteten Sterbens und *unentdeckter* Tode im privaten Raum. Der Fokus richtet sich auf den Sterbeort des eigenen Zuhauses. Die Todesumstände unterscheiden sich abhängig von der individuellen sozialen Situation: Manche Menschen versterben in Begleitung ihrer Angehörigen und mit medizinisch-pflegerischer Versorgung, andere sind in der Sterbephase und bei Todeseintritt allein und bar jeder Unterstützung. Dies betrifft nicht nur alleinlebende Personen, sondern ebenso Personen, die mit anderen zusammenleben. Gemeinsam ist diesen Fäl-

len von allein Verstorbenen, dass der Tod erst mit zeitlichem Abstand bemerkt wird. Die Zeitspanne variiert und reicht von kurzen Momenten bis zu mehreren Jahren. Die eigene empirische Untersuchung setzt für die Bestimmung eines *unentdeckten* Todes eine Liegezeit von mindesten zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen voraus (vgl. Kapitel 7.4).

Neben den privaten gibt es institutionelle Sterbeorte¹⁴: Krankenhaus bzw. Palliativstation, Senior:innen- oder Pflegeheime und Hospize. Einschränkend muss gesagt werden, dass die ambulante hospizliche Begleitung und/oder palliative Versorgung im privaten Raum auch neue institutionalisierte Ausgestaltungsformen im privaten Umfeld hervorgebracht hat (Stadelbacher 2017: 49ff.). Diese Formen streben durch die enge Verzahnung des Privaten und Professionellen die Verbesserung der Begleitung von Sterbenden und Angehörigen an und stehen für ein »Ideal des guten Sterbens als professionell versorgtes, sozial begleitetes und im normativen Anspruch individuelles und selbstbestimmtes Sterben« (Jakoby/Thönnies 2017: 5). Außer den privaten und institutionellen sind seltene sonstige Sterbeorte wie beispielsweise öffentliche Plätze, Hausarztpraxen oder Freizeiteinrichtungen zu nennen (Dasch et al. 2015: 497).

Der historische Rückblick weist auf eine Sterbeortverlagerung und auch auf einen veränderten Umgang mit Sterben und Tod, welcher mit der Industrialisierung und Modernisierung der Gesellschaft immer weiter voranschritt. Zuvor erfolgte das Ableben meist öffentlich und war ein soziales Ereignis (Aries 1980: 30). Sterben und Tod ereigneten sich am Lebensort, begleitet von Nahestehenden und der Nachbar:innenschaft und folgten den traditionellen Riten. Sterben und Tod galten weniger als persönliche Tragödie, sondern stellten eher eine Herausforderung für die Gemeinschaft dar, die ihren Fortbestand trotz des (sich ankündigenden) Verlusts aufrechterhalten musste. Die um das Bett des Sterbenden versammelte soziale Gruppe erfuhr durch die Ritualisierung eine Stärkung ihres Zusammenhalts (ebd.: 775¹⁵). Noch weit bis in das 20. Jahrhundert hinein verstarben die meisten Personen an ihren Lebensorten (Thieme 2019: 60), wodurch die »alte Einheit des Ortes von Leben und Sterben« gewahrt blieb (Hoffmann 2011: 25). Im weiteren Verlauf des vergangenen Jahrhunderts verlagerte sich das Sterben aus dem privaten Kreis immer mehr in die Institution Krankenhaus und wurde infolgedessen – ergänzend, überwiegend oder ausschließlich – durch Fachkräfte der Pflege, der Medizin und der Medizintechnik begleitet. In den 1980er Jahren erreichte die Anzahl der Sterbefälle in medizinischen Einrichtungen ein Höchstmaß und nimmt seitdem – parallel zum Anstieg der Verstorbenen in Senior:innen- oder Pflegeheimen – ab (z.B. Thönnies/Jakoby 2011: 336).

Das erste Hospiz wurde im Jahr 1967 von Cicely Saunders in London gegründet, in Deutschland setzte sich die Hospizbewegung seit ca. Mitte der 1980er Jahre zunehmend

14 In Kapitel 3.2 wird der Begriff der »Institution« synonym zum Begriff der »Einrichtung« bzw. »Organisation« verwandt.

15 Auch Durkheim (1981: 535) verweist auf diesen Umstand: »Stirbt ein Individuum, so sieht sich die Familiengruppe, der es angehört hat, vermindert, und, um darauf zu reagieren, drängt sie sich zusammen. Ein gemeinsames Unglück hat die gleichen Wirkungen wie das Nahen eines glücklichen Umstandes: es belebt die Kollektivgefühle, die, in der Folge, die Individuen dazu bewegen, sich zu suchen und sich einander zu nähern.«

durch. In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Hospize sowie der Palliativstationen ständig angewachsen (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) 2020¹⁶). Leitbild ist eine ganzheitlich ausgerichtete Pflege und Betreuung, die die psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Sterbenden gleichermaßen berücksichtigt (DHPV 2007) und eine qualitative Lebensverbesserung anstrebt (Müller-Busch 2013: 25). Hospize verstehen sich nicht als »Sterbehaus«, sondern als »Ort des Lebens« und verfolgen das Ideal des natürlichen Sterbens ohne unnötige äußere Eingriffe (Dreßke 2008: 126 und 128).

Die fortgeschrittene Versorgung der Sterbenden in Krankenhäusern und medizinisch-pflegerischen Einrichtungen wird mit dem Begriff der »Institutionalisierung« umschrieben und ist meist negativ konnotiert. Mit diesem Terminus verbunden ist nicht nur der Hinweis auf die quantitative Dominanz dieses Sterbeortes, sondern oft auch die Kritik am dort praktizierten Umgang mit Sterbenden, sowie die »Verlagerung des Sterbens« (Feldmann 2010a: 59) wiederum mit der grundsätzlichen Verdrängung und Tabuisierung des Todes in der Gesellschaft zusammengebracht wird (vgl. Thönnies/Jakoby 2011). Der Grad der Institutionalisierung unterscheidet sich abhängig vom Sterbeort und ist im Krankenhaus am höchsten und im eigenen Zuhause am geringsten. Senior:innen- oder Pflegeheime und insbesondere Hospize weisen Parallelen zum Sterben zuhause auf (Thönnies 2013: 19). Die Todesumstände unterscheiden sich abhängig vom Sterbeort, der jeweils spezifische soziale, räumliche und infrastrukturelle Gegebenheiten aufweist. Durch die institutionelle Unterbringung sind die Sterbenden in jedem Fall räumlich aus ihrem vertrauten Umfeld herausgelöst. Ob und inwiefern sich diese örtliche Trennung auch auf den sozialen Kontext erstreckt, wird nicht nur durch die Bedingungen der Sterbeorte, sondern auch durch das Handeln des sozialen Umfelds bestimmt.

Abhängig vom Sterbeort gibt es unterschiedliche normative Vorstellungen hinsichtlich der Güte in der Begleitung und Versorgung am Lebensende. Das oft angeführte »schlechte« Sterben im institutionellen Kontext von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird durch die mangelnde Berücksichtigung der Bedürfnisse Sterbender begründet und durch Stichworte wie unnötige Lebensverlängerung, Vereinsamung, Isolation und Hilflosigkeit infolge der Medikalisierung und der Apparatedizin charakterisiert¹⁷ (ebd.; Aries 1980: 730; Geiger 2010: 152f.; Feldmann 2010a: 62 und 140; Hefel 2019: 77). Als Gegenbild wird dem häufig das »gute« Sterben – die Verwirklichung des hospizlich-palliativen Anspruchs – im Hospiz selbst sowie im eigenen Zuhause gegenübergestellt (Thönnies 2013: 19), welches bedeutet, entsprechend den normativen Ansprüchen der Selbstbestimmung und der Individualisierung professionell versorgt und sozial begleitet zu sein (Stadelbacher 2017: 49ff.). Die Annahmen eines humanen und menschenwürdigen Lebensendes im privaten Raum beziehen sich immer auf das

16 »In Deutschland gibt es rund 1.500 ambulante Hospizdienste, ca. 230 stationäre Hospize für Erwachsene sowie 17 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, ca. 330 Palliativstationen in Krankenhäusern, drei davon für Kinder- und Jugendliche (Stand 05.03.2019, Quellen DHPV und Deutscher Kinderhospizverein).«

17 Vgl. hierzu auch das Essay von Elias (2002) »Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen«.

begleitete Sterben und werden in der Fachliteratur zudem von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht (Thönnies 2013: 23): »Grundvoraussetzungen für ein Sterben zuhause sind somit physisch und emotional belastbare Angehörige, eine ambulante palliative Betreuung sowie räumliche und technische Voraussetzungen der Pflege«¹⁸.

Die empirischen Ergebnisse und theoretischen Überlegungen lassen sich nicht auf das unbegleitete Sterben im privaten Raum übertragen. Allein Verstorbene müssen die psychosozialen Belastungen und körperlichen Schmerzen ohne soziale und medizinisch-pflegerische Unterstützung bewältigen. In einer bundesweiten Umfrage des Jahres 2015 zur Sterbehilfe fürchteten 38 Prozent der Teilnehmenden ebendiese Umstände und wollten im Moment des Todes eintritts nicht allein sein (Ahrens/Wegner 2015: 12). Noch größer war jedoch die Angst vor einem langen Sterbeprozess (ca. 62 Prozent), gefolgt von der Angst vor starken Schmerzen oder schwerer Atemnot (ca. 61 Prozent) (ebd.). Die Befragung differenzierte nicht nach der Wohnsituation der Interviewten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Angaben Alleinlebender – hinsichtlich der Angst, unbegleitet zu sterben – von diesen Durchschnittswerten abweichen und darüber liegen. Befragte, die auf die soziale Unterstützung – allein wegen der gemeinsamen Haushaltsführung – vertrauen, benennen konsequenterweise andere Ängste bezüglich des Sterbeverlaufs als alleinlebende Personen, die in diesem Punkt größere Unsicherheit verspüren werden. Auch wenn explizite Selbsteinschätzungen alleinlebender Personen fehlen, so wird diese Annahme zumindest durch die allgemeinen Einschätzungen des DAK-Pflegereports (Klie 2016) belegt, wonach ungefähr zwei Drittel der Befragten das eigene Zuhause für die Gruppe der Alleinlebenden für einen »ungeeigneten« Sterbeort halten, da die notwendige Unterstützung fehlt (Haumann 2016: 24).

Die Umfrageergebnisse verdeutlichen, dass die Angst vor dem Sterben größer ist als die Angst vor dem Tod. In einer Telefonbefragung des Jahres 2006 gaben 60 Prozent der Interviewten Angst vor dem Sterben und nur sieben Prozent Angst vor dem Tod an (Hoffmann 2011: 11). Befragt, wie sie sterben möchten, wünschten 80 Prozent der Teilnehmenden, »plötzlich und unerwartet« und nur 20 Prozent »auf den Tod vorbereitet und bewusst« zu sterben¹⁹ (ebd.). Pointiert könnte man sagen, dass das Ideal einen Tod ohne Beeinträchtigung durch das Sterben darstellt. Der Tod soll sich überraschend und ohne spürbare Begleiterscheinungen ereignen. Einen »plötzlichen« und »unerwarteten« Tod sterben jedoch nur ca. fünf Prozent aller Menschen, alle anderen durchleben einen Sterbeprozess von unterschiedlicher Dauer (Deutsche Hospiz Stiftung 2006: 1).

Hoffmann (2011: 13) führt aus, dass »das lange Sterben« infolge einer (Krebs-)Erkrankung gefürchtet sei, und dass dieses mit dem sozialen Sterben – im Sinne einer zunehmenden Zerstörung der »Identität eines zivilisierten Individuums« – einhergehe. Gö-

18 Student (2009) hat eine Broschüre über die häusliche Sterbebegleitung für pflegende Angehörige verfasst, in der konkrete materielle Hilfen im Mittelpunkt stehen.

Stadelbacher (2015) kritisiert die mit der Verwirklichung hospizlich-palliativer Ansprüche einhergehende institutionelle Entgrenzung als zeitweise Kolonialisierung der Lebenswelt durch das medizinische System.

19 Eine repräsentative Emnid-Umfrage von 2001 bestätigte diese Tendenzen: 60 Prozent der Befragten wünschten »plötzlich und schnell« und 12 Prozent »bewusst und begleitet« zu sterben. Der Anteil derjenigen, die sich mit diesem Thema noch nicht auseinandergesetzt hatten, war jedoch mit einem Anteil von 25 Prozent erheblich.

ckenjan (2008: 8) verweist zu Recht auf den Widerspruch des häufig im öffentlichen Diskurs dominierenden Ideals des »begleiteten Sterbens im Sinne der Hospizbewegung« mit den Ergebnissen der Befragungen, wonach der Anteil derjenigen, die ihren Sterbeprozess bewusst vollziehen möchten, nur eine Minderheit ausmache. Auch Dreßke (2010: 387) indiziert einen Widerspruch zwischen den geäußerten Sterbewünschen und dem in der Öffentlichkeit vorherrschenden traditionellen Bild des Abschiednehmens zu Hause (Totenbettszene).

Eine weitere Diskrepanz zeigt sich, wenn die gewünschten mit den realen Sterbeorten verglichen werden. Eine deutliche Mehrheit der Befragten möchte im eigenen Zuhause sterben bzw. wünscht sich dies für die Angehörigen. Tatsächlich aber versterben in Deutschland die meisten Menschen in Institutionen – an erster Stelle im Krankenhaus und an zweiter Stelle in Senior:innen- oder Pflegeheimen. Die in Befragungen geäußerten Präferenzen stehen im deutlichen Widerspruch zur Realität. **1.** Nach dem DAK-Pflegereport wünschen sich ca. 60 Prozent aller Befragten – entweder für sich oder für Nahestehende – das eigene Zuhause als Sterbeort²⁰; wobei der Anteil bei den pflegenden Angehörigen mit 76 Prozent höher (Haumann 2016: 22) und bei den älteren kinderlosen Personen mit ca. 53 Prozent deutlich niedriger ist (ebd.: 23). Die Zustimmungswerte unterscheiden sich auch im Stadt-Land-Vergleich: In ländlichen Gebieten wünschen 66 Prozent und in Großstädten nur 54 Prozent der Befragten, im eigenen Zuhause zu sterben (ebd.). **2.** In einer anderen deutschen Umfrage aus dem Jahr 2017 fällt die Zustimmung für den Sterbeort des eigenen Zuhauses, im Vergleich zum DAK-Pflegereport, mit einem durchschnittlichen Anteil von 55 Prozent geringer aus (Statista 2020a). Es ist aber auffällig, dass in beiden Befragungen fast ein Fünftel der Interviewten die Frage nach dem bevorzugten Sterbeort unbeantwortet lässt (ebd.).

Das Sterben im eigenen Zuhause ist mit bestimmten Vorstellungen verbunden, welche die Präferenz für diesen Sterbeort sowie teils für Hospize erklären. 73 Prozent der Befragten glauben, dass das Sterben durch die gewohnte Umgebung – und 64 Prozent – durch das vertraute soziale Umfeld erleichtert wird. 58 Prozent sprechen dem Sterben an diesem Ort mehr Würde zu als dem Sterben im Krankenhaus (Haumann 2016: 24). Die meisten Befragten sehen im privaten Umfeld Menschenwürde, Individualität, Selbstbestimmung und soziale Einbindung in stärkerem Maße gewahrt als an anderen Sterbeorten.

Ältere Untersuchungen haben im Vergleich zu den genannten aktuelleren Befragungen noch höhere Zustimmungen für den Sterbeort »Zuhause« ermittelt. Ochsmann et al. (1997) beziffern den Anteil auf 90 Prozent, Dreßel et al. (2001: 37) auf 77 Prozent und Jacoby/Thönnies (2011) im Verweis auf den empirischen Forschungsstand auf 80 bis 90 Prozent. Vermutlich steht die abnehmende Präferenz des eigenen Zuhauses im Zusammenhang mit der gestiegenen Bedeutung des Sterbeorts »Hospiz« als Alternative zum privaten Heim. Beide Sterbeorte sind durch die Verwirklichung des Anspruchs der oben genannten normativen Leitvorstellungen verbunden.

20 16 Prozent bevorzugen den Sterbeort »Hospiz«, vier Prozent das Krankenhaus, zwei Prozent Senior:innen- oder Pflegeheime, zwei Prozent sonstige Orte und 19 Prozent haben keine Angabe gemacht (Haumann 2016: 22).

In Deutschland wird der Sterbeort in den Todesbescheinigungen der Gesundheitsbehörden erfasst, jedoch nicht ausgewertet (Dasch et al. 2015). Daher fehlen systematische und zuverlässige Angaben zur Verteilung der Sterbeorte. Lediglich die jährliche Anzahl der stationären Todesfälle in Krankenhäusern ist bekannt. Dasch (2017: 6) beziffert den Anteil der dortigen Sterbefälle für das Jahr 2015 auf rund 46 Prozent aller in Deutschland registrierten Sterbefälle und spricht im Vergleich zu den Vorjahren von einem relativ stabilen Niveau.

Die vereinzelt deutschen Untersuchungen zur Sterbeortverteilung beziehen sich auf begrenzte Gebiete und Zeiträume (Ochsmann et al. 1997; Weber et al. 1997; Bickel 1998; Van Oorschot 1999; Kaluza/Töpferwein 2006; Nick 2006; Papke/Koch 2007; Rodenstein 2008; Pinzon et al. 2011; Sauer/Müller/Rothgang 2013; Dasch et al. 2015²¹). Die aktuellsten Daten stammen aus dem Jahr 2013 (DAK-Pflegerreport/Klie 2016). Die bislang umfangreichsten Studien von Ochsmann et al. (1997) und Dasch et al. (2015) kommen zu abweichenden Ergebnissen hinsichtlich der Bedeutung des privaten Sterbeorts.

Ochsmann et al. (1997) haben für das Jahr 1995 in ausgewählten Regionen von Rheinland-Pfalz die Sterbeorte erhoben: Die Ergebnisse dieser Studie widersprechen den Befunden der meisten anderen Untersuchungen, wonach immer weniger Personen zu Hause versterben. Ochsmann et al. (1997) ermitteln einen mit 39,8 Prozent bezifferten Anteil der in Privatwohnungen Verstorbenen, welcher nur geringfügig unter dem Anteil von ca. 44 Prozent der im Krankenhaus Verstorbenen liegt (vgl. Tab. 3.2.1). Die Studie belegt auch, dass Alter, Geschlecht und Familienstand Einfluss auf den Sterbeort haben: Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der zu Hause Verstorbenen, die Männer-Quote ist höher als die der Frauen, und schließlich sind in der Gruppe auch wesentlich häufiger verheiratete als ledige und geschiedene Personen vertreten (ebd.).

Die aktuellere populationsbasierte Erhebung von Dasch et al. (2015) basiert auf dem in Deutschland bislang größten ausgewerteten Datensatz (N=24.009) zum Thema. Nichtsdestotrotz handelt es sich nicht um eine repräsentative Studie, sondern die Gültigkeit ist auf einzelne Untersuchungsregionen in Westfalen-Lippe begrenzt (ebd.: 503). Dasch et al. (2015) haben die Todesbescheinigungen der Jahre 2001 und 2011 in ausgewählten städtischen und ländlichen Gebieten ausgewertet²². In der Dekade wurden ein Rückgang der Sterbefälle im häuslichen Umfeld und im Krankenhaus und eine Zunahme der Sterbefälle in Senior:innen- oder Pflegeheimen, Hospizen und Palliativstationen festgestellt (Tab.3.2.1). Auch diese Untersuchung bestätigt Männern gegenüber Frauen eine 1,2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, im häuslichen Umfeld zu sterben (ebd.: 498). Dasch (2017: 70) begründet dies mit der geringeren Lebensdauer von Männern, welche dazu führen könne, in einer Partner:innenschaft überlebt und am Lebensende häufiger im häuslichen Umfeld versorgt und begleitet zu werden. Die Häufigkeitsverteilung der Sterbeorte unterscheidet sich in städtischen und ländlichen Räumen: In der Stadt versterben mehr Personen in Krankenhäusern als auf dem Land, wo dagegen der Anteil der im häuslichen Umfeld sowie der in Senior:innen- oder Pflegeheimen Verstorbenen höher ist (ebd.). Als mögliche Ursachen für die Unterschiede zwischen Stadt und

21 Nähere Informationen zu den verschiedenen Untersuchungen finden sich bei Dasch (2017).

22 Von der Analyse ausgeschlossen waren Fälle mit »nicht-natürlichen« Todesursachen (n=742) und fehlenden Angaben zum Alter oder Geschlecht (n=126).

Land werden einerseits die höhere Anzahl alleinlebender Personen in der Stadt und andererseits abweichende gesundheitliche Versorgungsstrukturen angeführt. Die Zahl der Krankenhausplätze war im untersuchten ländlichen Raum geringer, wodurch sich vermutlich die Wahrscheinlichkeit, zu Hause zu sterben, erhöhte. Allgemein zeigte sich bei Dauerpflege-, Hospiz- oder Palliativplätzen die Tendenz, dass diese zunehmend in Anspruch genommen wurden, sobald das Angebot vor Ort bestand (ebd.). Dasch (2017: 15) erkennt im zeitlichen Trend eine Verlagerung des Sterbeortes: weg vom häuslichen Umfeld sowie Krankenhaus, hin zu Senior:innen- oder Pflegeheimen sowie Palliativstationen und Hospizen.

Die Studien zeigen, dass es keine zufällige Verteilung der Sterbeorte gibt, sondern dass es neben der strukturellen auch Kontinuität in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren gibt. Im eigenen Zuhause sterben vor allem Männer, verheiratete Personen und Personen mit höherem sozioökonomischen Status (Thönnies 2013: 63f.).

Vergleicht man die Daten der beiden bisher größten Untersuchungen (Tab. 3.2.1), könnte hieraus der Schluss folgen, dass der Anteil der im privaten Umfeld Verstorbenen kontinuierlich abnimmt. Auch die von anderen Autor:innen benannten Werte – mit Anteilen der zu Hause Sterbenden von maximal 20 Prozent – könnten als Fortsetzung einer progredienten Institutionalisierung gedeutet werden (Schnabel 2013: 112; Müller-Busch 2013: 10; Klie 2016: 6)²³. Die Studie von Sauer/Müller/Rothgang (2013) widerspricht jedoch diesem Trend. Für die Auswertung wurden die Routinedaten einer Krankenkasse für die Jahre 2000 bis 2009 zugrunde gelegt und nach Sterbeorten ausgewertet. Es wurde zwar grundsätzlich ein Rückgang privater und eine Zunahme institutioneller Tode festgestellt, aber der erhobene Prozentanteil liegt über dem von Dasch et al. (2015) ermittelten Wert. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse von Sauer/Müller/Rothgang (2013) eine Verteilung von institutionellen zu privaten Todesfällen im Verhältnis von 71 zu 29 Prozent.

Tab. 3.2.1: Prozentuale Verteilung der Sterbeorte 1995, 2001 und 2011 nach Ochsmann et al. (1997) und Dasch et al. (2015)

	Ochsmann et al. (1995)	Dasch et al. (2001)	Dasch et al. (2011)
Häusliches Umfeld	39,8 %	27,5 %	23,0 %
Krankenhaus	44,1 %	57,6 %	51,2 %
Palliativstation	-	0,0 %	1,0 %
Senior:innen- oder Pflegeheim	12,8 %	12,2 %	19,0 %
Hospiz	-	2,0 %	4,6 %

23 Weder Müller-Busch (2013 noch Klie (2016) führen näher aus, durch welche Untersuchungen die benannten Werte empirisch belegt sind.

Sonstiger Ort	1,7 %	0,6 %	0,6 %
Keine Angabe	1,7 %	0,1 %	0,6 %

Die Möglichkeit, (gewünscht oder unfreiwillig) allein zu sterben, ist faktisch an allen Sterbeorten gegeben – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Der DAK-Report (Klie 2016) unterscheidet als einzige Studie begleitetes und unbegleitetes Sterben in Bezug auf die Sterbeorte und hebt hervor, dass der Tod zu Hause sehr viel seltener ein »einsamer Tod« sei: Nur sieben Prozent der hier Verstorbenen, aber 22 Prozent der im Krankenhaus Verstorbenen und sogar 36 Prozent der in Senior:innen- oder Pflegeheimen Verstorbenen waren bei Todeseintritt allein (Haumann 2016: 31).

Der empirische Forschungsstand zur Verteilung der Sterbeorte stellt sich dürftig, uneinheitlich und wenig aktuell dar. Für die eigene empirische Auswertung wird mangels zuverlässiger aktueller Werte auf den von Dasch et al. (2015) ermittelten Anteil von 23 Prozent bei den häuslichen Todesfällen zurückgegriffen – ungeachtet der Limitationen der Auswertung durch die Begrenzung auf bestimmte Gebiete und den Ausschluss nicht-natürlicher Todesfälle (Unfälle, Suizid, Fremdtötung).

Diese Arbeit untersucht die sozialen Hintergründe von Todesfällen allein Verstorbener im häuslichen Umfeld. Der Titel unterscheidet *unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben. Der erste Begriff berücksichtigt den Umstand, dass zwischen dem Todeseintritt und dem Zeitpunkt der Auffindung der Leiche ein Zeitraum unterschiedlicher Dauer der Nicht-Entdeckung liegt. Für die empirische Auswertung sind die erfassten Liegezeiten zu klassifizieren und hinsichtlich der sozialen Einbindung zu qualifizieren (vgl. Kapitel 7.4). Abhängig von der Dauer der Liegezeit sollen – zumindest tendenziell – Rückschlüsse auf die Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen gezogen werden. Der zweite Begriff des Titels bezieht sich dagegen auf die (unterstellte) Befindlichkeit der *unentdeckt* Verstorbenen im Sterbeprozess.

Abgesehen von seltenen »plötzlichen« Toden erstrecken sich die meisten Sterbeprozesse über mehrere Tage. Die folgenden Ausführungen zum Sterbeprozess sollen begründen, warum angesichts dieser existentiellen Erfahrung die vorherrschende Gefühlslage der Einsamkeit angenommen wird. Wenn Personen im Sterbeprozess und bei Todeseintritt allein sind und ihnen jede soziale Unterstützung fehlt, so müssen sie die physischen und psychischen Belastungen und Schmerzen allein bewältigen. Sie sind von anderen sozial isoliert, abgeschnitten, auch wenn die räumliche Distanz gering sein mag. Es ist nicht auszuschließen, dass gerade das Wissen um die räumliche Nähe zu Nachbar:innen das Gefühl des sozialen Ausgeschlossenseins und des Auf-sich-selbst zurückgeworfen-Seins noch verstärkt. Diese fehlende soziale Einbindung und Unterstützung – vor allem in Verbindung mit dem Wunsch nach sozialer Nähe – kann auch als soziales Sterben charakterisiert werden (vgl. Feldmann 1998: 100; Kapitel 3.1). Der soziale Schmerz geht in den meisten Fällen mit physischen Leiden, möglicherweise auch mit Atemnot einher. Ohne soziale und medikamentöse Unterstützung ist die wechselseitige Verstärkung von physischen und sozialen Schmerzen wahrscheinlich (Trachsel/Maercker 2016: 17ff.). Die Ungewissheit hinsichtlich des weiteren Verlaufs erhöht die psychischen Belastungen: Verzweiflung, Panik, Ohnmacht, Ängste vor dem

Sterben und dem Tod gehen mit Gefühlen der totalen Einsamkeit bzw. existentiellen Ängsten einher. Das psychische Sterben endet mit dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins, das physische Sterben mit dem endgültigen Versagen der Vitalfunktionen (Wittkowski/Streng 2011: 142).

Die Konzepte des sozialen Sterbens/sozialen Todes verweisen auf einen wechselseitigen Bezug von Sterbendem und sozialem Umfeld bzw. Gesellschaft. Das soziale Sterben ist für die Betroffenen ein leidvolles Geschehen in Verbindung mit der Bewusstwerdung der sozialen Isolierung. Der soziale Tod bedeutet die Erkenntnis und Akzeptanz der eigenen Isolation sowie den totalen Ausschluss der anderen aus der eigenen Gefühls- und Gedankenwelt. Solange der Sterbende sich sozial zugehörig empfindet, kann trotz objektiver sozialer Isolation in der subjektiven Einschätzung nicht von einem sozialen Sterben gesprochen werden. Der eigene soziale Tod tritt spätestens mit dem psychischen oder physischen Tod ein. Das soziale Sterben und der soziale Tod aus der Perspektive des Umfelds kann dagegen unabhängig vom physischen Tod verlaufen (vgl. Kapitel 3.1).

Personen, deren physischer Tod erst nach mehreren Wochen oder später entdeckt wird, scheinen nicht mehr erinnert und ›sozial vergessen‹ zu sein. Verzögerte Auffindungen können in vielen Fällen auf Prozesse des sozialen Sterbens bzw. auf soziale Tode im Spiegel des sozialen Umfelds hinweisen, welche bereits weit vor dem physischen Tod erfolgt sind. Hohe Liegezeiten sind ein Indiz dafür, dass dem physischen Tod vielfach ein prämortales soziales Sterben, ein allmähliches ›Herausgestorben-Werden‹ bzw. ›Hinaussterben‹ aus den gesellschaftlichen Bezügen vorweg gegangen ist.

Gefühle der Einsamkeit, der Verlassenheit und der Isoliertheit sind zwar für alle Sterbeorte beschrieben, erscheinen jedoch angesichts des radikalen und existentiellen Alleinseins von Sterbenden im privaten Lebensraum hier besonders ausgeprägt. Das psycho-physische Sterben erfolgt ohne jeden (sichtbaren) sozialen Kontext. Anders als in Krankenhäusern, wenn über Patient:innen gesprochen wird, als seien diese bereits verstorben, gleichzeitig aber alle medizinischen Handlungen aufrechterhalten werden (Glaser/Strauss 1974; Sudnow 1973), erfolgt das Sterben im eigenen Zuhause nicht nur dem Empfinden und der Behandlung nach allein, sondern ganz real. Die mangelnde soziale Beachtung ist hier nicht Ausdruck organisationaler Routinen, sondern der individuellen Lebenssituation und insbesondere der sozialen Integration. In Verbindung mit einem länger *unentdeckten* Tod kann das *einsame* Sterben auch Folge von Beziehungslosigkeit und Vergessenheit sein.

Zunächst *unentdeckte* Tode ereignen sich an allen genannten Sterbeorten. Im institutionellen Kontext verhindern meist die organisatorischen Arbeitsabläufe, dass der Todeseintritt längerfristig unbemerkt bleibt. Im privaten Umfeld wird der Zeitpunkt der Entdeckung durch die jeweiligen sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Bedingungen beeinflusst (Loke 2019). Immer spielen auch Zufälle bzw. die ›glückliche‹ oder ›unglückliche‹ Kombination verschiedener Ereignisse eine Rolle. Inwiefern die sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen der Sterbenden und die sozialräumlichen/infrastrukturellen Ressourcen ihres Wohnumfelds Einfluss auf den Zeitpunkt der Entdeckung nehmen, soll in der theoretischen und empirischen Untersuchung weiterverfolgt werden.

Es wird jedoch nicht eindeutig zu klären sein, für welche *unentdeckt* Verstorbenen der Tod im eigenen Zuhause ein ›gutes‹ selbstbestimmtes und menschenwürdiges Sterben

oder ein ›schlechtes‹ unfreiwillig einsames und menschenunwürdiges Sterben bedeutet hat. Es bleibt ebenso ungewiss, wann eine freie Entscheidung und wann fehlende Wahl- und Unterstützungsmöglichkeiten in letzter Konsequenz dazu geführt haben, dass die Betroffenen allein/*einsam* verstorben sind.

3.3 Soziodemographie des Todes

Dieses Kapitel befasst sich mit den soziodemographischen Sterblichkeitsverhältnissen in Deutschland und führt zentrale Kennzahlen an. Außerdem werden die Angaben amtlicher Statistiken zu Todesarten und Todesursachen referiert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft kritisch reflektiert. Die Informationen werden im weiteren Verlauf in die Auswertung und Interpretation der eigenen empirischen Untersuchung einbezogen, um Übereinstimmungen bzw. Unterschiede in den Mortalitätsverhältnissen zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen herauszuarbeiten.

Die demographische Entwicklung in Deutschland ist seit den 1970er Jahren wie in anderen europäischen und außereuropäischen Staaten (z.B. Japan) durch eine zunehmende Alterung der Gesellschaft gekennzeichnet (*Robert Koch-Institut (RKI) 2012: 1*). Im Jahr 2005 betrug das Durchschnittsalter in Deutschland gut 42 Jahre. Modellrechnungen erwarten für das Jahr 2050 einen Anstieg auf ca. 47 Jahre (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2007: 8). Die Gründe der demographischen Alterung liegen in anhaltend niedrigen Geburtsraten und einer gestiegenen Lebenserwartung (RKI 2012: 1f.). Durch diese Entwicklungen hat sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Richtung der älteren Personen verschoben (BMFSFJ 2007: II). Im Jahr 2017 war der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung mit ca. 19 Prozent etwa gleich stark ausgeprägt wie der Anteil der Personen über 67 Jahre (Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) 2019: o. S.). Statistische Modelle gehen davon aus, dass der Anteil der Jüngeren bis zum Jahr 2050 nahezu konstant bleiben, wohingegen der Anteil der Älteren auf ca. 27 Prozent ansteigen wird (ebd.). Differenziert betrachtet zeigen sich unterschiedliche demographische Prognosen für die beiden großen Altersgruppen der über 65-Jährigen. Die Anzahl der ›jungen Alten‹ (65- bis 79-Jährige) wird sich in Deutschland bis zum Jahr 2050 moderat um ca. acht Prozent erhöhen, wohingegen der Anteil der ›Hochbetagten‹ (80 Jahre und älter) um nahezu das Dreifache ansteigen soll (BMFSFJ 2007: 10f.). Hochaltrigkeit wird auch in Zukunft vor allem ›weiblich‹ sein (ebd.). Aktuell kommen in der Gruppe der über 80-Jährigen auf einen Mann etwa drei Frauen und im Alter von 100 und mehr Jahren 7,5 Frauen (BPB 2018b: 43). Die fortschreitende Alterung der Gesellschaft geht zudem mit einem erhöhten individuellen Gesundheitsrisiko in Verbindung mit Multimorbidität, chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Selbständigkeit einher (RKI 2012: 3).

Das demographische Modell der Sterbetafel ermöglicht die Beurteilung der Sterblichkeitsverhältnisse der Bevölkerung – unabhängig von Größe und Altersstruktur (Statistisches Bundesamt (*Destatis*) 2019a: 4). Die Sterbetafel zeigt tabellarisch auf, wie viele Personen bzw. Männer oder Frauen eines angenommenen Anfangsbestandes gemäß der errechneten Sterbewahrscheinlichkeiten in einzelnen Altersjahren überleben und sterben werden. Gleichzeitig ist damit auch die (geschlechtsspezifische)

durchschnittliche Lebenserwartung in den einzelnen Altersjahren angegeben (ebd.). Die Berechnungen der »ferneren Lebenserwartung« setzen jeweils voraus, dass Personen den Sterblichkeitsverhältnissen des Betrachtungszeitraums andauernd ausgesetzt bleiben²⁴. Sterbetafeln können sowohl von Längsschnittbetrachtungen (Kohortensterbetafel) als auch von Querschnittsbetrachtungen (Periodensterbetafel) ausgehen (ebd.).

Die Mortalität der Bevölkerung kann durch die Sterbe- oder Mortalitätsziffer bzw. -rate gekennzeichnet werden. Diese Verhältniszahl gibt die Anzahl der Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung, z.B. je 10.000 oder 100.000 Einwohner:innen an und ermöglicht so Rückschlüsse auf die allgemeine gesundheitliche Lage der Bevölkerung, die medizinische Versorgung und den Wohlstandsgrad der betrachteten Gesellschaft (Thönnies 2013: 26). Die Sterberate kann insgesamt oder sortiert nach Altersgruppen und Todesursachen berechnet werden. Auch das erreichte Sterbealter bzw. die voraussichtliche Lebenserwartung sind Indikatoren für den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und den Lebensstandard eines Landes (RKI 2012: 2).

Seit Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1871 hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen in den letzten 100 Jahren verdoppelt und in den letzten 50 Jahren um elf Jahre erhöht (BPB 2018b: 43). Nach der Periodensterbetafel für den Zeitraum 2015 bis 2017 beträgt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2019 in Deutschland 83,2 Jahre für Mädchen und 78,4 Jahre für Jungen (Destatis 2019b) und liegt damit über dem aktuellen durchschnittlichen Sterbealter²⁵. Auch die durchschnittliche fernere Lebenserwartung ist angestiegen: Nach der Sterbetafel 2016/2018 erwarten 65-jährige Männer ca. 18 und gleichaltrige Frauen ca. 21 weitere Lebensjahre (Destatis 2019a: 16).

Die höhere Lebenserwartung wird auf die Verbesserungen in der medizinischen Versorgung, im materiellen Lebensstandard und in den allgemeinen Lebensbedingungen – beispielsweise hinsichtlich Hygiene, Gesundheit, Ernährung, Arbeit und Wohnen – zurückgeführt (RKI 2015: 21; BPB 2018b: 43; Destatis 2019a: 14). Allerdings sind die Möglichkeiten, gesund zu bleiben oder zu werden, in der Gesellschaft sozial und regional ungleich verteilt (Mielck 2006; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2017: 2). Das individuelle Sterbealter variiert stark. Die Unterschiede ergeben sich aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren wie die genetische Disposition, das Gesundheitsverhalten und die Lebens- und Umweltbedingungen (RKI 2015: 21). Hinsichtlich der mittleren Lebenserwartung bei Geburt bestehen nicht nur auf Bundesebene zwischen den einzelnen Ländern, sondern auch auf Landesebene regionale Unterschiede (ebd.: 20). In Nordrhein-Westfalen betrug die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2018 knapp 83 Jahre und lag damit leicht unter den deutschen Durchschnittswerten (LZG NRW 2019; Destatis 2019b).

Unterschiede in der Lebenserwartung können durch differierende sozialstrukturelle Bedingungen begründet sein und sich zwischen konjunkturschwachen Regionen mit höherer Arbeitslosigkeit und Armutsrisiko und prosperierenden Regionen mit beinahe

24 Als »ferne Lebenserwartung« werden die Lebensjahre bezeichnet, die unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen ab einem bestimmten Alter noch zu erwarten sind (RKI 2015: 22).

25 In Deutschland lag das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 2017 bei fast 79 Jahren und differenziert nach Geschlecht für Männer bei ca. 76 und für Frauen bei ca. 82 Jahren (Statista 2020b).

Vollbeschäftigung und hohem Wohlstand manifestieren (RKI 2015: 21). Im Vergleich einzelner Städte und Kommunen zeigte sich beim Todesalter im Zeitraum 2010 bis 2012 bei Frauen eine mittlere Altersspanne von fast sieben Jahren und bei Männern von fast acht Jahren auf (ebd.).

Einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Lebenserwartung einer Person oder Bevölkerungsgruppe ist der sozioökonomische Status, welcher nicht allein das Einkommen, sondern auch den Erwerbsstatus, die berufliche Stellung, den familiären Status und die Wohnsituation, die gesellschaftliche Teilhabe und Zufriedenheit und den höchsten erreichten Bildungsabschluss berücksichtigt (*Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung* 2017: 10). Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt ist – abhängig vom sozioökonomischen Status – durch große soziale Ungleichheit geprägt: Menschen mit höherer Bildung haben bessere Chancen ein höheres Lebensalter bei besserer Gesundheit zu erreichen (BPB 2018b: 44; RKI 2015: 22). Ein geringes Einkommen, eine niedrige Bildung und ein mit hohen Belastungen verbundener Arbeitsplatz verringern dagegen die Lebenserwartung sowie die Anzahl der gesunden Lebensjahre (ebd.; vgl. auch: Lampert/Kroll 2006, 2007, 2012, 2014; Hartmann 2013; Mielck, 2012).

Bei Männern sind die Unterschiede noch deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (RKI 2015: 21; Hartmann 2013: 307). Abhängig vom Einkommen leben wohlhabende Frauen gut acht Jahre länger als Frauen, denen nur 60 Prozent des monatlichen Durchschnittseinkommens zur Verfügung steht, und Männer in vergleichbaren Lebenssituationen leben fast elf Jahre länger (Lampert/Kroll 2014: 3). Noch deutlicher treten die Differenzen hervor, wenn man die Jahre, die in gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden, zugrunde legt: Hier betragen die Unterschiede bei den Frauen mehr als zehn und bei den Männern mehr als 14 Jahre (ebd.). Dies bedeutet, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status nicht nur erheblich kürzer leben, sondern auch in einer tendenziell schlechteren Gesundheitsverfassung.

Die Analyse von Daten des *Sozio-ökonomischen Panels* (SOEP) belegt ebenfalls, dass diese Differenzen auch für die fernere Lebenserwartung gelten: Hier beträgt der Unterschied zwischen niedrigen und hohen Einkommensgruppen ab dem 65. Lebensjahr bei Frauen 3,5 und bei Männern 5,3 Jahre (ebd.). Allerdings verdeutlichen die Daten des SOEP der Jahre 1992 bis 2016 auch, dass 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus unteren Einkommensgruppen vor Erreichen des 65. Lebensjahrs sterben, wohingegen dies mit ca. acht bzw. 14 Prozent nur etwa halb so viele Personen aus den oberen Einkommensgruppen betrifft (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 7). Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe haben Frauen und Männer der untersten Einkommensgruppe ein wesentlich größeres Mortalitätsrisiko: Bis zum Alter von 50 Jahren ist die Sterblichkeit um den Faktor 2,2 bzw. 2,4 und ab einem Alter von 51 Jahren um den Faktor 1,5 bzw. 1,9 erhöht (ebd.).

Die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung sind Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung (ebd.: 2). Die empirischen Daten belegen auch, dass sich die Unterschiede im Verlauf der letzten drei Jahrzehnte auf keinen Fall verringert, sondern vermutlich verstärkt haben (ebd.: 8).

Differenzen zeigen sich auch abhängig vom Familienstand: Verheiratete haben geringere Mortalitätsrisiken und Erkrankungsraten als geschiedene, verwitwete und ledige Personen (Runge 2007: 2). Die Zusammenhänge zeigen sich bei alleinstehenden und

verwitweten Männern deutlicher als bei den Frauen desselben Familienstands (Peuckert 2008: 56). Nähere Ausführungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden erfolgen in Kapitel 3.4.

Untersuchungen zufolge lassen sich die sozialen Mortalitätsunterschiede zumindest teilweise auf eine stärkere psychische wie physische Belastung – insbesondere im Erwerbsleben – sowie auf eine schlechtere Ausstattung mit materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen zurückführen (RKI 2015: 22). Empirische Ergebnisse deuten auch darauf, dass die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung beider Geschlechter im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen noch deutlicher hervortreten, und dass dies teils mit der Qualität der medizinischen Versorgung begründet werden kann (ebd.: 23).

Die Datenlage zum sozioökonomischen Status wäre insgesamt fundierter, wenn Sterbeurkunden bzw. Todesbescheinigungen in standardisierter Form den Sozialstatus oder Beruf erheben würden, so dass diese Angaben nicht nur für die begrenzte Teilnehmer:innenzahl des *SOEP*, sondern für alle Sterbefälle in Deutschland verfügbar wären.

Die amtlichen Statistiken erfassen jedoch für alle Sterbefälle die Todesart und die Todesursachen, da diese Angaben nach der Feststellung des Todes im Rahmen der äußeren Leichenschau von den Mediziner:innen in der Todesbescheinigung festgehalten werden. Hinsichtlich der Todesart werden »natürliche« und »nicht-natürliche« Todesursachen – wie beispielsweise Verletzung, Vergiftung, Sturz oder Suizid – unterschieden (Saternus 2010: 111). Die einzige natürliche Todesursache ist streng genommen die Altersschwäche (ebd.: 112), aber auch die Auswirkungen von Krankheiten oder gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen, Mangelernährung oder Einwirkung von Strahlen werden hierunter subsumiert (ebd.: 112). Eine »ungeklärte« Todesart liegt vor, wenn eine eindeutige Feststellung nicht möglich ist. Dies zieht polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen nach sich und kann mit der Anberaumung einer Obduktion verbunden sein (ebd.). Unter Todesursachen versteht man die Krankheiten, Leiden oder Verletzungen, die den Tod zur Folge hatten oder zum Tode beitrugen, bzw. die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die diese Verletzungen hervorriefen (Madea/Dettmeyer 2003: A3175). Im Jahr 2017 verstarben in Deutschland 932.272 Personen, darunter ca. 1,8 Prozent mehr Frauen als Männer (*Destatis* 2019c). 95,7 % aller Fälle wurden auf eine »natürliche« Todesursache – vor allem Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – und die übrigen 4,3 Prozent auf eine »nicht-natürliche« Todesursache zurückgeführt (ebd.).

Der alleinige Anteil der Suizide betrug weniger als ein Prozent (9.241 Personen). Rund drei Viertel derjenigen, die ihr Leben selbst beendeten, waren Männer. Die Suizid(versuchs)rate ist einerseits im Alter von 15 bis 35 Jahren erhöht und nimmt andererseits mit steigendem Alter zu (Bronisch 2014: 11). Als Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche gelten: Das Geschlecht, ein Alter von mehr als 50 Jahren, der Familienstand »geschieden/getrennt« (danach folgt »verwitwet« und »ledig«), Arbeitslosigkeit, Armut, niedriger Bildungsstatus, psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie, Depression, Sucht- und Persönlichkeitsstörungen) sowie psychosoziale Probleme wie Beziehungsabbruch oder -verlust und Gesundheitsprobleme (Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 12; Bronisch 2014: 27ff. und 52ff.). Die deutliche Mehrheit der Suizide und -versu-

che ist durch die Unzufriedenheit mit den eigenen Sozialkontakten – vor allem zwischen Eltern und Kindern oder in der Partner:innenschaft – begründet (Bronisch 2014: 129). Expert:innen nehmen eine hohe Dunkelziffer unerkannter Suizide an – insbesondere unter den Älteren (de Vries o.J.: 7; Madea/Dettmeyer 2003: A3177f.; Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 4f.; Erlemeier/Wedler 2017). Erlemeier und Wedler (2017: o. S.) gehen aufgrund der Erfassungs-Problematik von einer Dunkelziffer in Höhe von mindestens zehn Prozent aus.

Madea und Dettmeyer (2003: A3178) bezweifeln ebenfalls die Richtigkeit der Statistik der Todesarten und schätzen den Anteil der Fehlklassifikationen insgesamt auf 20 Prozent. Die wesentliche Ursache liege in den umfassenden Defiziten bei der äußeren Leichenschau durch niedergelassene Ärzt:innen. Die Obduktion (innere Leichenschau) als ›Goldstandard‹ wird nur bei direkten Hinweisen anberaumt; die Sektionsrate in Deutschland liegt bei weniger als zwei Prozent aller Todesfälle (Götz 2019: 42; Riepert/Urban 2008). In den Fällen, wo Obduktionen durchgeführt werden, widerlegen diese in fast der Hälfte (Madea/Dettmeyer (2003: A3175) bzw. in der Mehrheit der Fälle die Angaben zur Todesursache (Saternus 2010: 111). Eine Analyse von 10.000 Todesbescheinigungen durch Zack et al. (2019) zeigt, dass nur drei Prozent aller Dokumente formal und inhaltlich korrekt ausgefüllt waren; bezeichnet aber ›nur‹ ca. 13 Prozent der Angaben zur Todesursache als nachweislich fehlerhaft.

Die Statistik der Todesursachen ist demnach mit großer Vorsicht zu rezipieren. Es ist nur unter Vorbehalt zu sagen, dass Erkrankungen von Herz und Kreislauf die häufigste Todesursache vor Krebserkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und der Verdauungsorgane und äußeren Ursachen darstellen (Saternus 2010: 111). Auch gibt es Hinweise auf erhebliche soziale Unterschiede in der Sterblichkeit infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall und verschiedenen Krebserkrankungen (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 12). Die Datengrundlage ist diesbezüglich jedoch schwach. Die Etablierung eines nationalen Mortalitätsregisters – in Zusammenführung mit anderen relevanten Datenquellen – könnte zusätzliche Erkenntnismöglichkeiten über den Zusammenhang von Mortalität und sozialer Lage erbringen (ebd.).

3.4 Geschlechtsspezifische Mortalität

Abhängig vom sozioökonomischen Status zeigen sich große Unterschiede in der Mortalität. Darüber hinaus bestehen aber auch geschlechtsbezogene Differenzen zwischen Personen desselben Sozialstatus, welche vor allem auf die Auswirkungen differierender Lebensstile und der Art der Gestaltung sozialer Beziehungen von Männern und Frauen zurückgeführt werden können²⁶. Im Folgenden werden zunächst die empirisch belegten geschlechtsbezogenen Unterschiede der demographischen Mortalitätsverhältnisse kurz zusammengefasst und dann mögliche Zusammenhänge mit der geschlechtsspezifischen Art der Lebensführung und der Beziehungsgestaltung erschlossen.

26 Die verfügbaren Daten beziehen sich immer auf das binäre Geschlechtssystem und nicht auf mögliche weitere Geschlechtsidentitäten (›drittes Geschlecht‹).

Männer weisen in nahezu allen Altersgruppen eine höhere Sterblichkeit bzw. Sterbewahrscheinlichkeit als Frauen auf (RKI 2011: 10; Destatis 2019a: 20). Im Altersbereich 15 bis 70 Jahre ist die Sterblichkeit der Männer ungefähr doppelt so hoch (RKI 2011: 10). Die Sterbewahrscheinlichkeiten steigen bei den Männern ab einem Alter von ca. 51 Jahren und bei den Frauen ab einem Alter von ca. 55 Jahren stärker an (Destatis 2019a: 14). Die höchste »Übersterblichkeit« der Männer zeigt sich jedoch im jungen Erwachsenenalter aufgrund vermehrter Suizide und Unfälle (RKI 2011: 10). Historisch gesehen war dies nicht immer der Fall: Zu Beginn der Modernisierung erreichten Frauen aufgrund der hohen Sterblichkeit bei der Geburt ein geringeres Lebensalter von ca. 24 Jahren als Männer, welche durchschnittlich 28 Jahre alt wurden. (Onnen/Stein-Redent 2017: 73).

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts liegt die Lebenserwartung von Frauen über der von Männern (Destatis 2019a: 14). Zum damaligen Zeitpunkt wurden Frauen mit 38,5 Jahren ca. drei Jahre älter als Männer (ebd.). Die geschlechtsspezifische Differenz weitete sich bis in die 1980er Jahre aus und erreichte in dieser Zeit in West-Deutschland einen Höchstwert von ca. acht Jahren (Onnen/Stein-Redent 2017: 73). Seitdem schließt sich die Schere in der Lebenserwartung von weiblichen und männlichen Neugeborenen durch die Angleichung der Lebensstile wieder (RKI 2012: 2; Onnen/Stein-Redent 2017: 73). Nach den Berechnungen der Sterbetafel 2016/18 liegt die aktuelle Lebenserwartung von Mädchen mit gut 83 Jahren knapp fünf Jahre höher als die von Jungen (Destatis 2019a: 20).

Biologische oder genetische Faktoren allein können lediglich eine Differenz von ein bis zwei Jahren in der mittleren Lebenserwartung erklären, bedeutsamer sind die Auswirkungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen sowie von Umwelt- und Lebensbedingungen (Onnen/Stein-Redent 2017: 75; DAK 2008: 69²⁷). Hier sind spezifische Belastungen und Risiken zu nennen, die vor allem die Gruppe der Männer betreffen.

Die herausragende Bedeutung des sozioökonomischen Status für die Sterblichkeit beider Geschlechter wurde bereits erläutert. Grundsätzlich steigt mit höherem Bildungsabschluss und steigendem Einkommen auch die Lebenserwartung. Demzufolge ist die Sterblichkeit von Frauen über 65 Jahre – mit geringem Einkommen, psychischen Belastungen und kleinerem sozialen Netzwerk – ebenso wie bei Männern mit niedrigem Bildungsstatus und physischer Arbeitsbelastung oder bei Arbeitslosigkeit erhöht (Onnen/Stein-Redent 2017: 75; DAK 2008: 65; Scholz/Schulz 2007: 7ff.). Die vorzeitige Sterblichkeit der Männer ist in allen Einkommensgruppen höher als bei den Frauen, aber die geschlechtsbezogene Differenz fällt umso größer aus, je niedriger das Einkommen ist (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 7f.).

Unterschiedliche Lebensbedingungen – in der Erwerbsarbeit, in der Familien- bzw. Care-Arbeit oder der sozialen Einbindung – korrespondieren mit differenten Lebensstilen und Gewohnheiten von Männern und Frauen – auch im Umgang mit Gesundheit bzw. Morbidität (Onnen/Stein-Redent 2017: 74). Männer werden mehrheitlich »ungesunden«, Frauen dagegen überwiegend »gesunden« Lebensstilgruppen zugeordnet

27 Luy (2002: 120) stellte im Fazit seiner sogenannten »Klosterstudie«, fest, dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung unter identischen Lebensbedingungen des Klosters und bei gleichen Berechnungsverfahren im Zeitraum 1910 bis 1985 anders als in der Allgemeinbevölkerung nicht stetig vergrößert haben, sondern auf einem konstanten Niveau von null bis zwei Jahren zugunsten der Frauen bestehen blieben.

(ebd.: 76). Dennoch schätzen Männer ihren subjektiven Gesundheitsstatus insgesamt positiver ein als Frauen (ebd.: 74f.; DAK 2008: 42) und empfinden sich weniger anfällig für Krankheiten (Faltermaier o.J.: 1). Außerdem neigen Männer in stärkerem Maße dazu, Krankheitsanzeichen zu ignorieren oder zu negieren (Stöver 2010: 203). Männer nehmen ärztliche Versorgungsleistungen seltener in Anspruch und ihr durchschnittlicher Krankenstand ist niedriger als der von Frauen (DAK 2008: 42 und 96). Anders als Frauen und Mädchen verbalisieren Männer und Jungen nicht so oft ihre Gesundheit und entwickeln demzufolge im Austausch mit anderen auch seltener Strategien, welche sich förderlich auf ihre Gesundheit auswirken (Stöver 2010: 203). Männer neigen häufiger zu »riskanten« gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen – etwa im Verkehr, beim Sport, beim Alkohol- und Nikotinkonsum oder bei der Ernährung (DAK 2008: 42).

Unterschiede in der Art der Lebensführung bedingen auch differente Sterblichkeitsverhältnisse. Umgekehrt gilt, dass ähnliche Lebensstile und Sozialisationsbedingungen zu angeglichenen Sterblichkeitsverhältnissen von Männern und Frauen führen – wie auch die Vergleiche von ost- und westdeutschen Mortalitätsverhältnissen zeigen (Onnen/Stein-Redent 2017: 77).

Morbidität und Mortalität werden auch durch die individuelle soziale Einbindung und die Art der Beziehungen zum sozialen Umfeld beeinflusst. Abhängig davon, ob es sich um eine Partner:innenbeziehung, eine Eltern-Kind-Beziehung, eine enge oder fernere verwandtschaftliche oder freundschaftliche Beziehung oder um den Kontakt zu Nachbar:innen oder Arbeitskolleg:innen handelt, unterscheiden sich sowohl die Struktur als auch die Bedeutung der sozialen Beziehungen für die Beteiligten. Persönliche Beziehungen haben ihren spezifischen Charakter und unterscheiden sich in der Kontakthäufigkeit sowie in der Art und dem Ausmaß an emotionaler bzw. instrumenteller Unterstützung (vgl. Höpfinger 2014: 1f.). Immer gilt auch, dass die sozialen Beziehungen – beispielsweise Partner:innenschaften oder Eltern-Kind-Beziehungen – in unterschiedlichen sozialen Milieus wesentliche Differenzen aufweisen (Lenz 2008: 19; vgl. Koppetsch/Burkart 1999).

Die Qualität sozialer Beziehungen ist ein bedeutsamer Faktor für das individuelle Wohlbefinden und die Gesundheit. Die Beziehungsgestaltung von Männern und Frauen unterscheidet sich sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Es gibt geschlechtsspezifische Differenzen in der Netzwerkgröße, der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, den Bezugskontexten, den sozialen Präferenzen und in den Sozial- wie Beziehungskompetenzen. Hierdurch bedingt können auch die gesundheitlichen Auswirkungen der Gesamtheit unterschiedlicher Beziehungen geschlechtsspezifisch geprägt sein.

Empirisch belegte Unterschiede in der Lebenserwartung zeigen sich abhängig vom Familien- bzw. Beziehungsstatus. Männer mit Familie oder in einer Partnerschaft erfahren durch diese insbesondere emotionale Unterstützung und zeigen verstärkt gesündere Verhaltensweisen (Onnen/Stein-Redent 2017: 77f.). Verheiratete Männer haben eine um ca. sechs Jahre höhere Lebenserwartung als nicht verheiratete oder geschiedene Männer (ebd.: 78). Bei Frauen fällt dieser »Überlebensvorteil« bzw. die protektive Wirkung der Ehe mit ca. drei Jahren geringer aus (ebd.). Eine Scheidung ist jedoch für Männer und Frauen mit annähernd gleichen Minderungen der Lebenserwartung von 9,3 bzw. 9,8 Jahren verbunden (ebd.: 78). Die Lebenserwartung differiert auch abhängig davon,

ob Nachkommen vorhanden sind oder nicht (Max-Planck-Gesellschaft (MPG) 2019: o. S.): Männer und Frauen mit Kindern haben eine längere Lebenserwartung bzw. einen »Sterblichkeitsvorteil« (ebd.); Frauen ohne Kinder leben durchschnittlich drei Jahre kürzer (Onnen/Stein-Redent 2017: 78).

Untersuchungen zeigen, dass alleinlebende Personen ohne Partner:innenschaft über kleinere soziale Netzwerke und alleinstehende Männer über die wenigsten sozialen Kontakte verfügen (Runge 2007: 96f.). Andere Studien ergänzen, dass Frauen nicht nur auf größere soziale Netzwerke, sondern auch auf mehr soziale Unterstützung als Männer zurückgreifen können (Schmerl/Nestmann 1991 und Burda/Vaux/Schill 1984, beide zit.n. Eller 2006: 15)²⁸.

Die Netzwerkforschung belegt aber auch, dass ein großes Netzwerk nicht zwingend eine ausreichende soziale Unterstützung gewährleistet (Petermann 2001: 3). Geschlechtsübergreifend gilt, dass die Größe der sozialen Netzwerke mit zunehmendem Alter tendenziell abnimmt (Glass et al. 1997, zit.n. Eller 2006: 15), und, dass externe außerfamiliäre persönliche Beziehungen mit steigendem Alter seltener werden, da eine Tendenz zu sozialer Homogamie respektive Altershomogenität besteht (Höpflinger 2014: 4 und 12). Entsprechend mehren sich im Lebensverlauf mortalitätsbedingte Beziehungsverluste, welche vielfach nicht ersetzt werden (ebd.: 12). Außerdem haben sowohl Frauen als auch Männer mehr gleichgeschlechtliche als gegengeschlechtliche Netzwerkpersonen (Griffith 1985, zit.n. Eller 2006: 15; Lenz 2008: 17), womit eine Verstärkung im positiven oder negativen Sinn verbunden sein kann. Ein kleines Netzwerk verweist nur bedingt auf eine schwache soziale Einbindung, sondern entscheidend ist die subjektive Einschätzung. Individuelles Wohlbefinden und Zufriedenheit können sich sowohl in einem verhältnismäßig kleinen als auch großen Netzwerk einstellen (Runge 2007: 77). Wichtig ist, dass wenigstens eine Vertrauensperson verfügbar ist (Höpflinger 2014: 1). Enge und unterstützende Beziehungen sind ein bedeutsamer Faktor für die Lebensqualität (ebd.). Die Bedeutung instrumenteller Unterstützung zeigt sich insbesondere dann, wenn die eigenen Möglichkeiten aufgrund von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit begrenzt sind.

Diewald (1991) zeigt, dass Frauen in stärkerem Maße als Männer Einsamkeit empfinden, selbst wenn sie im selben Maße eingebunden sind und über mehr emotionale Unterstützung verfügen. Minnemann (1994) bestätigt, dass die sozialen Kontakte für Frauen eine höhere Bedeutung hinsichtlich ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit besitzen. Runge (2007: 78) verweist darauf, dass in den alten Bundesländern ein Viertel aller alleinlebenden Männer die Quantität und Qualität der eigenen sozialen Beziehungen als »schlecht« bezeichnet, und dies einerseits mit der geringen Größe des Netzwerks und andererseits mit dem Fehlen einer engen Partner:innenschaft begründet. Künemund und Hollstein (2000) untermauern, dass Partner:innen für Männer die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen darstellen. Emotionale Vertrautheit und soziale Unterstützung scheinen für Männer häufig auf die Partner:innenschaft beschränkt zu sein (Thönnies 2013: 32; Runge 2007: 89f.; vgl. Antonucci/Sherman/Akiyama 1996). Frauen

28 Stokes und Wilson (1984) erkannten dagegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Netzwerkgröße.

dagegen pflegen häufiger zusätzliche enge Beziehungen außerhalb der Lebensgemeinschaft (Peuckert 2008: 56; Runge 2007: 85; vgl. Antonucci/Sherman/Akiyama 1996) und stützen sich relativ gleich stark auf verschiedene Personen ihres näheren Umfeldes (Thönnies 2013: 32). Männer – insbesondere mit niedrigem sozioökonomischen Status – sind daher in stärkerem Maße von sozialer Vereinzelung und Isolation betroffen. Erst ab einem Alter von ca. 75 Jahren ist das Isolationsrisiko von Frauen ähnlich groß wie das von Männern (Huxhold/Engstler 2019: 71; BMFSFJ 2019: 110).

Abhängig vom Lebensalter und den dominierenden Sozialbezügen sind in den Netzwerken unterschiedliche Personen von besonderer Bedeutung. Im jüngeren Alter werden in stärkerem Maße Kontakte zu Gleichaltrigen, im mittleren Alter zu Arbeitskolleg:innen und im höheren und hohen Alter zu den eigenen Kindern gesucht und aufrechterhalten (Due et al., 1999, zit. n. Eller 2006: 15). Nach dem Tod der Partner:innen gewinnen die Beziehungen zu den Nachkommen und anderen Familienmitgliedern an Bedeutung (DZA 2011: 3). Wegen der höheren Lebenserwartung der Frauen und dem meist höheren Alter der Männer in Partner:innenschaften sind in den meisten Fällen Frauen vom Beziehungsverlust bzw. der Verwitwung betroffen (ebd.: 1). Nach einer Verwitwung gehen Frauen – auch aus strukturellen Gründen – seltener als Männer eine neue Partner:innenschaft ein (Onnen/Stein-Redent 2017: 80). Die eigenen Kinder sind für ältere alleinstehende Personen – in starkem Maße gilt dies für verwitwete Frauen – die wichtigsten Bezugspersonen und auch diejenigen, von denen Hilfe und Unterstützung erwartet wird (Runge 2007: 80). Aber auch den Kontakten zu Geschwistern kommt mit zunehmendem Lebensalter eine höhere Bedeutung zu (ebd.: 87; vgl. Minnemann 1994). Im Vergleich zu Männern zeigen Frauen eine stärkere Familienorientierung – insbesondere im Verhältnis zu entfernteren Verwandten (Runge 2007: 81f.; vgl. Minnemann 1994; Stokes/Wilson 1984; Schmerl/Nestmann 1991).

Die Bedürfnisse nach Gesellschaft und Unterstützung können – ergänzend oder ausschließlich – durch außerfamiliäre Kontakte verwirklicht werden. Untersuchungen belegen, dass Frauen häufiger als Männer auf Freund:innen und Bekannte zurückgreifen können (Runge 2007: 85) und in ihren Netzwerken mehr Personen aus der Nachbar:innenschaft haben. Männer nennen mehrheitlich Arbeitskolleg:innen und Freund:innen als Kontaktpersonen (Moore, 1990, zit. n. Eller 2006: 15²⁹). Shumaker und Hill (1991: 106, zit. n. Onnen/Stein-Redent 2017: 80) stellen fest, dass Männer häufiger »extensive« und seltener »intensive« Netzwerke aufbauen. Auch wenn Männer möglicherweise im Beruf oder in Freizeit- und Vereinstätigkeiten sozial aktiver sind, so können sie dennoch im Vergleich zu Frauen auf weniger emotional bedeutsame Beziehungen außerhalb der Familie zurückgreifen. Die Kompensation fehlender enger bzw. abgebrochener Beziehungen fällt Frauen aufgrund sozialisationsbedingt erworbener Persönlichkeitseigenschaften – wie erhöhte Kommunikationsbereitschaft, Kontaktfreudigkeit, Empathie und Offenheit – wesentlich leichter als Männern (Runge 2007: 97; vgl. Antonucci/Sherman/Akiyama 1996; Foner 1986). Aufgrund der profunderen Sozialkompetenzen sind Frauen eher dazu in der Lage, soziale Bezüge aufzubauen und zu pflegen (Baltes et al. 1996; Röhrle 1994).

29 Ob diese geschlechtsspezifischen Unterschiede angesichts der veränderten, in stärkerem Maße angelegenen Erwerbstätigkeitsquoten von Männern und Frauen noch immer gelten, ist fraglich.

Das soziale Wohnumfeld ist in stärkerem Maße vorgegeben und nicht immer frei gewählt. Nachbar:innenschaftsbeziehungen variieren je nach Wohnort, Lebens- und Wohnverhältnissen und sozialer Verbundenheit (Höpflinger 2014: 14). Gute nachbarschaftliche Kontakte können nicht nur die Lebensqualität verbessern, sondern ebenso die Möglichkeit der Nachbar:innenschaftshilfe bereitstellen. Dies ist umso bedeutsamer für Personen mit eingeschränkter Selbständigkeit. Nowossadeck und Block (2017: 22) haben hinsichtlich der Häufigkeit nachbarschaftlicher Kontakte nur geringe Unterschiede zuungunsten von Männern festgestellt, verweisen aber auf ein geschlechtsübergreifendes Abnehmen der Hilfsbereitschaft mit geringerer Güte der Wohnlage: In »einfachen« Wohnlagen können die wenigsten Männer und Frauen auf Unterstützung durch die Nachbar:innenschaft zurückgreifen (ebd.).

Der soziale Gradient zeigt sich nicht nur hinsichtlich des Wohnumfelds, sondern auch abhängig vom individuellen Bildungsstatus³⁰: Mit höherer Bildung steigt die soziale Aktivität beider Geschlechter, und die Betroffenen können auf größere und vielfältigere Netzwerke aus sozialen Beziehungen zur Unterstützung zurückgreifen, welche darüber hinaus auch eine hohe Verlässlichkeit aufweisen (DZA 2011: 2; Runge 2007: 86).

Die Beziehungsmuster bilden sich in geschlechtsspezifischen Vergesellschaftungsprozessen. In sozialen Beziehungen kommt Frauen infolge dieser Entwicklungen eine »besondere sozial integrative Rolle« zu (Onnen/Stein-Redent 2017: 79f.). Sie kümmern sich vorrangig um die Pflege von Verwandtschaftsbeziehungen sowie auch um den Aufbau und die Pflege anderer Kontakte (ebd.: 80). Frauen sind wesentliche Bindeglieder für intergenerative Beziehungen (ebd.). Durch ihre familiären Verpflichtungen sind Frauen besonders im mittleren Alter stärker eingebunden als Männer und können auch in späteren Jahren auf diese soziale Ressource zurückgreifen (ebd.: 83; Beyer 2008: 14). Die geschlechtstypischen Rollenzuschreibungen von Männern befördern dagegen eher risikante, Lebenszeit verkürzende Verhaltensweisen. Durch »Rollenstress« kann von den im Sozialisationsprozess erworbenen traditionellen Rollenbildern eine gesundheitliche Belastung ausgehen, da deren Herstellung tendenziell zu selbst- (oder fremd-)schädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen führt (DAK 2008: 69).

Frauen haben im Vergleich zu Männern einen »Überlebensvorteil« dadurch, dass sie aufgrund ihrer Sozialisation geübter sind, soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. Beyer (2008: 14) zieht einen Zusammenhang zum Lebensende und konstatiert als Ergebnis ihrer Untersuchungen: »Frauen tragen im Leben viele und werden im Sterben oftmals von vielen Menschen getragen.« Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass »gebundene« Männer in der Sterbephase vor allem durch ihre Partner:innen begleitet werden, und dass alleinstehende Männer häufig ohne soziale Unterstützung in der Sterbephase bleiben. Wie die geschlechtsspezifischen Orientierungen von Männern und Frauen zu charakterisieren sind, ist von Cline (1997) in einer Studie untersucht worden: Männer erleben den Tod demzufolge eher als ein Ereignis von außen und Frauen Leben und Tod eher als innenliegende Geschehnisse, welche mit ihrer Psyche, ihren Erwartungen und ihrem Körper eng verbunden sind.

30 Geht man davon aus, dass ein höherer Bildungsstatus meist mit einem höheren Einkommen und damit auch mit umfassenderen Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des bevorzugten Wohnumfelds einhergeht, so zeigt sich hier ein Zusammenhang zwischen beiden Ergebnissen.

Eine positive Qualität sozialer Beziehungen geht mit einer mortalitätssenkenden Wirkung einher (Klein et al. 2002: 447). Der Mangel oder das Fehlen sozialer Kontakte beschleunigt dagegen den Alterungsprozess und erhöht die Morbidität und Mortalität (vgl. Kapitel 5.4.4). Dieser Befund gilt insbesondere für alleinlebende Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status, aber auch nach einer Scheidung verringert sich die statistische Lebenserwartung von Männern und Frauen fast um eine Dekade (Onnen/Stein-Redent 2017: 78).

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen und strukturieren persönliche Beziehungen in vielfältiger Weise. Die intersektionale Perspektive befasst sich mit der Verschränkung von verschiedenen Ungleichheitsverhältnissen, die sich in ihren Folgen nicht einfach nur aufaddieren, sondern gegenseitig verstärken. Für die Mortalitätsverhältnisse gilt, dass die Interdependenzen des Geschlechts, des sozioökonomischen Status, des Alters, des Familienstands bzw. des Beziehungsstatus, der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens gravierenden Einfluss auf die Lebenserwartung nehmen. Die höchste Sterblichkeit kann für alleinstehende bzw. geschiedene Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. riskantem Gesundheitsverhalten abgeleitet werden.

