

2. Forschungsstand und Untersuchungsdesign

Unentdeckte Tode sind ein im öffentlichen, politischen, medialen und wissenschaftlichen Diskurs randständig behandeltes Thema. Das grundlegende Wissens- und Forschungsdefizit soll durch die eigene Untersuchung verringert werden. Die theoretisch-empirische Untersuchung will den Gegenstand umfassend explorieren und lässt sich dabei von grundlegenden Fragestellungen leiten: Wie viele Personen versterben *unentdeckt*? Wer verstirbt *unentdeckt*? Wo versterben Personen *unentdeckt*? Wie lassen sich die Lebenslage und vor allem die soziale Einbindung der Verstorbenen charakterisieren? Warum versterben Personen *unentdeckt*? Welche Präventionsmaßnahmen und Intervention sind geeignet, *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode zu verhindern? Die Herangehensweise in diesem Kapitel folgt dem Ziel, zunächst den Forschungsstand inklusive der Desiderata zu bestimmen, dann das eigene Forschungsinteresse zu akzentuieren und abschließend das hieraus abgeleitete Untersuchungsdesign vorzustellen.

2.1 Forschungsstand

Im Folgenden wird der Forschungsstand zum Phänomen des unbegleiteten Sterbens in Verbindung mit zeitverzögerter ›Entdeckung‹ des Todeseintritts durch das soziale Umfeld in seinen Hauptlinien erfasst und beurteilt. Dieses Tableau des aktuellen Wissensstandes verdeutlicht die bisherigen Forschungsfokusse und Ansatzpunkte der Untersuchungen, lässt aber auch die Forschungslücken und weitergehende Forschungsfragen hervortreten. Hieran anknüpfend führt die Darstellung des Literaturstands zu den Hauptfragestellungen der Arbeit.

Die Literaturrecherche ist dadurch erschwert, dass es für den Untersuchungsgegenstand keine einheitliche Bezeichnung gibt, sondern dass die Begriffe professionsspezifisch differieren. Neben feststehenden Termini finden sich auch Umschreibungen, welche die besonderen Todesumstände näher zu bestimmen suchen. Wissenschaftliche Publikationen verwenden die Begriffe »Wohnungsleiche«, »domestic-setting corpse«, »einsamer Tod«, »lonely death«, »solitary death«, »isolated death«, »death alone«, »kodoku-

shi«¹, »unentdeckte Tode« sowie Kombinationen der benannten Termini. Seltener finden sich Deskriptionen wie »Tode mit langer Liegezeit«, »Tode mit verlängertem postmortalem (Liege-)Intervall« (»post mortem interval«, abgekürzt: PMI).

Mit der Begriffswahl sind nicht nur differente disziplinäre Präferenzen und Perspektiven, sondern oft auch normative Setzungen und allgemeine transdisziplinäre Stellungen verbunden. Problematisch erscheint dies, wenn Aussagen und Zuschreibungen theoretisch und/oder empirisch ungenügend belegt sind und nicht deutlich als Hypothesen gekennzeichnet sind. Die Schwachstellen einiger Untersuchungen werden im Weiteren benannt, aber nicht weiter ausgeführt.

Auch wenn die Behandlung des Themas im öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskurs bislang weitgehend ausgeblieben ist, gibt es Professionsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag mit diesen besonderen Todesfällen wiederkehrend in Berührung kommen. Es handelt sich beispielsweise um Vertreter:innen von Bestattungsunternehmen, Kirche, Polizei, (Rechts-)Medizin, Ordnungs-, Sozial- und Standesämtern oder Vermieter:innen. Polizist:innen werden häufig hinzugerufen, wenn Wohnungstüren geöffnet oder die näheren Todesumstände ermittelt werden müssen. Ordnungsämter sind für Bestattungen zuständig, wenn keine Angehörigen zu ermitteln sind; Sozialämter sind involviert, wenn die Angehörigen die Kosten hierfür nicht tragen können oder wollen. Standesämter regeln die Beurkundung von Todesfällen und sind hierzu angewiesen, die Todeszeit möglichst minutengenau festzuhalten. Bestattungsunternehmen kümmern sich um die Vorbereitung, und Kirchenvertreter:innen übernehmen die Begleitung der Beisetzung und die sakrale Verabschiedung der (ordnungsamtlich) Bestatteten. Falls die Todesursache von den Ärzt:innen vor Ort nicht bestimmt werden kann, erfolgt eine rechtsmedizinische Untersuchung in entsprechenden Instituten. Private Vermieter:innen und Wohnungsbaugesellschaften sind nach der Auffindung *unentdeckter* Todesfälle oft zu aufwendigen Renovierungsmaßnahmen veranlasst, um die Wohnungen wieder in einen bezugsfertigen Zustand zu bringen. Jede dieser Berufsgruppen kennt das Phänomen aus unmittelbarer Erfahrung, aber keine verfügt über ein umfassenderes Wissen, da es im spezifischen Arbeitsfeld immer nur um Teilaspekte des ›Verfahrensablaufs‹ geht. Die Thematisierung erfolgt im Rahmen der alltäglichen Kommunikation und bleibt auf einen kleinen Kreis involvierter Expert:innen beschränkt.

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zur Handlungspraxis – in Verbindung mit einem fachlichen Austausch – findet sich vor allem in der (Rechts-)Medizin respektive der Forensik. Es können grob zwei unterschiedliche Ausrichtungen unterschieden werden: Einerseits die quantitativen Analysen – meist von Obduktionsberichten – und andererseits die Darstellung von ›herausfordernden‹ Autopsien – beispielsweise bei mumifizierten Leichen. Die erst genannten Arbeiten beabsichtigen anhand der erfassten Indikatoren, Inzidenz und Risikofaktoren sowie die ›gefährdeten‹ Bevölkerungsgruppen zu bestimmen und hieraus Ansatzpunkte für die Prävention und Intervention – insbesondere im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung – abzuleiten. Die zweite Gruppe der Veröffentlichungen dient vor allem dem professionsgebundenen Austausch und behandelt vorrangig Fragen der Todesfeststellung, der Qualifikation der Todesart und der Bestimmung der Todesursachen (z.B. Schröder et al. 2001; Amendt/Zehner/

1 Dahl (2016: 9) übersetzt den japanischen Begriff »kodokushi« mit »einsamer Tod«.

Bratzke 2003; Amendt et al. 2020; Byard/Farrell/Simpson 2008; Heidorn et al. 2011; Hayman/Oxenham 2015 und 2016; Backhaus/Hartwig 2017). So werden beispielsweise die Möglichkeiten und Begrenzungen verschiedener Verfahren der Identifizierung und Obduktion bei fortgeschrittenen Leichenerscheinungen oder die zeitliche Abfolge von Verwesungs- und Mumifizierungsprozessen unter verschiedenen Bedingungen beschrieben. Darüber hinaus nehmen viele der (rechts-)medizinischen Veröffentlichungen auch Bezug auf die sozialen Hintergründe oder formulieren Hypothesen zu den Ursachen der späten Entdeckung. Madea und Dettmeyer (2007: 2) begründen diese weite Ausrichtung der Rechtsmedizin mit deren interdisziplinärer Perspektive, welche über die naturwissenschaftliche Forschung hinaus auch geistes- und sozialwissenschaftliche Inhalte berücksichtigt.

Publikationen außerhalb der (Rechts-)Medizin sind sehr viel seltener und stellen eher isolierte – fachlich kaum vernetzte – Veröffentlichungen dar. Das Spektrum ist relativ breit und umfasst Arbeiten von Vertreter:innen der Psychiatrie, Psychologie, Gerontologie, Geriatrie, der Gesundheits- und Pflegewissenschaften, der Sozial- und Kulturwissenschaften, der Sozialarbeitswissenschaft und seit einigen Jahren auch der Ingenieur- und Medienwissenschaften.

Naturwissenschaftlich ausgerichtete Arbeiten dominieren vor solchen der Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaften. Der Forschungsgegenstand wird insgesamt randständig behandelt. Lässt man die (rechts-)medizinischen Publikationen mit ihren speziellen Fragestellungen unberücksichtigt und richtet stattdessen den Fokus auf die geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Arbeiten, so weist allein deren geringe Anzahl auf die weitgehende Nichtbeachtung des Forschungsthemas. Die Verknüpfung der Themen Einsamkeit und soziale Isolation auf der einen und Sterben und Tod auf der anderen Seite ist in den Sozial- und Kulturwissenschaften bislang nur ansatzweise und nicht systematisch erfolgt, so dass zur theoretisch-empirischen Fundierung der eigenen Arbeit die voneinander separierte Grundlagen- und Anwendungsforschung der beiden Themenfelder herangezogen werden muss. Aber auch hier stellt sich die Problematik, dass die Themenkomplexe Sterben/Tod und Einsamkeit in der Sozialwissenschaft lange Zeit vernachlässigt wurden und immer noch begrenzt untersucht sind (z.B. Bohn 2006, Feldmann 1998 und 2010a; Schnabel 2013). Dies betrifft vor allem die soziale Dimension des Gefühls der Einsamkeit (Bohn 2006: 7) und bestimmte Aspekte des Umgangs mit dem eigenen und dem fremden Sterben (Feldmann 2010a: 77). So fehlen beispielsweise weitergehende Untersuchungen, die Sterben, Tod und Einsamkeit in Kombination und aus einer geschlechtsdifferenzierten Perspektive oder im Zusammenhang mit verschiedenen Formen der sozialen Benachteiligung erkunden. Isolations- und Einsamkeitsforschung streifen mitunter das Thema Lebensende, ohne jedoch die besonderen Umstände des Sterbens und des Todes von sozial isolierten und/oder einsamen Personen näher auszuführen. Angesichts der mangelnden Verknüpfung der Themenkomplexe ›Einsamkeit/soziale Isolation‹ und ›Sterben/Tod‹ in der bisherigen Forschung wird es in der eigenen Untersuchung notwendig sein, diese thematische Verbindung für den sozialwissenschaftlichen Bezugsrahmen vorzunehmen.

Der Forschungsgegenstand im Besonderen – die Untersuchung der Kontexte und sozialen Hintergründe länger *unentdeckter* Tode – wird fast ausschließlich außerhalb der Human- und Sozialwissenschaften bearbeitet. Ausnahmen stellen die Arbeiten von Ota-

ni (2005), Fukukawa (2011), Dahl (2016) und die eigenen Voruntersuchungen (Geser et al. 2014; Loke 2019) dar. Die in der Literaturrecherche berücksichtigten Veröffentlichungen unterscheiden sich dadurch, ob sie die Thematik der *unentdeckten* Tode im engeren Sinne – das heißt explizit und vorrangig – oder im weiteren Sinne – das heißt implizit und nachgeordnet – ansprechen. Die Intensität der Forschungserkundungen drückt sich auch über die gewählte Veröffentlichungsform aus². Die theoretischen und/oder empirischen Untersuchungen zum Gegenstand werden meist in mehrseitigen Fachartikeln beschrieben. Daneben finden sich vereinzelte umfangreichere Berichte (Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Geser et al. 2014) und eine kumulative Dissertation (Merz 2013). Die veröffentlichten Qualifikationsarbeiten, welche sich eingehend mit »einsamem Sterben« bzw. »kodokushi« befassen, stammen von Otani (2005), Dahl (2016) und Loke (2019).

Über das Phänomen des »einsamen Todes« wurde in den japanischen Printmedien erstmalig in den 1970er Jahren und von da an regelmäßig berichtet. Die ersten nationalen wie internationalen englischsprachigen Fachartikel erschienen ab Mitte der 1990er Jahre³. Die vereinzelt veröffentlichten aus unterschiedlichen Ländern (Japan, Australien, USA und Europa) hielten auch nach der Jahrtausendwende an. Seit 2011 ist insgesamt ein deutlicher Anstieg der wissenschaftlichen Arbeiten zu verzeichnen, der sich geographisch – sowohl hinsichtlich der Publikations- als auch der Untersuchungsorte – insbesondere auf Japan, die Niederlande und Deutschland konzentriert.

In Japan erschienen im letzten Jahrzehnt zwei größere quantitative Studien, die darauf abzielten, einerseits die Personengruppe der Verstorbenen näher zu charakterisieren und andererseits die Faktoren zu bestimmen, welche das »postmortale Intervall« bzw. die Liegezeit verlängern (Ito et al. 2012; Satomu et al. 2015). Seit 2014 berichteten mehrere Fachartikel von neu entwickelten technischen Unterstützungssystemen, die unbemerkte Tode verhindern sollen (Takami/Torii/Ishii 2014; Kobayashi 2015; Lee/Lee 2015). In den Niederlanden hat sich seit ca. 2013 eine Forscher:innengruppe um Buster, Runtuwene und van Hondel formiert, welche vor allem die »Urbanisierungsthese« mittels vergleichender quantitativer Analysen überprüft hat. In Deutschland wurde in den Jahren 2011 bis 2013 die Grundlagenforschung zu »Wohnungsleichen« durch Forscher:innen-gruppen um Merz, Birngruber und Heidorn vorangebracht. Im Ruhrgebiet erfolgten in den Jahren 2013 bis 2015 zwei Untersuchungen, die mittels quantitativer und qualitativer Methoden der Sozialraumforschung die nähere Bestimmung der Personengruppe und der exklusionsförderlichen Bedingungen des Wohnumfelds von *unentdeckt* Verstorbenen vorangebracht haben (Geser et al. 2014; Loke 2019).

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen zum Forschungsstand, werden im Folgenden die Ergebnisse und Hinweise der vorliegenden Untersuchungen zu vier wichtigen Fragestellungen unter den folgenden Überschriften gebündelt: 1. Empirie, 2. Statistisches Profil der Verstorbenen, 3. Soziale Hintergründe und 4. Präventionsmaßnahmen und Interventionen.

2 Die gewählte Veröffentlichungsform ist auch Ausdruck der Publikationskultur der jeweiligen Disziplin (vgl. Schuh 2009: 6ff.).

3 Einen Überblick über den japanischen Umgang mit »einsamen Toden« (»kodokushi«) in den letzten Jahrzehnten gibt das Kapitel 4.3.

1. Empirie

Zur Einschätzung der quantitativen Relevanz eines Phänomens sind systematisch erfasste empirische Daten zur Inzidenz und deren Entwicklung unverzichtbar. Im Rahmen der Literaturrecherche fanden sich jedoch keine Hinweise, dass Forschende auf gesonderte amtliche Statistiken zu »unbemerkten« Todesfällen zurückgreifen konnten. Stattdessen stützen sich die bekannten Untersuchungen auf unterschiedliche Datenquellen von Gesundheitsbehörden, Rechtsmedizin, Polizei und Sozialverwaltungen. Die mittels quantitativer Analysen ausgewerteten Dokumente sind vielgestaltig und reichen von Literaturfällen, über Obduktionsberichte, Todesbescheinigungen oder polizeiliche Ermittlungsakten bis hin zu Bestattungsdokumenten, Sterbeurkunden und Notfalleinsatz-Protokollen – mitunter auch in Kombination. Die Auswertungen sind auf Zeiträume unterschiedlicher Dauer von drei Monaten (Smith/Larsen/Rosdahl 2001) bis zu 53 Jahren (Nilsson/Lögdberg 2008) bezogen; es dominieren mehrjährige Erfassungen. Auch die Untersuchungsgebiete unterscheiden sich erheblich in der räumlichen Ausdehnung und in der Bevölkerungszahl. Die Studien beziehen sich mal auf die Gebiete mehrerer großstädtischer Agglomerationen (Buster et al. 2014) oder einer Metropolregion (Kanawaku/Youkichi 2019) und mal lediglich auf eine größere Wohnsiedlung (Fukukawa 2011). Der Umfang der untersuchten Fälle schwankt zwischen 37 (Merz et al. 2011) und mehr als 3.000 Fällen (Ito et al. 2012; Kanawaku 2019). In der Mehrzahl der statistischen Auswertungen liegen Daten von mehreren hundert Fällen vor.

Die Aussagekraft der für den Forschungsgegenstand vorliegenden Analysen ist beschränkt sowie eine direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben. Hierfür gibt es zwei wesentliche Gründe:

a. Die zugrundeliegenden Datenquellen unterscheiden sich. Außerdem erfassen diese meist lediglich partikulare, nicht aber umfassende Informationen zu den Sterbefällen einer Untersuchungsregion im festgelegten Zeitrahmen. So liegen polizeiliche Ermittlungsakten nur dann vor, wenn die Polizei zur Unterstützung herbeigerufen wurde⁴. Deren Aussagekraft erscheint besonders problematisch, wenn die Auswahl mittels Zufallsprinzips erfolgt – wie bei Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010), die hundert polizeiliche Ermittlungsakten aus verschiedenen, nicht näher bezeichneten Jahren auswerteten. Hinsichtlich der häufig verwandten Datenquelle der »Obduktionsberichte« ist kritisch anzumerken, dass nicht für alle allein verstorbenen Personen Obduktionen anberaumt werden, sondern nur in einzelnen Fällen von vermuteten »nicht-natürlichen« oder »ungeklärten« Todesursachen, so dass auch über diesen Zugang nicht alle relevanten Todesfälle erfasst sind und von einer ungewissen Dunkelziffer auszugehen ist.

Anders verhält es sich mit den bei den Gesundheitsbehörden vorliegenden Todesbescheinigungen und den von Standesämtern bzw. Meldebehörden ausgestellten Sterbeurkunden, welche grundsätzlich für alle Verstorbenen eines statistischen Bezirks vorliegen. Sie sind gut geeignet, um Totalerhebungen von Todesfällen mit Liegezeit durchzuführen, deren Anzahl ins Verhältnis zur Gesamtzahl aller Sterbefälle zu setzen und so

4 In einer eigenen Untersuchung konnten nur für ein Viertel der Bestattungsdokumente mit Liegezeit polizeiliche Ermittlungsakten zugeordnet werden (Geser et al. 2014).

eine Gewichtung vorzunehmen. Zwei Studien, die auf diese Datenquellen zurückgegriffen haben, seien hier erwähnt: Smith/Larsen/Rosdahl (2001) und Kakiuchi et al. (2019). Leider ist die eine Untersuchung auf einen sehr kurzen Zeitraum begrenzt, und die andere Arbeit verliert an Aussagekraft durch die gravierende Verengung des Stichprobenumfangs für die Analyse.

Smith/Larsen/Rosdahl (2001) haben lediglich für einen Drei-Monats-Zeitraum des Jahres 1994 die Todesbescheinigungen der Großstadt Kopenhagen mit der kaum urbanisierten Region Storstrøm verglichen. Der Anteil allein verstorbener Personen (mit einer Liegezeit von mindestens zwei Tagen) an allen Sterbefällen war in Kopenhagen mit ca. 15 Prozent fast doppelt so hoch wie in der ländlich geprägten Region. Für die Großstadt wurde jedoch nicht nur ein erhöhtes Risiko, allein zu versterben, sondern auch der späteren Entdeckung des Todes festgestellt. Die Studie konnte jedoch keine Gründe für die empirischen Ergebnisse identifizieren.

Die aktuellere Untersuchung von Kakiuchi et al. (2019) bezieht sich auf die Sterbeurkunden des Jahres 2013 der japanischen Millionenstadt Yokahama. Der Anteil der in einer Wohnung allein verstorbenen Personen (mit einer Liegezeit von mindestens drei Tagen) wird – wie bei Smith/Larsen/Rosdahl (2001) – mit ca. 15 Prozent an allen Sterbefällen von Yokahama beziffert. Die weiteren Analysen dieser großen empirischen Erhebung beziehen sich jedoch nicht auf die beträchtliche Gesamtgruppe von fast 5.000 in ihrem Zuhause verstorbenen Personen, sondern beschränken die Auswahl auf Obduktionen mit unklarer Todesursache (»suspected unnatural death«), für die gleichzeitig Notfalleinsatz-Protokolle vorlagen. Durch die Festsetzung dieser Kriterien wurden letztendlich weniger als ein Drittel aller ursprünglichen Fälle in die Analyse einbezogen.

b. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass Ergebnisse unterschiedlicher Datenquellen nicht unkritisch gleichgesetzt werden dürfen, aber auch die Befunde gleichen Ursprungs können nur mit Vorbehalt verglichen werden, wenn sich die zugrundeliegenden ein- und ausschließenden Kriterien der Untersuchungen wesentlich unterscheiden. Dies führt dazu, dass die Erhebungen auf unterschiedliche Teilgruppen bezogen sind.

Die quantitativen Analysen zum Forschungsgegenstand erfolgen mehrheitlich auf Basis von Obduktionsberichten. Die oben beschriebenen allgemeinen Begrenzungen dieser Datenquelle führen dazu, dass hierüber nicht alle relevanten Todesfälle eines Gebiets erfasst sind, sondern nur diejenigen, für die eine innere Leichenschau angesetzt wurde. Darüber hinaus liegen vielen Auswertungen jedoch auch differierende Operationalisierungen und Auswahlkriterien zugrunde. Hönigschnabl et al. (2002) berücksichtigen nur obduzierte Fälle mit Verwesungs- oder Mumifizierungserscheinungen, Thiblin et al. (2004) setzen eine Liegezeit von mindestens einer Woche und eine psychische Erkrankung und/oder Substanzmissbrauch voraus, und Nilsson/Lögdborg (2008) analysieren nur die Daten von Verstorbenen mit Schizophrenie-Erkrankung und einer Liegezeit von mindestens fünf Tagen. Merz et al. (2011: 199) bestimmen als Einschlusskriterien einer »Wohnungsleiche« die »Auffindung in einer privaten Wohnung/in einem privaten Haus« und eine »Liegezeit von mindestens 24 Stunden«, als weitere, nicht obligate Kriterien mit Hinweisscharakter werden »fortgeschrittene Leichenerscheinungen«, »oftmals unklare Todesursachen« und »Probleme bei der Identifizierung« genannt (ebd.). Satomu et al. (2015) sprechen allgemein von einem

»postmortalem Intervall«, ohne jedoch eine untere zeitliche Grenze zu setzen, so dass nicht auszuschließen ist, dass auch Todesfälle inkludiert sind, die innerhalb eines Tages bzw. weniger Stunden bemerkt wurden. Andere Studien beschränken sich auf die Fälle von Verstorbenen über 65 Jahre (Ito et al. 2012; Nomura et al. 2016) oder schließen »unklare« und »nicht-natürliche« Todesursachen – inklusive »Suizide« – aus (Ito et al. 2012.; Satomu et al. 2015⁵). Dahl (2016: 117) und Tiefenbach (2015: 18) konstatieren für Japan, dass aufgrund des Fehlens einer landesweit einheitlichen Definition der »kodokushi«-Fälle auch keine verlässlichen Statistiken vorliegen. Diese Aussage lässt sich auch auf den hier skizzierten internationalen Forschungsstand zur Empirie übertragen.

Die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich Liegezeit, Todesart oder Alter der Verstorbenen beeinflussen die Auswertungsergebnisse und verhindern eine umfangreichere und differenziertere Analyse der Merkmale und ihrer Häufigkeitsverteilungen in der Gesamtgruppe. Wenn beispielsweise nur die Fälle von Verstorbenen über 65 Jahren einbezogen werden (Ito et al. 2012; Nomura et al. 2016⁶), liegt dem bereits die Annahme zugrunde, dass infolge der alternden (hier: japanischen) Gesellschaft diese Gruppe ein besonders hohes Risiko besitzt, allein zu versterben; jüngere »Risikogruppen« bleiben durch diese Beschränkung jedoch *unentdeckt*. Und auch die gegenteiligen bzw. nuancierteren Befunde der meisten anderen Untersuchungen bleiben damit unbeachtet: Grundsätzlich gibt es zwar mit höherem Alter eine ansteigende Anzahl, aber die meisten Todesfälle von allein Verstorbenen finden sich im mittleren Alter (z.B. Otani 2005; Kadoya 2005; Fukukawa 2011).

Es ist ebenfalls kritisch anzumerken, dass einige Untersuchungen (z.B. Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Ito et al. 2012) Hinweise auf Unterschiede, die mit verschiedenen Todesarten (natürlich, nicht-natürlich, ungeklärt) assoziiert sein können, durch Ausschluss »unsichtbar« machen. Und dies, obwohl andere Arbeiten einen nicht unerheblichen Anteil »ungeklärter« und »nicht-natürlicher« Todesursachen (inklusive »Suizide«) ausmachen (z.B. Smith/Larsen/Rosdahl 2001, Byard/Farrell/Simpson 2008; Merz et al. 2011) oder einen Anstieg von »Suiziden« und einen Rückgang »natürlicher« Todesarten von den 1960er bis zu den 1990er Jahren bei höheren Liegezeiten feststellen (Hönigschnabl et al. 2002). Insbesondere Suizide – in Verbindung mit langer Liegezeit – erlauben nicht nur Rückschlüsse auf die soziale Isolation, sondern auch auf den Leidensdruck der Verstorbenen zu Lebzeiten. Empirische Erhebungen sollten die Anzahl der Suizide an allen Todesfällen erfassen, anhand der Indikatoren (wie z.B. Geschlecht, Alter, Liegezeit, Erwerbsstatus) die »Risikogruppen« spezifizieren und die Ergebnisse mit verfügbaren Referenzdaten abgleichen. Hierdurch könnten wichtige Ansatzpunkte zur Konzipierung von Präventionsmaßnahmen und Interventionen gegen die Folgen von Einsamkeit und sozialer Isolation abgeleitet werden.

-
- 5 Die Begrenzung auf Todesfälle mit »natürlichen« Todesursachen in mehreren japanischen Untersuchungen folgt der Definition der »solitary death« von Kanewaku et al. (2010; zit.n. Ito et al. 2012: 2), welche diese Todesfälle als »unerwarteten Tod von Alleinlebenden« (»unexpected death among the people living alone«) bestimmten.
 - 6 Nomura et al. (2016) stellten beim Vergleich der Obduktionsberichte der Jahre 1989 bis 1993 mit den Jahren 2009 bis 2013 einen deutlichen Anstieg der Fälle mit einer Liegezeit von mehr als drei Tagen fest.

Bereits die ersten Veröffentlichungen (Gurley et al. 1996; Schultz/Tsokos/Püschel 1999; Smith/Larsen/Rosdahl 2001) heben hervor, dass das Phänomen im städtischen Raum häufiger auftritt als im eher ländlich geprägten Raum bzw. in den Randgemeinden der Großstädte. Die Todesfälle werden als Folgeerscheinung der Urbanisierung und der Erosion traditionaler sozialer Beziehungen interpretiert. Schultz/Tsokos/Püschel (1999) verorten eine konkrete Ursache in der urbanen Architektur. Mehrgeschossige Wohnblöcke begünstigten die Anonymität und soziale Isolation der Wohnbevölkerung. Dadurch bestehe bei dieser Bauweise nicht nur ein höheres Risiko, allein zu versterben, sondern auch ein höheres Risiko, dass der Tod längere Zeit unbemerkt bliebe.

Auch Otani (2005) setzt die »kodokushi«-Fälle der Überlebenden des Kōbe-Erdbebens des Jahres 1995 in einen Zusammenhang mit der Bauweise. Vor der Naturkatastrophe hatten die meist älteren Überlebenden in Hüttenwohnungen gelebt, danach waren viele von ihnen – oft nach mehrfacher Umsiedlung – in Hochhäusern untergebracht und dort unbemerkt verstorben. Otani sieht den Wohnungstyp als wichtigen Faktor für die Bildung sozialer Netzwerke an. Hochhäuser erschwerten es dem Einzelnen, Kontakt zur Nachbar:innenschaft zu finden. Dies gelte insbesondere für ältere Alleinlebende (ebd.: 249). Die Bewohner:innenschaft von Hochhäusern berichte im Allgemeinen über intensivere Probleme mit Einsamkeit und sozialer Isolation als diejenigen Personen in ebenerdigen Hüttenwohnungen.

Die aktuelleren Arbeiten von Buster/Kiers/Das (2013), Buster et al. (2014) und Runtuwene/Buster (2019) belegen diese Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens – zum einen für die Region Amsterdam und zum anderen im Vergleich für die vier größten Agglomerationen in den Niederlanden⁷⁸. In der Region Amsterdam wurden in den Jahren 2005 bis 2012 jährlich ca. 40 Todesfälle mit einer Liegezeit von mehr als 14 Tagen entdeckt. 81 Prozent dieser in der Rechtsmedizin bekannten »Woninglijken« (»Wohnungsleichen«) wurden in Amsterdam und nur 19 Prozent in den Vororten entdeckt (Buster/Kiers/Das 2013). Nach Datenbereinigung und -aufbereitung wurde das Risiko eines Alleinlebenden – nach dem Tod 14 Tage und länger unbemerkt zu bleiben – in Amsterdam im Vergleich zu einem Alleinlebenden in den Randgemeinden 2,6-mal höher eingeschätzt⁹. Diese Ergebnisse wurden einerseits damit begründet, dass sich die dominierenden Wohnformen respektive Baustile und damit einhergehend auch das soziale Handeln der Bevölkerung unterscheiden. Bei mehrgeschossigen Häusern in Amsterdam könne in sehr viel geringerem Maße in die Wohnungen der Nachbar:innenschaft eingesehen werden als bei den in den Randgemeinden typischen *Galerie-Häusern*. Buster/Kiers/Das (2013) verorten eine Hauptursache in der städtischen Architektur. Als weitere soziale Gründe für höhere Einsamkeitswerte und die größere Anzahl der »Woninglijken« werden der mangelnde soziale Zusammenhalt und die verminderte soziale Kontrolle in der Stadt angesehen.

7 Auch Kato et al. (2017) unterstützen die Urbanisierungsthese.

8 Ansonsten können auch diese relativ großen Untersuchungen keine verlässlichen Angaben zur quantitativen Entwicklung oder zur Gewichtung der Todesfälle im Verhältnis zu allen Sterbefällen machen, da als Datenquelle Obduktionsberichte verwandt wurden.

9 Runtuwene und Buster (2019) geben – auf denselben Datensatz bezogen – ein 2,7-mal erhöhtes Risiko an.

Die sich anschließende Studie von Buster et al. (2014) erweitert den Forschungsfokus auf die vier größten Städte der Niederlande – Amsterdam, Rotterdam, Utrecht und Den Haag – und deren Umland. In allen vier Städten zusammen waren im Zeitraum 2005 bis 2013 im Jahr durchschnittlich 70 Todesfälle mit einer Liegezeit von mindestens 14 Tagen aufgefunden worden. Das Vorkommen in Amsterdam, Rotterdam und Den Haag wies keine statistisch signifikanten Unterschiede auf, aber im Vergleich zu Utrecht war in den anderen drei Städten die Anzahl der »Woninglijken« – nach Bereinigung der Daten – fast doppelt so hoch. In ihrem Fazit erklären Buster et al. (2014: o. S.) die niedrigere Anzahl der Todesfälle in Utrecht mit den dortigen inklusionsförderlichen sozialen Bedingungen, welche sich in geringeren Einsamkeitswerten, einem höheren Maß an Partizipationsmöglichkeiten und einem niedrigeren Anteil von Personen mit geringem Einkommen und/oder Sozialtransferbezügen ausprägten. Darüber hinaus führen die Autor:innen wiederum differierende bauliche Bedingungen zur Erklärung an – in Utrecht war der Anteil der Einfamilienhäuser wesentlich höher als in den anderen Städten – und betonen, dass die Gemeinschaftsbildung auch durch den Baustil beeinflusst werden könne. Interessanterweise ist der Anteil der verstorbenen Personen, die zuvor durch die öffentliche Gesundheitsversorgung unterstützt wurden, in Utrecht höher als in den anderen Großstädten. Dies zeigt, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen von sozialen Exklusionsprozessen betroffen sind, auch wenn die allgemeinen Bedingungen inklusionsförderlich eingeschätzt werden. Des Weiteren lässt sich hieraus schließen, dass das System der sozialen Unterstützung in Utrecht »Risikopersonen« in stärkerem Maße erreichte bzw. zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht hatte, dass aber durch diese Kontakte die Anzahl der sozial isolierten Todesfälle nicht wesentlich reduziert werden konnte. Offen bleibt, ob die Ursachen eher in der mangelnden Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder eher in der Ablehnung der Unterstützung durch die Betroffenen liegen. Die vorliegenden Informationen erlauben keine Einschätzung, ob eher ein organisatorisches oder ein Vertrauensproblem ursächlich ist (vgl. Kapitel 10).

Es finden sich also deutliche Belege für ein gehäuftes Auftreten der Todesfälle im urbanen Raum. Außerdem gibt es ergänzende Hinweise, die das verstärkte Auftreten im städtischen Gebiet sozialräumlich differenzierter beschreiben. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) bestimmen die Verteilung der Sterbeorte anhand der Postleitzahlen im Stadtgebiet von München und stellen eine Häufung in Innenstadtlage und ebenfalls in Mehrfamilienhäusern fest. In der Einzelfallstudie einer mumifizierten Leiche von van Hondel et al. (2016) wird die Lage in der Nähe des Stadtzentrums von Rotterdam erwähnt. Gesser et al. (2014) finden eine Häufung insbesondere in den Stadtteilen mit einem höheren Anteil sozial benachteiligter Personen (Arbeitslosigkeit, Sozialtransferleistungen). Loke (2019) betont die mögliche Verschränkung mangelnder individueller und sozialräumlicher Ressourcen, welche sich besonders deutlich in Quartieren mit einem hohen Anteil ressourcenarmer Bevölkerungsgruppen, wie etwa einkommensschwacher oder mobilitätseingeschränkter Personen, zeige.

Die ethnographische Studie von Klinenberg (2001)¹⁰, welche die ungewöhnlich hohe Sterblichkeit infolge einer Hitzewelle in Chicago im Sommer 1995 untersucht¹¹, bestätigt ebenfalls die Bedeutung der sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Bedingungen. Die Hitzekatastrophe hat demnach vor allem in Stadtteilen mit einem hohen Anteil einkommensarmer Personengruppen zu einem gehäuftem Auftreten isolierter Todesfälle – in der Mehrheit von älteren Männern – geführt, aber es waren nicht alle sozial benachteiligten Stadtteile gleichermaßen betroffen, sondern die Anzahl der Todesfälle war in Stadtteilen mit guter infrastruktureller Versorgung (kleine Geschäfte, Betriebe, Imbisslokale, öffentliche Einrichtungen) und vorhandenen Nachbar:innenschaftsnetzwerken deutlich niedriger ausgeprägt. Dies zeigt, dass auch relativ isolierte Personen am öffentlichen Leben partizipieren und hierdurch zumindest in gewissem Rahmen Schutz und indirekte Unterstützung erfahren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es zur Empirie – auch für begrenzte Zeiträume oder Gebiete – keine umfassenden und zuverlässigen Angaben zur Auftretenshäufigkeit und quantitativen Entwicklung gibt¹². Außerdem ist die Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten sehr problematisch. Zwei Studien beziffern übereinstimmend den Anteil allein verstorbener Personen in der Stadt auf ca. 15 Prozent aller Todesfälle. Darüber hinaus setzt keine der genannten Arbeiten die Anzahl der Todesfälle in Bezug zu Referenzdaten der allgemeinen Sterbestatistik, so dass keine Gewichtung und damit auch keine Einschätzung der Relevanz des Phänomens möglich ist. Zum quantitativen Vorkommen dieser Todesfälle gibt es vergleichsweise wenige Studien, und repräsentative Erhebungen – in Form von Querschnitts- oder Längsschnittanalysen – sind nicht verfügbar. Die Ursachen für die mangelnde empirische Aussagekraft der vorhandenen Untersuchungen liegen 1. in den gewählten Datenquellen und 2. in der Stichprobenauswahl.

Hieraus resultiert ein großes Forschungsdefizit, welches nur durch unbeschränkte Vollerhebungen – auf Basis der Auswertung von Todesbescheinigungen oder Sterbeurkunden bzw. Sterbefallanzeigen – geschlossen werden kann. Dies ist in der eigenen Untersuchung der Fall. Die Erfassung aller Todesfälle mit einer Liegezeit von mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen scheint gut geeignet, zuverlässige quantitative Ergebnisse zu generieren, welche auch die Anzahl der Fälle – differenziert nach Liegezeit – darstellen können¹³. Da die Vollerhebung nicht nur für einen begrenzten Zeitraum, sondern für eine Dekade verwirklicht wird, sind außerdem Aussagen zur quantitativen Entwicklung der Todesfälle im Verlauf des Untersuchungszeitraums und im Verhältnis zu den Referenzdaten der allgemeinen Sterbestatistik möglich. Die Durchführung in zwei Kommunen ermöglicht darüber hinaus eine vergleichende Perspektive.

10 Hierzu ergänzend der Artikel von Harlfinger (2015) im »Tagesspiegel«.

11 Näheres zur Hitzewelle in Chicago aus Sicht der Gesundheitswissenschaften findet sich bei Whitman et al. (1997).

12 Auch Fehn und Fringer 2018 bestätigen das Fehlen empirisch belegter Angaben zum Vorkommen »einsamer Tode«.

13 Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) beziffern den Anteil der in der ersten Woche aufgefundenen Verstorbenen mit 71 Prozent (bzw. Personen) bei insgesamt 100 Fällen.

2. Statistisches Profil der Verstorbenen

Eine zweite wichtige Frage bezieht sich auf das Profil der Verstorbenen. Welche Ergebnisse liegen zu personenbezogenen Daten (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Liegezeit) vor? Werden in den Veröffentlichungen ›Risikogruppen‹ bestimmt, die in stärkerem Maße ›gefährdet‹ scheinen, allein und unbemerkt zu versterben? Um eine grobe Antwort vorweg zu nehmen: Der diesbezügliche Forschungsstand ist sehr viel umfassender und eindeutiger.

Übereinstimmend halten alle Arbeiten fest, dass das Risiko, unbegleitet zu versterben, für alleinlebende Personen wesentlich höher ist als für Personen, die mit Anderen zusammenleben. Dieses Ergebnis verwundert nicht, sondern scheint schlüssig. Kritisch ist es jedoch zu sehen, wenn Arbeiten (z.B. Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Merz et al. 2012; Fehn/Fringer 2018) den Status ›alleinlebend‹ und/oder ›allein verstorben‹ als Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für soziale Isolation werten. Solidere Analysen machen eine solche Feststellung dagegen abhängig von einer mehr als vierzehntägigen Liegezeit (z.B. Nilsson/Lögdberg 2008; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014).

Darüber hinaus sind sich alle Untersuchungen einig, dass es offensichtliche Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit des Auftretens gibt. Sämtliche Veröffentlichungen stellen eine Dominanz der männlichen Verstorbenen fest, die mindestens mit einem Anteil von 57 Prozent beziffert ist (Merz et al. 2011). Etliche Erhebungen verweisen auf eine Relation von etwa einem Drittel zu zwei Dritteln im Verhältnis von Frauen und Männern (u.a. Gurley et al. 1996; Otani 2005; Fukukawa 2011; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010). Andere Arbeiten benennen einen noch höheren Anteil von mehr als 70 Prozent der männlichen Verstorbenen (Merz et al. 2012; Geser et al. 2014; Kanawaku/Youkichi 2019). Einige Untersuchungen verweisen darauf, dass die höhere Anzahl der Todesfälle als Folge einer insgesamt bei Männern zu beobachtenden stärkeren Neigung zu sozialer Isolation gedeutet werden kann (Fukukawa 2011; Buster/Kiers/Das 2013; Satomu et al. 2015; Kanawaku/Youkichi 2019; Kakiuchi et al. 2019).

Außerdem konstatieren die meisten Erhebungen für beide Geschlechter eine im Vergleich zum Durchschnittstodesalter niedrigere Lebensdauer (Gurley et al. 1996; Thiblin et al. 2004; Otani 2005; Kadoya 2005; Byard/Farrell/Simpson; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Fukukawa 2011; Merz et al. 2012; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Geser et al. 2014; Satomu et al. 2015), welche jedoch mit erheblichen geschlechtsdifferenzierten Unterschieden beim Todesalter von bis zu 15 Jahren Differenz einhergeht (Otani 2005, Fukukawa 2011; Merz et al. 2012; Geser et al. 2014).

Die Anteile der unterschiedlichen Altersgruppen an den Todesfällen werden in den Arbeiten abweichend beschrieben. Smith/Larsen/Rosdahl (2001) bemerken mit zunehmendem Alter einen Anstieg der Todesfälle. Auch Hönigschnabl et al. (2002) erkennen im Zeitvergleich der 1960er und 1990er Jahre eine gestiegene Anzahl verstorbener Personen über 64 Jahren. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) bestätigen in geschlechtsdifferenzierter Perspektive den Anstieg im höheren und hohen Lebensalter vor allem für weibliche Verstorbene, die in dieser Altersgruppe die Mehrheit ausmachen. Buster et al. (2014) finden abweichende Anteile der Altersgruppen in Abhängigkeit von der Liegezeit: Hinsichtlich der Todesfälle mit einer Liegezeit von mehr als 14 Tagen stellen die Forscher:innen fest, dass die meisten Personen im mittleren Alter zwischen 55 und 64 Jahren verstorben sind,

wohingegen die entsprechende Zahl von Todesfällen in höherem Alter anteilmäßig abnahm. Die Ursachen für die frühere Entdeckung des Todes im höheren und hohen Alter sehen Buster et al. (2014) in einer besseren Beobachtung der älteren alleinlebenden Personen durch Familie und Nachbar:innenschaft sowie im Schutz durch die regelmäßige Unterstützung von professionellen Gesundheitsdienstleistenden.

Die meisten Arbeiten sprechen von »alleinstehenden« oder »alleinlebenden« Personen, ohne auf den Familienstand Bezug zu nehmen. Da, wo ein solcher Verweis erfolgt, werden vor allem »unverheiratete«, »ledige« Personen benannt, die ein höheres Risiko besitzen, allein und unbemerkt zu versterben (Tiefenbach 2015; Kakiuchi et al. 2019). Geser et al. (2014: 23) sehen demgegenüber in ihrem Fazit vage Anhaltspunkte für zwei Gruppen: einerseits »ledige« Männer mittleren Alters und andererseits »verwitwete« Frauen höheren und hohen Lebensalters¹⁴. Die empirischen Ergebnisse der meisten Arbeiten belegen, dass vor allem alleinlebende Männer im mittleren Alter unbemerkt versterben. Buster et al. (2014) begründen dieses Ergebnis mit dem geschlechtstypischen Hilfesuchverhalten und verweisen auf eine Literaturrecherche von Galdas/Cheater/Marshall (2005), welche aufzeigt, dass Männer bei unterschiedlichen Problemen – wie Depressionen, Drogenabhängigkeit, körperlichen Beeinträchtigungen und kritischen Lebensereignissen – seltener als Frauen aktiv Hilfe durch professionelle Gesundheitsdienste suchen.

3. Soziale Hintergründe

Außer den allgemeinen Personenstandsdaten, die dazu geeignet sind, ein grobes statistisches Profil zu erstellen, werten einige Arbeiten auch Informationen zum Gesundheits-, Erwerbs- und Sozialstatus aus, so dass die sozialen Hintergründe der Verstorbenen näher bestimmt werden.

Für Teilgruppen der Verstorbenen sind in den Studien verschiedene psychosoziale Problematiken assoziiert: Alkohol- und Drogenabhängigkeit bzw. Substanzmissbrauch, psychische Erkrankungen sowie Verwahrlosung der eigenen Person und/oder der Wohnung. Buster/Kiers/Das (2013) und Buster et al. (2014) bemerken, dass ein Teil der Verstorbenen aufgrund derartiger Hintergründe durch den öffentlichen Gesundheitsdienst begleitet wurde. Van den Hondel et al. (2016) konkretisieren diese Aussage dahingehend, dass den Behörden die Problematiken einiger Verstorbener zwar bekannt gewesen seien, dass diese aber die kontinuierliche Unterstützung durch den Gesundheitsdienst abgelehnt hätten.

Am häufigsten finden sich bei den Verstorbenen Hinweise auf Probleme mit Alkohol (Otani 2005; Kadoya 2005; Byard/Tsokos 2007; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Merz et al. 2012; Satomu et al. 2015; Kakiuchi et al. 2019) und seltener für Drogenmissbrauch (Merz et al. 2012; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; van den Hondel et al. 2016). Satomu et al. (2015) betonen, dass die kausale Beziehung von sozialer Isolation und Alkoholsucht nicht geklärt werden konnte: Es bleibe offen, ob die Alkoholabhängigkeit durch soziale Isolation verursacht sei, oder ob eine umgekehrte Wirkrichtung zugrunde liegen habe. Kakiuchi et al. (2019) sehen einen geschlechtsabhängigen Zusammenhang

14 Auch Fehn und Fringer (2018) sehen in ihrem Übersichtsartikel »ledige«, »kinderlose« und »verwitwete« Personen verstärkt betroffen.

zwischen Alkoholsucht und sozialer Isolation (definiert als verlängertes postmortales Intervall von mehr als drei Tagen). Die ermittelte ›Hauptrisikogruppe‹ charakterisieren die Forscher:innen mit der ›Quintessenz‹ »ledig, männlich, Lebererkrankung«.

Es finden sich auch mehrere Untersuchungen, die einen Zusammenhang mit (nicht näher bezeichneten) psychischen Erkrankungen finden, worunter teils auch die benannten Suchtabhängigkeiten gefasst werden (Otani 2005; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; van den Hondel et al. 2016; Fehn/Fringer 2018). Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) stellen für ihre Untersuchungsgruppe fest, dass von Alkoholsucht vor allem Männer und von psychischen Erkrankungen eher Frauen betroffen waren.

Schizophrenie-Erkrankungen sowie der Zusammenhang psychischer Erkrankungen mit Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit werden explizit in den Arbeiten von Thiblin et al. (2004) und Nilsson/Lögdberg (2008) behandelt¹⁵. Beide Publikationen beschäftigen sich mit sozial isolierten Todesfällen vor dem Hintergrund der Folgen der Deinstitutionalisierung der sozialpsychiatrischen Versorgung für die Erkrankten. Die Erhebung von Thiblin et al. (2004) dient der Überprüfung der Arbeitshypothese, dass die Zunahme sozialer Isolation im Allgemeinen und des »sozial isolierten« Todes im Besonderen mögliche Folgeerscheinungen der Ambulantisierung der sozialpsychiatrischen Versorgung darstellen. Dazu werten Thiblin et al. (2004) alle Obduktionsberichte der Jahre 1992 bis 2000 des Großraums Stockholm mit einer Liegezeit von mindestens einer Woche (definiert als »sozial isolierter« Tod) und dem gleichzeitigen Vorliegen einer behandelten psychischen Erkrankung und/oder Substanzmittelmissbrauch aus. Im Fazit sehen die Autor:innen ihre Annahmen nicht bestätigt und halten fest, dass durch die Ambulantisierung der Versorgung keine wesentliche Zunahme sozial isolierter Todesfälle von Personen mit psychischer Erkrankung zu verzeichnen war. Zudem wird in der Studie festgestellt, dass Suchtabhängigkeiten in der Gruppe der Personen unter 65 Jahren insgesamt wesentlich häufiger waren als psychische Erkrankungen, und dass diese – insbesondere bei den verstorbenen Männern – auch häufiger mit einer Liegezeit von mehr als sieben Tagen einhergingen.

Die Untersuchung von Nilsson und Lögdberg (2008), welche alle Obduktionsberichte der Stadt Malmö mit Liegezeit von mindestens fünf Tagen (definiert als »sozial isolierter« Tod) und Schizophrenie-Erkrankung für mehr als fünf Jahrzehnte (1952 bis 2005) auswertet, kommt jedoch für diese weite Zeitspanne zu gegenteiligen Ergebnissen und schätzt die ambulante sozialpsychiatrische Gesundheitsversorgung für Personen mit Schizophrenie-Erkrankung als unzureichend ein. Die Analyse zeige, dass infolge der Deinstitutionalisierung der Versorgung eine zunehmende Zahl von Personen mit Schizophrenie-Erkrankung im Verlauf der Jahre allein verstorben sei, und dass auch die Anzahl der sozial isolierten Todesfälle insgesamt im Untersuchungszeitraum zugenommen habe.

Eine weitere Problematik, welche oft im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen – vor allem von Männern – thematisiert wird, ist die Tendenz zur Verwahrlosung der eigenen Person und der Wohnung. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) halten zum

15 Buster et al. (2014) verweisen allgemein auf ein höheres Vorkommen von psychischen Erkrankungen in der Stadt.

Zustand der Wohnung der Verstorbenen fest, dass 44 Prozent »verschmutzt und ungepflegt« und acht Prozent »vermüllt« waren. Außerdem verweisen die Autor:innen auf geschlechtsbezogene Unterschiede: Bei männlichen Verstorbenen zeige sich eine stärkere Tendenz zu »ungepflegten«, auch »verwahrlosten« Wohnungen und bei den verstorbenen Frauen zu »gepflegten« Wohnungen. Buster/Kiers/Das (2013) stellen fest, dass der Anteil der »verwahrlosten« Wohnungen mit höherer Liegezeit ansteigend war: 27 Prozent aller Wohnungen in der Gruppe der Todesfälle mit einem postmortalen Intervall von mindestens 14 Tagen wurden als »verwahrlost« eingeschätzt. Diese Häufigkeitsverteilungen sind jedoch mit Vorsicht zu rezipieren und lediglich als Entwicklungstendenz zu deuten, da all diese Beurteilungen – etwa von Mediziner:innen oder Polizist:innen – vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen und Wertvorstellungen subjektiv »eingefärbt« sind. Außerdem ist eine Vergleichbarkeit auch deswegen problematisch, da die Einschätzungen durch wechselnde Personen und nach differierenden Maßstäben erfolgten.

Byard und Tsokos (2007) besprechen im Zusammenhang mit sozial isolierten Todesfällen das in der klinischen Literatur – vor allem bei älteren Personen – beschriebene »Diogenes-Syndrom«, welches durch soziale Isolation und extreme Verwahrlosung der eigenen Person und der Wohnung sowie durch Ablehnung von Hilfe gekennzeichnet ist. Aus rechtsmedizinischer Perspektive der beiden Autor:innen handelt es sich um eine Untergruppe von forensischen Fällen, bei denen sowohl die Untersuchung der Sterbeorte als auch die Obduktion der Verstorbenen – das heißt die Identifizierung der Leiche sowie die Bestimmung der Sterbezeit und der Todesursachen – erschwert und mitunter unmöglich ist.

Das durchschnittliche Todesalter zwischen 55 und 64 Jahren wird in einzelnen Studien als Beginn des Rentenalters gekennzeichnet (Buster et al. 2014; Satomu et al. 2015). Das Ende der Erwerbsarbeit wird als kritisches Lebensereignis eingeschätzt, welches mit dem Risiko der sozialen Isolation einhergehen könne. Andere Untersuchungen widersprechen dagegen der Annahme, dass die Arbeitslosigkeit erst mit Erreichen des Ruhestands eingetreten ist, sondern stellen fest, dass die Verstorbenen bereits zuvor nicht berufstätig waren, und dass gerade durch die Arbeitslosigkeit im erwerbsfähigen Alter die soziale Isolation und das isolierte Sterben (mit)verursacht wurden (Otani 2005; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010, Merz et al. 2012, Kanawaku/Youkichi 2019). Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einem sozial isolierten Tod ist auch durch die Studie von Kanawaku und Youkichi (2019) gut belegt, welche fast 4.000 Obduktionsberichte des Jahres 2015 mit Sozialdaten (zum Erwerbsstatus und Sozialtransferbezug) abgeglichen haben und die Inzidenz und das postmortale Intervall nach Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus berechneten. Die Auswertung belegt, dass in der Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen – unabhängig vom Geschlecht – ein erhöhtes Risiko besteht, allein zu versterben, sowie die postmortalen Intervalle von arbeits- und erwerbslosen Personen signifikant länger sind. Der Erwerbsstatus ist demzufolge als ein protektiver Faktor gegen sozial isolierte Tode – insbesondere für Personen im mittleren bzw. erwerbsfähigen Alter – zu werten.

Dieses Ergebnis wird – zumindest dem ersten Anschein nach – nicht durch die wenigen Untersuchungen, die die Gründe der Auffindung erhoben haben, bestätigt (Merz et al. 2011 und 2012; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010). Explizit wird das »Fehlen am Ar-

beitsplatz« nur bei Merz et al. (2012) erwähnt und ist mit einem Anteil von einem Prozent beziffert. Es erscheint jedoch plausibel, dass die Entdeckung durch Initiative von Arbeitskolleg:innen weitaus häufiger erfolgte und unter anderen Gründen subsumiert wurde. Die unterschiedlichen Kategorien sind in den Untersuchungen zudem ungenügend abgegrenzt und weichen voneinander ab. Auch die Menge der fehlenden Angaben ist teils beträchtlich. Schließlich kann die geringe Anzahl der Auffindungen infolge der Initiative von Arbeitskolleg:innen auch dahingehend interpretiert werden, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Verstorbenen arbeitslos war.

Ungeachtet der Schwierigkeiten, die Klassifizierungen in den vorliegenden Befunden zu vergleichen, ist festzustellen, dass in der Mehrzahl der Fälle ein vergeblicher Kontaktversuch der Entdeckung vorausging. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) benennen als Gründe der Wohnungsöffnung: Das Scheitern der Kontaktaufnahme durch eine bekannte Person (56 %), die misslungene Kontaktaufnahme durch eine fremde Person (11 %), auffälliger Geruch (8 %), überquellender Briefkasten (5 %), allgemeine Auffälligkeiten der Wohnung (7 %), und für 13 Prozent der Fälle fehlen die Angaben.

Merz et al. (2011) unterscheiden als Anlässe der Auffindung »institutionelles Handeln« in 24 Prozent der Fälle (Wohnungs- und Schornsteinreinigung, Wohnungsöffnung, fehlende Mietzahlungen, fehlende Kontobewegungen, besorgte Sozialarbeiter:innen), »Initiativen der Familie oder von Bekannten« mit einem Anteil von 23 Prozent (besorgte Nachbar:innenschaft, Zimmerkontrolle durch die Mutter, Aufräumarbeiten der Ehefrau, frustrane telefonische Kontaktaufnahme), die »Belästigung durch Geruch oder Insektenbefall« (9 Prozent), aber in 44 Prozent aller Fälle sind die Gründe nicht erfasst.

Merz et al. (2012) halten als Ursachen der Entdeckung in 26 Prozent aller Fälle einen »unbekannten Anlass«, in 42 Prozent »fehlgeschlagene Kontaktaufnahmen«, in 15 Prozent »auffälligen Geruch«, in 6 Prozent einen »überquellenden Briefkasten«, in 2 Prozent »Besuch von Verwandten«, in 1 Prozent »unentschuldigtes Fehlen am Arbeitsplatz« und in 8 Prozent der untersuchten Fälle »sonstige Gründe« (z.B. ausgebliebene Mietzahlungen, geplante Festnahmen) fest.

Abgesehen von der hohen Zahl fehlender Angaben können die genannten Gründe der Auffindung unter übergeordneten Kategorien zusammengefasst werden, so dass 1. wahrnehmbare visuelle und olfaktorische Anzeichen, 2. gezielte Kontaktaufnahmen des sozialen Umfelds und 3. zufällige Entdeckungen infolge institutionellen bzw. behördlichen Handelns unterschieden werden können. In der Auszählung überwiegen deutlich die Auffindungen infolge intendierter Kontaktaufnahmen.

Zusammengefasst weisen die empirisch belegten Ergebnisse hinsichtlich des Profils und der sozialen Hintergründe der Personengruppe darauf, dass die Todesfälle vor allem alleinlebende Männer im mittleren Alter betreffen, welche häufig mit unterschiedlichen psychosozialen Problematiken konfrontiert sind und einem eher sozial benachteiligten Milieu zugerechnet werden können.

4. Präventionsmaßnahmen und Interventionen

Einzelne Erklärungen – wie unzureichende soziale Netzwerke oder mangelnde Unterstützung durch die öffentliche Gesundheitsversorgung – wurden bereits angesprochen.

Die in den Arbeiten erwähnten – meist nicht näher ausgeführten – Maßnahmenvorschläge leiten sich aus den teils empirisch belegten, teils nur angenommenen Ursachen ab. Im Folgenden werden die benannten Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen Einsamkeit, soziale Isolation sowie *einsames* Sterben und sozial isolierte Tode unter thematischen Überschriften zusammengefasst. Abgesehen von den Forscher:innen um van Hondel et al. (2016), die den Aktionsplan der Großstadt Rotterdam gegen Einsamkeit vorstellen, benennen die übrigen Veröffentlichungen einzelne Ansatzpunkte oder beziehen sich auf die Handlungsmöglichkeiten in kleinräumigen Gebieten (z.B. Dahl 2016, Loke 2019).

a. Stärkung der individuellen sozialen Netzwerke Bereits Gurley et al. (1996) sehen den besten Schutz in der Existenz aktiver sozialer Beziehungen und plädieren dafür, die Kontakte älterer Personen zu identifizieren und diese bei der Aufrechterhaltung zu unterstützen. Fukukawa (2011) belegt, dass zur Prävention sozial isolierten Sterbens die räumliche Nähe wichtiger ist als die familiäre und spricht sich für die Stärkung der örtlichen Nachbar:innenschaftsnetzwerke aus.

b. Kontrolle und Hilfe durch elektronische Hilfsmittel Bereits Gurley et al. (1996) erwähnten technische Hilfsmittel als ergänzende Möglichkeit, um die Unterstützung alleinstehender, relativ sozial isolierter Personen im Notfall sicherzustellen. In den letzten Jahren finden sich nun verstärkt Arbeiten, die die Möglichkeiten der Digitalisierung und der Nutzung sozialer Medien zur Vermeidung von Notlagen und von unbemerkten Todesfällen beschreiben.

Einige Veröffentlichungen sind sich der Limitationen von technischen Systemen bewusst, welche zwar Notlagen und unbemerkte Todesfälle, nicht aber belastende Gefühle der Einsamkeit und sozialer Isolation verhindern können und befürworten infolgedessen eine Kombination praktizierter sozialer Unterstützung und technischer Hilfsmittel. Ito et al. (2012) sehen in der Nutzung elektronischer Medien die grundsätzliche Möglichkeit des heimbasierten regelmäßigen Kontakts für und mit alleinlebenden Älteren. Takami/Torii/Ishii (2014) und Lee/Lee (2015) heben weniger die digitalen Kontaktmöglichkeiten hervor, sondern vielmehr die wachsende Bedeutung technischer Sicherheitssysteme zur Identifizierung und Vermeidung von Notlagen – vor allem älterer Personen. Beide Studien befürworten die permanente Überwachung des privaten Raums und des halböffentlichen Bereichs des Wohnhauses. Die Kehrseiten dieser digitalen Kontrolle – der Eingriff in die Privatsphäre und in die Freiheitsrechte – werden in den Arbeiten nicht näher reflektiert. Bei Kobayashi (2015) dagegen liegt der Schwerpunkt darin, mittels der technischen Systeme die direkte Nachbar:innenschaft und sonstigen sozialen Netzwerke älterer Personen einzubeziehen und durch die digitale Vernetzung zu stärken. Auch Nomura et al. (2016) befürworten die andauernde Fernüberwachung zur Gewährleistung der Sicherheit, sehen aber ebenso die Notwendigkeit, diese sowohl mit der Stärkung der persönlichen sozialen Netzwerke als auch mit aufsuchender Sozialarbeit zu verbinden.

c. Aufwertende sozialräumliche Maßnahmen im Wohnumfeld Auch Maßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität des Wohnumfelds werden als geeignet angesehen, nachbarschaftliche Kontakte anzuregen, aufrechtzuerhalten und zu intensivieren. Tiefenbach

(2015) weist auf die positiven Auswirkungen einerseits durch Reduzierung von Umweltbelastungen wie Luft- und Lärmbelastung sowie andererseits durch Begrünungsmaßnahmen hin, welche dazu führen können, dass der öffentliche Raum wieder stärker durch die Bevölkerung genutzt wird. Loke (2019) hebt sowohl die Schaffung von Begegnungsorten als auch die Unterstützung durch aufsuchende Sozialarbeit im Sozialraum hervor. In der Untersuchung werden diverse exklusionsförderliche soziale, räumliche und (sozial-)infrastrukturelle Bedingungen identifiziert, welche zwischenmenschliche Begegnungen verhindern und den Rückzug der Bevölkerung aus dem öffentlichen Raum bewirken und dadurch das Risiko der Vereinsamung, sozialen Isolation und *unentdeckter* Tode erhöhen. Die möglichen Ansatzpunkte, um diesen sozialen Prozessen entgegenzusteuern, sieht Loke (2019) in der gezielten Gestaltung der exklusionsförderlichen Bedingungen mit einer »reflexiven räumlichen Haltung« (vgl. Kessl/Reutlinger 2007: 26) in einem breiten Bündnis aller im Sozialraum aktiven Akteur:innen. Dahl (2016: 154ff.) beschreibt den *Bottom-Up*-Ansatz in einer »danchi« (»planmäßig angelegte Großbausiedlung«), welcher mittels Kooperation lokaler Akteur:innen und der Partizipation der Bewohner:innenschaft eine »helfende Nachbarschaft« aufzubauen sucht. Zu den Maßnahmen gehören die Steigerung des gesellschaftlichen Problembewusstseins durch Aufklärung und Information, die Identifizierung und Überwachung »gefährdeter« Personen, die Schaffung von Begegnungs- und Freizeitangeboten sowie die Vermittlung sozialer Unterstützungsleistungen.

d. Sozialstrukturelle Maßnahmen Einige Arbeiten sprechen sich für strukturelle Veränderungen des Sozial- und Gesundheitswesens aus, um »gefährdete« Personen in stärkerem Maße zu erreichen und die Qualität der Unterstützungsleistungen zu verbessern. Nilsen und Lögdborg (2008) formulieren diese Notwendigkeit zur Erweiterung der ambulanten Gesundheitsversorgung vor allem für die Gruppe der Personen mit psychischen Erkrankungen. Buster et al. (2014) nehmen die öffentliche Gesundheitsversorgung insgesamt in den Blick und zeigen sich grundsätzlich von deren präventiver Wirkung überzeugt, bedauern jedoch, dass die Reichweite möglicher Maßnahmen durch rechtliche Bestimmungen begrenzt ist. Die Wahrung der Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen führe mitunter dazu, dass die öffentlichen Gesundheitsdienste nicht tätig werden können, um potenzielle Gefahren abzuwenden. In anderen Publikationen fehlen rechtlich begründete Bedenken hinsichtlich der Beschränkung von Grundrechten. Satomu et al. (2015) sehen Eingriffe in die persönliche Freiheit zur Abwendung von Notlagen als gerechtfertigt an und befürworten obligatorische Hausbesuche sowie medizinische Kontrolluntersuchungen bei »Risikogruppen«. Dasselbe gilt für alle Arbeiten, in denen technische Überwachungssysteme vorgestellt oder befürwortet werden. Nomura et al. (2016) haben weniger die Gesundheits- als die Sozialdienste im Blick und sprechen sich für vermehrte Besuche von Sozialarbeitenden aus. Campobasso et al. (2009) sehen diese Maßnahme dagegen eher kritisch und verweisen auf die Metaanalyse von van Haastregt et al. (2000), welche durch präventive Hausbesuche keinen eindeutigen Einfluss auf den Gesundheitszustand belegt sahen.

In den meisten Publikationen werden »Risikogruppen« bestimmt. Auch Kadoya (2005) verneint, dass unbemerkte Todesfälle alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen angehen, sondern sieht vor allem einkommensarme Personen betroffen. »Kodokushi«

– »einsame Tode« – ereigneten sich immer dann, wenn Einsamkeit mit Armut einhergehe. Grundsätzlich sollten daher Maßnahmen zur Armutsbekämpfung als präventive Maßnahme ergriffen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hinsichtlich der Prävention und Intervention notwendig erachteten strukturellen Maßnahmen vor allem die Gesundheits- und Sozialpolitik betreffen. Daneben sind in einigen Arbeiten – zumindest indirekt – auch Ansatzpunkte im Bereich der Städte- und Wohnungsbaupolitik angesprochen.

e. Appelle an die Eigeninitiative der Betroffenen Mitunter erfolgen Empfehlungen oder Appelle an die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen. Satomu et al. (2015) richten sich allgemein an alleinlebende Personen und raten diesen, besser auf sich selbst aufzupassen und nach Eintritt in den Ruhestand an Gemeinschaftsaktivitäten teilzunehmen, um so ein sozial isoliertes Sterben zu verhindern. Außerdem wird vorgeschlagen, dass Personen ohne häusliche Pflege eine Tageszeitung abonnieren sollten, um so das postmortale Intervall zu verkürzen¹⁶.

f. Programme/Aktionspläne Nachdem in Rotterdam eine mumifizierte Wohnungsleiche erst zehn Jahre nach Todeseintritt aufgefunden wurde, entwickelte die Stadt einen Aktionsplan gegen Einsamkeit und soziale Isolation mit dem Titel »Voor Mekaar« (»Für einander«), der Maßnahmen im Bereich der Aufklärung, Information und Identifikation sowie des Aufbaus sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützungsleistungen umfasst (van den Hondel et al. 2016). Betroffene Personen selbst oder deren besorgtes Umfeld können sich telefonisch, online oder persönlich an 14 verschiedenen Stellen im Stadtgebiet melden und Unterstützung anfordern. Eine breite Informationskampagne soll für die Thematik sensibilisieren. Die Bewusstseinskampagne wird ergänzt durch Informationsveranstaltungen und -broschüren für betroffene und helfende Personen. Es gibt Appelle an einsame Personen selbst sowie an ihr Umfeld, mit anderen in Kontakt zu treten und gemeinsam aktiv zu werden. Auf Quartiersebene wird die Bildung sozialer Netzwerke unter Beteiligung lokaler Organisationen anzuregen versucht – mit dem Ziel, »gefährdete« Personen über 65 Jahren zu identifizieren und mit diesen persönlichen Kontakt aufzunehmen. Personen über 75 Jahren werden grundsätzlich einmal jährlich zu Hause besucht, um notwendigen Unterstützungsbedarf zu bestimmen. Um auch Personen zu erreichen, die die öffentliche Gesundheitsversorgung ablehnen und/oder an Suchtabhängigkeiten leiden, gibt es eine Kooperation mit verschiedenen Ämtern und/oder der Polizei, welche Verdachtsfälle an die öffentliche Gesundheitsversorgung melden.

16 Die *Deutsche Post* hat von Juli 2014 bis Ende 2016 im Ruhrgebiet einen neuen Service »Post persönlich« für einen Preis von 40 Euro im Monat angeboten. Zielgruppe waren »alleinlebende ältere und behinderte Menschen«, bei denen die Postboten auf ihrer täglichen Runde klingeln und nachfragen sollten, wie es ihnen geht, auch dann, wenn dort keine Briefe zuzustellen waren. Voraussetzung für diesen Service war, dass die Postkund:innen von der *Johanniter-Unfall-Hilfe* im Rahmen des Hausnotrufs betreut wurden. Das jeweilige Befinden wurde dann der *Johanniter-Unfallhilfe* rückgemeldet und gegebenenfalls entsprechende Schritte eingeleitet. Im Ruhrgebiet wurde der Service wegen zu geringer Nachfrage eingestellt, und auch in Bremen wurde das Projekt nach Ende der einjährigen Testphase 2019 aus demselben Grund eingestellt.

Der Aktionsplan der Stadt Rotterdam fußt auf mehreren Säulen und zielt auf die Verstärkung des sozialen Zusammenhalts und eine planvolle Unterstützung »gefährdeter« Personen durch breite Unterstützungsnetzwerke von staatlichen, zivilgesellschaftlichen und privaten Akteur:innen.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Der Gesamtblick auf den Forschungsstand macht deutlich, dass *unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben inhaltlich mit verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Problematiken verknüpft werden. Ein gehäuftes Auftreten wird nach Naturkatastrophen oder im urbanen Kontext, infolge der Erosion traditionaler gesellschaftlicher und familiärer Beziehungen (Buster/Kiers/Das 2013; Kato et al. 2017) bzw. infolge des abnehmenden gesellschaftlichen Zusammenhalts, des sozialen Wandels und der soziodemographischen Entwicklung (Lee/Lee 2015; Nomura et al. 2016) ebenso angenommen wie ein Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung durch Armut, Arbeitslosigkeit oder durch psychische Erkrankungen und strukturell begründete unzureichende gesundheitliche und soziale Unterstützungsleistungen.

Entsprechend dieses weiten Begründungszusammenhangs werden die *unentdeckten* Todesfälle als Symbol verschiedener kritischer gesellschaftlicher Entwicklungen gedeutet. Die unbegleiteten Tode älterer Personen werden in den Publikationen aus Japan und Korea besonders problematisch angesehen. Lee und Lee (2015) sprechen in diesem Kontext von einer »Verletzung der Menschenwürde« und benennen die Problematik als »neue soziale Frage«, die dringend angegangen werden müsse, da zukünftig von einer wachsenden Zahl älterer alleinlebender und -sterbender Personen auszugehen sei. Nomura et al. (2016) heben hervor, dass sich dieses Problem gleichermaßen in allen alternden Gesellschaften mit erodierenden sozialen Beziehungen ausprägen und zukünftig noch stärker zeigen werde. Auch Kato et al. (2017) sehen ein globales Problem für alle städtischen Einpersonenhaushalte, und betonen die Notwendigkeit weltweiter wissenschaftlicher Zusammenarbeit, um wirksame Maßnahmen zu entwickeln.

Auch diese Arbeit ist von der Überzeugung getragen, dass es sich um ein soziales Phänomen von hoher Bedeutung handelt, welches bislang insgesamt zu wenig Beachtung erfahren hat und grundlegend wie systematisch untersucht werden sollte. Die Gründe für die mangelnde Erforschung werden vor allem in einer stark »vermeidenden« bzw. »abwehrenden« Haltung gegenüber dem Gegenstand angenommen.

Die interdisziplinäre Herangehensweise erscheint aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit des Phänomens unverzichtbar. Allerdings sind bisher vor allem die naturwissenschaftlichen bzw. (rechts-)medizinischen und weniger die sozialwissenschaftlichen Aspekte erforscht. Einige noch ungenügend beantwortete soziale Fragen seien exemplarisch angeführt: Sind *unentdeckte* Tode ein Symbol (problematischer) gesellschaftlicher Entwicklungen? Manifestiert sich soziale Ungleichheit am Lebensende auch in *unentdeckten* Todesfällen? Welche (sozial benachteiligten) Personen(-gruppen) sind vor allem gefährdet, allein und unbemerkt zu versterben? Welche sozialen (sozio-kulturellen und sozialstrukturellen) Bedingungen begünstigen das Auftreten *unentdeckter* Todesfälle? Wann sind ein *einsames* Sterben und ein *unentdeckter* Tod kritisch zu sehen und wann nicht?

Einsames Sterben und *unentdeckte Tode* ereignen sich zwar im privaten Raum, aber immer auch im gesellschaftlichen Kontext und im Verweis auf das soziale und räumliche Umfeld. Durch die naturwissenschaftliche Fokussierung ist die Analyse des Gesamtkontexts *unentdeckter Tode* bislang kaum erfolgt.

Es ist notwendig, die dürftige empirische Basis mittels umfassender empirischer Erhebungen *unentdeckter Tode* zu überprüfen sowie mittels theoretischer Grundlegungen zu erweitern und zu konsolidieren. Bestehende Widersprüche sind zu klären, Begrenzungen aufzuheben und Forschungslücken zu schließen bzw. zu minimieren.

2.2 Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen

Diese Arbeit zielt darauf ab, theoretische und empirische Erkenntnisse zu Faktoren bzw. Bedingungen in der Lebenslage zu gewinnen, durch welche Prozesse der Vereinzelung, Vereinsamung, der sozialen Exklusion und in den Folgen auch ein *einsames Sterben* und *unentdeckte Tode* begünstigt werden. Das Zusammenwirken der individuellen, gesellschaftlichen, sozialen wie räumlichen Bedingungsfaktoren wird abschließend anhand des »Interdependenten Mehrebenenmodells *unentdeckter Tode*« veranschaulicht (vgl. Kapitel 10).

Die Wahl der Methoden richtet sich nach den oben benannten Ausgangsfragestellungen – unter den vier Überschriften der Empirie, des statistischen Profils, des sozialen Hintergrunds sowie der Präventionsmaßnahmen und Interventionen.

Theorie und Empirie sind aufeinander bezogen und zielen in der Verknüpfung auf die wechselseitige Ergänzung sowie auf die Vertiefung der gewonnenen Erkenntnisse. Die Schwerpunkte unterscheiden sich: Vereinfacht formuliert zielt der theoretische Teil vor allem auf die Erläuterung der Teilkontexte und auf mögliche Zusammenhänge, der empirische Teil überprüft bisherige Annahmen, generiert neue Ergebnisse und exploriert – insbesondere durch die qualitative Forschung – die individuellen und sozialräumlichen Hintergründe.

1. Theoretische Untersuchung

Ziel der theoretischen Untersuchung ist es den Gesamtkontext zu explorieren und Erklärungen für *einsames Sterben* und *unentdeckte Tode* zu ermitteln. Auf der Makroebene geschieht dies durch die Betrachtung des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben, Tod und Einsamkeit. Eine abwehrende Haltung gegenüber Einsamkeit und der konkreten Erfahrung mit Sterben und Tod kann begründen, wie insbesondere vereinzelte und vereinsamte Personen »unsichtbar« werden und ihr Tod in der Folge *unentdeckt* bleibt. Mit dem Blick auf das Phänomen des »kodokushi« in Japan wird auch eine international vergleichende Perspektive eingenommen und hinterfragt, inwiefern die dort gewonnenen Erkenntnisse auf die Situation in Deutschland übertragen werden können.

Auch aus den theoretischen Erkenntnissen und empirischen Ergebnissen der interdisziplinär ausgerichteten Thanatologie und Einsamkeitsforschung lassen sich Rückschlüsse für das Forschungsfeld der *unentdeckten Tode* ableiten. Die allgemeinen soziodemographischen Mortalitätsverhältnisse weisen auf soziale und geschlechtsspezifische Ungleichheiten am Lebensende. Der Vergleich der verschiedenen Sterbeorte

stellt die Spezifika des unbegleiteten Sterbens im eigenen Zuhause – wie beispielsweise verstärkte Gefühle der Einsamkeit und der Verlassenheit – heraus. Die empirische Einsamkeitsforschung belegt eine Reihe von Risikofaktoren der Einsamkeit, die sowohl die Morbidität als auch die Mortalität der Betroffenen erhöhen. Dadurch können wiederum Zusammenhänge zum *einsamen* Sterben und *unentdeckten* Toden geschlossen werden, die das allgemeine Verständnis vertiefen sowie die Interpretation der eigenen Ergebnisse fundieren bzw. ergänzen.

2. Empirische Untersuchung

Die empirische Erforschung des Phänomens erfolgt mittels Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden. Durch die Kombination werden unterschiedliche Perspektiven auf das Phänomen der *unentdeckten* Tode eingenommen. Die deskriptivstatistische Analyse vermisst das Phänomen exemplarisch für zwei Kommunen. Die qualitative Sozialraumforschung gibt Einblick in die Lebens- und Sterbeverhältnisse eines Ortes mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Todesfälle und ermöglicht ein vertieftes Verstehen und Erklären des Gesamtkontexts. Durch die Verbindung der methodischen Verfahren erweitert sich die Betrachtung, und es ergibt sich ein umfassenderes Bild des Forschungsgegenstands.

a. Quantitative Erhebung Es werden für zwei Großstädte in Nordrhein-Westfalen mit vergleichbarer Einwohnerzahl, aber differenter Sozialstruktur (Gelsenkirchen und Aachen) alle Todesfälle mit Angabe einer Liegezeit – von mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen – für eine Dekade (2006–2016) ausgezählt. Dies erfolgt durch die händische Sichtung der bei den Standesämtern vorliegenden Sterbefallanzeigen. Diese Dokumente enthalten neben dem Todestag bzw. -zeitraum (»Liegezeit«) auch Hinweise zum Geburtstag und -ort, der letzten Wohnadresse, dem Familienstand, der Nachkommenschaft und der Konfessionszugehörigkeit. Die Angaben zum Personenstand werden so umgewandelt, dass eine deskriptivstatistische Analyse mittels SPSS durchgeführt werden kann. Die Datenauswertung ermöglicht diverse Rückschlüsse: Einerseits wird die quantitative Entwicklung ((In-)Konstanz, Zu- oder Abnahme) *unentdeckter* Tode dokumentiert, andererseits wird durch die Auswertung der genannten Variablen ein statistisches Profil der Personengruppe(n) erkennbar. Schließlich kann die Anzahl *unentdeckter* Tode ins Verhältnis zu allen jährlichen Sterbefällen der Kommunen gesetzt werden. Durch die Auswertung in zwei unterschiedlichen Regionen kann rückgeschlossen werden, ob die Häufigkeit des Auftretens von lokalen Faktoren beeinflusst wird. Die Beschränkung der Erhebung auf zwei Kommunen in Nordrhein-Westfalen erfolgt aus forschungspraktischen Gründen: Einerseits, um an die bisherige Forschung anzuschließen und dabei die bereits geknüpften Kontakte zur Sozialverwaltung nutzen zu können. Andererseits ist wegen der übereinstimmenden Bundesland-Zugehörigkeit nur ein Antrag auf Einsicht in die Personenstandsregister nach Paragraph 66 (»Benutzung für wissenschaftliche Zwecke«) des Personenstandsgesetzes notwendig.

b. »Kleine« Fall- und Feldstudie Der Forschungsstand weist auf eine Häufung der *unentdeckten* Todesfälle in bestimmten städtischen Bereichen. Die qualitative Sozialraumfor-

schung erfolgt an einem solchen Ort. Im konkreten Fall handelt es sich um ein Straßenteilstück mit insgesamt sechs Mehrfamilienhäusern und einer Bewohner:innenschaft, die im Verlauf der Jahre 2016 bis 2019 zwischen 39 und 51 Personen umfasste. Für einen zehnjährigen Zeitraum sind hier zehn *unentdeckte* Todesfälle mit einer Liegezeit zwischen zwei und mehr als 200 Tagen belegt. Die Hintergründe von drei Verstorbenen werden durch Befragungen der Nachbar:innenschaft beleuchtet. Außerdem berichten einzelne Anwohner:innen aus ihrem eigenen Leben und schildern psychosoziale Probleme, die auch bedingen, dass das Bemühen um nachbarschaftliche Fürsorge abnimmt. Die Schilderungen des Alltags lassen darüber hinaus die Möglichkeiten und Beschränkungen des Sozialraums erkennen.

Die Befragungen sind im Rahmen spontaner Begegnungen erfolgt. Die Gesprächsführung ist bewusst offen und nicht direktiv angelegt. Nach Setzung eines Erzählimpulses werden die Erzählungen durch Techniken des aktiven Zuhörens angeregt und bleiben somit weitestgehend frei von Lenkung durch die Interviewerin. Erst im späteren Verlauf werden Nachfragen zu den Verstorbenen und dem Sozialraum eingebracht. Die aufgezeichneten Gespräche werden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durch deduktive Kategorienbildung mit dem Ziel der inhaltlichen Strukturierung ausgewertet. Zusätzlich sind durch wiederholte *strukturierte Begehungen* Beobachtungen und Wahrnehmungen gesammelt worden, auf deren Basis exklusionsförderliche Bedingungen bestimmt werden.

Die näheren Ausführungen zur Vorbereitung der empirischen Untersuchungen, der Operationalisierung der zentralen Begriffe sowie zu den angewandten Methoden in der Datenerhebung und -auswertung erfolgen in den entsprechenden Kapiteln.