

Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Püschel

**Todesfälle von Wohnungslosen in Hamburg –
Entwicklung von 2007 bis 2015**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin an der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Nina Asseln geboren am 01.02.1986 in Bremen

Hamburg 2018

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 28.08.2018

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende:	Prof. Dr. Klaus Püschel
-------------------------------------	-------------------------

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter:	Prof. Dr. Ingo Schäfer
---------------------------------------	------------------------

Meiner Familie gewidmet

1. Einleitung	1
2. Zielsetzung, Fragestellung, Hypothesen	4
3. Material und Methoden	6
3.1. Beschreibung der Datenerhebung	6
3.2. Aktenauswahlkriterien der Todesfälle	7
3.3. Fallanzahl	7
3.4. Äußere Leichenschau	8
3.5. Sektion	8
3.6. Radiologie (PMCT)	9
3.7. Toxikologie	10
3.8. Serologie	10
3.9. Kategorisierung der Todesursachen	10
4. Begriffserklärung der Obdach- und Wohnungslosigkeit	11
4.1. Obdachlosigkeit	11
4.2. Wohnungslosigkeit	11
4.3. Häufige Wohnheime, Institutionen und Schlafstätten	12
5. Ergebnisse	14
5.1. Beschreibung des untersuchten Personenkreises	14
5.2. Zu den Todesumständen	17
5.3. Leichenschaubefunde	23
5.4. Sektionsbefunde	38
5.5. Herz- und/oder Gefäßerkrankungen	39
5.6. Ödembildung	44
5.7. Lungenerkrankungen	45
5.8. Zentrales Nervensystem	47
5.9. Leber- und Pankreas Erkrankungen	48
5.10. Magen-Darm Erkrankungen	51
5.11. Milz, Nieren- und Nebennieren Erkrankungen	53

5.12. Urologische/oder Gynäkologische Erkrankungen.....	55
5.13. Erkrankungen der Glandula thyroidea.....	56
5.14. Auffälligkeiten- und/oder Erkrankungen der Haut.....	56
5.14. Auffälligkeiten der Extremitäten.....	59
5.15. Zeichen äußerer Gewalteinwirkung.....	61
5.16. Serologische Untersuchungen	62
5.17. Toxikologische Untersuchungen	63
5.18. Suchtverhalten	63
5.19. Todesursachen	68
6. Diskussion	72
6.1. Ergebniskritik: Einordnung der aktuellen Ergebnisse im Hinblick auf Vorstudien und Literatur.....	72
6.2. Zu den Todesursachen	96
6.3. Methodenkritik	114
7. Falldarstellungen	115
8. Zusammenfassung	123
8.1. Zusammenfassung	123
8.2. Summary	125
9. Schlussfolgerungen/Fazit.....	127
9.1. Schlussfolgerungen/Fazit.....	127
9.2. Empfehlungen zur Verbesserung der Lebens- und Sterbesituation für obdach- und wohnungslose Menschen in Hamburg.....	129
10. Literaturverzeichnis.....	131
11. Anhang	146
11.1. Datenerhebungsbogen	146
12. Danksagung	151
13. Lebenslauf	152
14. Eidesstattliche Erklärung	153

1. Einleitung

Wir alle sehen sie, die Menschen, die auf der Straße (im Freien) leben und dort ihren Lebensmittelpunkt haben.

Vielen Obdachlosen sieht man ihre prekäre Lebenssituation augenscheinlich deutlich an. Ihr Hab und Gut führen sie stets bei sich, aufbewahrt unter anderem in Plastiktüten oder Einkaufswagen. Sie gehören zur Gruppe der sozial Randständigen.

Besonders in Großstädten leben sie im öffentlichen Raum im Freien auf Bürgersteigen, in Kellereingängen, in Parks, unter Brücken oder in Zelten. Sie machen „Platte“. Hin und wieder können sie Zuflucht in Wohnunterkünften, Notunterkünften, Frauenhäusern, vorübergehend bei Bekannten oder in Billigpensionen finden (Nawka 2009).

In den letzten Jahren hat die Armut in Hamburg stark zugenommen (Bischoff und Müller 2017).

Bundesweit waren im Jahr 2016 insgesamt etwa 860.000 Menschen ohne Wohnung, allein seit 2014 ist dies ein Anstieg um etwa 150%.

Aufgrund des Flüchtlingsstroms in den letzten zweieinhalb Jahren sind in Hamburg weitere Länder in den Vordergrund gerückt: Unter anderem Menschen aus Syrien, Afghanistan und dem Irak (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2017).

Seit dem Jahr 2016 schließt die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. in ihre Schätzung die Zahl der wohnungslosen anerkannten Flüchtlinge ein. 2016 sind dies etwa 440.000 Menschen.

Aktuell leben in Deutschland rund 52.000 Menschen ohne jede Unterkunft auf der Straße. Seit 2014 (ca. 39.000) ist dies ein Anstieg um 33 % (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2017).

Im Winter bietet das Winternotprogramm der Stadt Hamburg eine weitere Übernachtungsstätte / Zufluchtsstätte. Die Erfahrung von Diebstahl oder sozialen Konflikten in Wohnunterkünften lässt einige Obdachlose/Wohnungslose gänzlich das Leben auf der Straße vorziehen. Hinzu kommt, dass Tiere, insbesondere Hunde nur in wenigen Einrichtungen mitgeführt werden dürfen.

Häufige Gründe für den Weg in die Wohnungslosigkeit sind Arbeitslosigkeit, Ehescheidung, Alkoholabhängigkeit, ein Migrationshintergrund und häufig hinzukommende psychische Probleme (Nawka 2009).

In einigen Fällen spielt auch ein vermeidungsorientiertes Handeln durch das Gefühl des Scheiterns sowie Resignation eine Rolle. Es fehlt an Problem- und Konfliktbewältigungsstrategien, die das „Hineinschlittern“ in die Wohnungslosigkeit fördern können (Paulgerg-Muschiol 2009).

Folglich ist eine Strategie zur Verbesserung der Lebensqualität dieser heterogenen Gruppe der Obdachlosen als besonders schwierige Herausforderung zu betrachten.

Die Existenz auf der Straße wird durch einen wenig gesundheitsbewussten Lebensstil geprägt. Darüber hinaus wird die physische Verelendung durch die fehlende Anbindung an das ärztliche und zahnärztliche Versorgungssystem stark getriggert.

Gegensätzlicher kann es kaum sein; denn in Hamburg leben 42.000 Millionäre. In keiner anderen deutschen Stadt ist die Millionärsdichte höher (Bischoff und Müller 2017).

„Mir scheint, unser Blick ist verstellt von Vorurteilen oder dem Wunsch, es möge keine sichtbare Armut geben, damit wir ruhigen Gewissens unserer Wege gehen können. Doch es gibt in Deutschland zu viele, die ohne den Schutz einer Wohnung leben, weil Wohnraum knapp ist, Familien in prekären Verhältnissen leben oder zerfallen. Auch weil Lebenswege nicht immer gerade verlaufen“, so der Bundespräsident (Steinmeier 2018).

Eine geringe sozioökonomische Stellung in der Gesellschaft ist oftmals gekoppelt an Herz-/ Kreislauf Erkrankungen, Diabetes und Depressionen (Robert Koch-Institut 2015).

Erschwerend wirkt sich häufig ein erhöhtes Suchtverhalten durch Substanzmissbrauch wie Alkohol, Nikotin und Rauschgift aus (Fazel et al. 2014).

Schlafmangel, familiäre Probleme, psychische Probleme, eine gewisse Schmerzunempfindlichkeit und mangelnde Körperhygiene sind ebenfalls zu nennen. Das Durchbrechen dieser Abwärtsspirale wird durch psychische Faktoren und soziale Schwierigkeiten erschwert. Konkret resultiert durch die multipel erschwerten Lebensbedingungen auf der Straße eine frühzeitige körperliche Erschöpfung und eine geringere Lebenserwartung im Vergleich zur restlichen Bevölkerung, speziell auch in Folge von Unfällen, infektiösen Erkrankungen sowie chronischen Erkrankungen und Suiziden (Fazel et al. 2014).

Die Rechtsmedizin unterhält neben der Suche nach der Todesursache auch einen sozialmedizinischen Auftrag.

Der Leiter des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg (Prof. K. Püschel) veröffentlichte in den letzten Jahren mehrere Studien zum Thema Wohnungslosigkeit.

Eine erste Datenerhebung zu verstorbenen wohnungslosen Personen in Hamburg wurde von Ishorst-Witte vorgenommen und 2001 im Rahmen einer medizinischen Dissertation mit dem Thema „Zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Hamburg unter Berücksichtigung einer Analyse von 388 Todesfällen“ veröffentlicht. 2006 wurde im Rahmen einer Folgearbeit die medizinische Dissertationsschrift von Grabs „Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg, eine Fallanalyse von 307 Todesfällen“ veröffentlicht.

Stanislaw Nawka verfasste seine medizinische Dissertation über die „Morbidity obdachloser Menschen in Hamburg“ 2009.

Die verschiedenen Blickwinkel dieser Dissertationen zur Morbidität und Mortalität, ermöglichen einen Blick auf den aktuellen Entwicklungszustand der Todesfälle von Obdachlosen Menschen in Hamburg.

In der Folge stellen sich weitergehende Fragen zur Entwicklung dieses Personenkreises im Hinblick auf diverse epidemiologische, soziale, medizinische und psychische Aspekte (betreffend zum Beispiel das Geschlechterverhältnis, den allgemeinen- und speziellen Gesundheitszustand, das Suchtverhalten, den Pflegezustand, das Sterbealter und die Umstände des Todes).

2. Zielsetzung, Fragestellung, Hypothesen

Zielsetzung

Das Ziel dieser Dissertation ist eine detaillierte Auswertung über Hamburger Todesfälle bei Wohnungslosen. Herausgearbeitet werden sollen wichtige Parameter wie beispielsweise das Genderverhältnis, das Todesalter, die Herkunft, der Gesundheitszustand, die Todesursachen sowie die Umstände des Todes.

Diese Studie wertet einen mehrjährigen Zeitraum für Hamburg aus und wird mit folgenden vorangegangenen Dissertationen aus der Stadt verglichen:

Ishorst-Witte zur Analyse von 388 Todesfällen, im Jahr 2001 veröffentlicht, sowie Grabs im Rahmen einer Folgearbeit mit der Auswertung von 307 Todesfällen, 2006 veröffentlicht.

Insgesamt resultiert daraus ein mehr als 23 jähriger Analysezeitraum.

Fragestellung

In welche Richtung hat sich das durchschnittliche Sterbealter verändert?

Leben wohnungslose Menschen aktuell länger oder kürzer?

Woher genau stammen die Verstorbenen?

Wohin entwickelt sich die Anzahl der Frauen?

Was lässt sich über den Pflegezustand aussagen?

Welche Erkrankungen sind auffällig häufig vertreten?

Wo sterben obdachlose Menschen?

Wie zeitig werden die Verstorbenen aufgefunden?

Gibt es eine Verschiebung der Nationalitäten?

Hypothesen

Interessant wird es auch sein, der Frage nachzugehen, ob politische und gesetzliche Veränderungen wie das Schengen-Abkommen, zu einer anderen Nationalitätenkonstellation (Osteuropäischer Raum) unter den Wohnungslosen führt.

Welche politischen und internationalen Einflüsse wirken sich in der Stadt Hamburg stark auf das Leben der Wohnungslosen aus? Gibt es in „der Stadt der Kräne“ inzwischen ausreichend Sozialwohnraum?

2. Zielsetzung, Fragestellung, Hypothesen

In Hamburg gibt es seit den neunziger Jahren mehr Projekte und Hilfsangebote für wohnungslose Menschen. Wirkt sich dies positiv auf den Gesundheitszustand insbesondere bei Obdachlosen aus? Gibt es weniger vermeidbare Todesfälle aufgrund einer besseren medizinischen Versorgung?

Die Etablierung von Methadon ist seit den neunziger Jahren fester Bestandteil der Substitutionsprogramme. Führt diese Form der Medikation zu einem geringeren Konsumverhalten von Rauschgift?

3. Material und Methoden

3.1. Beschreibung der Datenerhebung

Quelle der erhobenen Daten

Grundlage dieser Arbeit sind die Daten, die im Zusammenhang mit den Todesfällen von 263 Hamburger Wohnungslosen erhoben worden sind.

Alle Daten dieser Arbeit stammen ausschließlich aus dem Hamburger Institut für Rechtsmedizin. Gesichtet und analysiert wurden sämtliche Handakten der in dieser Arbeit Berücksichtigung findenden Fälle.

Zur Wahrung der Schweigepflicht sowie aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes der Verstorbenen, wurde für jeden ausgewerteten Todesfall eine Studiennummer zur Anonymisierung vergeben.

Datenverarbeitung

Als Instrument einer möglichst detaillierten Datenerhebung wurde von der Autorin zu Beginn der Recherche ein Beurteilungsbogen in Papierform entwickelt, der Personen- sowie Gesundheitsdaten der Verstorbenen aufnehmen konnte.

Angelehnt wurde die erste Version an die vormals ausgewerteten Daten von Grabs, 2006 veröffentlicht. Im stetigen Voranschreiten der Aktenrecherche konnte dieser Beurteilungsbogen um weitere Auffälligkeiten des Todes präzisiert und ergänzt werden, ohne dass eine bereits bestehende digitale Tabelle verändert werden musste.

Erst am Ende der Auswertung der analysierten Handakten wurden die daraus gesammelten Informationen des analogen Fragebogens in eine digitale Form übermittelt. So konnte eine schlüssige und gut zu verarbeitende Tabelle in Excel entwickelt und mit der Pivotfunktion weiterverarbeitet und ausgewertet werden.

Das Literaturverzeichnis entstand mit Hilfe des Programms Citavi.

Die in Prozent ausgedrückten Werte wurden auf zwei Stellen hinter dem Komma gerundet.

Der eigens erstellte Beurteilungsbogen befindet sich im Anhang.

3.2. Aktenauswahlkriterien der Todesfälle

In Bezug zu der von Grabs im Jahr 2006 veröffentlichten Studie „Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg“ beginnt diese Folgearbeit mit der Datenerhebung zu Beginn des ersten Quartals im Jahre 2007. Sämtliche gesammelte Gesundheits-und Todesdaten summieren sich über einen Neunjahreszeitraum bis zum Ende des zweiten Quartals des Jahres 2015.

Eingeschlossen wurden die Fälle unter dem Gesichtspunkt der Wohnungslosigkeit. Ausschlaggebend war der Aktenvermerk „ohne festen Wohnsitz“ („o.f.W.“). Dieser resultierte aus den Informationen des Personalausweises, den durch Kriminalbeamte ermittelte Wohnungslosenstatus oder durch die Angabe von Angehörigen. Darüber hinaus wurde die Stichwortsuche „o.f.W.“ im internen Computerprogramm des Instituts für Rechtsmedizin, durch Suchbegriffe wie beispielsweise „Wohnungslosenunterkunft“, „Winternotprogramm“, „Hotel“, „Pension“, „Hütte“ und „Zelt“ ergänzt. Entscheidend war folglich, dass der betreffende Personenkreis dieser Statistik in keinem festen Wohnmietverhältnis stand.

Nicht in die Auswertung mit einbezogen wurden Flüchtlinge sowie Jugendliche unterhalb des achtzehnten Lebensjahres. Darüber hinaus wurden keine verstorbenen Personen aus den umliegenden Bundesländern beziehungsweise Landkreisen mit in die Statistik aufgenommen, um ausschließlich eine Aussage über die Entwicklung der Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg treffen zu können.

3.3. Fallanzahl

Insgesamt verstarben 263 Menschen in einer zum Todeszeitpunkt bestehenden Wohnungslosigkeit.

Dieser Personenkreis wird in der Auswertung als „Gesamtkollektiv“ (N=263) bezeichnet. Unter ihnen befanden sich 220 Männer (N=220) und 43 Frauen (N=43). Diese werden in den Analysen entsprechend ihres Geschlechts als „Männerkollektiv“ beziehungsweise „Frauenkollektiv“ beschrieben.

Aufgeschlüsselt wurden die erhobenen Daten für das Gesamtkollektiv, separat für das Männerkollektiv und auch für das Frauenkollektiv.

3.4. Äußere Leichenschau

Sofern die Todesart bei der Auffindung als „nicht natürlich“ oder „ungeklärt“ deklariert wurde, folgte die Verbringung des Toten ins Institut für Rechtsmedizin.

Die äußere Leichenschau der in dieser Arbeit untersuchten Todesfälle wohnungsloser Menschen wurde dann im Hamburger Institut für Rechtsmedizin durchgeführt.

Sie beinhaltet die Dokumentation der Identität (wenn polizeilich zum Todeszeitpunkt bekannt) sowie die körperliche Untersuchung des Toten. Auch die Auffindesituation findet Berücksichtigung.

Vorgehen: Die Leiche wird vollständig entkleidet, inspiziert und palpiert. Notiert wird das Geschlecht, die Größe, das Gewicht und die Rektaltemperatur. Es findet außerdem eine rechtsmedizinische Beurteilung des Zustands der Leiche beispielsweise durch Fäulnis, der Zustand nach einem Brand oder Bergung aus dem Wasser statt. Festgehalten werden zusätzlich Hautveränderungen wie beispielsweise Entzündungen, ein parasitärer Befall, eine Ödembildung oder Zeichen eines Ikterus, selbst beigebrachte Einstichstellen durch Kanülen, Hämatome sowie Zeichen von intrinsischer oder extrinsischer Gewalteinwirkung. Zusammenfassend wird am Ende der äußeren Leichenschau unter anderem eine ärztliche Einschätzung zum Ernährungszustand sowie dem generellen Pflegezustand des Verstorbenen gegeben und notiert (Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) erstellt 1999, aktualisiert 2017).

3.5. Sektion

Durch die Anzeige der Polizei kam es zu 125 gerichtlich angeordneten Sektionen durch die Staatsanwaltschaft Hamburg. Diese wurde nur angeordnet, wenn ein strafbares Fremdverschulden in Betracht kam (Madea et al. 2012).

Die im Rahmen einer Verwaltungssektion obduzierten Verstorbenen beliefen sich auf 37 Fälle. Diese Art der Sektion wurde nach Freigabe durch die Staatsanwaltschaft durchgeführt, um unklare oder gewaltsame Todesfälle aufzuklären (Madea et al. 2006).

Alle in dieser Arbeit ausgewerteten Sektionen fanden im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg statt.

Eine Sektion beinhaltet nach § 89 StPO stets die Öffnung des Schädels, der

Brusthöhle und der Bauchhöhle. Das Ziel ist die Feststellung der Todesursache und die Entnahme von Körperflüssigkeiten sowie Gewebeproben. Nützlich ist dies beispielsweise bei unbekannten Toten zur Gewinnung einer DNA-Probe, einer Krebsdiagnose oder auch um Rückschlüsse auf das Konsumverhalten (Drogen und-/oder Alkoholmissbrauch) des Toten zu erhalten. Bei gerichtlichen Sektionen spielt die Frage nach einem möglichen Fremdverschulden eine wichtige Rolle. Ergänzt werden die Sektionsbefunde durch die fachradiologische Diagnostik mittels postmortaler Computertomografie (Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) erstellt 1999, aktualisiert 2017).

3.6. Radiologie (PMCT)

Postmortale Computertomografie

In einigen Fällen kann bei entsprechenden Befunden eine postmortal durchgeführte Computertomografie indiziert gewesen sein. Durch diese nach dem Tode durchgeführte Röntgenschnittuntersuchung lassen sich Fremdkörper (z.B. Patronen nach einer Schussverletzung), Stichkanäle (Zustand nach einem Messerangriff) oder auch bereits verheilte Knochenbrüche lokalisieren. Wichtig ist diese radiologische Durchführung vor der Sektion, damit der Zustand der Leiche nicht verändert wird.

Aufgrund des bereits eingetretenen Todes ist ein Abwägen zwischen Nutzen und Schaden durch ionisierende Röntgenstrahlen nicht mehr notwendig und es resultiert ein aussagekräftiges postmortales Ganzkörper-CT, welches die Aufklärung eines Tatverlaufs oder eine Diagnose stützt.

Gerätetyp

PHILIPS Medical Systems DMC GmbH, Hamburg / Germany

“Brilliance TM CT”

Model: 453567078851 Serial Number: 50041

Rating: 200/208/240/380/400/415/440/480/500V 3~, 80KVA, 50/60Hz

X-RAY TUBE HOUSING ASSEMBLY, Philips MRC 600

REF/Model 9890 000 85891, Tube REF/Model 9890 000 85881

PERMANENT FILTRATION 1,0 Al/ 75

NOMINAL VOLTAGE 140 kV

Date of Manufacture: June 2005

3.7. Toxikologie

Die im Rahmen einer Sektion entnommenen Körperflüssigkeiten und Gewebeproben werden in der Toxikologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf untersucht. Üblicherweise sind dies Blut, Liquor, Urin, Mageninhalt und Kopfschuppe. In mehreren Fällen konnten die Toxikologen eine Drogen- und/oder Alkoholintoxikation bestätigen. Ein Nachweis über das Konsumverhalten des Verstorbenen durch Alkohol, Medikamente und Drogen wird hierdurch möglich gemacht (Madea et al. 2012).

3.8. Serologie

Eine Untersuchung des Blutes auf übertragbare Infektionskrankheiten wie beispielsweise HIV oder eine Hepatitis, erfolgt durch das Institut für Medizinische Mikrobiologie und Immunologie am Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf.

3.9. Kategorisierung der Todesursachen

Um eine Vergleichbarkeit der Todesursachen durchführen zu können, wurden Kategorien zum todesursächlichen Organsystem beziehungsweise des zum Tode führenden Mechanismus erstellt. Die Einordnung wurde durch das Sektionsgutachten vorgenommen.

Bei dem Verdacht auf eine bestimmte Todesursache wurde der am wahrscheinlichsten zum Tode führende Mechanismus in die Statistik mit aufgenommen.

Bei polizeilichen Ermittlungen nach einem fraglichen Unfallgeschehen oder Tötungsdelikt blieb der Ausgang des polizeilichen Ermittlungsverfahrens für die Datenerhebung in dieser Arbeit offen, da eine Einsicht in Gerichtsakten nicht gewährt wurde. In dieser Analyse wurde von einem möglichen Tötungsdelikt geschrieben, wenn sich eine bekannte körperliche Gewalt vor dem Tod ereignet hatte, die der Grund für das Versterben gewesen war. Zu einer klar differenzierten Abgrenzung zu einem Tötungsdelikt, ist die neue Kategorie „Körperverschädigung mit Todesfolge“ in diese Dissertation mit aufgenommen worden.

Insgesamt entstanden dadurch fünfzehn Kategorien zu den Todesursachen.

4. Begriffserklärung der Obdach- und Wohnungslosigkeit

Der Europäische Dachverband der Wohnungslosenhilfe (FEANTSA) hat eine Typologie der Wohnungslosigkeit entwickelt, genannt ETHOS.

ETHOS klassifiziert wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation (European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL 2005).

4.1. Obdachlosigkeit

Als obdachlos werden hier Personen bezeichnet, die ohne eine Unterkunft leben oder auch jene, die ohne festen Wohnsitz in niederschwelligen Einrichtungen übernachten (European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL 2005).

4.2. Wohnungslosigkeit

Wohnungslos sind Personen, die in Wohnheimen, Herbergen, Frauenhäusern, Jugendheimen, Asylheimen, Gefängnissen, Langzeitwohnheimen für ältere Wohnungslose, in einem illegal besetzten Haus, kurzzeitig bei Freunden/Bekannten/Verwandten oder in Billigpensionen nächtigen.

ETHOS bezeichnet außerdem zwei weitere Kategorien: „ungesichertes Wohnen“ und „ungenügendes Wohnen“ (European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL 2005).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. beschreibt die Wohnungslosigkeit mit einem Nichtvorhandensein eines mietvertraglich gesicherten Wohnraumes.

Aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind danach Personen

- *im ordnungsrechtlichen Sektor*
 - die aufgrund ordnungsrechtlicher Maßnahmen ohne Mietvertrag, das heißt lediglich mit Nutzungsverträgen in Wohnraum eingewiesen oder in Notunterkünften untergebracht werden;

- *im sozialhilferechtlichen Sektor*
 - die ohne Mietvertrag untergebracht sind, wobei die Kosten nach Sozialgesetzbuch XII und/oder SGB II übernommen werden,
 - die sich in Heimen, Anstalten, Notübernachtungen, Asylen, Frauenhäusern aufhalten, weil keine Wohnung zur Verfügung steht,
 - die als Selbstzahler in Billigpensionen leben,
 - die bei Verwandten, Freunden und Bekannten vorübergehend unterkommen,
 - die ohne jegliche Unterkunft sind, "Platte machen";
- *im Zuwanderersektor*
 - Aussiedler, die noch keinen Mietwohnraum finden können und in Aussiedlerunterkünften untergebracht sind.

(Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2005)

Jugendliche unter 18 Jahren sowie Personen aus dem Zuwanderungssektor fanden in dieser Arbeit keine Berücksichtigung.

4.3. Häufige Wohnheime, Institutionen und Schlafstätten

Übernachtungsstätten für wohnungslose Frauen:

Hinrichsenstraße

Budapester Straße

Notkestraße

Kieler Straße

Übernachtungsstätten für wohnungslose Männer:

Achterdwars

Bornmoor

Humboldtstraße (Bodelschwingh-Haus) Diakonisches Werk

Hütten

Borsteler Chaussee (Jakob-Junker-Haus)

Neustädter Straße (Pik As)

Billbrookdeich

Weitere Übernachtungsstätten:

Hinrichsenstraße

Hornkamp

Oldenburger Straße

Sibeliusstraße

Tessenowweg

Einrichtung für wohnungslose Alleinstehende sowie Familien (Pavillondorf):

Curslacker Neuer Deich

Dakarweg

Holsteiner Chaussee

Mattkamp

Spliedtring

Winternotprogramm:

Grüner Deich

Hammerstraße

Wohncontainer im Stadtgebiet verteilt

5. Ergebnisse

Anmerkung zu den ermittelten Ergebnissen

Die aufgenommenen Befunde sind von unterschiedlichen Personen (ausschließlich Rechtsmediziner) erhoben worden. Ermittelt und festgehalten werden in der gegenwärtigen Arbeit alle beschriebenen Befunde. Dennoch muss der Zustand der Leiche nicht zwangsläufig dem realen Zustand entsprechen. Analysiert werden hier ausschließlich rechtsmedizinische Aussagen. Die erhobenen Daten werden möglichst präzise auf das entsprechende Kollektiv bezogen, für das eine Aussagekraft gegeben werden kann.

5.1. Beschreibung des untersuchten Personenkreises

Genderanalyse

In die Analyse wurden insgesamt 263 Todesfälle aufgenommen:

43 Personen (16,30 %) waren weiblich und 220 Personen (83,70 %) waren männlich. Seziert wurden 162 (61,60% des Gesamtkollektivs) wohnungslose Menschen, 132 Männer (60,00% des Männerkollektivs) und 30 Frauen (70,77% des Frauenkollektivs). Ausschließlich eine äußere Leichenschau bekamen 101 (38,40% des Gesamtkollektivs) Verstorbene.

Altersverteilung der Frauen und der Männer im erreichten Lebensjahr des Todes

Von allen Verstorbenen konnte das bis zum Tode erreichte Lebensjahr ermittelt werden.

Genderunabhängige Altersverteilung aller 263 Todesfälle:

Zwei Personen (0,76%) starben vor Erreichung des 20. Lebensjahres. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen 20 bis 29 Jahre, erreichten 15 (5,70%) von ihnen nicht ihr 30. Lebensjahr. 38 Personen (14,45%) erreichten in der Altersgruppe 30 bis 39 nicht ihr 40. Lebensjahr. 79 Wohnungslose (30,04%) der Altersgruppe 40 bis 49 wurden keine 50 Jahre alt. 78 Fälle (29,66%) verstarben in der Altersgruppe 50 bis 59 Jährige. 38 ältere Wohnungslose (14,45%) verstarben vor ihrem 70. Lebensjahr in der Altersgruppe 60 bis 69. Im Altersbereich zwischen 70 bis 79 verstarben 11 (4,18%) von ihnen. Als Greise in der Altersgruppe von 80 bis 89 verstarben zwei Personen (0,76%).

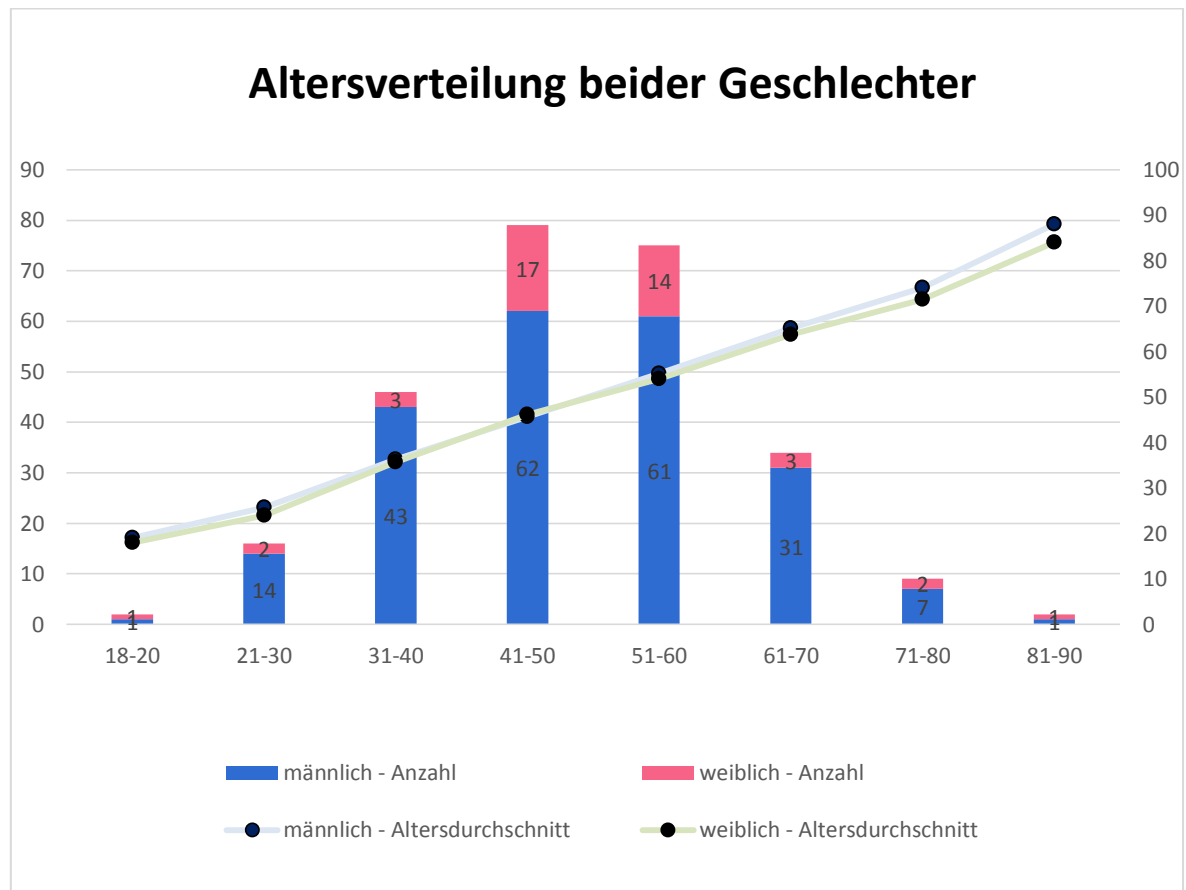
5. Ergebnisse

Am ältesten wurde eine Person mit 88 Jahren, die jüngste verstarb im Alter von 18 Jahren.

Das durchschnittliche Todesalter betrug 49,03 Jahre.

Das Todesalter der Frauen betrug im Durchschnitt 49,56 Jahre und das der Männer 48,93 Jahre.

Grafik 1



Die Altersverteilung beider Geschlechter zum Zeitpunkt des Versterbens mit Anzahl und Alter (N=263)

Herkunft der Verstorbenen

Aus dem Personenkreis, welcher ohne festen Wohnsitz in Hamburg verstorben ist, konnte der Geburtsort durch polizeiliche Ermittlungen bei 204 Toten ermittelt werden. In 59 von 263 Fällen blieb die Herkunft dem Institut für Rechtsmedizin bis heute unbekannt (22,43% des Gesamtkollektivs).

5. Ergebnisse

Die Herkunftsländer der 204 bekannten Toten für beide Geschlechter in absteigender Reihenfolge:

118 Personen (57,84% der Ermittelten) wurden in Deutschland geboren worden. 97 aus den alten Bundesländern (47,55% der Ermittelten) und 21 Menschen (10,29% der Ermittelten) aus den neuen Bundesländern.

41 Personen (20,10% der Ermittelten) stammten aus Polen.

Sieben Personen stammten aus Russland (3,43% der Ermittelten) und jeweils vier aus Ungarn und der Türkei (1,96% der Ermittelten).

Jeweils drei Personen waren in Afghanistan, Bulgarien und Rumänien geboren worden (1,47% der Ermittelten).

Zwei Wohnungslose (0,98% der Ermittelten) kamen jeweils aus Ägypten, Ghana, Kasachstan, Nigeria, Tunesien, Ukraine und der Tschechischen Republik.

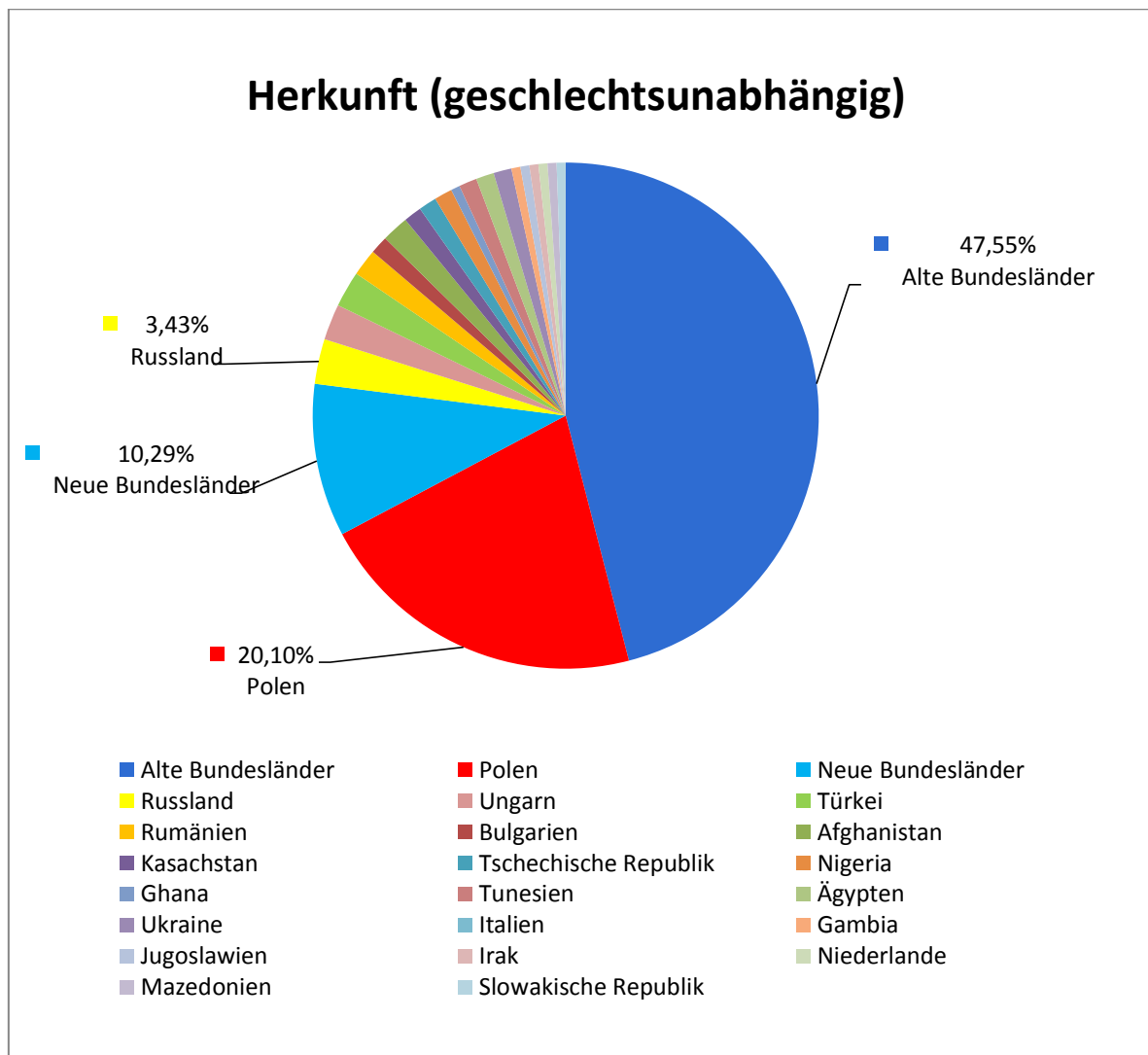
Nur eine Person (0,49% der Ermittelten) kam jeweils aus Gambia, den Niederlanden, dem Irak, Italien, Jugoslawien, Mazedonien und der Slowakischen Republik.

Für 30 Frauen gab es ermittelte Daten zum Geburtsort:

Siebzehn waren in den alten Bundesländern geboren worden (8,33% bzw. 56,67% der ermittelten Frauen) und vier in den neuen Bundesländern (1,96% bzw. 13,33% der ermittelten Frauen). Insgesamt waren das 21 deutsche Frauen (10,30% bzw. 70,00% der ermittelten Frauen).

Aus Polen stammten vier der Frauen (1,96% bzw. 13,33% der ermittelten Frauen). Zwei Russinnen (0,98% bzw. 6,67% der ermittelten Frauen), eine Bulgarin (0,49% bzw. 3,33% der ermittelten Frauen), eine Frau aus Ghana (0,49% bzw. 3,33% der ermittelten Frauen) sowie eine Italienerin (0,49% bzw. 3,33% der ermittelten Frauen).

Grafik 2



Die Geburtsorte geschlechtsunabhängig in Prozent (N=204)

5.2. Zu den Todesumständen

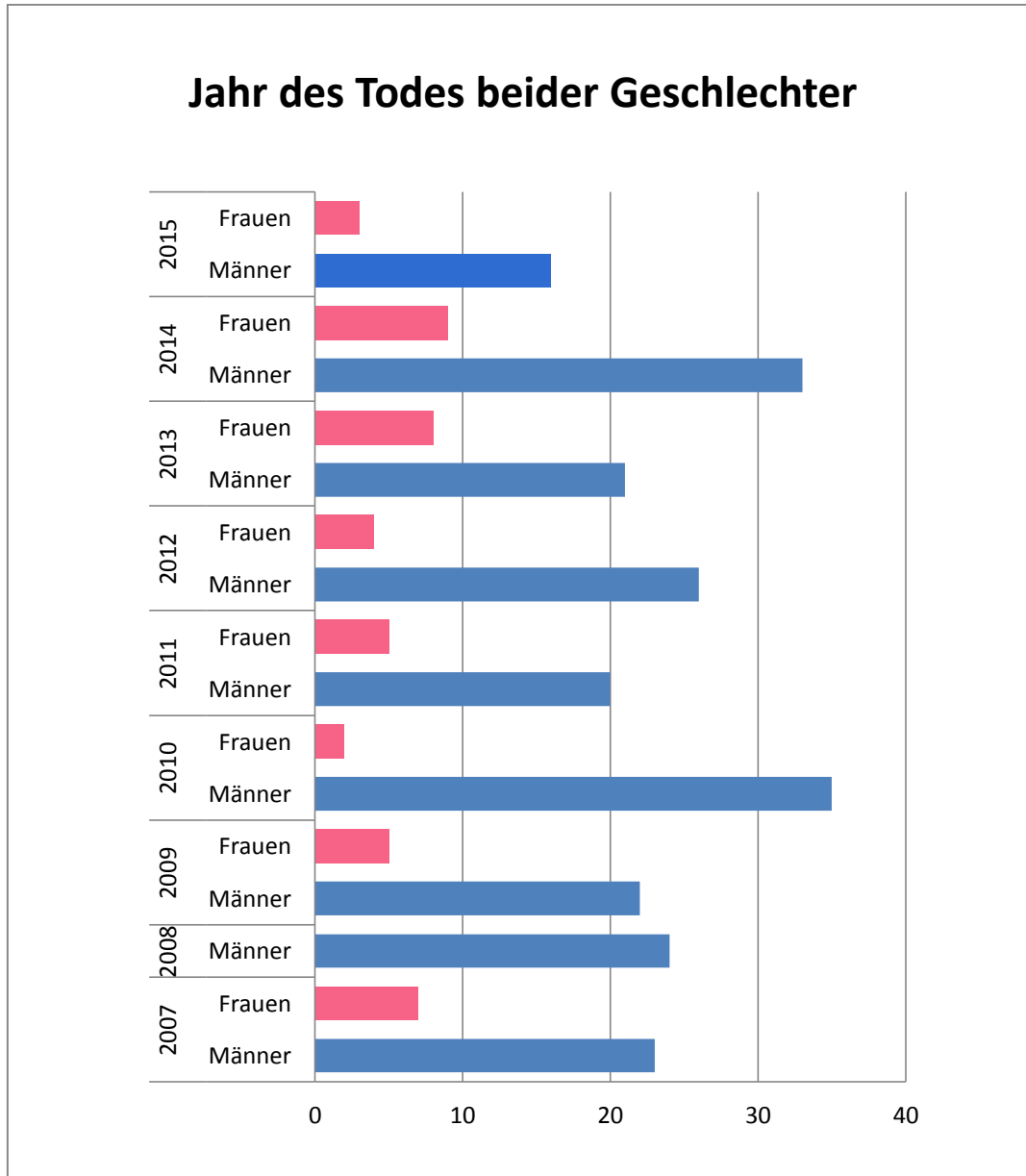
Jahr des Todes

In dem Analysezeitraum von Quartal eins 2007 bis Ende des zweiten Quartals 2015 verstarben 263 wohnungslose Menschen:

2007 30 Personen (11,41% des Gesamtkollektivs), 2008 24 (9,13% des Gesamtkollektivs), 2009 27 (10,27% des Gesamtkollektivs), 2010 37 (14,07% des Gesamtkollektivs), 2011 25 (9,51% des Gesamtkollektivs), 2012 30 (11,41% des Gesamtkollektivs), 2013 29 (11,03% des Gesamtkollektivs), 2014 42 (15,97% des Gesamtkollektivs), 2015 19 (7,22% des Gesamtkollektivs). Für das Gesamtjahr

2015 entspräche das einer Hochrechnung von 14,44% bezogen auf das Gesamtkollektiv.

Grafik 3



Die Todesjahre beider Geschlechter für den Analysezeitraum von Quartal eins 2007 bis Ende des zweiten Quartals 2015, angegeben mit der Fallanzahl (N=263)

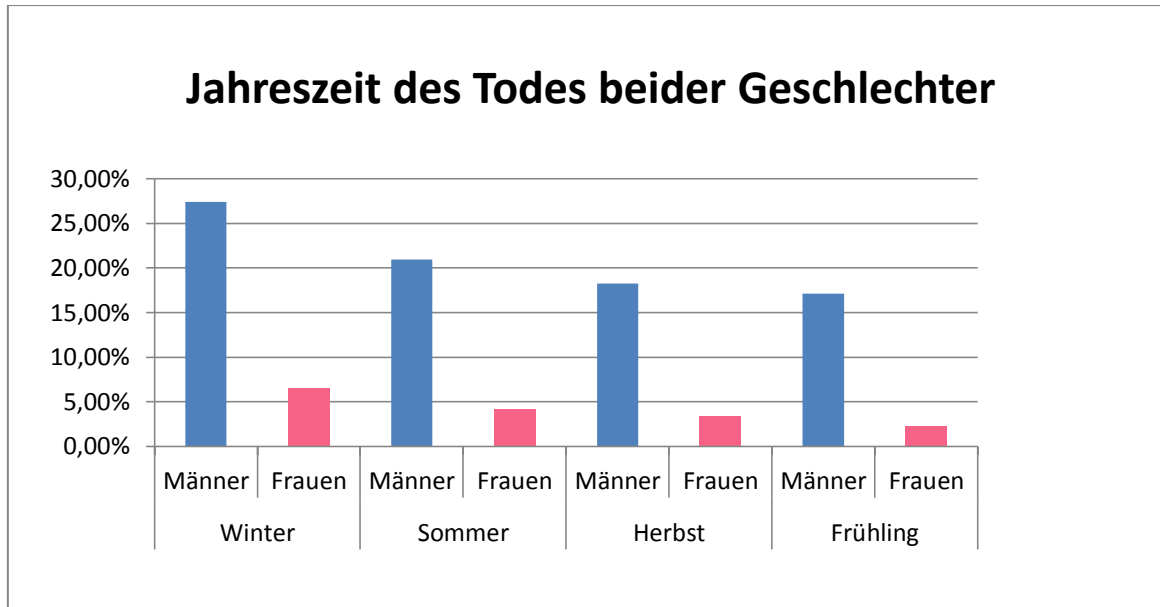
Jahreszeit des Todes

Aus dem Gesamtkollektiv verstarben im Winter 89 Personen (33,84%), im Frühling 51 (19,39%), 66 (25,10%) im Sommer und 57 (21,67%) im Herbst. Die meisten von ihnen starben in den Wintermonaten.

5. Ergebnisse

Orientiert wurde sich an den meteorologischen Jahreszeiten. Winter von Dezember bis Februar, Frühling von März bis Mai, Sommer von Juni bis August und der Herbst von September bis November.

Grafik 4



Jahreszeitliche Verteilung des Todes beider Geschlechter in Prozent (N=263)

Sterbeort

Um eine adäquate Vergleichbarkeit zu der Analyse von Grabs (2006 veröffentlicht) zu erhalten, wurden die Kategorien der Sterbeorte nahezu übernommen.

Der Ort des Todes blieb bei vier Männern in dieser Arbeit (1,52% des Gesamtkollektivs) unbekannt. Die anderen 259 Personen werden im Folgenden mit „bekanntes Kollektiv“ bezeichnet.

Sterbeorte geschlechtsunabhängig:

111 Personen (42,21% des Gesamtkollektivs bzw. 42,86% des bekannten Kollektivs) von ihnen starben in einem Wohnheim.

35 Personen (13,31% des Gesamtkollektivs bzw. 13,51% des bekannten Kollektivs) verstarben in einem Krankenhaus.

54 Personen (20,53% des Gesamtkollektivs bzw. 20,85% des bekannten Kollektivs) starben auf der Straße sowie dem öffentlichen Raum wie einem

Hauseingang, einem Keller, einem Container, in einer Lokalität oder auf einer frei zugänglichen Toilette.

35 Personen (13,31% des Gesamtkollektivs bzw. 13,51% des bekannten Kollektivs) verstarben in einer privaten Wohnung. Diese wurde allerdings nicht dauerhaft von dem Verstorbenen bewohnt, er war Gast und fand eine gewisse Zeit Zuflucht und ein Dach über dem Kopf.

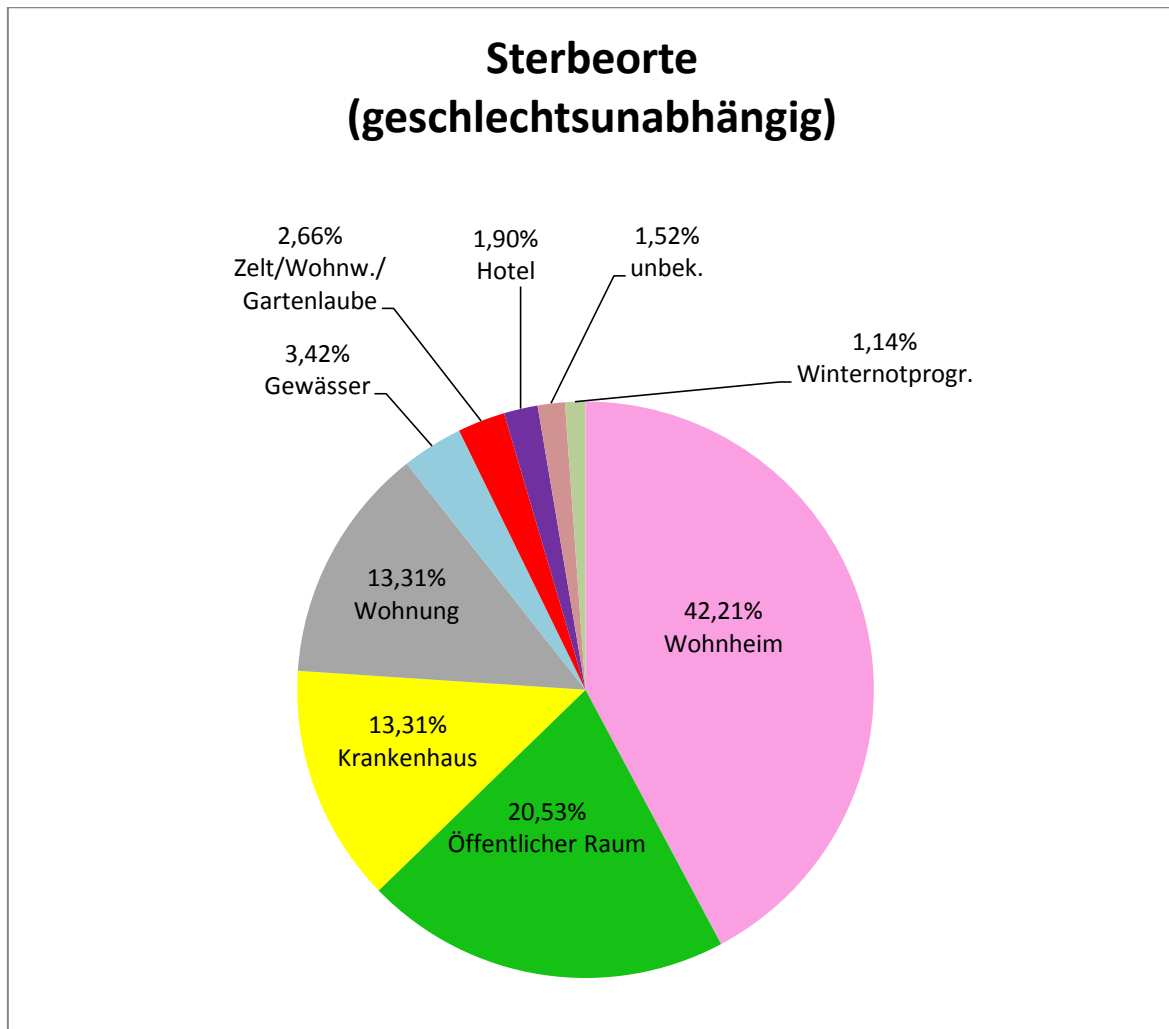
In einem Hotel oder einer Billigpension fand man fünf Wohnungslose (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 1,93% des bekannten Kollektivs) tot auf.

Sieben Tote (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 2,70% des bekannten Kollektivs) wurden in einem Zelt oder Wohnwagen, einer Gartenlaube oder auf einem Schiff gezählt.

In einem Hamburger Gewässer wie der Alster mit ihren Kanälen, der Elbe oder in Teichen wurden neun Wohnungslose (3,42% des Gesamtkollektivs bzw. 3,47% des bekannten Kollektivs) aufgefunden.

Im Rahmen des Winternotprogrammes wurden drei Todesfälle (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,16% des bekannten Kollektivs) verzeichnet.

Grafik 5



Orte des Versterbens geschlechtsunabhängig in Prozent (N=263)

Orte des Todes unterschieden nach dem Geschlecht in abnehmender Fallanzahl

Männer

90 männliche Personen (34,22% des Gesamtkollektivs bzw. 34,75% des bekannten Kollektivs) verstarben in einem Wohnheim, 46 Männer (17,49% des Gesamtkollektivs bzw. 17,76% des bekannten Kollektivs) fanden den Tod im öffentlichen Raum, 30 von ihnen (11,41% des Gesamtkollektivs bzw. 11,58% des bekannten Kollektivs) starben im Krankenhaus, 28 (10,65% des Gesamtkollektivs bzw. 10,81% des bekannten Kollektivs) in einer Wohnung, neun Männer (3,42% des Gesamtkollektivs bzw. 3,47% des bekannten Kollektivs) wurden aus einem Hamburger Gewässer geborgen, fünf (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 1,93%

des bekannten Kollektivs) verstarben in einem Hotel, fünf weitere (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 1,93% des bekannten Kollektivs) verstarben in einem Zelt, einem Wohnwagen, einer Gartenlaube oder einem Schiff, drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,16% des bekannten Kollektivs) starben im Rahmen des Winternotprogramms.

Frauen

21 weibliche Personen (7,98% des Gesamtkollektivs bzw. 8,11% des bekannten Kollektivs) verstarben in einem Wohnheim, acht (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% des bekannten Kollektivs) im öffentlichen Raum, sieben (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 2,70% des bekannten Kollektivs) in einer Wohnung, fünf (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 1,93% des bekannten Kollektivs) in einem Krankenhaus, zwei (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 0,77% des bekannten Kollektivs) verstarben in einem Zelt, einem Wohnwagen, einer Gartenlaube oder einem Schiff.

Versterben in einem Hamburger Krankenhaus

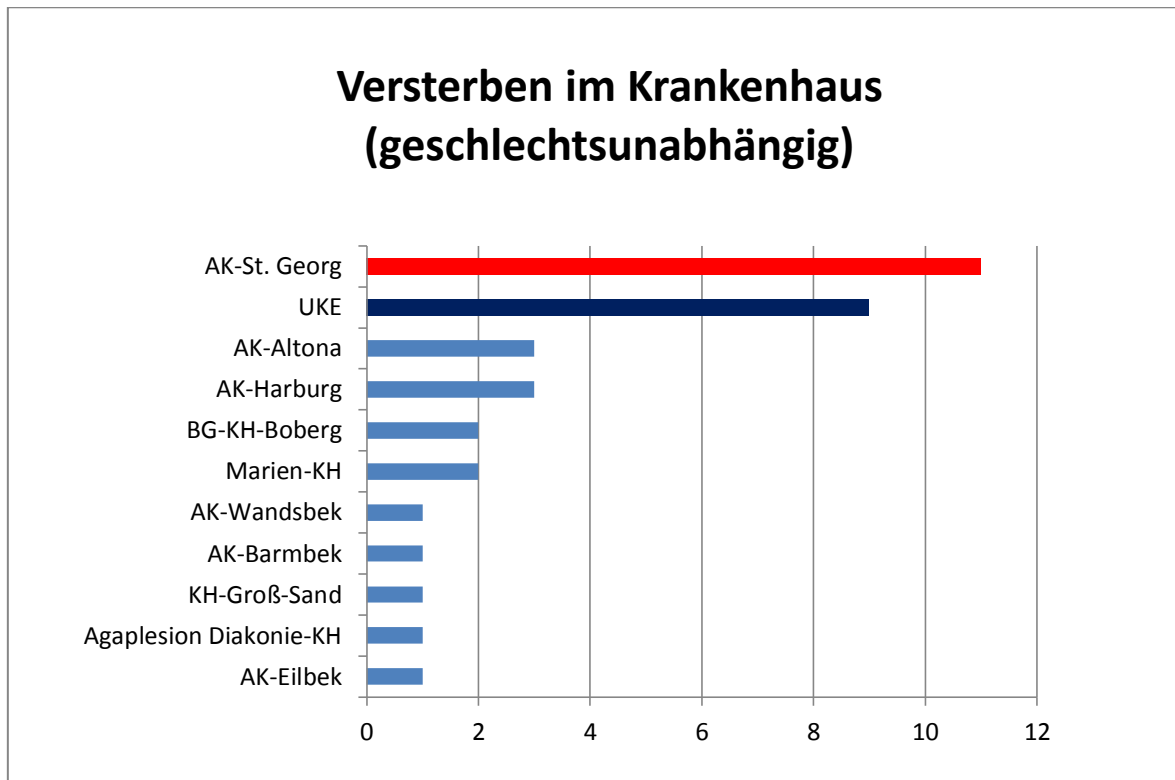
Aus dem Gesamtkollektiv verstarben 35 Personen (13,31%) in einem Hamburger Krankenhaus. Fünf (1,90%) von ihnen waren Frauen.

In Bezug auf alle Personen die in einem Hamburger Krankenhaus verstarben, ergab sich folgende Auflistung (Fallanzahl in absteigender Reihenfolge):

In der Asklepios Klinik St. Georg verstarben 11 Personen (31,43%), im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf neun (25,71%), in der Asklepios Klinik Altona drei (8,57%), in der Asklepios Klinik Harburg drei (8,57%), im Marienkrankenhaus zwei (5,71%), im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Boberg zwei (5,71%), in der Asklepios Klinik Barmbek eine (2,86%), in der Asklepios Klinik Eilbek eine (2,86%), in der Asklepios Klinik Wandsbek eine (2,86%), im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg eine (2,86%), im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand eine (2,86%).

Drei Frauen (8,57%) verstarben im Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf, jeweils eine (2,86%) in der Asklepios Klinik Altona und in der Asklepios Klinik Harburg.

Grafik 6



Geschlechtsunabhängige Grafik über die Hamburger Krankenhäuser mit der Fallanzahl (N=35)

5.3. Leichenschaubefunde

Brandleiche

Aus dem untersuchten Gesamtkollektiv gab es sechs Brandleichen (2,28%):
Es verstarben vier Männer (1,52%) und zwei Frauen (0,76%) an den Folgen einer Kohlenmonoxidvergiftung.

Wasserleiche

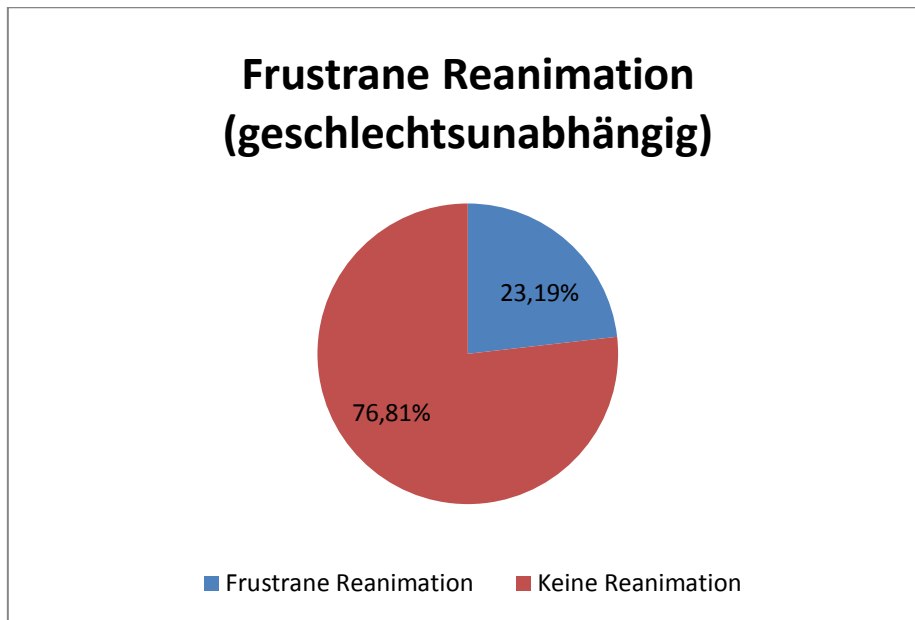
Neun Männer (3,42% des Gesamtkollektivs) wurden aus einem Hamburger Gewässer geborgen.

Frustrane Reanimation

Bei 61 Personen (23,19% des Gesamtkollektivs) wurde noch eine Reanimation durchgeführt:

49 (18,63%) von ihnen waren männlich, 12 weiblich (4,56%).

Grafik 7



Durchführung von Reanimationsmaßnahmen geschlechtsunabhängig in Prozent (N=263)

Fäulnis

Bei insgesamt 50 Verstorbenen (19,01% des Gesamtkollektivs) wurden Zeichen der Fäulnis im Rahmen der Äußerer Leichenschau dokumentiert.

Die Werte beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Geringe Fäulnis bei 19 Personen (7,22%):

Bei 18 Männern (6,84%) und einer Frau (0,38%) wurde der Fäulnisgrad als leicht bezeichnet.

Mittelgradige Fäulnis bei sechs Personen (2,28%):

Fünf Männer (1,90%) und eine Frau (0,38%) wurden als mittelgradig faul beschrieben.

Fortgeschrittene Fäulnis bei 25 Personen (9,51%):

20 Männer (7,60%) und fünf Frauen (1,90%) wurden als fortgeschritten faul eingestuft.

Fliegenlarvenbefall

Sieben verstorbene Wohnungslose (2,66% des Gesamtkollektivs) zeigten einen Madenbefall:

Vier Männer (1,52% des Gesamtkollektivs), drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs).

Mumifizierung

Zwei Männer (0,76% des Gesamtkollektivs) waren bei deren Auffindung in einem körperlichen Zustand der Mumifizierung.

Tierfraß

An den Körpern dreier Wohnungsloser (1,14% des Gesamtkollektivs) ließen sich postmortale Tierfraßspuren erkennen, diese waren Männer.

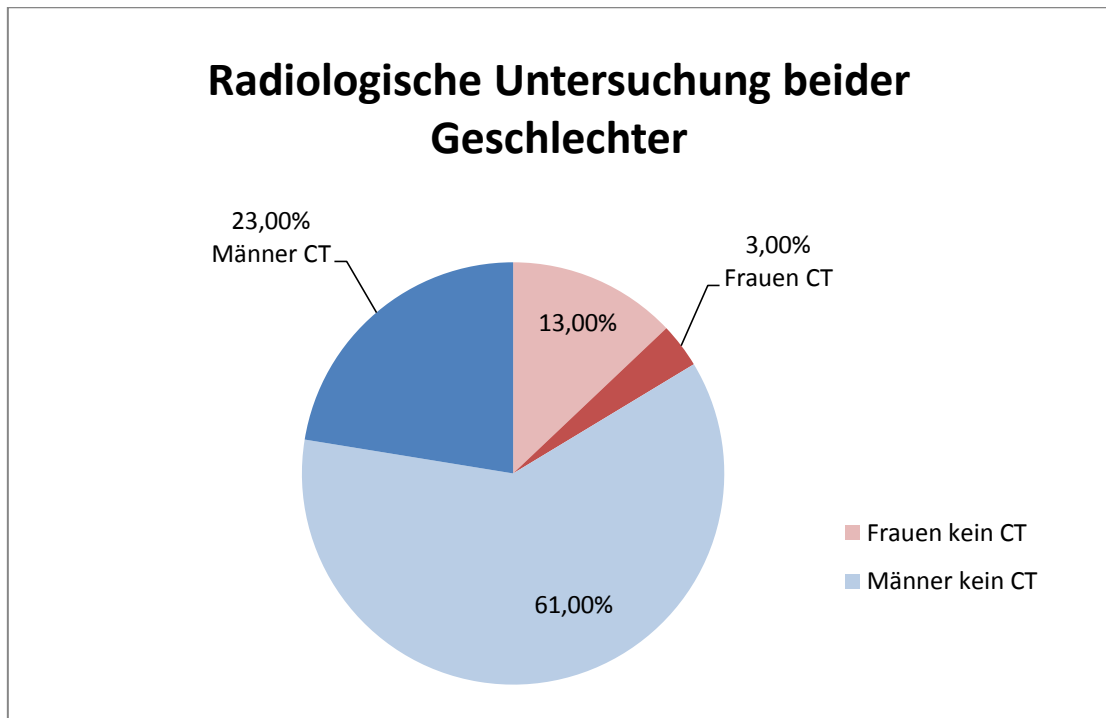
Postmortale Computertomografie (PMCT)

Postmortal wurde bei 68 Personen (25,86% des Gesamtkollektivs bzw. 41,96% der Sezierten) ein CT durchgeführt:

Bei 59 (22,43% des Gesamtkollektivs bzw. 36,42% der Sezierten) Männern und bei neun (3,42% des Gesamtkollektivs bzw. 5,56% der Sezierten) Frauen.

Davon waren 86,76% männlich und 13,24% weiblich.

Grafik 8



Angefertigte PMCT-Untersuchung beider Geschlechter in Prozent (N=263)

Auffälligkeiten der postmortalen Computertomografie (PMCT)

Insgesamt erfolgte bei 68 Verstorbenen ergänzend zu den Sektionsbefunden eine postmortale Computertomografie.

Auffälligkeiten im PMCT zeigten sich bei 35 Personen (51,47% CT durchgeführt) die radiologisch untersucht wurden:

Unter ihnen 32 Männer (47,06% CT durchgeführt) und drei Frauen (4,41% CT durchgeführt).

FrISChe Rippenbrüche bei drei Personen (8,57% Auffälligkeiten im CT):

Diese wurden bei zwei Männern (5,71% Auffälligkeiten im CT) und einer Frau (2,86% Auffälligkeiten im CT) erkannt.

Bei zwölf Männern (34,29% Auffälligkeiten im CT) wurden nicht ganz frISChe Rippenbrüche festgestellt.

Bei einem Mann wurde ein bereits verheilte Bruch des Schlüsselbeins (2,86% Auffälligkeiten im CT) festgestellt.

Mehrere Brüche der Knochen ließen sich bei sieben Wohnungslosen (20,00% Auffälligkeiten im CT) erkennen, darunter waren sechs Männer (17,14% Auffälligkeiten im CT) und eine Frau (2,86% Auffälligkeiten im CT).

Alte verheilte Brüche an den Extremitäten konnten bei zwei Männern (5,71% Auffälligkeiten im CT) diagnostiziert werden.

Osteomyelitis hatten zwei Wohnungslose (5,71% Auffälligkeiten im CT):

Eine Knochenentzündung nach einer Schenkelhalsfraktur wurde bei einem Mann (2,86% Auffälligkeiten im CT) und einer Frau (2,86% Auffälligkeiten im CT) festgestellt.

Bei einem Mann (2,86% Auffälligkeiten im CT) ließ sich die operative Öffnung des Schädels im Rahmen einer Kraniotomie erkennen.

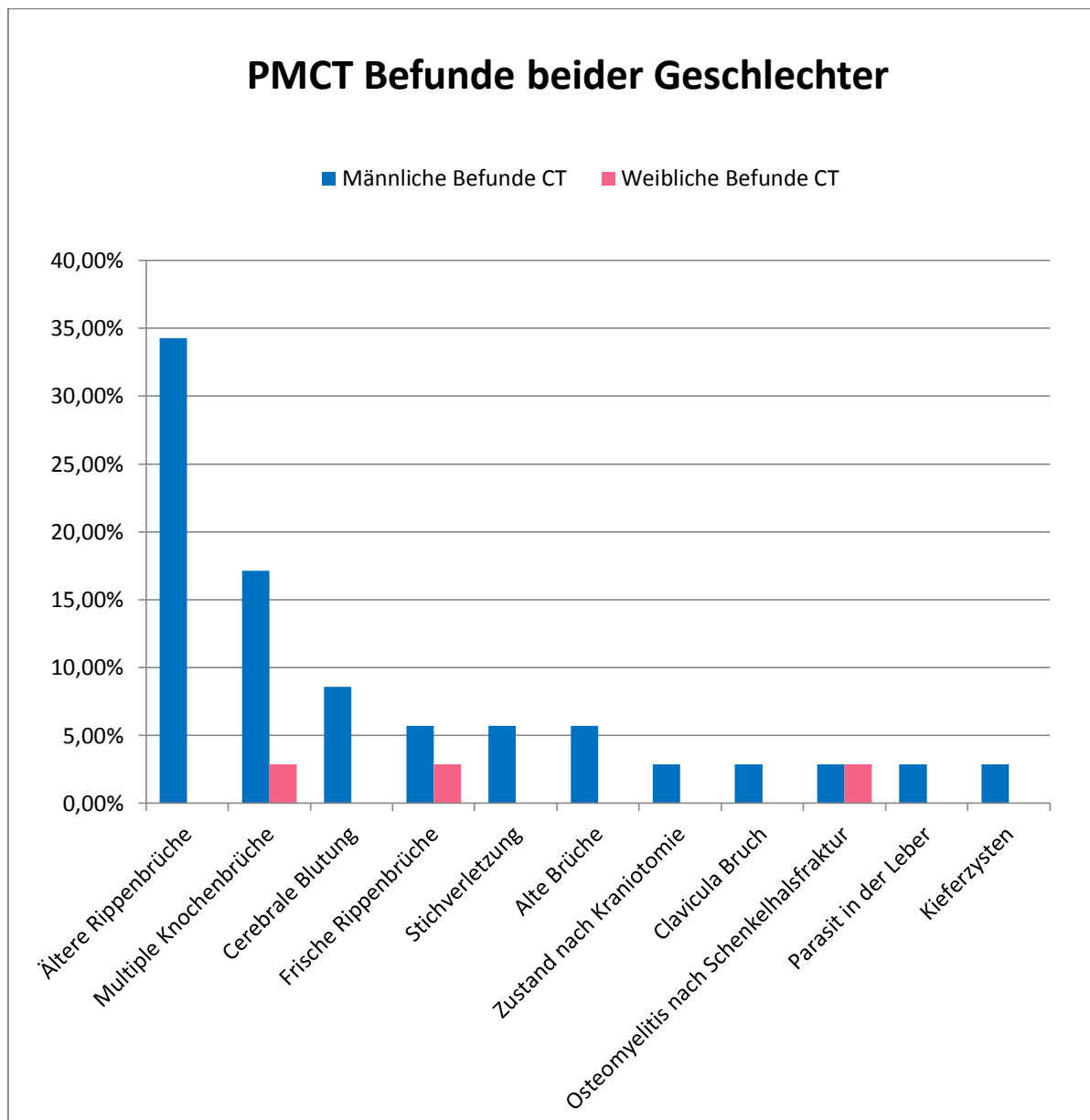
Eine Blutung im Schädelinneren (beispielsweise Zustand nach Gewalteinwirkung) wurde bei dreien der verstorbenen Männer (8,57% Auffälligkeiten im CT) erkannt.

Verletzungen durch einen oder mehrere Messerstiche wurden bei zwei Männern (5,71% Auffälligkeiten im CT) erkannt.

Als Zufallsbefund wurde bei einem Mann (2,86% Auffälligkeiten im CT) radiologisch ein Parasit in der Leber sichtbar.

Zysten im Kiefer ließen sich bei einem Mann (2,86% Auffälligkeiten im CT) erkennen.

Grafik 9



Auffälligkeiten der PMCT Befunde für beide Geschlechter in Prozent (N=35).

Psychische Erkrankungen

Bei 13 Personen (4,94% des Gesamtkollektivs) war in den Handakten des Instituts für Rechtsmedizin eine psychische Erkrankung vermerkt:

Acht waren Männer (3,04% des Gesamtkollektivs), fünf waren Frauen (1,90% des Gesamtkollektivs). In zehn Fällen (3,80% des Gesamtkollektivs) war die psychische Erkrankung nicht näher benannt, eine Person (0,38% des Gesamtkollektivs) hatte zu Lebzeiten eine Depression, eine weitere (0,38% des

Gesamtkollektivs) eine Erkrankung des schizophrenen Formenkreises. Bei einer weiteren Person (0,38% des Gesamtkollektivs) war ein Korsakow-Syndrom bekannt.

Verwahrlosung

40 Personen (15,21% des Gesamtkollektivs) die zum Zeitpunkt ihres Versterbens ohne festen Wohnsitz waren, zeigten Zeichen der Verwahrlosung, beispielsweise krallenartige Fußnägel, verfilztes Kopfhaar, Kot am Körper, nur mit Taschentüchern versorgte Wunden, schmierig erweichte Taschentuchreste zwischen den Fußzehen, das Tragen von verschmutzten oder alten Verbänden, Gasematerial was mit der Haut fest verbacken war.

34 (12,93% des Gesamtkollektivs) von ihnen waren Männer, sechs (2,28% des Gesamtkollektivs) von ihnen waren Frauen. Bei 15,45% des Männerkollektivs und bei 13,95% des Frauenkollektivs fand sich mindestens ein Anzeichen für eine Verwahrlosung.

Verschmutzung des Körpers

Von allen ausgewerteten Fällen trugen 46 Personen (17,49% des Gesamtkollektivs) Verschmutzungen am Körper:

39 Männer (14,83% des Gesamtkollektivs) und sieben Frauen (2,66% des Gesamtkollektivs).

Dies entspricht 17,73% des Männerkollektivs und 16,28% des Frauenkollektivs.

Verschmutzung der Hände

Verschmutzte Hände zeigten insgesamt 72 Personen (27,37% des Gesamtkollektivs), davon waren 64 (24,33% des Gesamtkollektivs bzw. 88,89 % des Männerkollektivs) Männer, acht (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 11,11 % des Frauenkollektivs) davon Frauen.

Verschmutzung der Füße

Verschmutzte Füße zeigten insgesamt 31 Personen (11,79% des Gesamtkollektivs), davon waren 27 (10,27% des Gesamtkollektivs bzw. 87,10 % des Männerkollektivs) davon Männer, vier (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 12,90 % des Frauenkollektivs) davon Frauen.

Zustand des Kopfhaares

Bei 33 Wohnungslosen (12,55% des Gesamtkollektivs) wurde im Rahmen der äußeren Leichenschau explizit das Kopfhaar beschrieben:

Dies waren 27 Männer (10,27% des Gesamtkollektivs bzw. 81,82% der Beschriebenen) und sechs Frauen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 18,18% der Beschriebenen).

Tabelle 1

Ungepflegtes Kopfhaar	22	81,48%
Mäßig gepflegtes Kopfhaar	2	7,41%
Gepflegtes Kopfhaar	3	11,11%

Zustand des Kopfhaares der Männer (N=27)

Ungepflegtes Kopfhaar	6	100,00%
-----------------------	---	---------

Zustand des Kopfhaares der Frauen (N=6)

Pflegezustand der Hände

Der Pflegezustand der Hände wurde bei 163 Personen (61,98% des Gesamtkollektivs) während der äußeren Leichenschau beschrieben:

Dies waren 51,72% des Gesamtkollektivs bzw. 61,82% des Männerkollektivs.

Beschrieben wurden 10,26% des Gesamtkollektivs bzw. 62,79% des Frauenkollektivs.

Tabelle 2

Ungepflegte Hände	88 Handpaare	64,71%
Mäßig gepflegte Hände	24 Handpaare	17,65%
Gepflegte Hände	24 Handpaare	17,65%

Beschreibung von 136 Männerhandpaaren (N=136)

5. Ergebnisse

Ungepflegte Hände	14 Handpaare	51,85%
Mäßig gepflegte Hände	6 Handpaare	22,22%
Gepflegte Hände	7 Handpaare	25,93%

Beschreibung von 27 Frauenhandpaaren (N=27)

Pflegezustand der Füße

Der Pflegezustand der Füße wurde bei 148 Personen (56,28% des Gesamtkollektivs) während der äußeren Leichenschau beschrieben:

Ausgewertet wurden 47,52% des Gesamtkollektivs bzw. 56,82 % des Männerkollektivs. Analysiert wurden 8,74% des Gesamtkollektivs bzw. 53,49% des Frauenkollektivs.

Tabelle 3

Ungepflegte Füße	97	77,60%
Mäßig gepflegte Füße	19	15,20%
Gepflegte Füße	9	7,20%

Beschreibung von 125 Männerfüßen (N=125)

Ungepflegte Füße	15	65,22%
Mäßig gepflegte Füße	4	17,39%
Gepflegte Füße	4	17,39%

Beschreibung von 23 Frauenfüßen (N=23)

Dentale Situation

Die Zähne wurden bei insgesamt 218 Personen (82,89% des Gesamtkollektivs) im Rahmen der äußeren Leichenschau beschrieben:

Unter ihnen waren 182 Männer (69,20% des Gesamtkollektivs bzw. 82,73% des Männerkollektivs) und 36 Frauen (13,39% des Gesamtkollektivs bzw. 83,72% des Frauenkollektivs).

Zahnstatus

Aus dem gesamten untersuchten Kollektiv wurde bei 163 Personen (61,98%) eine Einschätzung der Zahnanzahl dokumentiert:

Als vollbezahnt wurden zwölf Personen (7,36% der Untersuchten) beschrieben, darunter fünf Männer (3,07% der Untersuchten) und sieben Frauen (4,29% der Untersuchten).

Als teilbezahnt ($>1/2$ vorhanden) wurden 47 Münder (28,83% der Untersuchten) beschrieben, darunter 37 Männer (22,70% der Untersuchten) und 10 Frauen (6,13% der Untersuchten).

Als teilbezahnt ($<1/2$ vorhanden) wurden 72 notiert (44,17% der Untersuchten), unter ihnen 62 Männer (38,04% der Untersuchten) und zehn Frauen (6,13% der Untersuchten).

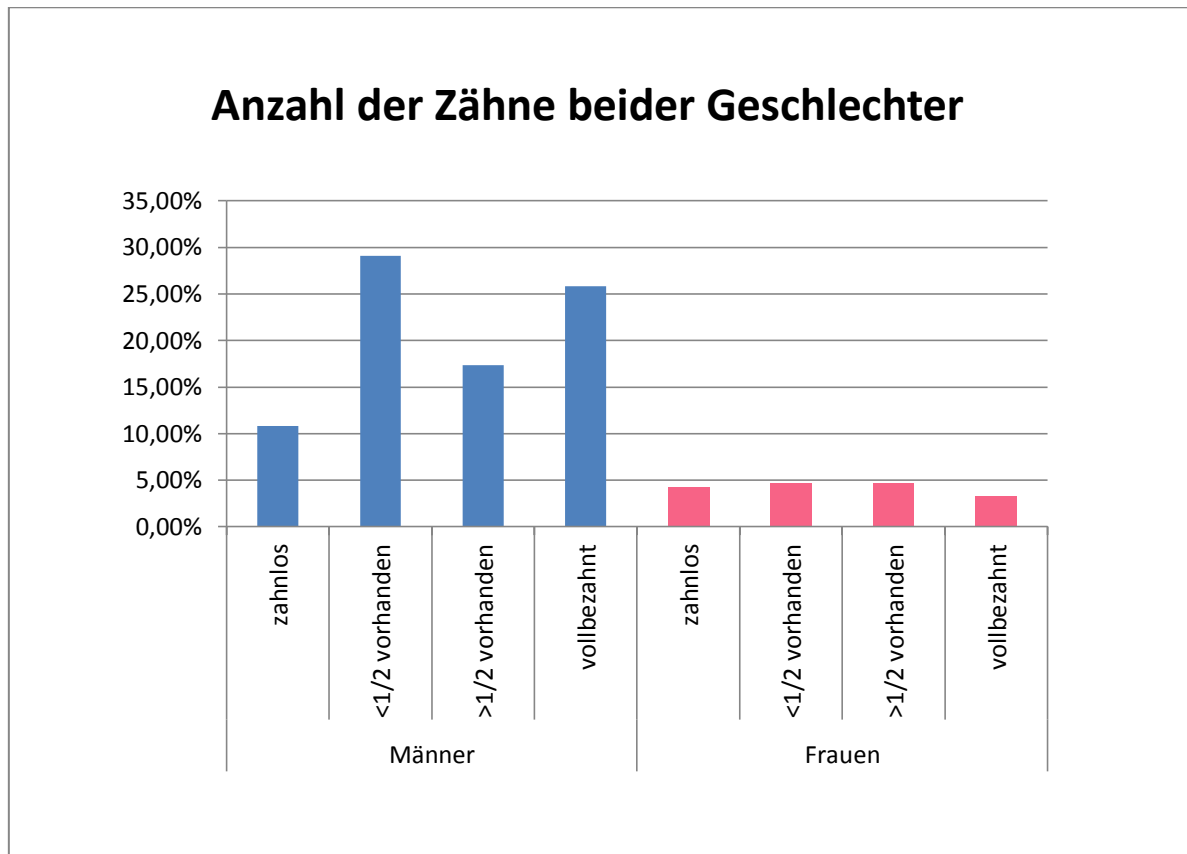
Unbezahnt waren insgesamt 32 Wohnungslose (19,63% der Untersuchten). 23 (14,11% der Untersuchten) waren männlich und neun weiblich (5,52% der Untersuchten).

Tabelle 8

Vollbezahnt	12	7,36%
Teilbezahnt $>1/2$	47	28,83%
Teilbezahnt $<1/2$	72	44,17%
Unbezahnt	32	19,63%

Vier Kategorien der Zahnanzahl (N=163)

Grafik 13



Kategorisierte Zahnanzahl beider Geschlechter in Prozent (N=163)

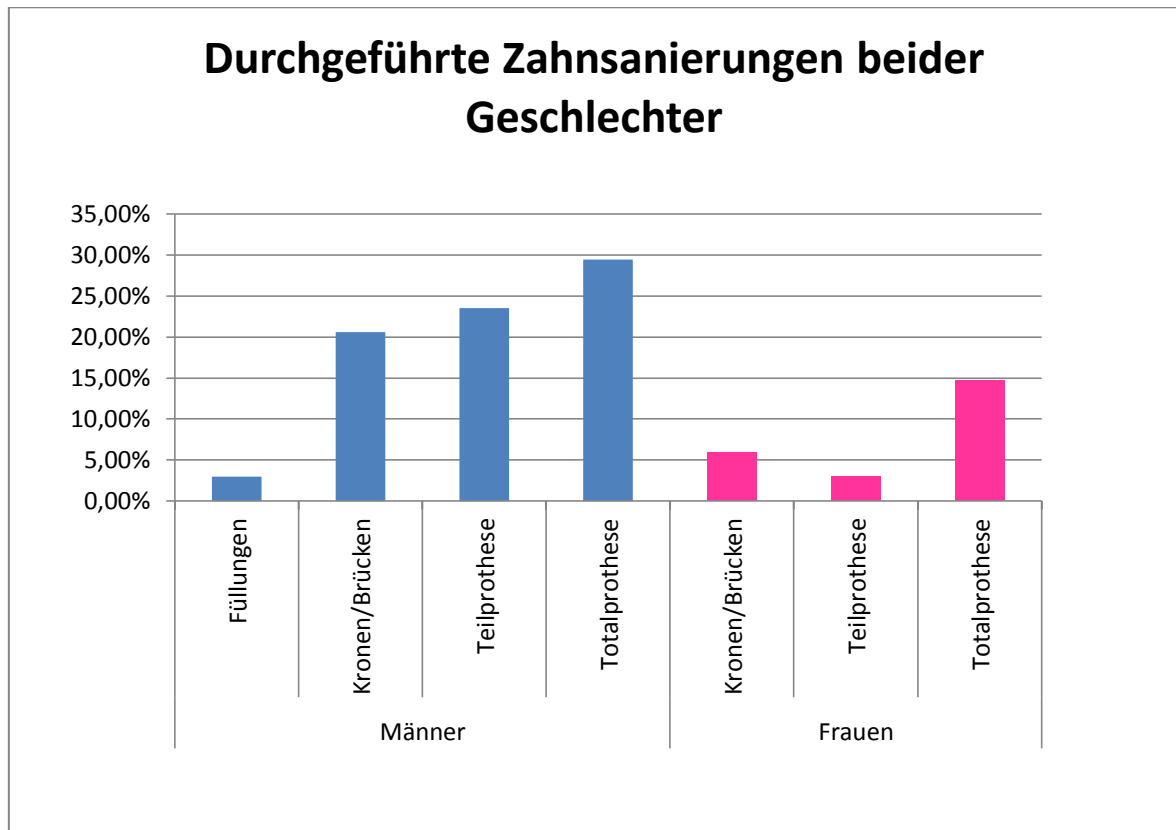
Durchgeführte Zahnsanierung

Bei insgesamt 34 Personen (20,86% der Untersuchten) wurden dentale Restaurationen beschrieben:

Ein Mann (2,94% der dental sanierten Personen) hatte augenscheinlich eine Füllungstherapie erhalten. Kronen und/oder Brücken hatten sieben (20,59% der dental Sanierten) Männer und zwei Frauen (5,88% der dental Sanierten).

Der Ersatz von verlorengegangenen Zähnen durch eine Teilprothese wurde bei acht Männern (23,53% der dental Sanierten) und einer Frau (2,94% der dental Sanierten) dokumentiert. Der Verlust aller Zähne und der damit verbundene Ersatz durch eine Totalprothese ergab sich bei zehn Männern (29,41% der dental Sanierten) und bei fünf Frauen (14,71% der dental Sanierten).

Grafik 14



Beschriebene Zahnsanierungen beider Geschlechter in Form von Restaurationen bzw. Zahnersatz in Prozent (N=163)

Karies

Unter kariösen Zähnen litten 51 Personen (23,39% der Untersuchten). Bei 45 Männern (20,64% der Untersuchten) und sechs Frauen (2,75%) wurde Karies festgestellt.

Prozentual lag das Verhältnis bei 88,24% der Männer und 11,76% der Frauen.

Entzündungen

Bei sechs Männern (2,75% der Untersuchten) wurden Entzündungen im Mundraum erkannt.

Parasitenbefall

In neun Fällen (3,80% des Gesamtkollektivs) dieser Auswertung wurde ein parasitärer Befall festgestellt. Acht (3,39% des Gesamtkollektivs) von ihnen hatten einen Kopflausbefall und eine Person (0,42% des Gesamtkollektivs) hatte Flöhe.

Lediglich zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs) hatten Kopfläuse.

Alte- oder verschmutzte Verbände

Im Rahmen der Begutachtung des Leichnams bei der äußeren Leichenschau fielen bei 20 Wohnungslosen (7,60%) verschmutzte oder alte Verbände auf:

17 (6,46% des Gesamtkollektivs bzw. 7,73% des Männerkollektivs) waren Männer, drei (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 6,98% des Frauenkollektivs) waren Frauen.

Schmerzpflaster

Zwei Männer (0,76% des Gesamtkollektivs) wurden mit einem auf die Haut geklebten Fentanylpflaster gezählt.

Tätowierungen des Körpers

Aus dem Gesamtkollektiv trugen 95 Personen (36,12%) mindestens eine Tätowierung:

80 (30,42% des Gesamtkollektivs bzw. 36,36% des Männerkollektivs) der Männer, 15 (5,7% des Gesamtkollektivs bzw. 34,88 % des Frauenkollektivs) der Frauen.

Ernährungszustand

Im Rahmen der äußeren Leichenschau waren im Institut für Rechtsmedizin unter anderem das Gewicht sowie die Körpergröße aufgezeichnet worden. Mittels dieser Werte lässt sich der sogenannte Body Mass Index (BMI) errechnen, wodurch anschließend eine Einschätzung zum Ernährungszustand gegeben werden kann. Diese Auswertung wurde anhand der festgelegten Kategorien der WHO erstellt (World Health Organization 2004).

Keine Berücksichtigung fanden jedoch die Fälle, bei denen eine Berechnung aufgrund von starker Fäulnis, Zustand der Leiche nach einem Brand oder einer Bergung aus dem Wasser nicht als auswertbar erachtet wurde.

Für insgesamt 191 Personen wurde eine Berechnung des BMI an dieser Stelle durchgeführt:

Einen BMI unter 18,5 hatten 25 Personen (16 Männer, 9 Frauen) und waren demnach als untergewichtig eingestuft worden. Mit einem BMI von 18,5 bis 24,9

5. Ergebnisse

wurde ein normales Gewicht beschrieben, hier bei insgesamt 91 Wohnungslosen (80 Männer, 11 Frauen). Ab einem BMI von mehr als 25 beginnt das Übergewicht. Insgesamt zeigten 75 Personen unterschiedliche Grade des Übergewichts (64 Männer, 11 Frauen).

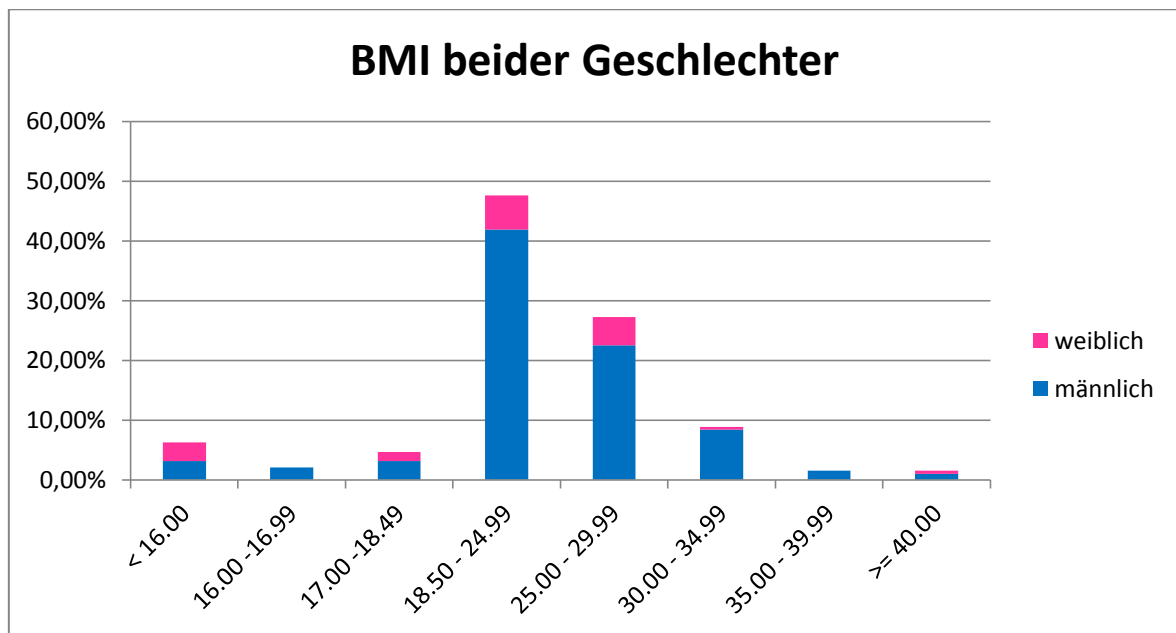
Untergewichtig waren demnach 13,08% der Wohnungslosen. 47,64% fielen in den Bereich eines normalen Gewichtes. Adipös waren insgesamt 39,27% der auswertbaren Fälle.

Tabelle 4

Einteilung des BMI	Männer Anzahl	Frauen Anzahl	Gesamt Anzahl und %
Massivers Untergewicht	6	6	12 6,28%
Moderates Untergewicht	4	-	4 2,09%
Leichtes Untergewicht	6	3	9 4,71%
Normalgewicht	80	11	91 47,64%
Präadipositas	43	9	52 27,23%
Grad I	16	1	17 8,90%
Grad II	3	-	3 1,57%
Grad III	2	1	3 1,57%

Detaillierte Einteilung anhand des errechneten BMI beider Geschlechter nach Anzahl
- Gesamtergebnis auch in Prozent (N=191)
(World Health Organization 2004)

Grafik 10



BMI beider Geschlechter nach WHO, 2015 (N=191)

Körperlicher Zustand der Äußeren Leichenschau

Insgesamt wurde bei 139 Personen im Rahmen der Äußeren Leichenschau eine Einschätzung über den Pflegezustand gegeben. Dies waren (52,85%) des Gesamtkollektivs.

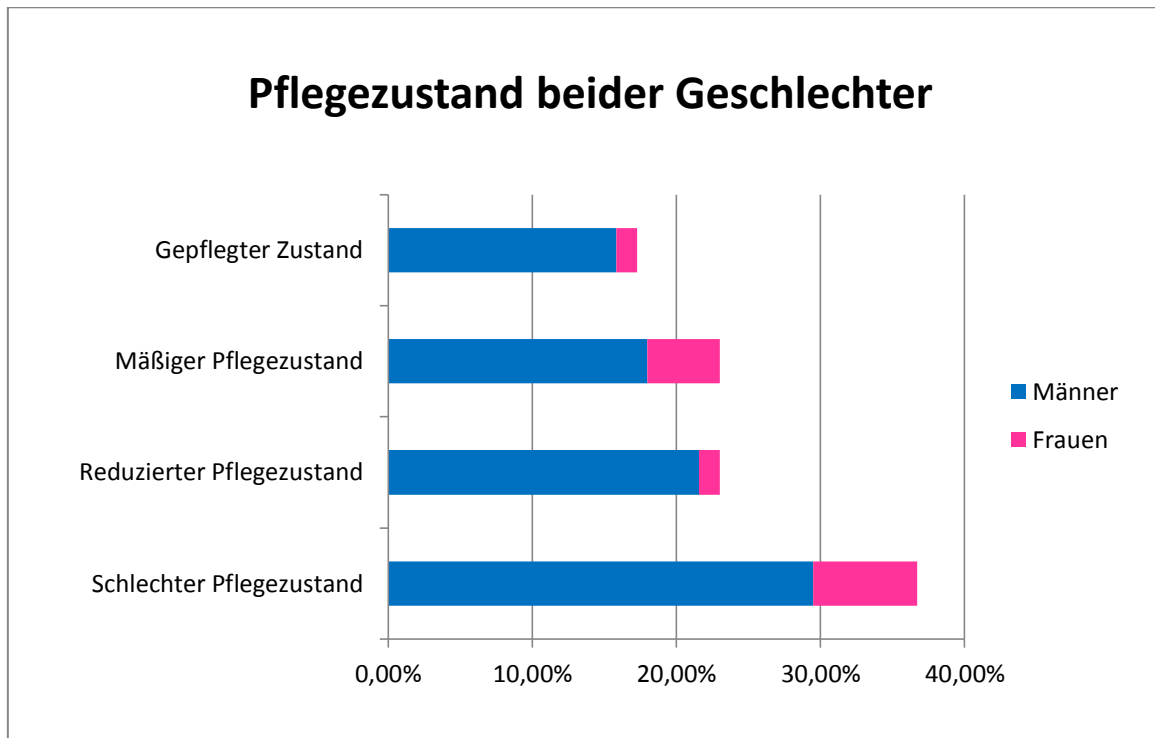
Unter ihnen waren 118 Männer (84,89% der Beschriebenen) und 21 Frauen (15,11% der Beschriebenen).

Tabelle 5

Pflegezustand	Gesamt	Männer	Frauen
Schlecht	36,69%	29,50%	7,19%
Reduziert	23,02%	21,58%	1,44%
Mäßig	23,02%	17,99%	5,04%
Gut	17,27%	15,83%	1,44%

Rechtsmedizinisch beschriebener körperlicher Zustand bei der Leichenschau in Prozent (N=139)

Grafik 11



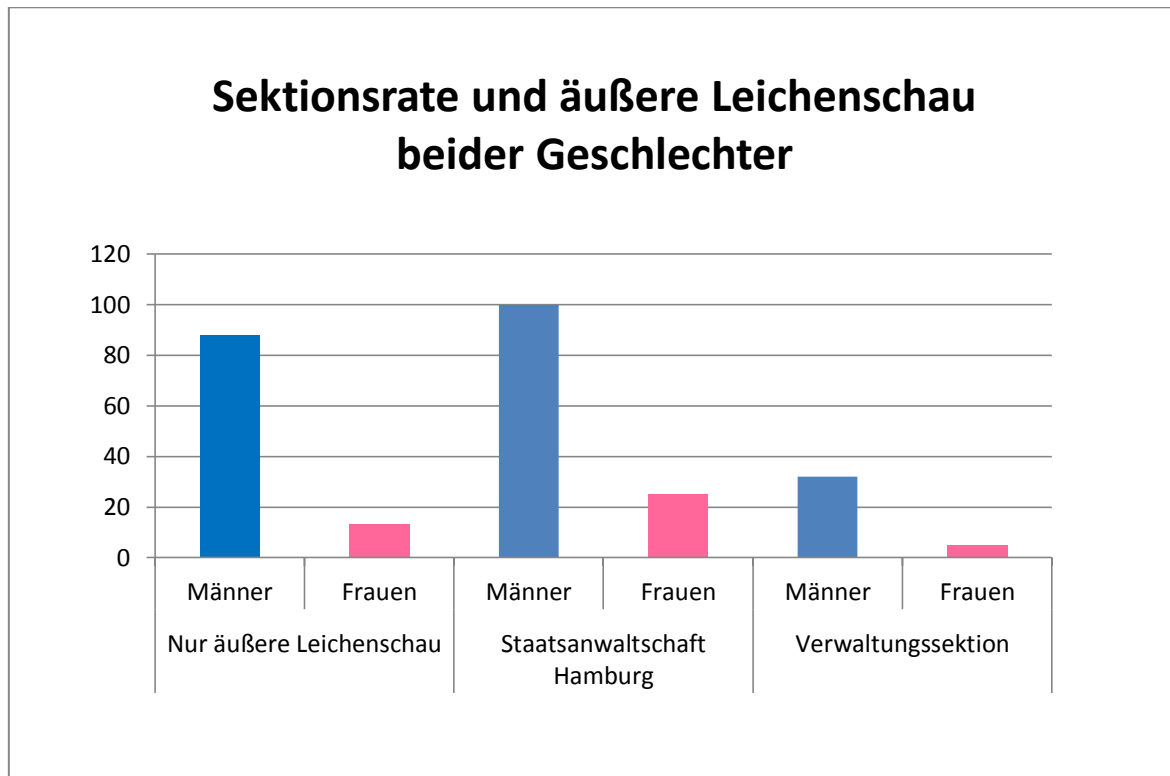
Rechtsmedizinisch kategorisierter Pflegezustand beider Geschlechter zum Zeitpunkt des Todes in Prozent (N=139)

5.4. Sektionsbefunde

Sektionsrate

Bezogen auf das Gesamtkollektiv von insgesamt 263 Todesfällen wurden 162 Wohnungslose im Institut für Rechtsmedizin seziert. Dies entspricht einer Sektionsrate von 61,60%. Darunter waren 132 Männer (50,20% des Gesamtkollektivs) und 30 Frauen (11,41% des Gesamtkollektivs). Davon wurden 37 Sektionen (14,07% des Gesamtkollektivs bzw. 22,84% aller Sezierten) im Rahmen einer Verwaltungssektion durchgeführt.

Grafik 12



Die Sektionsrate und äußere Leichenschau beider Geschlechter in der Anzahl (N=263)

Internistische Erkrankungen aus den Sektionsbefunden

Sepsis

Eine Blutvergiftung erlitten zehn verstorbene Personen (3,80% des Gesamtkollektivs bzw. 6,17% der Sezierten). Sechs von ihnen waren Männer (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten) und vier waren Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

5.5. Herz- und/oder Gefäßerkrankungen

Bei 162 Personen wurde eine Sektion durchgeführt. Dabei wurde bei 116 Personen eine Herz- und/oder Gefäßerkrankung festgestellt. Dabei handelt es sich um 71,60% der sezierten Toten.

Aus dem Gesamtkollektiv haben nachgewiesenermaßen 44,10% an einer Herz- und/oder Gefäßerkrankung gelitten:

5. Ergebnisse

Unter ihnen waren 97 betroffene Männer (36,88% des Gesamtkollektivs) und 19 betroffene Frauen (7,22% des Gesamtkollektivs). Insgesamt handelte es sich bei den 116 zu Lebzeiten erkrankten Personen um 83,62% Männer und 16,38% Frauen.

Allgemeine Arteriosklerose

Von den 116 gefäßerkrankten Personen wurde bei 82 (31,70% des Gesamtkollektivs bzw. 70,69% der Herz- und/oder Gefäßerkrankten) von ihnen im Rahmen der Sektion eine allgemeine Arteriosklerose in unterschiedlichen Schweregraden diagnostiziert:

Tabelle 6

Leichte Form	20	28,57%
Mittelschwere Form	26	37,14%
Starke Form	24	34,29%

Männlicher Gefäßstatus (N=70)

Leichte Form	6	50,00%
Mittelschwere Form	3	25,00%
Starke Form	3	25,00%

Weiblicher Gefäßstatus (N=12)

Koronare Arteriosklerose

Aus allen Fällen wurde bei 65 Personen (24,71% des Gesamtkollektivs bzw. 40,12% der Sezierten) im Rahmen der Sektion eine koronare Arteriosklerose in unterschiedlichen Schweregraden diagnostiziert:

59 (90,77%) von ihnen waren männlich und sechs (9,23%) weiblich.

5. Ergebnisse

Tabelle 7

Leichte Form	17	28,81%
Mittelschwere Form	22	37,29%
Starke Form	20	33,90%

Männliche Kranzgefäße (N=59)

Leichte Form	3	50,00%
Mittelschwere Form	1	16,67%
Starke Form	2	33,33%

Weibliche Kranzgefäße (N=6)

Arterio-Arteriosklerose

Bei vier Männern (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten) wurde eine Verkalkung in den Nierenarterien erkannt.

Herz-Kreislaufbefunde

Hypertonus

Im Rahmen der Sektion wurde aufgrund der anatomischen Gegebenheiten ein zu Lebzeiten bestandener Hypertonus bei 16 Menschen (6,08% des Gesamtkollektivs bzw. 9,88% der Sezierten) festgestellt:

Einen zu hohen Blutdruck hatten 13 Männer (4,94% des Gesamtkollektivs bzw. 8,02% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten).

Hypertrophie des Herzens

Eine pathologische Vergrößerung des Herzens war während der Sektion bei 58 Menschen (22,05% des Gesamtkollektivs bzw. 35,80% der Sezierten) erkennbar: 50 Männer (19,01% des Gesamtkollektivs bzw. 30,86% Sezierten) hatten ein zu großes Herz.

Herzinsuffizienz

An einer post mortem diagnostizierten Herzinsuffizienz litten insgesamt 24 (9,12% des Gesamtkollektivs bzw. 14,81% der Sezierten) wohnungslose Menschen:

20 Männer (7,60% des Gesamtkollektivs bzw. 12,35% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Akuter Myokardinfarkt

Einen akuten Herzinfarkt erlitten 11 Personen (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 6,79% der Sezierten):

Neun Männer (3,42% des Gesamtkollektivs bzw. 5,56% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Länger zurückliegender Myokardinfarkt

Anatomische Zeichen für einen alten Herzinfarkt zeigten sich während der Sektion bei 18 Personen (6,84% des Gesamtkollektivs bzw. 11,11% der Sezierten):

15 Männer (5,70% des Gesamtkollektivs bzw. 9,26% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) hatten eine Infarktnarbe.

Endokarditis

Eine Endokarditis erlitten vier Männer (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Perikarditis

Eine Perikarditis bekamen zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Endokardfibrose

Eine Endokardfibrose zeigte sich bei sieben Personen (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 4,32% der Sezierten):

Sechs Männer (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Auffälligkeiten der Herzklappen

Ein Mann hatte einen Klappendefekt (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) und ein weiterer Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) einen Herzklappenersatz.

Embolien

Bei Fünf Personen (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) wurde ein Blutgerinnsel im Gefäßsystem gefunden:

Bei drei Männern (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) fand sich diese Form des Gefäßverschlusses.

Aneurysmen

Bei einer Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) fand sich eine Arterienerweiterung im Kopf. Diese war nicht todesursächlich.

Herzoperationen

Bei fünf Männern (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) gab es eine zurückliegende Herzoperation:

Zwei trugen einen Stent (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) und ein weiterer (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) hatte eine vorangegangene Bypass-Operation. Ein weiterer Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) hatte einen Herzklappenersatz.

Einen unter der Haut liegenden Dauerkatheter (Portkatheter) besaß ein Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Ösophagusvarizen

Varizen fielen bei acht Menschen (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 4,94% der Sezierten) auf:

Unter ihnen fünf Männer (1,9% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten).

5.6. Ödembildung

Ödeme der unteren Extremitäten

Aus dem Gesamtkollektiv zeigte sich bei 18 Personen (6,84% des Gesamtkollektivs) eine Schwellung der unteren Extremitäten:

Der Fall war dies bei 16 Männern (6,08% des Gesamtkollektivs bzw. 7,27% des Männerkollektivs) und bei zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% des Frauenkollektivs).

Ödeme der oberen Extremitäten

Aus dem Gesamtkollektiv zeigte sich bei 15 Personen (5,70% des Gesamtkollektivs) eine Schwellung der oberen Extremitäten:

Dies war der Fall bei 12 Männern (4,56% des Gesamtkollektivs bzw. 5,45% des Männerkollektivs) und bei drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 6,98% des Frauenkollektivs).

Lungenödem

Aus dem Gesamtkollektiv fiel bei 53 Personen (20,15% des Gesamtkollektivs bzw. 32,72% der Sezierten) ein Lungenödem auf:

Der Fall war dies bei 48 Männern (18,25% des Gesamtkollektivs bzw. 29,63% der Sezierten) und bei fünf Frauen (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% Sezierten).

Hirnödem

Aus dem Gesamtkollektiv hatten 47 Personen (17,87% des Gesamtkollektivs bzw. 29,01% der Sezierten) ein Hirnödem. Dies war bei 44 Männern (16,73% des Gesamtkollektivs bzw. 27,16% der Sezierten) und bei drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% Sezierten) der Fall.

5.7. Lungenerkrankungen

Eine Erkrankung der Lunge ließ sich generell bei 99 Personen (37,64% des Gesamtkollektivs bzw. 61,11% der Sezierten) dieser Studie nachweisen:

85 waren männlich (32,32% des Gesamtkollektivs), 14 waren weiblich (5,32% des Gesamtkollektivs). Erkrankt waren insgesamt 52,47% der sezierten Männer und 8,64% der sezierten Frauen, verteilt auf 85,86% Männer und 14,14% Frauen.

Akute Bronchitis

Eine akute Bronchitis hatten zwei Männer (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Chronische Bronchitis

Zu Lebzeiten litten 39 Personen (14,89% des Gesamtkollektivs bzw. 24,07% der Sezierten) an einer chronischen Bronchitis:

Unter ihnen waren 34 Männer (12,98% des Gesamtkollektivs bzw. 20,99% der Sezierten) und fünf Frauen (1,91% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten).

Eitrige Bronchitis

Bei 19 Personen der Wohnungslosen (7,22% des Gesamtkollektivs bzw. 11,73% der Sezierten) fiel eine eitrige Bronchitis auf:

Unter ihnen waren 15 Männer (5,70% des Gesamtkollektivs bzw. 9,26% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Pleuritis

Unter einer Entzündung der Pleura litten drei Personen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten):

Von ihnen waren zwei männlich (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) und eine weiblich (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Pneumonie

Insgesamt litten 17 wohnungslose Menschen (6,46% des Gesamtkollektivs bzw. 10,49% der Sezierten) unter einer Lungenentzündung:

Darunter waren 16 Männer (6,08% des Gesamtkollektivs bzw. 9,88% der Sezierten) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Lungenemphysem

Anzeichen für ein Lungenemphysem ergaben sich bei 40 Menschen (15,21% des Gesamtkollektivs bzw. 24,69% der Sezierten):

Darunter waren 36 Männer (13,69% des Gesamtkollektivs bzw. 22,22% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Von dieser chronischen Lungenerkrankung waren insgesamt 41 Menschen (15,59% des Gesamtkollektivs bzw. 25,31% der Sezierten) betroffen:

33 männliche (12,55% des Gesamtkollektivs bzw. 20,37 der Sezierten) und acht weibliche (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 4,94% der Sezierten).

Verwachsungen des Lungengewebes

Verwachsungen können durch ausgeheilte Entzündungen wie beispielsweise einer Pleuritis entstehen.

Verwachsungen in der Lunge hatten 17 Personen (6,46% des Gesamtkollektivs bzw. 10,49% der Sezierten):

Darunter 14 Männer (5,32% des Gesamtkollektivs bzw. 8,64% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten).

Säbelscheidentrachea

Diese Auffälligkeit fand sich bei elf Personen (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 6,79% der Sezierten), davon waren 10 männlich (3,8% des Gesamtkollektivs bzw. 6,17% der Sezierten) und eine weiblich (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Anthrakose

Eine auffällige Pigmentierung des Lungengewebes (Anthrakose) wurde bei acht Personen (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 4,94% der Sezierten) dokumentiert: Unter ihnen waren sechs Männer (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Asbestose

Bei zwei Männern (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) wurde eine Asbestose diagnostiziert.

Malignome der Lunge

Malignome fanden sich bei sechs Personen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten), darunter bei fünf Männern (1,9% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) und bei einer Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

5.8. Zentrales Nervensystem

Cerebrum

Aus dem Gesamtkollektiv hatten 27 Menschen (10,26% des Gesamtkollektivs) Auffälligkeiten oder Erkrankungen im Gehirn. Dies waren insgesamt 16,67% der sezierten Fälle:

Darunter waren 20 Männer (7,60% des Gesamtkollektivs bzw. 12,35% der Sezierten) und sieben Frauen (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 4,30% der Sezierten).

Die Auffälligkeiten lagen bei 74,07% der Männer und bei 25,93% der Frauen vor.

Apoplex

Ein Schlaganfall konnte bei insgesamt fünf Personen (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,97% der Sezierten) diagnostiziert werden:

Zwei Männer (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) waren betroffen.

Frische Blutungsereignisse im Gehirn

20 Menschen (7,60% des Gesamtkollektivs bzw. 12,35% der Sezierten) hatten zeitnah vor dem Tod eine frische Blutung im Gehirn:

17 Männer (6,46% des Gesamtkollektivs bzw. 10,49% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) zeigten diesen Befund. Die prozentuale Verteilung lag bei 85,00% der Männer und 15,00% der Frauen.

Zustand nach Kraniotomie

Eine chirurgische Eröffnung des Schädels wurde bei sechs Verstorbenen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten) vor ihrem Tod durchgeführt: Operiert wurden vier Männer (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Epileptischer Anfall/Zungenbiss

Vier Personen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten) hatten einen frisch zurückliegenden Krampfanfall erlitten, unter ihnen drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Ein Zungenbiss wurde bei insgesamt fünf Personen (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) erkannt:

Davon waren drei männlich (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und zwei weiblich (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

5.9. Leber- und Pankreas Erkrankungen

Eine Erkrankung der Leber wurde bei 100 Personen (38,02% des Gesamtkollektivs) des untersuchten Kollektivs diagnostiziert:

Dies waren insgesamt 61,73% der sezierten Personen.

84 Männer (31,94% des Gesamtkollektivs bzw. 51,85% der Sezierten) und 16 Frauen (6,08% des Gesamtkollektivs bzw. 9,88% der Sezierten) zeigten

Veränderungen an der Leber.

Unter den Erkrankten waren 84,00% Männer und 16,00% Frauen.

Ikterus

Eine Gelbfärbung der Haut und/oder der Skleren ließ sich bei 14 Personen (5,32% des Gesamtkollektivs) erkennen:

Davon waren neun Männer (3,42% des Gesamtkollektivs) und fünf Frauen (1,90% des Gesamtkollektivs) betroffen.

Dies waren 4,09% des Männerkollektivs und 11,67% des Frauenkollektivs.

Aszites

Wasseransammlungen im Bauchraum waren bei sechs Menschen (2,28%) zu erkennen, fünf männlichen (1,9% des Gesamtkollektivs) und einer weiblichen Person (0,38% des Gesamtkollektivs).

Dabei handelt es sich um 0,86% des Männerkollektivs und 2,33% des Frauenkollektivs.

Hepatomegalie

Eine Vergrößerung der Leber zeigte sich bei 24 Personen (9,13% des Gesamtkollektivs bzw. 14,81% der Sezierten):

Dies waren 22 Männer (8,37% des Gesamtkollektivs bzw. 14,81% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Leberverfettung

69 Personen (26,23% des Gesamtkollektivs bzw. 42,59% der Sezierten) zeigten eine Verfettung der Leber:

59 Männer (22,43% des Gesamtkollektivs bzw. 36,42% der Sezierten) und 10 Frauen (3,80% des Gesamtkollektivs bzw. 6,17% der Sezierten).

Leberfibrose

Eine Leberfibrose hatten acht Männer (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 4,94% der Sezierten).

Leberzirrhose

Unter einer Leberzirrhose litten 22 wohnungslose Menschen (8,36% des Gesamtkollektivs bzw. 13,58% der Sezierten):

18 Männer (6,84% des Gesamtkollektivs bzw. 11,11% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs 2,47% der Sezierten) waren davon betroffen.

Leberkarzinom

Leberkrebs ließ sich bei drei Männern (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) nachweisen.

Leberparasit

Ein Verstorbener besaß einen Leberparasiten (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Vesica biliaris

Insgesamt fiel die Gallenblase oder diese Region bei zwölf Personen (4,56% des Gesamtkollektivs bzw. 7,41% der Sezierten) auf:

Gallensteine hatten sieben Männer (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 4,32% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Eine fehlende Gallenblase nach vorangegangener chirurgischer Entfernung lag bei zwei Männern (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) und bei einer Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) vor.

Pankreasfibrose

Bei 16 Personen (6,08% des Gesamtkollektivs bzw. 9,88% der Sezierten) wurde eine Pankreasfibrose festgestellt:

Darunter befanden sich 14 Männer (5,32% des Gesamtkollektivs bzw. 8,64% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Pankreasverfettung

Eine Verfettung des Pankreas hatten drei Personen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten), davon ein Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw.

0,62% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Pankreatitis

Eine Entzündung des Pankreas zeigte sich bei elf Menschen (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 6,79% der Sezierten):

Darunter waren neun Männer (3,42% des Gesamtkollektivs bzw. 5,56% der Sezierten) und bei zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Diabetes

Aus dem Gesamtkollektiv gab es insgesamt sieben Personen (2,67% des Gesamtkollektivs bzw. 4,32% der Sezierten) mit nicht physiologischen Blutzucker- und Insulinwerten:

Ein Mann hatte einen Diabetes Typ I (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten). Andere Auffälligkeiten des Insulinspiegels zeigten drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten), beispielsweise eine Entgleisung des Blutzuckers.

5.10. Magen-Darm Erkrankungen

Generell zeigten 43 Personen (16,35% des Gesamtkollektivs) eine Erkrankung des Magens und/oder des Darms:

Dies waren insgesamt 26,54% der Sezierten.

33 von ihnen waren männlich (12,55% des Gesamtkollektivs bzw. 20,37% der Sezierten) und zehn weiblich (3,80% des Gesamtkollektivs bzw. 6,17% der Sezierten).

Die Erkrankten waren zu 76,74% männlich und zu 23,26% weiblich.

Kaffeesatzartiges Erbrechen

Dies ist ein Erbrechen von brauner bis schwärzlicher Färbung durch eine innere Blutung.

Äußerlich erkennbares Kaffeesatzartiges Erbrochenes fand sich bei elf Personen (4,18% des Gesamtkollektivs):

Sieben (2,66% des Gesamtkollektivs) von ihnen waren Männer und vier (1,52% des Gesamtkollektivs) waren Frauen. Diese Art von Erbrochenem wurde bei 3,18% des Männerkollektivs beobachtet. Aus dem Frauenkollektiv waren es 9,30%.

Gastritis

Eine Entzündung der Magenschleimhaut (Gastritis) hatten fünf (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) gezählte Fälle:

Von ihnen waren drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Partielle Magenresektion

Einem Mann wurde ein Teil des Magens entfernt (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Gastrointestinale Blutungen

Diese Art von Blutung zeigte sich bei 15 Menschen (5,70% des Gesamtkollektivs bzw. 9,26% der Sezierten):

Unter ihnen waren 11 Männer (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 6,80% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Gastrointestinale Ulzerationen

15 Menschen (5,70% des Gesamtkollektivs bzw. 9,26% der Sezierten) hatten gastrointestinale Ulzerationen:

Elf Männer (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 6,80% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Divertikulitis

Sechs Personen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten) zeigten eine Divertikulitis:

Vier Männer (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) hatten einen Nabelbruch. Ein weiterer Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) hatte Meckel-Divertikel.

Teerstuhl

Ein Teerstuhlabgang wurde bei 24 Personen (5,32% des Gesamtkollektivs) sichtbar:

Darunter bei zwölf Männern (4,56% des Gesamtkollektivs) und bei zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs).

Aus dem Männerkollektiv hatten 5,45% einen Teerstuhlabgang, aus dem Frauenkollektiv waren es 4,65%.

Appendektomie

Die Entfernung des Wurmfortsatzes erfolgte zu Lebzeiten bei neun Menschen (3,42% des Gesamtkollektivs bzw. 5,56% der Sezierten), dies waren fünf Männer (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten).

Colonkarzinom

Bei zwei Männern wurde ein Dickdarmkrebs diagnostiziert (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

5.11. Milz, Nieren- und Nebennieren Erkrankungen

Nieren und Nebennieren

Auffälligkeiten gab es bei 36 Personen (13,69% des Gesamtkollektivs). Insgesamt waren 22,22% der Sezierten an Milz, Nieren- oder Nebennieren erkrankt:

Davon waren 30 Männer (11,41% des Gesamtkollektivs bzw. 18,52% der Sezierten) und sechs Frauen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten).

Nierenzysten

Zysten in einer oder beider Nieren wuchsen bei sieben Männern (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 4,32% der Sezierten).

Nephrolithen

Nierensteine wurden bei einem Mann (0,38 des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) gefunden.

Nephritis

Eine Nierenentzündung wurde bei vier Männern (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten) festgestellt.

Dunkle Nebennieren

Eine dunkle Färbung der Nebennieren fand sich bei 13 Männern (4,94% des Gesamtkollektivs bzw. 8,02% der Sezierten).

Schocknieren

Schocknieren gab es insgesamt bei drei Personen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten):

Bei einem Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Nierenkarzinom

Unter Nierenkrebs litten vier Personen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten), darunter drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Splen

Aus dem gesamten untersuchten Kollektiv gab es bei 14 Männern (5,32% des Gesamtkollektivs bzw. 8,64% der Sezierten) Auffälligkeiten der Milz:

Eine Nebenmilz besaßen drei (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten), eine Vergrößerung der Milz sechs (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 3,70 % der Sezierten), eine entzündete Milz zwei (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) und eine Kapselfibrose der Milz zwei (0,76% des

Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) Männer. In einem Fall besaß der Mann nach einer Milzexplantation dieses Organ nicht mehr (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

5.12. Urologische/oder Gynäkologische Erkrankungen

Insgesamt hatten 26 Personen des Gesamtkollektivs eine urologische oder gynäkologische Erkrankung. Dies waren insgesamt 16,05% der Sezierten:

20 Männer (7,60% des Männerkollektivs bzw. 12,35% der Sezierten) hatten eine urologische Erkrankung.

Sechs Frauen (13,95% des Frauenkollektivs bzw. 3,70% der Sezierten) hatten eine gynäkologische Erkrankung.

Die Erkrankungsrate lag bei 76,92% Männern und 23,08% Frauen.

Männer

Aus dem Kollektiv der Männer gab es zehn (4,55% des Männerkollektivs bzw. 6,17% der Sezierten) die eine Vergrößerung der Prostata zeigten:

Zwölf (5,45% des Männerkollektivs bzw. 7,41% der Sezierten) Männer hatten verkleinerte Hoden.

Ein Mann (0,38% bzw. 0,62% der Sezierten) besaß nur einen Hoden.

Frauen

Eine Frau (2,33% des Frauenkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) hatte Zysten im Unterleib.

Bei drei Frauen (6,98% des Frauenkollektivs) fand man Myome.

Der Uterus zweier Frauen (4,65% des Frauenkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) befand sich durch eine in der Vergangenheit stattgefundene Explantation nicht mehr im weiblichen Becken.

Ein Mammakarzinom wurde bei einer Frau (2,33% des Frauenkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) diagnostiziert.

Silikonimplantate in der Brust trug eine Frau (2,33% des Frauenkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten).

Trabekelblase

Fünf Männer (2,27% des Männerkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) zeigten eine Balkenharnblase.

5.13. Erkrankungen der Glandula thyroidea

Fünf Untersuchte (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 3,09% der Sezierten) hatten Veränderungen des Schilddrüsengewebes:

Drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten) zeigten ein Struma colloides nodosa. Ein Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten) hatte Knoten im Schilddrüsengewebe.

5.14. Auffälligkeiten- und/oder Erkrankungen der Haut

Eine von der Norm abweichende Erscheinung der Haut zeigte sich bei insgesamt 151 Personen (57,41% des Gesamtkollektivs):

132 Männer (50,19% des Gesamtkollektivs bzw. 60,00% des Männerkollektivs) und 19 Frauen (7,22% des Gesamtkollektivs bzw. 44,19% des Frauenkollektivs) litten unter Veränderungen der Haut. Prozentual waren es 87,42% der Männer und 12,58% der Frauen.

Kratzdefekte der Haut

Im Rahmen der Begutachtung bei der äußeren Leichenschau wurden bei 26 Menschen (9,89% des Gesamtkollektivs) Kratzdefekte gesichtet:

Unter ihnen waren 22 Männer (8,37% des Gesamtkollektivs bzw. 10,00% des Männerkollektivs) und vier Frauen (1,52% des Gesamtkollektivs und 9,30% des Frauenkollektivs).

Hautulcus

Geschwüre der Haut entwickelten 17 Menschen (6,46% des Gesamtkollektivs):

Unter ihnen waren elf Männer (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 5,00% des Männerkollektivs) und sechs Frauen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 13,95% des Frauenkollektivs).

Haut Mazeration

Eine flüssigkeitsbedingte Aufweichung der Haut in Körperfalten war bei sieben Personen (2,66% des Gesamtkollektivs) sichtbar:

Sechs Männer (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 2,73% des Männerkollektivs) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs) waren betroffen.

Abszesse

Sieben Untersuchte (2,66% des Gesamtkollektivs) hatten Abszesse, darunter fünf Männer (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 2,27% des Männerkollektivs) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% des Frauenkollektivs). Ein Mann hatte beispielsweise einen Abszess der Ohrspeicheldrüse.

Decubitus

Ein Druckgeschwür ließ sich bei sechs Menschen (2,28% des Gesamtkollektivs) feststellen:

Zwei waren männlich (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 0,91% des Männerkollektivs) und vier weiblich (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 9,30% des Frauenkollektivs).

Die prozentuale Aufteilung lag bei 33,33% Männern und 66,67% Frauen.

Hyperpigmentierung der unteren Extremitäten

Dies zeigten 57 Personen (21,67% des Gesamtkollektivs):

Unter ihnen waren 50 Männer (19,01% des Gesamtkollektivs bzw. 22,73% des Männerkollektivs) und sieben Frauen (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 16,28% des Frauenkollektivs).

Psoriasis

Eine Schuppenflechte ließen 12 Männer (4,56% des Gesamtkollektivs bzw. 5,45% des Männerkollektivs) erkennen.

Hautpilz

Eine Pilzerkrankung der Körperhaut wurde bei zwei Männern (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 0,91% des Männerkollektivs) festgestellt.

22 Personen (8,36% des Gesamtkollektivs) litten zu Lebzeiten unter einem Pilzbefall der Fußnägel:

18 (6,84% des Gesamtkollektivs bzw. 8,18% des Männerkollektivs) von ihnen waren männlich, vier (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 9,30% des Frauenkollektivs) waren weiblich.

Hautborken

Eine Verschorfung der Haut im Rahmen der Wundheilung war in Form von Borken bei 40 Personen (15,21% des Gesamtkollektivs) erkennbar:

Nach einer Verletzung der Haut zeigte sich dies bei 37 Männern (14,07% des Gesamtkollektivs bzw. 16,81% des Männerkollektivs) und drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 6,98% des Frauenkollektivs).

Die prozentuale Verteilung lag bei 92,50% der Männer und 7,50% der Frauen.

Hautnarben

Vernarbungen der Haut wurden bei 81 Personen (30,80% des Gesamtkollektivs) beschrieben, darunter 71 Männer (27,01% des Gesamtkollektivs bzw. 32,27% des Männerkollektivs) und zehn Frauen (3,80% des Gesamtkollektivs bzw. 23,26% des Frauenkollektivs).

Auffälligkeiten der Genitalhaut

Insgesamt zeigten 16 Personen (6,08% des Gesamtkollektivs) eine Veränderung der Genitalhaut:

Von ihnen sind 15 männlich (5,70% des Gesamtkollektivs bzw. 6,82% des Männerkollektivs) und eine weiblich (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs).

Malignome der Haut

Eine Entartung der Hautzellen zeigte sich bei einem Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,45% des Männerkollektivs).

5.14. Auffälligkeiten der Extremitäten

Mindestens eine Auffälligkeit an den Extremitäten fiel bei 101 Personen (38,40% des Gesamtkollektivs) auf:

Unter ihnen waren 87 Männer (33,08% des Gesamtkollektivs bzw. 39,55% des Männerkollektivs) und 14 Frauen (5,32% des Gesamtkollektivs bzw. 32,56% des Frauenkollektivs).

Zeichen der Unterkühlung

Bei vier obdachlosen Menschen (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 2,47% der Sezierten) wurden Zeichen der Unterkühlung in Form von Frostflecken an den Beinen oder Wischnewsky-Flecken in der Magenschleimhaut festgestellt:

Unter ihnen waren drei Männer (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 1,85% der Sezierten) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 0,62% der Sezierten). Ein Mann (0,62% der Sezierten) und eine Frau (0,62% der Sezierten) verstarben an der Unterkühlung.

Narbenstraßen

Narbenstraßen durch einen vor dem Tod aktuellen oder früheren intravenösen Drogenkonsum fielen bei 20 Verstorbenen (7,60% des Gesamtkollektivs) auf:

Unter ihnen waren 15 männlich (5,70% des Gesamtkollektivs bzw. 6,82% des Männerkollektivs) und fünf weiblichen Geschlechts (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 11,63% des Frauenkollektivs).

Bein amputiert

In einem Zustand einer zurückliegenden Beinamputation befand sich eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs).

Finger amputiert

Mindestens einen Teil eines Fingers verloren durch unbekannte Ursache sieben Wohnungslose (2,66% des Gesamtkollektivs):

Betroffen waren sechs Männer (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 2,73% des Männerkollektivs) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs).

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)

Unter einer Durchblutungsstörung der Beine litten 25 Menschen (9,51% des Gesamtkollektivs):

20 männliche (7,60% des Gesamtkollektivs bzw. 9,10% des Männerkollektivs) und fünf weibliche (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 11,63% des Frauenkollektivs).

Ulcus cruris

Einen Ulcus cruris entwickelten zu Lebzeiten fünf Personen (1,90% des Gesamtkollektivs):

Vier Männer (1,52% des Gesamtkollektivs bzw. 1,82% des Männerkollektivs) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs).

Alte Frakturzeichen

Verheilte Knochenbrüche ließen sich bei zwölf Personen (4,56% des Gesamtkollektivs) erkennen:

Darunter befanden sich zehn Männer (3,80% des Gesamtkollektivs bzw. 6,17% der Sezierten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 1,23% der Sezierten).

Prozentual lag die Verteilung bei 83,33% der Männer und 16,67% der Frauen.

Schürfungen, Hämatome und Wunden

Mindestens eines dieser optisch erkennbaren Zeichen ließ sich bei 28 Personen (10,65% des Gesamtkollektivs) sehen:

Der Anteil der Männer lag bei 26 (9,89% des Gesamtkollektivs bzw. 11,82% des Männerkollektivs) und der der Frauen bei zwei Fällen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% des Frauenkollektivs).

Prozentual lag der Anteil einer dieser Auffälligkeiten bei 92,86% der Männer und 7,14% der Frauen.

Ritznarben

Auffällig war bei 23 Wohnungslosen (8,75% des Gesamtkollektivs) das Vorhandensein von Ritznarben in der Haut:

Dies fiel bei 22 Männern (8,37% des Gesamtkollektivs bzw. 10,00% des Männerkollektivs) und bei einer Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs) auf.

5.15. Zeichen äußerer Gewalteinwirkung

Äußere Verletzungen

Zeichen äußerer Verletzungen gab es bei 56 Personen (21,29% des Gesamtkollektivs) des untersuchten Personenkreises:

Bei Männern in 51 Fällen (19,39% des Gesamtkollektivs bzw. 23,18% des Männerkollektivs) und bei Frauen in fünf Fällen (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 11,63% des Frauenkollektivs).

Stumpfe Gewalteinwirkung

Zeichen stumpfer äußerer Gewalteinwirkung fielen bei 25 Personen (14,45% des Gesamtkollektivs) auf:

Darunter waren 23 Männer (8,75% des Gesamtkollektivs bzw. 10,45% des Männerkollektivs) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% des Frauenkollektivs).

Herbeigeführt werden könnten diese beispielsweise durch Schläge bei einer körperlichen Auseinandersetzung.

Scharfe Gewalteinwirkung

Verletzungen durch eine scharfe Gewalteinwirkung (Messer) erlitten acht Menschen (3,04% des Gesamtkollektivs) im Sinne von Schnitt- und/oder Stichverletzungen:

Unter ihnen waren sieben Männer (2,66% des Gesamtkollektivs bzw. 3,18% des Männerkollektivs) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% des Frauenkollektivs).

Polytrauma

Zehn Männer (3,80% des Gesamtkollektivs) zeigten schwerste, zur gleichen Zeit entstandene Verletzungen im Rahmen eines Polytraumas.

Sturzgeschehen

Frische oder ältere Verletzungen waren an den sturztypischen Lokalisationen wie den Extremitäten oder der Stirn zu erkennen:

Elf Verstorbene (4,18% des Gesamtkollektivs) erlitten Verletzungen, die durch ein Sturzgeschehen verursacht wurden. Unter ihnen waren zehn Männer (3,80% des Gesamtkollektivs) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs).

Schädel-Hirn Trauma

Ein Schädel-Hirn Trauma wurde bei 13 Männern (4,94% des Gesamtkollektivs) festgestellt. Dies waren 5,91% des Männerkollektivs.

5.16. Serologische Untersuchungen

Für acht Personen (3,04% des Gesamtkollektivs) wurde eine Serologie angeordnet.

Durchgeführt wurde sie bei sechs Männern (2,28% des Gesamtkollektivs) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs). Unter den Untersuchten waren 75,00% männlich und 25,00% weiblich:

HIV-positiv waren zwei Männer (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 25,00% der untersuchten Proben).

Hepatitis C wurde bei je einem Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 12,50% der untersuchten Proben) und einer Frau (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 12,50% der untersuchten Proben) festgestellt.

Sechs Personen (2,28% des Gesamtkollektivs) hatten eine Tuberkulose:

Fünf waren männlichen Geschlechts (1,90% des Gesamtkollektivs) und eine weiblichen Geschlechts (0,38% des Gesamtkollektivs). Eine Tuberkuloseerkrankung wurde bei 2,27% des Männerkollektivs und 2,33% des Frauenkollektivs diagnostiziert.

Das Hepatitis B Virus wurde bei keiner der Personen gefunden.

5.17. Toxikologische Untersuchungen

Bei 43 Personen (16,35% des Gesamtkollektivs) wurde eine toxikologische Untersuchung angeordnet:

Bei 35 Männern (13,31% des Gesamtkollektivs) und bei acht Frauen (3,04% des Gesamtkollektivs) wurde eine Testung entsprechender Proben durchgeführt.

Dies sind 15,91% des Männerkollektivs und 18,60% des Frauenkollektivs.

5.18. Suchtverhalten

Drogenkonsum

Bei 41 Menschen (15,59% des Gesamtkollektivs) konnte mindestens eine Form des Drogenmissbrauchs festgestellt werden:

33 Männer (12,55% des Gesamtkollektivs) und acht Frauen (3,04% des Gesamtkollektivs) konsumierten nachweislich verbotene Substanzen, wie zum Beispiel Kokain und Heroin.

Keine Berücksichtigung in dieser Auswertung fanden legale Drogen wie Nikotin und Alkohol.

Bekannter Nikotinkonsum

67 Personen (25,47% des Gesamtkollektivs) rauchten, 61 (23,19% des Gesamtkollektivs) männliche und sechs (2,28% des Gesamtkollektivs) weibliche. Raucher waren 27,73% des Männerkollektivs und 13,95% des Frauenkollektivs. Unter allen Rauchern waren 91,04% männlich und 8,96% weiblich.

Chronischer Alkohlabusus

Bei 76 Personen (28,90% des Gesamtkollektivs bzw. 46,91% der Sezierten) wurde durch die Sektionsbefunde ein chronischer Alkoholkonsum nachgewiesen:

68 Männer (25,86% des Gesamtkollektivs) und acht Frauen (3,04% des Gesamtkollektivs) waren zu Lebzeiten Alkoholiker.

Berücksichtigt man in der Berechnung die Sektionsrate des einzelnen Geschlechts, so kommt man auf 51,52% Alkoholiker bei den Männern und auf 26,67% Alkoholikerinnen bei den Frauen.

41,98% der Sezierten waren männliche Alkoholiker und 4,94% der Sezierten waren weibliche Alkoholiker. Von den Alkoholikern waren nachgewiesenermaßen insgesamt 89,47% Männer und 10,53% Frauen.

Blutalkoholkonzentration (BAK)

Bei 86 Wohnungslosen (32,71% des Gesamtkollektivs) wurde eine Bestimmung des Blutalkoholwertes rechtsmedizinisch angeordnet.

In dem postmortal in der Leiste entnommenen Venenblut wurde bei 57 Personen (21,67% des Gesamtkollektivs bzw. 35,19% der sezierten Personen) Alkohol nachgewiesen:

29 Personen (11,03% des Gesamtkollektivs bzw. 50,88% der Untersuchten) hatten null Promille.

Die am höchsten gemessene Blutalkoholkonzentration lag bei 5,01 ‰.

Tabelle 9

Allgemeiner Durchschnitt	2,21‰
Männlicher Durchschnitt	2,33‰
Weiblicher Durchschnitt	1,55‰

Durchschnittlich nachgewiesene BAK-Werte (N=57)

Cannabis Konsum

Nachweislich konsumierten acht Männer Cannabis (3,04% des Gesamtkollektivs bzw. 18,60% der Untersuchten). Ein toxikologischer Nachweis erfolgte durch einen positiven THC-Wert.

Kokain Konsum

Nachweisbar nahmen 17 Personen (6,46% des Gesamtkollektivs bzw. 39,53% der Untersuchten) Kokain ein:

Zwölf Männer (4,56% des Gesamtkollektivs bzw. 27,91% der Untersuchten) und fünf Frauen (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 11,63% der Untersuchten) konsumierten es.

Die positiv getesteten Personen waren 70,59% Männer und 29,41% Frauen.

Heroin Konsum

Toxikologisch nachgewiesen konsumierten sieben Personen (2,66% des Gesamtkollektivs) Heroin:

16,28% der untersuchten Proben wurden positiv getestet, das waren fünf Männer (1,90% des Gesamtkollektivs bzw. 11,63% der Untersuchten) und zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% der Untersuchten).

Die positiv getesteten Proben fielen bei 71,43% der Männer und bei 28,57% der Frauen auf.

Intravenöser Drogenkonsum

Bei 22 Menschen (8,36% des Gesamtkollektivs) konnte ein aktueller intravenöser Drogenmissbrauch anhand von typischen, frischen Einstichstellen festgestellt werden:

17 Männer (6,46% des Gesamtkollektivs) und fünf Frauen (1,90% des Gesamtkollektivs) injizierten sich augenscheinlich vor ihrem Tod eine Substanz. Dies waren 7,73% des Männerkollektivs und 11,63% des Frauenkollektivs.

Unter den intravenös Konsumierenden waren 77,27% Männer und 22,73% Frauen.

Keine Berücksichtigung in dieser Auswertung fanden Punktionsstellen einer notärztlichen Versorgung sowie vorhandene aber ältere Narbenstraßen.

Methadon Einnahme

Das im Rahmen eines Heroin-Substitutionsprogramms eingesetzte Medikament wurde bei 14 ehemals oder noch Süchtigen im Blut nachgewiesen, beispielsweise Polamidon.

Positiv waren 32,56% der untersuchten Blutproben:

Elf Männer (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 25,58% der Untersuchten) hatten es eingenommen, drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 6,98% der Untersuchten) außerdem. 78,57% Männer und 21,43% Frauen waren unter den Methadonsubstituierten.

Bei vier Personen (9,30% der Untersuchten) war eine intravenöse Gabe sehr wahrscheinlich.

Amphetamin Einnahme

Nachweislich nahmen neun Personen „Ecstasy“ (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 20,93% der Untersuchten) Amphetamine ein.

Benzodiazepin Einnahme

Nachweisen ließen sich beispielsweise Diazepam, Nordezepam und Oxazepam. 19 Personen (7,22% des Gesamtkollektivs bzw. 44,19% der Untersuchten) nahmen Benzodiazepine ein:

13 Männer (4,94% des Gesamtkollektivs bzw. 30,23% der Untersuchten) und sechs Frauen (2,28% des Gesamtkollektivs bzw. 13,95% der Untersuchten) konsumierten dieses Medikament.

Als positiv getestete nahmen 68,42% Männer und 31,58% Frauen Benzodiazepine ein.

Antidepressiva Einnahme

Antidepressiva werden bei vielerlei psychischen Erkrankungen eingenommen, aus dem Gesamtkollektiv taten dies erwiesenermaßen elf Verstorbene (4,18% des Gesamtkollektivs bzw. 25,58% der getesteten Proben):

Es waren acht Männer (3,04% des Gesamtkollektivs) sowie drei Frauen (1,14% des Gesamtkollektivs). Unter der Einnahme dieser Medikamente, wie beispielsweise die Präparate Doxepin und Mirtazapin, waren 72,73% der Männer und 27,27% der Frauen.

Analgetika

Bei zwei der Verstorbenen (4,65% der Untersuchten) ließen sich schmerzstillende Medikamente wie Novalgin und Tilidin nachweisen.

Buprenorphin Einnahme

Bei drei Männern (6,98% der Untersuchten) ließ sich die Einnahme von Buprenorphin nachweisen, beispielsweise Subutex.

Barbiturat Einnahme

Ein Mann (2,33% der Untersuchten) konsumierte das Schlafmittel Theobromin.

Andere Stimulanzen

Ein Mann (2,33% der Untersuchten) trank ein Fläschchen „Poppers“. Dieses gehört zur Gruppe der „Legal Highs“.

Einnahme von Neuroleptika

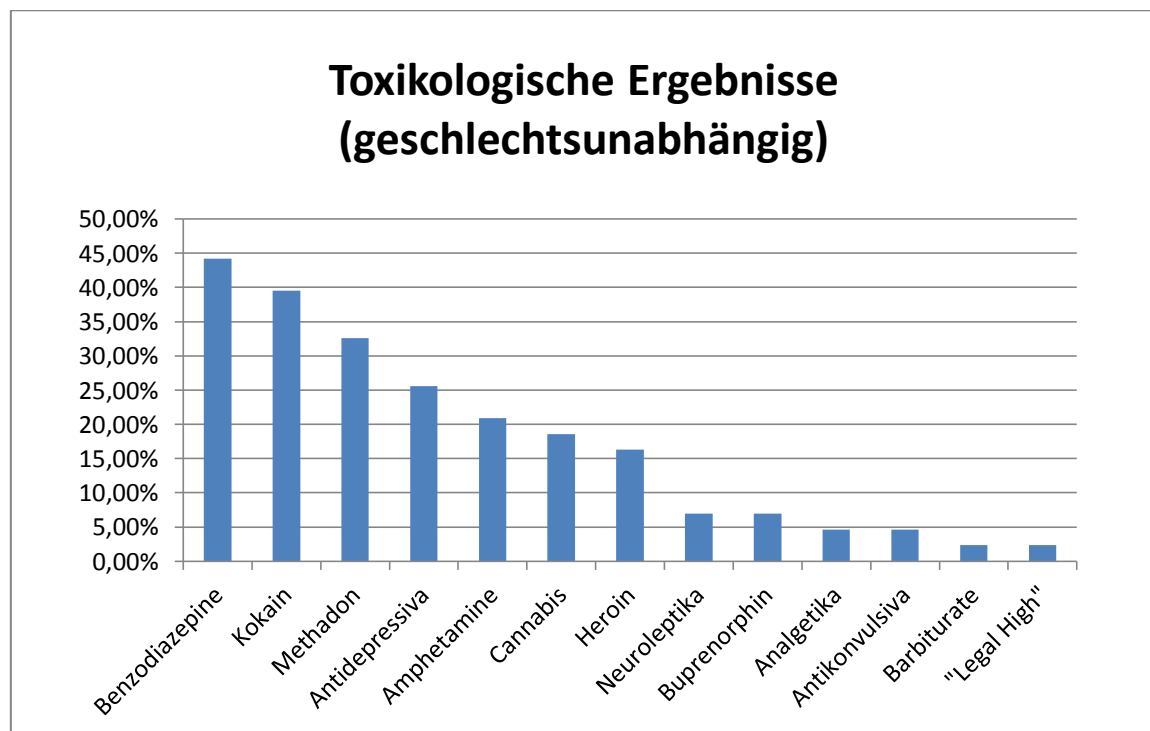
In drei Fällen (1,14% des Gesamtkollektivs bzw. 6,98% der untersuchten Proben) wurde die Einnahme von Neuroleptika bekannt, es handelte sich um einen Mann (0,38% des Gesamtkollektivs bzw. 2,33% der Untersuchten) sowie zwei Frauen (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% der Untersuchten). Unter der Einnahme dieser Medikamente waren 33,33% der Männer und 66,67% der Frauen.

Einnahme Antikonvulsiva

Zwei (0,76% des Gesamtkollektivs bzw. 4,65% der Untersuchten) Antiepileptikum-Einnahmen wurden ebenfalls bekannt, beispielsweise des Medikaments Clonazepam.

Ein Mann (0,38% des Gesamtkollektivs) und eine Frau (0,38% des Gesamtkollektivs) nahmen vor ihrem Tod ein Antiepileptikum ein.

Grafik 15



Toxikologisch nachgewiesene Medikamente und Rauschgifte geschlechtsunabhängig in Prozent (N=43)

5.19. Todesursachen

Die Todesursachen beider Geschlechter nach Organsystem beziehungsweise dem Mechanismus des Todes für das Kollektiv der Sezierten (N=162):

Intoxikationen:

Insgesamt starben 40 Personen an einer Drogen- und/oder Alkoholintoxikation (24,69% der Sezierten). Unter ihnen waren 34 Männer (20,99%) und sechs (3,70%) Frauen.

Herz-Kreislauf Erkrankungen:

Eine Herz- und/oder Gefäßerkrankung war bei 25 Personen (15,43% der Sezierten) todesursächlich. Betroffen waren 19 Männer (11,73%) und sechs Frauen (3,70%).

Infektionen:

An den Folgen einer Infektion starben 21 wohnungslose Menschen (12,96% der Sezierten). 17 waren männlich (10,49%) und vier weiblich (2,47%).

Unfallgeschehen:

Insgesamt verstarben 20 Wohnungslose (12,35%) aufgrund eines Unfallgeschehens. Im Rahmen eines Sturzes oder anderen Unfalls fanden zehn Männer (6,17% der Sezierten) den Tod.

Ertrinken:

In einem Hamburger Gewässer ertranken sechs männliche Personen (3,70% der Sezierten).

Kohlenmonoxidvergiftung:

Eine Kohlenmonoxidvergiftung durch einen Brand erlitten vier Wohnungslose (2,47% der Sezierten), unter ihnen zwei Männer (1,23%) und zwei Frauen (1,23%).

Tötungsdelikte:

Neun Personen (5,56% der Sezierten) waren durch ein Tötungsdelikt ums Leben gekommen, darunter acht Männer (4,94%) und eine Frau (0,62%).

Körperverletzung mit Todesfolge:

Acht Männer (4,94% der Sezierten) starben an den Folgen einer äußeren Gewalteinwirkung. Die Angaben zu polizeilichen Ermittlungen fehlten, deshalb

wurden diese acht Männer (4,94%) als Körperverletzung mit Todesfolge geführt.

Gastrointestinale Erkrankungen:

Aufgrund einer gastrointestinalen Erkrankung starben acht wohnungslose Personen (4,94% der Sezierten), vier Männer (2,47%) und vier Frauen (2,47%).

Suizide:

Sieben Männer (4,32% der Sezierten) suizidierten sich.

Erkrankungen des Gehirns:

Sechs Sezierte (3,70% der Sezierten) starben an einer Erkrankung des Gehirns: Zwei Männer (1,23%) und vier Frauen (2,47%).

Maligne Erkrankungen:

Durch eine Krebserkrankung verloren fünf Männer (3,09% der Sezierten) ihr Leben.

Chronische Lebererkrankungen:

Als Folge einer chronischen Lebererkrankung verstarben drei (1,85% der Sezierten) Wohnungslose, darunter zwei Männer (1,23%) und eine Frauen (0,62%).

Unterkühlung:

An den Folgen einer Unterkühlung starben zwei wohnungslose Menschen (1,23% der Sezierten). Ein Mann (0,62%) und eine Frau (0,62%) wurden erfroren aufgefunden.

Chronische Lungenerkrankungen:

Aufgrund eines chronischen Lungenleidens verstarb ein Mann (0,62%).

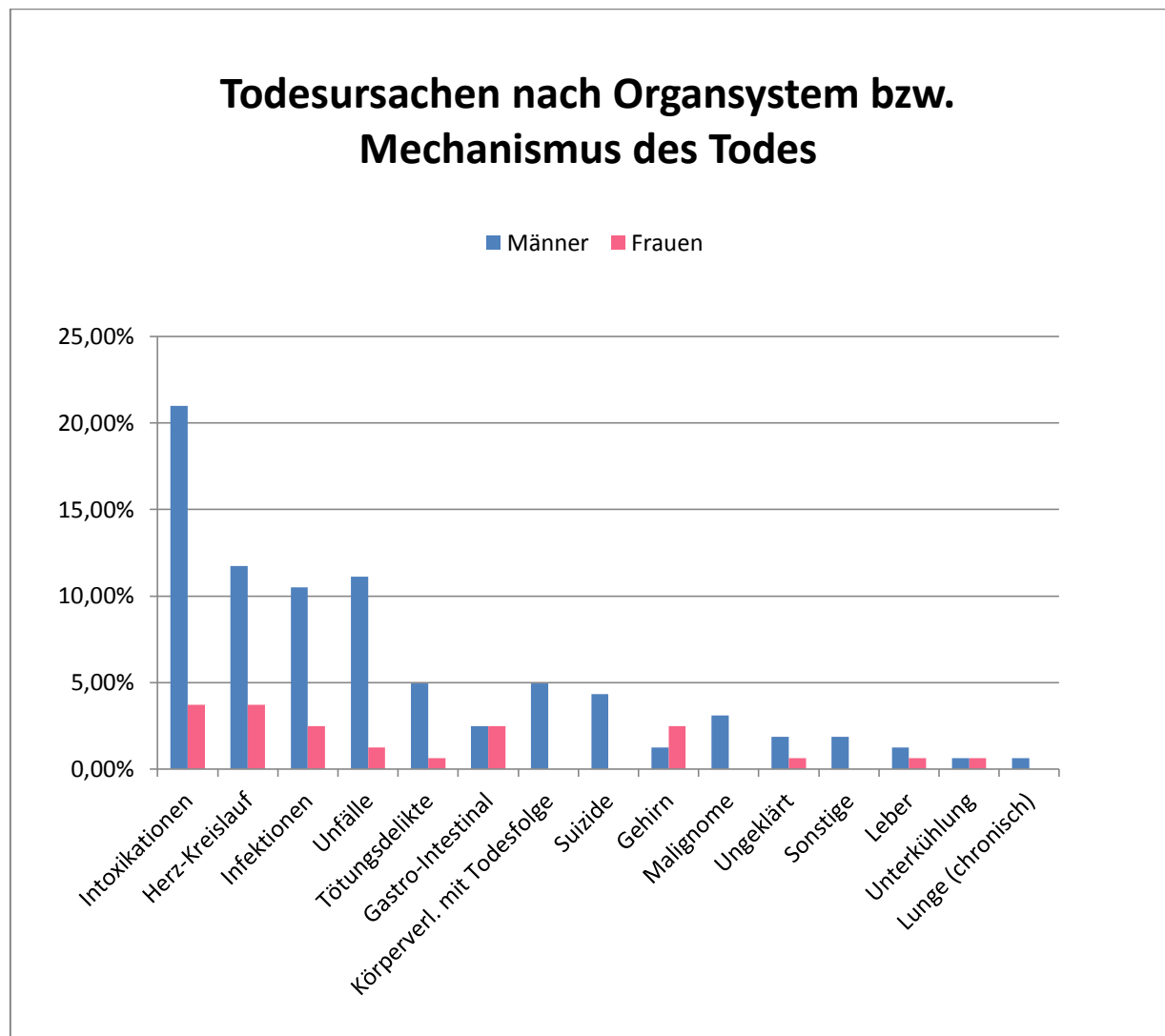
Sonstige Todesfälle:

An den Folgen eines Krampanfalls starben zwei Männer (1,23% der Sezierten). Ein Mann (0,62% der Sezierten) verstarb an einer Hyperglykämie mit einer mäßigen Alkoholisierung.

Ungeklärt:

Bei vier der verstorbenen Wohnungslosen konnte die genaue Todesursache nicht geklärt werden (2,47% der Sezierten); drei waren männlich (1,85%) und eine weiblich (0,62%).

Grafik 16



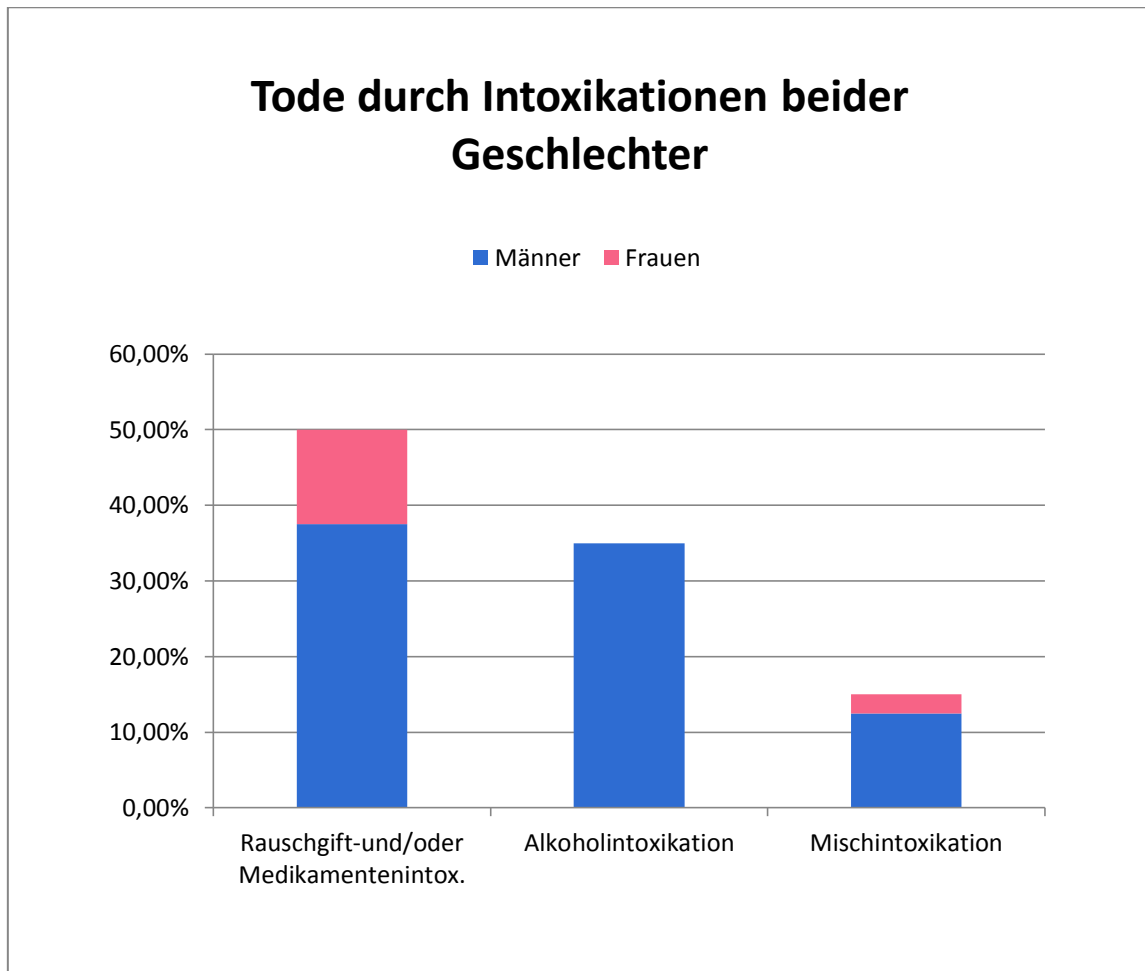
Die Todesursachen beider Geschlechter in absteigender Reihenfolge nach Organsystem bzw. dem Mechanismus des Todes für das Kollektiv der Sezierten in Prozent (N=162)

Tode durch eine Intoxikation

Insgesamt verstarben 40 Personen (24,69% der Sezierten) an einer Intoxikation, 14 (8,64% der Sezierten) ausschließlich durch einen starken Alkoholkonsum. Sechs Personen (3,70% der Sezierten) überlebten einen Mischkonsum von Alkohol und Rauschgift- und/oder Medikamenten nicht.

20 Wohnungslose starben an einer Rauschgift- und/oder Medikamentenüberdosis (12,35% der Sezierten).

Grafik 17



Todesfälle durch Intoxikationen für beide Geschlechter in Prozent (N=40)

Todesart

Insgesamt verstarben 77 der sezierten wohnungslosen Personen (47,53%) eines natürlichen Todes.

Durch einen unnatürlichen Tod starben 85 (52,47% der Sezierten) von ihnen.

6. Diskussion

6.1. Ergebniskritik: Einordnung der aktuellen Ergebnisse im Hinblick auf Vorstudien und Literatur

Allgemeine Aspekte

Diese Arbeit soll eine Entwicklung über die Todesursachen sowie den Zustand wohnungsloser Menschen zum Zeitpunkt des Versterbens in Hamburg darlegen. Über einen Achtjahreszeitraum, von 1990 bis 1998, analysierte Ishorst-Witte (2001) erstmalig die Todesursachen von Wohnungslosen für die Metropole Hamburg. Darauf aufbauend untersuchte Grabs unter sehr ähnlichen Analyseverfahren die Todesursachen für die Folgejahre von 1999 bis 2004 und veröffentlichte ihre Dissertation dazu 2006. Siehe Literaturverzeichnis (Ishorst-Witte 2001) und (Grabs 2006).

Diese Studie erweitert die Zeitspanne der bereits untersuchten 15 Jahre um weitere achteinhalb Jahre (2007 bis Ende des zweiten Quartals 2015), sodass eine Auswertung der Todesursachen Hamburger Wohnungsloser über 23,5 Jahre resultiert. Unter diesem Gesichtspunkt kann eine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern sich beispielsweise die Vorerkrankungen, das Kollektiv der Untersuchten sowie die Todesursachen über einen längeren Zeitraum in Hamburg entwickelt haben.

Studien zeigten, dass Erkrankungsrisiken und der Gesundheitszustand heterogen verteilt sind; sozial benachteiligte Menschen sind im Vergleich zu gut situierten in ihrer Gesundheit benachteiligt. Das Land indem wir leben, bildet mit seinem relativ guten sozialen Sicherheitssystem dennoch keine Ausnahme gegenüber Entwicklungs- und Schwellenländern (Robert Koch-Institut 2015).

„Tote haben keine Lobby“, erklärt Professor K. Püschel. Dieses Bekenntnis ist besonders zutreffend für verstorbene wohnungslose Menschen. Selten gibt es Freunde, Angehörige oder Hausärzte, die zur Lebensgeschichte etwas berichten können. Informationen zur Biografie, Vorerkrankungen und der Grund des Todes, einer von Wohnungslosigkeit betroffenen Person, fehlen meistens. Infolgedessen werden die meisten Wohnungslosen in Hamburg nach ihrem Tod im Institut für Rechtsmedizin untersucht und in vielen Fällen auch seziert. Dadurch kann nach

dem Lebensende eine Aussage über Vorerkrankungen, die Todesursache sowie die Umstände des Sterbens getroffen werden. „Damit kommen wir natürlich einen Schritt zu spät. Eigentlich sind diese Menschen auch noch viel zu jung zum Sterben“. Viele Wohnungslose sterben an Krankheiten, die gut zu behandeln gewesen wären. Hinzu kommt, dass Sterben und Tod unter Wohnungslosen mehr tabuisiert wird, als in der überwiegenden Gesellschaft ohnehin schon (Püschel 2011).

Nawka veröffentlichte 2009 eine Studie über die „Morbidity obdachloser Menschen in Hamburg“. Obwohl es in dieser und den beiden oben genannten vorherigen Arbeiten hauptsächlich um postmortale Befunde und die Todesursachen geht, wird hier unter anderem auch die Studie von Nawka erwähnt. Die Parallele zum Kollektiv der in Hamburg untersuchten lebenden Obdachlosen zu den in Hamburg verstorbenen Obdachlosen erscheint unter manchen Gesichtspunkten wie beispielsweise chronischer Erkrankungen sinnig zu sein. Ergänzend wird außerdem eine empirische Untersuchung über die soziale Lage auf der Straße lebender Menschen in Hamburg aus dem Jahr 2009 zitiert (Schaack 2009).

„Der Geschäftsführer der BAG W, Thomas Specht, ärgert sich, dass niemand Verantwortung übernehmen will. Im Jahr 2011 erklärte ihm Jan Mücke (FDP), damals Staatssekretär beim Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, dass der Bund keine offiziellen Zahlen zur Wohnungslosigkeit veröffentlichen werde. Andernfalls könnte man denken, dass der Bund für die Beseitigung von Wohnungslosigkeit zuständig sei. Dabei sei das Aufgabe der Kommunen“ (Mohammady 2017).

Wer durch die Maschen des sozialen Hilfesystems gefallen ist, erhält medizinische Hilfe durch Teams des Arztmobils der Caritas (an dieser Stelle beispielhaft genannt) bisher etabliert in den Städten Hamburg, Berlin und Frankfurt. Aus den Erfahrungen des Berliner Projekts heißt es, dass viele Obdachlose nicht nur unter körperlichen Problemen wie Verletzungen, Krämpfen und Entzündungen leiden, sondern auch psychisch starken Belastungen ausgesetzt sind. Diverse andere Untersuchungen bestätigen dies.

In Hamburg gibt es seit Juni 2013 drei Schwerpunktpraxen für Wohnungs- und Obdachlose. Diese bieten kranken und behandlungsbedürftigen Wohnungslosen

eine medizinische und psychiatrische Grundversorgung an. Es handelt sich dabei um eine Versorgung außerhalb des Regelsystems (Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2013). Der Zugang zu Spezialisten ist bisher nur eingeschränkt gegeben (Kaduszkiewicz et al. 2017).

Die Problematik der Obdach- und Wohnungslosigkeit ist auch politisch ein großes Thema. Der Umgang mit dieser Situation ist in Hamburg und ganz Deutschland aktueller denn je.

Genderanalyse

Analysiert wurden die Sterbefälle von insgesamt 263 wohnungslosen Personen im Rahmen der Leichenschau sowie 162 Sektionsprotokolle. 43 weibliche Todesfälle wurden in dieser Arbeit gezählt.

Dies entspricht einem Frauenanteil von 16,35%, also deutlich höher als bei Grabs mit 11,4% und Ishorst-Witte 8,5%.

Nawkas Teilnehmerzahl liegt bei rund 15% weiblicher Beteiligung (Nawka 2009).

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen einen Anstieg wohnungsloser Frauen, dennoch liegen die Werte unterhalb der offiziellen Schätzungen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. benennt den Frauenanteil unter den Wohnungslosen in Deutschland auf insgesamt 26% (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2011).

Die Differenz kann möglicherweise durch eine verdeckte Wohnungslosigkeit resultieren, bei der die Frauen ohne mietrechtliche Absicherung vorübergehend bei Verwandten oder Bekannten unterkommen.

Dies führt zu einem hohen Anpassungsdruck und einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Wohnungsgeber. Häufig wechselnde Unterkünfte sind für wohnungslose Frauen kennzeichnend, wenn sie nicht auf der Straße leben (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2012).

Altersverteilung der Frauen und der Männer im erreichten Lebensjahr des Todes

Das erreichte Lebensjahr des Gesamtkollektivs beträgt in dieser Studie (genderunabhängig) zum Zeitpunkt des Todes durchschnittlich 49,03 Jahre. Die allgemeine Bevölkerung Deutschlands wird im Durchschnitt fast dreißig Jahre

älter! Dieser Wert entstammt der eigenen Berechnung anhand der Daten des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2015 (82,2 Jahre Frauen; 75,6 Jahre Männer) (Statistisches Bundesamt 2016).

Deutliche Unterschiede gibt es bei den Männern und Frauen keine. Das durchschnittliche Todesalter der Frauen unterscheidet sich nur sehr geringfügig von dem der Männer: 49,56 Jahren bei den Frauen und 48,93 Jahren bei den Männern (Durchschnittswerte des Frauen- und Männerkollektivs).

Im Verhältnis zur Vorarbeit von Grabs ist das erreichte Lebensalter in dieser Auswertung noch einmal um zweieinhalb Jahre angestiegen: von 1999 bis 2006 lag es im Durchschnitt bei 46,5 Jahren (Grabs 2006) und vorherig von 1990 bis 1998 im Mittel noch bei 44,5 Jahren (Ishorst-Witte 2001).

Werden die Hamburger Wohnungslosen also stetig älter?

Eine von der Stadt Hamburg in Auftrag gegebene Studie zur Untersuchung der sozialen Lage Obdachloser Menschen zeigte, dass das Lebensalter diese Gruppe seit der ersten Befragung im Jahr 1996 (37 Jahre), der zweiten 2002 (40 Jahre) und die dritte 2009 (43 Jahre), im Mittel jeweils um drei Jahre angestiegen ist. Diese oben genannten Daten wurden anhand von Befragungen lebender Obdachloser ermittelt (Schaack 2009). Die ausgewertete Altersstruktur dieser Dissertation beruhte allerdings auf dem Alter zum Zeitpunkt des Versterbens.

Das durchschnittliche Sterbealter in der Bundesrepublik lag 2015 bei 82,2 Jahren bei den Frauen und 75,6 Jahren bei den Männern (Statistisches Bundesamt 2016). Gegenwärtig kann zwar festgestellt werden, dass Wohnungslose in Hamburg länger leben als noch vor mehreren Jahren, jedoch ist auch das Sterbealter der allgemeinen Bevölkerung seit 2006 entsprechend weiter angestiegen: Frauen plus 1,8 Jahre, Männer plus 3,4 Jahre. Dies wurde errechnet aus dem Sterbealter 2006 mit 80,4 Jahre bei Frauen und 72,2 Jahre bei Männern (Statistisches Bundesamt 2016).

„Bedrückend ist die steigende Zahl der Wohnungslosen unter 25 Jahren. Diese Gruppe macht etwa 25% der Menschen ohne Wohnung aus. Unter ihnen ist auch der Frauenanteil überproportional groß, der insgesamt bei etwa 27% liegt“, so schätzt die BAG W (Mohammady 2017). Die gegenwärtigen Ergebnisse toter Wohnungsloser spiegeln dies jedoch nicht wider, was die Vermutung zulässt, dass es junge Erwachsene gibt, denen eine Integration in gesicherte Lebensverhältnisse gelingt.

Viele von Wohnungslosigkeit betroffene Personen stammen aus prekären Familienverhältnissen. Problematisch ist dies besonders bei jungen Erwachsenen unter 25 Jahren; Wenn sie finanziell auf Arbeitslosengeld II angewiesen sind, steht ihnen keine eigene Wohnung zu, denn sie sollen bei der Familie unterkommen. Oftmals ist die Situation zu Hause so angespannt, dass sie es nicht mehr aushalten zu bleiben oder „rausgeworfen“ werden. Viele finden Zuflucht bei Freunden. Wenn es aufgrund von Streitigkeiten zu einem Verlust des Schlafplatzes kommt, landen sie auf der Straße, so die BAG W (Mohammady 2017).

Trotzdem versterben wohnungslose Menschen in Hamburg signifikant früher als die durchschnittliche Gesamtbevölkerung Deutschlands. Seit Anfang der Neunziger Jahre werden Wohnungslose in Hamburg statistisch immer älter, die allgemeine Bevölkerung allerdings auch, weshalb für diese Arbeit folglich von keinem Anstieg des Alters verzeichnet werden kann.

Bedrückender weise resultiert aufgrund des höheren erreichten Lebensalters der Obdachlosen, auch eine damit verbundene längere Zeit auf der Straße. Aus der Befragung im Jahr 2009 ging hervor, dass der eigene, subjektiv erlebte Gesundheitszustand mit zunehmender Obdachlosigkeitsdauer immer schlechter eingeschätzt wurde. Diese „Veralterung“ der Obdachlosen bringt weitere Schwierigkeiten mit sich (Schaack 2009).

Wohnungslose Menschen sind mit einer Vielzahl besonderer Herausforderungen konfrontiert. Die aktuellen Ergebnisse zeigen, dass sie bereits in jüngeren Jahren schwer erkranken. Der Zugang zur Regelversorgung stellt häufig eine unüberwindbare Barriere dar.

Herkunft

Der Anteil der deutschen Wohnungslosen hat sich im Vergleich zu beiden Vorarbeiten deutlich in die Richtung des Ausländeranteils entwickelt.

Fast die Hälfte (42,16%) aller Wohnungslosen sind in der gegenwertigen Analyse Ausländer. Signifikant ist die Betrachtung im Hinblick auf die vorherigen Untersuchungen: Gegenwärtig sind es viermal so viele Ausländer wie noch Anfang der 2000er!

Über die vorherigen Untersuchungszeiträume von 1990 bis 2004 hatte sich das Verhältnis der Deutschen gegenüber den Ausländern wenig verändert und ist deutlich geringer als hier (11,1% Grabs, vorher 8,9% Ishorst-Witte).

Eine Befragung Hamburger Obdachloser aus dem Jahr 2009 zeigte, dass 26,6% nichtdeutscher Nationalität waren (Schaack 2009).

Mitte des Jahres 2013 wurden in Hamburg drei Schwerpunktpraxen ins Leben gerufen, die eine medizinische- und psychiatrische Grundversorgung für Obdachlose Menschen anbieten. Im evaluierten Zeitraum von etwa einem Jahr (Juni 2013 bis Mai 2014) besaßen etwa die Hälfte (rund 51%) der dort hilfesuchenden Personen die deutsche Staatsangehörigkeit. Im Folgejahr waren es nur 35% (Kaduszkiewicz et al. 2017).

Diese Entwicklung zeigt den starken Anstieg des Ausländeranteils der in Hamburg lebenden Obdachlosen, welcher sich anhand der hier ermittelten Ergebnisse bis 2015 weiter erhöht hat.

Das Ausländerzentralregister verzeichnet bundesweit die Entwicklung der Ein- und Ausreise von EU-Bürgern nach beziehungsweise aus Deutschland. Maßgeblich ist ein Aufenthalt über den Zeitraum von mindestens drei Monaten inklusive einer offiziellen An- oder Abmeldung. Der Grund des Aufenthalts wurde allerdings nicht ermittelt. Sehr eindrucksvoll ist der sehr starke Zuwanderungsanstieg (Auswertungszeitraum 2010 – 2015) von Personen aus Polen und Ungarn: Das Maximum der Polen lag im Jahr 2013 bei +79.455 Personen und das der ungarischen Migranten im Jahr 2012 bei +28.132. Im Jahr 2015 lagen die Rumänen und Bulgaren mit ihrem Nettowanderungssaldo bei 101.596 (Rumänische Personen) und 45.410 (Bulgarische Gruppe). Von 2014 bis 2015 stiegen die Personenzahlen aller EU-Länder an, besonders die der Rumänen. In der oben beschriebenen Analyse stellten final im Jahr 2015 die größte Gruppe der in Deutschland lebenden EU-Migranten Personen aus Polen (740.962), gefolgt von Italien (596.127) und Rumänien (452.718) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016).

Die Deutschen (57,84%) sind in dem eigenen Kollektiv erstmalig weiter differenziert worden: Rund ein Viertel (17,80%) der hier untersuchten Deutschen kommt aus Ostdeutschland und ist somit in den neuen Bundesländern geboren worden.

Häufig halten sich Wohnungslose in Metropolen auf. Die BAG W geht davon aus, dass in Großstädten jeder zweite Obdachlose aus dem Ausland kommt (Mohammady 2017).

Interessant ist auch die Tatsache, dass innerhalb des insgesamt analysierten Kollektivs eine starke Tendenz zu Osteuropäern stattgefunden hat.

Im Rahmen des Schengen-Abkommens gibt es seit Ende 2007 beispielsweise keine Grenzkontrollen mehr an der polnischen Grenze (Bundeszentrale für politische Bildung 2011).

Die Öffnung der Grenzen bewirkte eine EU-Freizügigkeit, die es erlaubte, ohne Personenkontrolle in ein Land des Schengen-Raumes zu gelangen. Aufgrund des ansteigenden Flüchtlingszahlen war Deutschland das erste Schengen-Land, welches 2015 wieder Grenzkontrollen durchführte (Zeit online GmbH 07.02.2017).

Grabs schreibt von ungefähr der Hälfte an Osteuropäern unter den Ausländern, aktuelle Ergebnisse zeigen hier mit annähernd drei Viertel (73,26% aller Ausländer stammt aus Osteuropa) einen sehr starken Anstieg. Auffällig ist der dafür hauptsächlich verantwortliche hohe Anteil aus Polen (hier 20,10% des Gesamtkollektivs zu Grabs mit 3,8%).

Betrachtet man das aktuell ermittelte Frauenkollektiv, so zeigt sich eine anders gelagerte Verteilung: Der überwiegende Anteil der Frauen kommt aus Deutschland (70%) und weniger als ein Viertel von ihnen stammt aus Osteuropa (20,29%).

Der Ausländeranteil in Hamburg betrug Ende des Jahres 2015 knapp 15% (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2016).

Aus weiteren Schätzungen statistischer Berechnungen geht hervor, dass Ende des Jahres 2016 34% der Menschen in Hamburg einen Migrationshintergrund hatten. Die häufigsten Bezugsländer sind die Türkei und Polen (12%) (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2017).

Unter den wohnungslosen Ausländern sind gegenwärtig überdurchschnittlich viele Polen (hier 47,67%, 12% für Hamburg).

Nur ein Bruchteil der Ausländer (4,65%) stammt aus der Türkei und liegt damit deutlich unterhalb der 15% in Hamburg lebender Türken (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2017).

Viele Wohnungslose in Hamburg kommen aus Osteuropa. „Mehr als zehn Prozent der Menschen, die aus Osteuropa zum Arbeiten kommen, landen auf der Straße“, schätzt Hermannes, Geschäftsführer der Hoffnungsorte Hamburg. Nicht wenige von ihnen geraten in eine Abwärtsspirale und verlieren ihre Wohnung. Schambehaftet wollen sie nicht in ihre Heimat zurückkehren oder haben schlicht nicht die Mittel und entscheiden sich dann in Deutschland zu bleiben, meint Kostka, Direktorin der Caritas (Mohammady 2017).

Für Zuwanderer aus Drittstaaten ist die Aussicht eine Anstellung zu finden deutlich schlechter als für Personen ohne einen Migrationshintergrund. Schwierigkeiten ergeben sich bei der Jobsuche besonders für EU-Ost-Zuwanderer. Die hohe Erwerbslosigkeit sowie die Anstellung in prekären Arbeitsverhältnissen unter Migranten beweisen einen weiter bestehenden Handlungsbedarf (Höhne und Schulze Buschoff 2015).

Der Bedarf an Leih- und Zeitarbeit ist groß. Nach einer Tätigkeit aufgrund befristeter Arbeit „fallen viele ins Bodenlose“. [...] Die Handlungsweisen mancher Arbeitgeber führen dazu, dass die Obdachlosigkeit in Hamburg zunimmt, so heißt es von Beratungsstellen (Heinemann 2018).

Offen blieb in dieser Studie, aus welchen Gründen EU-Migranten nach Deutschland gekommen waren; die Biografie sowie die Aufenthaltsdauer bis zum Versterben als wohnungslose Person in Hamburg, blieb unklar. Es kann allerdings angenommen werden, dass die Motivation und Hoffnung auf Arbeit - und ein damit verbundenes besseres Leben in Deutschland, eine entscheidende Rolle spielten.

„Bundesweit waren im Jahr 2016 insgesamt etwa 860.000 Menschen ohne Wohnung, seit 2014 ist dies ein Anstieg um etwa 150%. Seit dem Jahr 2016 schließt die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. in ihre Schätzung die Zahl der wohnungslosen anerkannten Flüchtlinge ein. 2016 sind dies etwa 440.000 Menschen.

Aktuell leben in Deutschland rund 52.000 Menschen ohne jede Unterkunft auf der Straße. Seit 2014 (ca. 39.000) ist dies ein Anstieg um 33 %“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2017a).

Die Flüchtlinge finden in dieser Dissertation keine Berücksichtigung, deshalb wird im Verlauf kein nennenswerter Bezug dazu hergestellt.

Anzahl der Todesfälle

Ab dem Jahr 2007 sind weniger wohnungslose Menschen als in den beiden vorherigen Untersuchungszeiträumen im Institut für Rechtsmedizin untersucht worden.

Durchschnittlich 51,2 Todesfälle verzeichnet Grabs und 43,1 Fälle zählt Ishorst-Witte. Die Fallzahl dieser Arbeit liegt mit durchschnittlich 30,5 Fällen pro Jahr deutlich darunter. Möglicherweise wurden hier nicht alle toten Wohnungslosen für diesen Untersuchungszeitraum ermittelt, da eine Akteneinsicht beim Landeskriminalamt nicht durchgeführt werden konnte. Hinzu kommt, dass in den Vorarbeiten Daten (Krankenhausbefunde) aus Krankenhäusern berücksichtigt werden konnten, was hier nicht gegeben war. Diese Fallanzahl entspricht bei Grabs 37 zusätzlicher Fälle (Sektionsbefunde N=207) und bei Ishorst-Witte plus 71 Fälle (Sektionsbefunde N=241).

Die Schere zwischen Arm und Reich wird immer größer. Der Weg in die Obdach- oder Wohnungslosigkeit ist leichter, als umgekehrt.

Seit einigen Jahren steigen die Wohnungslosenzahlen dramatisch an. 1,7 Millionen Wohnungen gehören seit den neunziger Jahren nicht mehr in die Kategorie der Sozialwohnung. In den kommenden Jahren wird mit einem weiteren Rückgang zu rechnen sein, so Rosenke der BAG W. Zwar werden Wohnprojekte gefördert, allerdings werden diese an private Investoren verkauft. „Es gibt keinen sozialen Wohnungsbau mehr“, meint Rosenke (Mohammady 2017).

Einen flächendeckenden Mindestlohn, wie es ihn heute gibt, existierte bis Ende 2014 nicht. Aufgrund dessen erhielten viele Menschen einen Lohn, der unterhalb des Lebens finanzierenden Mindestlohns lag. Diese Art prekärer Arbeitsverhältnisse, setzte eine gesellschaftliche und politische Diskussion in Gang.

Die Politik hatte ab dem ersten Januar 2015 das Gesetz eines flächendeckenden Mindestlohns für Arbeitnehmer eingeführt. Dieser betrug zu der Zeit 8,50 Euro brutto pro Stunde (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2015).

Eine Aktuelle Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und der Universität Potsdam zeigt allerdings, dass nicht alle Menschen, die einen Anspruch auf den Mindestlohn hätten, diesen auch erhalten. Die Anzahl der Betroffenen steigt. Seit der Gesetzesänderung 2015 für den Niedriglohnsektor,

stiegen die Löhne seit der Einführung in dieser Gruppe zwar stark an, jedoch werden längst nicht alle erreicht: Ursächlich seinen Umgehungsstrategien der Arbeitgeber, beispielsweise bei der vertraglich zu Grunde gelegten Arbeitszeit - zusätzliche Überstunden und ein tatsächlich daraus resultierender, geringerer Stundenlohn. Besonders betroffen sind Mini-Jobber, Arbeitnehmer in kleinen Firmen sowie ausländische Frauen und Männer (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW) 06.12.2017).

Jahreszeit des Todes

Die Vermutung, dass wohnungslose Menschen häufig im Winter sterben, lässt sich mit dieser Analyse durchaus bestätigen. Die meisten Tode ereigneten sich in der kältesten Jahreszeit (Dezember bis Februar).

Fast ein Drittel (33,84%) ist im Winter gestorben. In den Jahren zwischen 1990 und 1998 gab es allerdings die wenigsten Todesfälle im Winter. Ishorst-Witte vermutet, dass dies durch das in Hamburg 1992 ins Leben gerufene Winternotprogramm sowie andere bereitgestellte Schlafplätze zu erklären ist.

Im Sommer starben mehr Personen (25,10%) als im Herbst (21,67%) und Frühling (19,39%).

In der späteren Untersuchung von Grabs (1999 bis 2004) waren die Todesfälle mit jeweils 30% im Winter und im Frühling.

Die Diskrepanz zu der Analyse von Ishorst-Witte ist massiv. In den von Grabs untersuchten Folgejahren verschiebt sich der Todeszeitpunkt bereits in Richtung der kälteren Monate. Obwohl sich die Hilfsangebote in Hamburg ausgeweitet haben, leben Obdachlose und Wohnungslose weiterhin unter erschwerten Bedingungen.

2010 und 2014 sind im Vergleich zu den anderen untersuchten Jahren mehr wohnungslose Männer gestorben. Für den Winter 2010 liegen die Durchschnittswerte im Mittel bei etwa 0 Grad, für 2014 bei 4,1 Grad (WetterKontor). Der besonders kalte Winter im Jahr 2010 steht möglicherweise im Zusammenhang der vermehrten Todesfallanzahl. Ein Tod aufgrund einer Unterkühlung ereignete sich in dem Winter jedoch nicht.

Ein weiteres Problem ist Diebstahl. Während der Nächte haben Obdachlose auf der Straße und auch in Notunterkünften keine Möglichkeit ihre Habseligkeiten zu

schützen (Zurwonne und Spitzer 2015). Dies könnte dazu führen, dass sie aus Angst davor beraubt zu werden Notunterkünfte meiden und sich im Freien aufhalten.

Das Winternotprogramm der Stadt Hamburg bietet eine Notunterkunft nur für die Nacht. Am Tag allerdings, müssen sich Obdachlose einen anderen Zufluchtsort suchen. „In den folgenden Stunden irren die Obdachlosen aus dem Winternotprogramm durch die Stadt – auf der Suche nach Wärme und etwas zu Essen“. Seit Jahren engagiert sich Hinz&Kunzt (das Hamburger Straßenmagazin) für eine Tagesöffnung des Winternotprogramms - unabhängig der Nationalität des Schutzsuchenden. „Mehr als 100 Osteuropäern wurde der Zutritt in diesem Winter zum Erfrierungsschutz verwehrt“. Die Sozialbehörde begründet dieses Vorgehen mit einem entsprechend bestehenden Wohnsitz im Heimatland, in das die betreffende Person zurückkehren müsse. „Das Winternotprogramm ist keine mildtätige Gabe, die man je nach politischer Stimmung gewähren oder verweigern kann. Im Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sei geregelt, dass Obdachlose Hilfe erhalten müssen, wenn das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit oder die Menschenwürde verletzt werden“, erklärt Landespastor Ahrens (Füllner 2018).

Das Kredo, dass niemand vom Erfrierungsschutz durch das Winternotprogramm abgewiesen werden darf, wurde aktuell politisch außer Kraft gesetzt. Die Ausländerbehörde prüft gezielt Osteuropäer bezüglich des sogenannten Freizügigkeitsrechts. Außerdem wurden Osteuropäische EU-Bürger zum Verlassen des Landes aufgefordert. Für die Rückreise in die Heimat wird sogar das Busticket von der Stadt finanziert (Füllner und Laufer 2017).

Sterbeorte

Die aktuellen Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die meisten Wohnungslosen in Wohnheimen gestorben sind. Dies ist beinahe die Hälfte des bekannten Kollektivs.

Werden die drei Toten aus dem Winternotprogramm mit einberechnet, so kommt man auf 44,02% Tote, die im Heim gestorben sind (davon 8,11% Frauen). Von 1990 bis 1998 handelte es sich um 25,10% (Ishorst-Witte 2001). Grabs nahm weitere elf Unterkünfte in ihrer Auswertung mit auf und kam auf ein Ergebnis von

32%. Ohne diese neuen Unterkünfte lag der Prozentwert ebenfalls bei 25% wie in der vorherigen Analyse von Ishorst-Witte.

Wie kann es zu diesem prägnanten Anstieg kommen?

Grabs schreibt, dass nahezu alle Todesfälle in Heimen der Polizei gemeldet wurden, solange kein sicherer natürlicher Tod bescheinigt werden konnte (Grabs 2006).

Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes starben 13,51%. Interessant ist augenscheinlich ein deutlicher Rückgang im Vergleich zu den Vorarbeiten (20,90% Ishorst-Witte und 23% Grabs). Womöglich liegt der tatsächliche Wert in dem hier untersuchten Zeitraum höher, denn wenn im Krankenhaus von einem natürlichen Tod ausgegangen wird, muss der Verstorbene nicht zwangsläufig ins Institut für Rechtsmedizin verbracht werden. Jeder im Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf verstorbene Mensch erfährt im Institut für Rechtsmedizin eine äußere Besichtigung (Leichenschau) und bei unklarer Todesursache auch eine innere Besichtigung (Sektion).

In den zentral gelegenen Krankenhäusern starben die meisten Wohnungslosen. Die Asklepios Klinik in St. Georg steht aktuell und in der Vorarbeit von Ishorst-Witte an erster Stelle. Der nahe Lagebezug der Obdachlosenszene im innerstädtischen Bereich kann darin begründet sein. Das Universitätskrankenhaus Hamburg - Eppendorf (UKE) ist dahinter einzuordnen.

Gegenwärtig ist rein statistisch ein deutlicher Rückgang im Krankenhaus gestorbener Wohnungsloser zu erkennen. In beiden Voruntersuchungen sind jedoch zusätzliche Sterbefälle ausschließlich aus Krankenhäusern berücksichtigt worden, was hier nicht gegeben ist (Grabs 37 zusätzliche Krankenhausfälle, Ishorst-Witte 71).

Aus diesem Grund ist der vergleichsweise geringere Wert bei den im Krankenhausverstorbenen nachvollziehbar.

Etwa ein Viertel der Wohnungslosen verstarb draußen, hier mit öffentlicher Raum bezeichnet. Ähnliche Ergebnisse im Bezug zur letzten Vorarbeit zeigt auch diese Analyse. Der öffentliche Raum beinhaltet in dieser Arbeit Hauseingänge, verlassene Häuser, Keller, frei zugängliche Toiletten, Lokalitäten, Parkhäuser, Baucontainer, Gartenlauben, Zelte, Wohnwagen, freie Bänke und Hamburger Gewässer. Von 1990 bis 1998 starben 35% draußen, 1999 bis 2004 25%. Im

Vergleich ist mit 27,02% eine ähnliche Tendenz zur Vorarbeit erkennbar. Retrospektiv kann keine sichere Aussage darüber getroffen werden, ob das Versterben im Freien auch bedeutet, alltäglich draußen den Lebensmittelpunkt gehabt zu haben. Von einer generellen Obdachlosigkeit dieses Kollektivs kann nicht ausgegangen werden, da nicht jeder, der auf der Straße stirbt, wirklich die Kriterien einer Obdachlosigkeit erfüllt.

Neun Männer wurden aus einem Gewässer wie der Alster mit ihren Kanälen, einem Teich, der Elbe oder einem Graben tot geborgen. Nicht bei allen war die Todesursache tatsächlich das Ertrinken (siehe Todesursachen). Gründe waren Unfälle durch Hineinfallen in alkoholisiertem Zustand, ein Suizid oder eine Vertuschung nach einem Tötungsdelikt.

Im Vergleich zu beiden Vorarbeiten sind in einem Hotel merkbar weniger Wohnungslose verstorben (5% bei Grabs, 6% bei Ishorst-Witte). In der aktuellen Auswertung starben nur 1,93% in einem Hotel, also zwei Drittel weniger als Ende der neunziger Jahre.

Interessant waren die Todesumstände, denn drei der insgesamt fünf Personen starben durch eine Intoxikation. Ein Mann war beispielsweise erst tags zuvor aus der Justiz Vollzugsanstalt entlassen worden. Es ist denkbar, dass ein geschlossenes, kurzzeitig angemietetes Zimmer eine Möglichkeit zum Kosumieren bot, ohne spontan gestört zu werden. Durch eine finale Krebserkrankung starb ein Mann alleine in einem Hotelzimmer.

In diesen Fällen waren es Selbstzahler, die die Kriterien der Wohnungslosigkeit erfüllt haben.

In privaten Wohnungen kam es für diesen Auswertungszeitraum zu ebenso so vielen Toten wie in den Krankenhäusern (13,51%). Zum Zeitpunkt des Todeseintritts ist im Vergleich zu den Vorarbeiten (Grabs 15%, Ishorst-Witte 11%) ein ähnlicher Prozentwert des Kollektivs zu beobachten. Sicherlich ist die geringere Fallanzahl hier in Bezug zu der Arbeit von Grabs, auf eine Verschiebung hin zu den im Wohnheim Verstorbenen, zurückzuführen.

In der gegenwärtigen Untersuchung ist keiner der verstorbenen Wohnungslosen in einem Hospiz gestorben.

Die meisten Wohnungslosen sind im Wohnheim oder einer Übernachtungsstätte gestorben. Es gibt längst nicht genug Einrichtungen, die auf sterbende

Wohnungslose eingerichtet sind und sie in der letzten Phase ihres Lebens begleiten können. Wohnungslose möchten wie die meisten Menschen in vertrauter Umgebung und im Kreis ihnen nahestehender Personen sterben. Ambulante Hospizdienste sind eine Möglichkeit dabei zu helfen. In der Wohnungslosenhilfe gibt es nur wenige Erfahrungen mit einer ambulanten Sterbebegleitung (Koordinationsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) 2013).

Angaben zum Alkoholkonsum und zur gemessenen BAK

Berücksichtigt man die Sektionsrate beider Geschlechter in der Berechnung, so kann folgende Aussage getroffen werden: Etwa die Hälfte aller sezierten Männer und ein Viertel aller sezierten Frauen hat zu Lebzeiten einen chronischen Alkoholkonsum betrieben (51,52%, 26,67%). In den Sektionsprotokollen steht der Vermerk, dass zu Lebzeiten von einem chronischen Alkoholabusus ausgegangen werden kann.

Eine eindeutige Aussage zum Konsum von Alkohol kann in dieser Arbeit nur eingeschränkt vorgenommen werden. Die im Vorwege bereits genannten Studien beinhalten Informationen, die Polizeiakten entnommen worden sind. Diese finden aktuell keine Berücksichtigung, da eine Einsichtnahme nicht gewährt wurde. Die Bewertung der gegenwärtigen Ergebnisse beruht ausschließlich auf den Sektionsprotokollen, in denen aufgrund von Organbefunden von einem chronischen Alkoholabusus zu Lebzeiten geschrieben wurde. Grabs schreibt in ihrer Veröffentlichung 2006, dass in manchen Fällen keine Angehörigen oder Bekannten befragt werden konnten, die etwas zum Konsum von Alkohol hätten sagen können. Außerdem sei in der ihren, als auch der vorherigen Studie von einer Dunkelziffer bezüglich des Trinkens auszugehen (Grabs 2006).

Ishorst-Witte benennt den Alkoholmissbrauch in ihrer Arbeit mit 53,7%, Grabs mit 51,1%. Über den von ihnen analysierten Zeitraum von 15 Jahren, lässt sich keine bedeutende Veränderung der Werte feststellen.

Der derzeitig vorhandene Wert bezieht sich nur auf das sezierte Kollektiv, allerdings unter Berücksichtigung der Sektionsrate beider Geschlechter und liegt mit 46,91% niedriger.

Ausschließlich für die männlichen Alkoholiker hingegen, liegt der errechnete Prozentwert unter Berücksichtigung der Sektionsrate bei 51,52% und damit im selben Bereich der Vorarbeiten.

Bezieht man einen bekannten, chronischen Alkoholkonsum auf das gesamte Kollektiv dieser Arbeit, so kommt man auf nur 28,90%. Es muss aufgrund des weniger umfangreichen Datenmaterials (fehlende Einsicht in Polizeiakten) von einem mindestens ähnlich hohen Ergebnis ausgegangen werden.

Eine postmortale Untersuchung der Blutalkoholkonzentration wurde bei 35,19% der sezierten Personen vorgenommen. Annähernd die Hälfte der Untersuchten (50,88%) hatte null Promille und damit nachgewiesenermaßen keinen Alkohol im Blut. Bemerkenswert ist der Vergleich zu den Werten von Grabs, bei der wesentlich weniger der untersuchten Personen keinen Alkohol im Blut hatten (34,4%).

Aufgrund einer zeitlich verzögerten Auffindsituation oder eines Krankenhausaufenthalts (Alkoholabstinenz durch Bettlägerigkeit) kann sich trotz eines vorangegangenen Alkoholkonsums die Blutalkoholkonzentration verringern. Im Verhältnis zur Vorarbeit sind in dieser Studie allerdings weniger Personen im Krankenhaus gestorben, was diese Theorie damit widerlegt.

Der allgemeine Durchschnitt der BAK insgesamt liegt bei 2,21‰. Der männliche Durchschnitt liegt fast ein Promille höher als der bei weiblichen Wohnungslosen gemessene Wert (2,33‰ zu 1,55‰).

Der pensionierte Internist Hochheimer behandelt ehrenamtlich obdachlose Menschen in Berlin. Das Arztmobil der Caritas fährt Orte an, an denen sich Obdachlose aufhalten, um sie medizinisch zu behandeln. „Alkohol ist bei vielen Obdachlosen ein Problem“. Die Behandlung von teils stark alkoholisierten Patienten ist nicht einfach durchzuführen.

Radiologische Befunde

Zusätzlich wird in der aktuellen Arbeit eine Auswertung der postmortal durchgeführten Computertomografien vorgenommen. Dieses nichtinvasive Verfahren wurde bei einem Viertel der wohnungslosen Toten (68 Personen) vor der Sektion durchgeführt. Berechnet man den Prozentwert für das Kollektiv der Personen, die auch eine Sektion erfahren haben, so erhält fast die Hälfte von ihnen eine radiologische Untersuchung nach dem Tod (41,96%).

Bei mehr als der Hälfte der radiologisch untersuchten Wohnungslosen wird eine Auffälligkeit verzeichnet, dies trifft auf 35 Personen zu (51,47%). Interessant ist die Häufung von nicht ganz frischen Rippenbrüchen und die Tatsache, dass nur Männer diesen Befund zeigen (34,29%). Frische Brüche der Rippen sind mit 8,57% deutlich weniger vorgekommen. 5,71% zeigen verheilte Brüche der Arme oder Beine.

Beachtenswert ist die Häufung von älteren Frakturen der Rippen oder anderer Knochen des Körpers. In der Summe sind annähernd die Hälfte der radiologisch sichtbaren Auffälligkeiten nicht ganz frische oder bereits ausgeheilte Knochenbrüche (42,86%).

Ältere und frische Verletzungen aufgrund eines Sturzgeschehens sind bei elf Personen (4,18% des Gesamtkollektivs) festgestellt worden. Unter ihnen ist nur eine Frau.

Das Team des Caritas-Arztmobils Berlin behandelt ehrenamtlich Obdachlose. In einem Artikel, erschienen im deutschen Ärzteblatt, wird über einen stark alkoholisiert vorstellig gewordenen männlichen Patienten berichtet, der aufgrund eines Sturzgeschehens eine Gesichtsverletzung erlitten hatte, die mit Pflastern versorgt worden ist.

Wie lässt sich die oben beschriebene Problematik der erhöhten Anzahl von Männern erklären?

Alte Rippenfrakturen sowie nicht mehr frische und alte Verletzungen in sturztypischen Lokalisationen wie den Extremitäten und der Stirn, können ein möglicher Hinweis für einen langjährigen übermäßigen Alkoholkonsum sein.

Berücksichtigt man die Sektionsrate beider Geschlechter, so kann folgende Aussage getroffen werden: Es sind etwa die Hälfte aller sezierten Männer und ein Viertel aller sezierten Frauen zu Lebzeiten Alkoholiker gewesen (51,52%, 26,67%).

Ernährungszustand und Body Mass Index

Aufgrund von Leichenveränderungen durch starke Fäulnis, einem Brandgeschehen (geringeres Körpergewicht) oder eine Bergung aus dem Wasser (höheres Gewicht), wird hier der Body Mass Index (BMI) nur bei den realistisch auswertbaren Verstorbenen analysiert (191 Personen). Eine Kategorisierung wird

aufgrund der vorgelegten Werte der WHO vorgenommen. Siehe Grafik 10 in den Ergebnissen (World Health Organization 2004).

Beinahe die Hälfte der hier analysierten Fälle (47,64%) sind als normalgewichtig eingestuft worden. Bedenklich ist ein zu geringer BMI bei 13,08% der untersuchten Personen, die zu Lebzeiten an einer Kachexie litten.

Im Vergleich zu Grabs Analysezeitraum von 1999 bis 2004 hat sich im Bereich eines als normal eingestuften Ernährungszustands wenig verändert (hier 47,64%, vorher 51,3%). Im Verlauf der beiden Untersuchungszeiträume lässt sich gegenwärtig eine rückläufige Tendenz bezüglich der kachektischen Gruppe der Wohnungslosen erkennen (hier 13,08%, vorher 18,5%).

Die aktuellen Ergebnisse zeigen im Vergleich zu Grabs Werten, eine merkliche Zunahme bei den übergewichtigen Wohnungslosen. Diesen Trend stützt auch eine vorherige Analyse aus Kiel: Untersuchungen bei volljährigen Obdachlosen aus Hamburg und Kiel ergaben, dass 22,7% mit einem BMI ab 30 fettleibig waren (Langnäse und Müller 2001).

Mehr als ein Viertel des Kollektivs wird hier als präadipös eingestuft. Insgesamt ist fast die Hälfte in unterschiedlicher Ausprägung übergewichtig (hier 39,27%, vorher 30,1%)!

Erfreulich ist die deutliche Abnahme in der Gruppe der Unterernährten. Innerhalb des aktuell untersuchten Kollektivs ist es im Vergleich demnach zu einer erkennbaren Verbesserung des Ernährungszustanden gekommen. Drei Viertel der Wohnungslosen (74,87%) in diesem Kollektiv sind normal- bis leicht übergewichtig.

Betrachtet man außerdem die Ergebnisse der ersten Analyse von Ishorst-Witte Ende der neunziger Jahre, so wird ein klarer Trend in die Richtung normal- bis übergewichtiger Wohnungsloser ersichtlich: Die Gruppe der untergewichtigen Personen hat sich nicht ganz halbiert (heute 13,08%, 21,1% Ishorst-Witte). Die Gruppe der Übergewichtigen ist um fast ein Drittel angestiegen (hier 39,27%, Ishorst-Witte 24,6%).

Die Versorgung mit Nahrungsmitteln obdachloser und wohnungsloser Menschen hat sich in Hamburg demnach weiter verbessert. Eine kontinuierliche Essensausgabe wie die unter anderem durch das „CaFée mit Herz“ auf St. Pauli, die Tafel oder die einmal monatlich stattfindende Verteilungen durch

„Zwischenstopp Straße – Obdachlosenhilfe e.V.“ sind mit Sicherheit maßgeblich daran beteiligt.

Eine Studie mit lebenden Wohnungslosen aus Hamburg bestätigt diese Richtung. Genau die Hälfte der Teilnehmer ist dort übergewichtig (50%). Beinahe die andere Hälfte ist regelgerecht ernährt (45%). Ein geringer Anteil der Studienteilnehmer (5%) ist als untergewichtig verzeichnet (Nawka 2009).

Interessant sind die vergleichsweise wenigen Fälle der Unterernährung in Nawkas Untersuchung. Der Vergleich mit lebenden Wohnungslosen lässt die Vermutung zu, dass die hier Verstorbenen zeitnah vor ihrem Tod vermehrt unterernährt gewesen sind.

Dentale Situation

Aus zahnärztlicher Sicht ist der Zustand der Zähne sowie der Versorgungsgrad unter den Wohnungslosen schlecht.

Für detaillierte Aussagen zur Mundgesundheit reichen die erhobenen Daten hier nicht aus. Allerdings soll eine Entwicklung anhand der Vorarbeit von Grabs aus Hamburg im Folgenden dargestellt werden. Die Datenerfassung ist identisch gewesen.

Kariöse Zähne haben laut rechtsmedizinischem Protokoll gegenwärtig fast ein Viertel der Wohnungslosen (23,39%). Ein erkennbarer Anstieg zu Grabs' vorherigen Auswertungen mit 15,5%.

Der geringste Anteil der untersuchten Fälle (7,36%) ist hier als vollbezahnt beschrieben worden. Fast drei Viertel (73,0%) hatte nicht mehr alle Zähne im Mund. Bedenklich ist, dass fast die Hälfte (44,17%) nur noch einen Restzahnbestand oder vereinzelt stehende Zähne vorweisen. Eine Wiederherstellung und Sicherung der Kaufunktion, der Phonetik und Ästhetik wird durch individuellen Zahnersatz erreicht.

Je nach Umfang des Zahnverlustes können Brücken zum Lückenschluss ausreichen. Bei einem reduzierten Restzahnbestand sind allerdings Teilprothesen notwendig. Auffällig ist jedoch, dass nur weniger als ein Viertel mit Brücken oder einem herausnehmbaren, partiellen Zahnersatz versorgt worden sind. Möglicherweise existierte ein herausnehmbarer Zahnersatz, der jedoch nicht mit dem Verstorbenen gemeinsam ins Institut für Rechtsmedizin verbracht worden ist.

Die Ergebnisse zeigen gegenwärtig, dass beinahe ein Fünftel (19,63%) der Wohnungslosen komplett zahnlos ist, allerdings nur knapp die Hälfte von ihnen (46,88%) auch Prothesen getragen hat.

Im Vergleich zur Untersuchung von Grabs (1999 bis 2004) hat sich die Sanierung der komplett Zahnlosen in Form von Totalprothesen verbessert. Sie benennt weniger als ein Viertel (21,4%) ihrer Zahnlosen auch als Prothesenträger. Die Versorgung mit einem partiellen Zahnersatz ist annähernd gleich gering geblieben (hier 11,04%, vorher 10,9%).

2016 ist die umfangreichste Mundgesundheitsstudie der gesamten Bevölkerung Deutschlands veröffentlicht worden. Die Ergebnisse beinhalten zahnmedizinisch-klinische Untersuchungen sowie sozialwissenschaftliche Befragungen von 4600 Menschen aller sozialen Schichten. Darin wird beschrieben, dass sich bundesweit die dentale Situation in allen Bereichen und sozialen Schichten seit 1989 noch einmal verbessert hat. Begründet wird dies auch mit der zahnärztlichen Vorsorge (Institut der Deutschen Zahnärzte 2016).

Inzwischen gibt es auf St. Pauli eine kostenlose Zahnbehandlung für Obdachlose und Menschen ohne Krankenversicherung. Der Caritasverband Hamburg e.V. eröffnete die Zahnambulanz zusätzlich zum Zahnmobil, welches seit 2008 in Hamburg existiert. Der große Vorteil einer Praxis bietet unter anderem die Möglichkeit einer Röntgendiagnostik sowie die Anfertigung von kostenfreiem Zahnersatz. Der Bedarf an Zahnbehandlungen steigt – von 2008 bis 2015 haben sich die im Zahnmobil durchgeführten Behandlungen mehr als verdoppelt! (zm online 2016).

Diese Entwicklung hinsichtlich einer Verbesserung der oralen Situation kann für wohnungslose Menschen bisher nicht festgestellt werden.

Im Ergebnisvergleich zu dieser Vorarbeit haben sich die prozentualen Werte der Teilbezahlten, der Unbezahlten sowie der Kariesrate aktuell noch weiter verschlechtert.

Eine Befundung zur Diagnostik einer parodontalen Erkrankung (Parodontitis) wurde bei den Verstorbenen in dieser Auswertung nicht durchgeführt.

Hinsichtlich des betriebenen Konsumverhaltens, einer reduzierten Mundhygiene sowie einer schlichten Ernährung der Wohnungslosen kann von einer deutlich höheren Parodontitisproblematik bereits in jüngeren Lebensjahren ausgegangen

werden. Für die Gesunderhaltung des Zahnhalteapparates (Parodontium) ist eine tägliche und gründliche Mundhygiene maßgeblich. Die Prioritäten der Obdach- oder Wohnungslosen sind diesbezüglich anders gelagert.

Es fehlt weiter an Mundhygieneartikeln, einem Spiegel oder einer Sehhilfe.

Die Not macht erfinderisch: Ein 41-jähriger Obdachloser betreibt seine Mundhygiene mit Birkenzweigen und einer Creme aus Asche (Neue Osnabrücker Zeitung 2017).

Pflegezustand und Verwahrlosung

Eine direkte Vergleichbarkeit mit den vorherigen beiden Analysen aus Hamburg kann nur für eine Verwahrlosung und einen Parasitenbefall dargestellt werden. Umfangreichere Datenerhebungen hinsichtlich der Körperpflege sind in den bisherigen Vorarbeiten nicht vorgenommen worden.

In der gegenwärtigen Studie sind etwa ein Drittel (36,69%) der wohnungslosen Frauen und Männer in einem als schlecht beschriebenen Pflegezustand gestorben. Lediglich 17,27% werden als gepflegt bezeichnet. Auffällig ist bei den Frauen, dass die meisten von ihnen in einem als schlecht bezeichneten Pflegezustand gestorben sind. Unter dem Frauenkollektiv ist dieses Ergebnis das Häufigste.

139 Personen, also gut die Hälfte des Kollektivs, sind von unterschiedlichen Rechtsmedizinern in Hamburg untersucht worden. Die Beurteilung beruht auf den individuellen Eindrücken des entsprechenden Arztes. Berücksichtigung finden unter anderem die Kopfhaare, Bärte bei Männern, die Nägel der Hände und Füße, der Zustand der Zähne sowie eine mögliche Verschmutzung.

„In Hamburg gibt es nur 20 Duschen für alle Wohnungslosen. Statistisch gesehen müssen Obdachlose drei Wochen warten, um heiß duschen zu können“, erklärt Andreas Bischke, Leiter des „Herz As“ (Wood 2015). Diese Tatsache spiegelt sich bedauerlicherweise deutlich in der aktuellen Untersuchung wider: Fasst man die Ergebnisse des Kollektivs „reduzierter“ und „mäßiger“ Pflegezustand zusammen, so sind weitere 46,04% in einem nicht als „gut“ beurteilten Zustand gestorben.

Eine Verwahrlosung wird in dieser Arbeit separat ausgewertet. Eine exakte Definition des Begriffs Verwahrlosung gibt es in der Literatur nicht. Um eine solide Vergleichbarkeit verschiedener Studien anzustellen, müssten auch die Bedingungen der Untersuchung sehr ähnlich gestaltet sein.

Hier wird sich orientiert an den Protokollen der Sektion sowie der eigenen Meinung der Autorin anhand von Beschreibungen der körperlichen Befunde.

Bei 40 Personen wird hier mindestens ein Kriterium der Verwahrlosung erfüllt (15,21% des Gesamtkollektivs). Eine größere Diskrepanz zwischen den Geschlechtern kann nicht festgestellt werden. Jedoch sind geschlechtsspezifisch die Frauen geringfügig seltener verwahrlost (Differenz 1,50% weniger Frauen).

Kriterien der Verwahrlosung in dieser Analyse:

Das Vorhandensein von extrem langen Fußnägeln (Beschreibung „krallenartig“), Kot am Körper, eine starke Verschmutzung des Körpers, verfilzte Kopfhare, ein Parasitenbefall sowie alte und lange nicht gewechselte Verbände oder nur mit Taschentüchern versorgte Wunden oder ein desolater dentaler Zustand.

Die Auswertungen der Vorarbeiten belegen hinsichtlich der Verwahrlosung ähnliche Tendenzen. Grabs bezeichnete 14,8% als verwahrlost, Ishorst-Witte 15,3%.

Aktuell hatten deutlich weniger Wohnungslose einen Parasitenbefall durch Läuse. Gegenwärtig sind es 3,80%. In Ishorst-Wittes Auswertung waren es noch 11,8%. Das Team des Caritas-Arztmobils Berlin behandelt unter anderem regelmäßig Patienten mit einer Krätze oder einem Läusebefall. In einigen Fällen krabbeln die Läuse sogar auf der äußeren Kleidung herum (Schmitt-Sausen 2017).

Obwohl die Versorgung besser geworden ist, fiel bei 7,60% aller untersuchten Wohnungslosen eine minderwertige oder unhygienische Wundversorgung auf. Wunden sind improvisiert mit Taschentüchern, vermutlich selbst versorgt worden oder mutmaßlich professionell angelegte Verbände längere Zeit nicht gewechselt worden. Beinahe die Hälfte der 20 Personen, die ein mangelhaftes Wundmanagement präsentierten, verstarben im öffentlichen Raum (45%). Wie viele der im öffentlichen Raum gestorbenen Wohnungslosen tatsächlich obdachlos (auf der Straße lebend) gewesen ist, lässt sich nicht sicher aussagen.

Auch in den Wohnheimen gestorbene Wohnungslose haben schlecht versorgte Wunden; sie sind mit 40% nur geringfügig weniger als diejenigen, die mutmaßlich vor ihrem Tod obdachlos gewesen sind.

Problematisch ist häufig eine mangelnde grundpflegerische Hilfe im ambulanten oder stationären Bereich; wohnungslose Menschen haben meist eine zu geringe Kenntnis in Bezug auf ihre Rechte und Möglichkeiten der Pflege, so Ishorst-Witte vom Diakonischen Werk Hamburg (Hofrichter 2014).

Psychische Erkrankungen

In den Handakten der Rechtsmedizin gibt es bei dreizehn toten Wohnungslosen (4,94%) den Zusatzvermerk einer psychischen Vorerkrankung. Hintergründe zur Lebenssituation fehlen meistens, da keine Auswertung der Polizeiakten vorgenommen werden konnte. Die beschriebenen Auffälligkeiten hinsichtlich der mentalen Gesundheit spiegeln demnach nicht den tatsächlichen Zustand wider.

Interessant ist jedoch, dass bei dreiundzwanzig Wohnungslosen (8,75%) sogenannte Ritznarben im Rahmen einer Selbstverletzung festzustellen waren. Bei der überwiegenden Fallanzahl bleibt eine mögliche psychische Erkrankung ungewiss. Auch ein Vergleich zu den Vorarbeiten aus Hamburg kann nicht getätigt werden, da in dieser Arbeit erstmals darauf eingegangen wird. Einen sicheren Zusammenhang der Ritznarben zu einer psychischen Erkrankung herzustellen, wäre rein spekulativ. Aufgrund der mangelnden Datenlage zu diesem Thema kann aktuell keine konkrete Aussage zum psychischen Zustand wohnungsloser Menschen in Hamburg getätigt werden.

Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2017 ergab, dass wohnungslose Menschen in Deutschland mehr von behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen betroffen waren, als der Rest der Bevölkerung hier zu Lande (Schreiter et al. 2017).

In München wurde über einen Zweijahreszeitraum (Mai 2010 bis Juli 2012) eine sehr umfangreiche Studie (SEEWOLF-Studie = Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München) zur psychischen Verfassung von Wohnungslosen Männern und Frauen durchgeführt. Alle 232 Bewohner/-innen waren in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht und absolvierten insgesamt drei Untersuchungen (psychopathologische Untersuchungen, Tests zu ihren kognitiven Leistungen sowie internistisch-neurologische Untersuchungen inklusive Blutanalyse). 48,1 Jahre betrug das mittlere Alter der Probanden und lässt dadurch eine valide Vergleichbarkeit (Todesalter hier 49,03 Jahre) zu den gegenwärtigen Hamburger Fällen zu.

Ein selbstverletzendes Verhalten gaben 12,8% der Studienteilnehmer an. Der in dieser Dissertation ermittelte Wert von 8,75% ist geringer, allerdings ausschließlich auf das Vorhandensein von Ritznarben (herbeigeführt durch scharfe Gegenstände) fokussiert.

Bei fast zwei Drittel (74,5%) der Untersuchten wurde in dem Zeitraum eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit festgestellt. Ähnlich hoch (73,5%) waren jene Störungen, welche sich auf einen Substanzmissbrauch, meist durch Alkohol, zurückführen ließen (Jahn und Brönnert 2014).

Von einer hohen Dunkelziffer psychischer Erkrankungen unter Hamburger Wohnungslosen ist dennoch auszugehen. Eine genaue Diagnose gibt es selten.

Rückschlüsse zum Auffindezeitpunkt

Bei fast einem Viertel aller Wohnungslosen (23,63%) wurde noch versucht, sie zu reanimieren, was eine sofortige Kenntnisnahme des Todes bedeutet. Gegensätzlich gab es nicht ganz ein weiteres Viertel der Untersuchten (19,01%), die sich in unterschiedlichen Stadien der Fäulnis befanden (Liegezeiten wurden hier nicht errechnet). Von einer schnellen Auffindung nach dem Todeseintritt ist hier demnach nicht auszugehen.

Die häufigsten Reanimationsmaßnahmen finden aktuell in den Wohnheimen statt (32,79%); ein deutlicher Anstieg im Vergleich zur Vorarbeit von Grabs (22,2%). Hinsichtlich der meisten Rettungsversuche in den Wohnheimen kann angenommen werden, dass sich die Betreuung dort verbessert hat.

Annähernd viele Rettungsmaßnahmen wie in den Heimen und Unterkünften, wurden auch im Krankenhaus durchgeführt (31,15%).

Ähnlich hoch sind die Zahlen der im Krankenhaus Verstorbenen, hier 31,15% zu 30,4% bei Grabs.

Grabs ermittelte die meisten Rettungsversuche in privaten Wohnungen (32,6%). Mit 13,11% liegt die Rate hinsichtlich dieses Ortes jetzt bei weniger als der Hälfte. Interessant ist die Tatsache, dass zwar ähnlich viele in fremden Wohnungen starben (aktuell 13,51%, Grabs 15%), aber hier keine Rettungsversuche mehr zum Tragen gekommen sind. Möglicherweise wurde die sterbende Person als schlafend wahrgenommen oder war allein in der Wohnung.

Die Todesfälle in den Krankenhäusern zeigen gegenwärtig im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungszeiträumen eine rückläufige Tendenz. Obwohl in den Krankenhäusern weniger Personen gestorben sind, ist die Rate der Reanimationen nahezu gleich.

Todesfälle ereignen sich aktuell sowie in den Vorarbeiten am Häufigsten in

Unterkünften. Diese Tatsache lässt den Schluss zu, dass wohnungslose Menschen die Unterkünfte mehr nutzen und bei fehlenden Lebenszeichen öfter Rettungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Stellt man einen weiteren Bezug zu den Sterbeorten und den dort stattgefundenen Reanimationsmaßnahmen her, so lässt sich zusätzlich erkennen, dass mehr Untersuchte im öffentlichen Raum gestorben sind, sich die Rettungsmaßnahmen dort aber verringert haben. Reanimationen im öffentlichen Raum betrugen früher 26,2%, jetzt 18,03%.

Wohnungslose Tote werden nach einer unterschiedlichen Zeitdauer entdeckt.

Nach dem Tode kommt es zu Fäulnisprozessen des Körpers, die Rückschlüsse über die bisherige Liegezeit geben können. Eine entsprechende Berechnung aufgrund unterschiedlicher Parameter hat in dieser Arbeit jedoch nicht stattgefunden.

Ein Stadium der fortgeschrittenen Fäulnis bei der Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin schließt das zügige Auffinden der Person aus. 9,51% wurden als fortgeschritten faul bezeichnet. In Bezug auf die vorherigen Analysen von 1990 bis 1998 (4,9%) und 1999 bis 2004 (8,9%) ist ein leichter Anstieg zu erkennen. Gegenwärtig sind fast die Hälfte der fortgeschritten faulen Wohnungslosen im öffentlichen Raum aufgefunden worden (40% der fortgeschritten Faulen). Eingerechnet wurden hier auch die Wasserleichen. Eventuell gab es auch mehr Wohnungslose, die sich an abgelegene Orte zurückgezogen hatten und entsprechend keine Hilfe in Notsituationen erfahren haben.

Ein Drittel (36%) kam aus Wohnheimen oder Unterkünften. Erstaunlicherweise ist die Rate der Reanimationen dort am höchsten gewesen.

Es scheint demnach äußerst unterschiedlich zu sein, wie lange eine wohnungslose Person bereits tot ist, wenn sie gefunden wird.

6.2. Zu den Todesursachen

Anmerkungen

Im rechtsmedizinischen Institut in Hamburg wurden Sterbefälle von Wohnungslosen (2006 bis Mitte 2015) untersucht und im Rahmen dieser Dissertation ausgewertet.

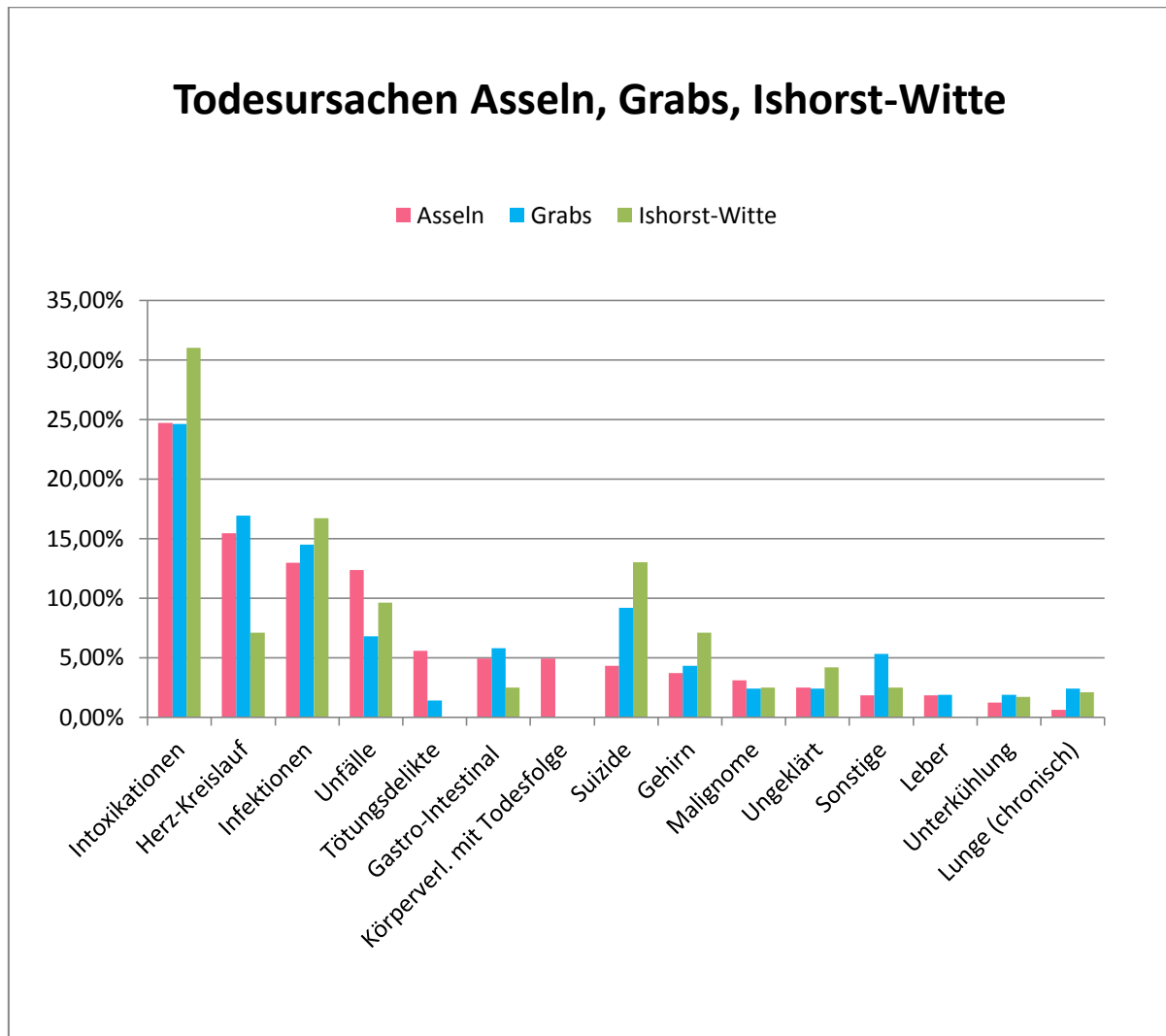
Es werden die aktuellen Ergebnisse diskutiert und mit den Todesursachenergebnissen der beiden vorangegangenen Arbeiten von Ishorst-Witte und Grabs verglichen. Auf diese Weise soll eine Entwicklung der Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg herausgearbeitet werden.

Die Anzahl der Sektionen liegt hier bei insgesamt 162 Fällen. Eine innere Besichtigung wurde davon bei 30 Frauen durchgeführt. Statistisch signifikante Aussagen über das niedrige Kollektiv der seziierten Frauen zu erzielen ist nur bedingt möglich.

Grabs analysierte insgesamt 207 Sektionsfälle und Ishorst-Witte untersuchte 241 seziierte Fälle. In den beiden genannten Vorarbeiten sind auch Sektionsergebnisse der Krankenhäuser miteingeflossen, in denen der Patient verstarb. Außerdem wurden in der Todesursachenauswertung in beiden Vorarbeiten auch diagnostische Maßnahmen berücksichtigt, die dort vor dem Tod herausgefunden wurden.

Um eine Vergleichbarkeit der Todesursachen erreichen zu können, wurden die bereits existierenden Kategorien beibehalten, aber um eine weitere ergänzt. Diese Präzisierung entwickelte sich bei der Auswertung der vorliegenden Ergebnisse.

Grafik 18



Im Überblick die Verteilung aller Todesursachen nach Organsystemen bzw. dem Mechanismus des Todes (geschlechtsunabhängig) in Prozent

Asseln N=162

Grabs N=207

Ishorst-Witte N=241

Intoxikationen mit toxikologischen Nachweisen

Vergiftungen stellen mit Abstand die häufigste Todesursache unter den Wohnungslosen dar.

Bei insgesamt einem Viertel des sezierten Kollektivs haben der Konsum von Rauschgift, Alkohol, Medikamenten oder Kombinationen (komorbider Substanzgebrauch) dieser Substanzen zum Tod geführt. Entsprechend sind dies 40 Wohnungslose (24,69%).

Die prozentualen Todesfälle der Wohnungslosen, die auf Vergiftungen zurückzuführen sind, haben sich seit 1999 statistisch gesehen nicht verändert. Grabs Ergebnisse zeigen 24,6% Intoxikierte. In den Neunziger Jahren (1990 bis 1998) sind mit 30,7% im Vergleich mehr Vergiftungen im Milieu todesursächlich gewesen (Ishorst-Witte 2001).

Interessant ist jedoch, dass in dem gegenwärtig untersuchten Zeitraum mehr als doppelt so viele Intoxikationen ausschließlich durch Alkohol auffallen und im Vergleich zur ersten Untersuchung in den neunziger Jahren sogar fast dreimal so viele. Hier 8,64%, Grabs 3,8%, Ishorst-Witte 3%. Entsprechend finden sich hier weniger Todesfälle, die sich durch Drogen oder einen komorbiden Substanzgebrauch ereignet haben. Aktuell sind dies 16,05%, Grabs 20,8%, Ishorst-Witte 27,8%.

Das errechnete Durchschnittsalter der Intoxikierten liegt in dieser Arbeit bei 40,78 Jahren. Mit fast einem Viertel (24,69%) stellen Vergiftungen gegenwärtig die häufigste Todesursache des sezierten Kollektivs dar. Im Vergleich das Todesalter der Drogenabhängigen aus den vorherigen Untersuchungen: 36,5 Jahre (Grabs) und 31,4 Jahre (Ishorst-Witte). Auch bei den Drogentoten lässt sich in dieser Analyse im Mittel ein höheres erreichtes Todesalter feststellen, welches trotzdem deutlich geringer ist als das des Gesamtkollektivs.

In beiden Vorarbeiten ist etwa ein Viertel des untersuchten Kollektivs drogenabhängig, was den Altersdurchschnitt dort im Gesamten jünger erscheinen lässt.

Die Zahl der Drogentoten ist seit 1991 stetig gesunken und bis 2012 auf beinahe ein Viertel gegenüber der Ausgangszahl gesunken (Behrendt et al. 2013)

Seit 1990 kommt es allerdings zu einem stetigen Anstieg von wohnungslosen Toten durch eine reine Alkoholvergiftung. 8,64% der Wohnungslosen starben an einer Alkoholintoxikation. Grabs nennt 3,8% todesursächliche Alkoholvergiftungen und Ishorst-Witte 3%.

In Hamburg zeigt sich seit mehreren Jahren der Trend des Pfandflaschensammelns. Durch den Eintauch von gesammelten Pfandflaschen kann das Guthaben leicht in jedem Discounter in Alkohol investiert werden.

2014 hat die Stadtreinigung in der Innenstadt die Mülleimer gewechselt, sodass

man in diese nicht mehr hineingreifen kann. Die Stadtreinigung weist die Vorwürfe zurück, dass es bei dieser Maßnahme um das Unterbinden des Flaschensammelns aus den innerstädtischen Mülleimern geht (Hinz&Kunzt 2014). Besonders hervorzuheben ist die deutlich geringere Anzahl von Personen mit frischen Einstichstellen aufgrund eines intravenös betriebenen Drogenkonsums. Ende der neunziger Jahre gab es demnach mehr als doppelt so viele Opiatkonsumenten (Heroin) unter den Hamburger Wohnungslosen. In Prozentzahlen ausgedrückt, sind es für diesen Untersuchungszeitraum 8,36%, von 1999 bis 2004 17% und von 1990 bis 1998 20,6%. Die oben genannten Daten entstammen den Berichten der äußeren Leichenschauen.

Sichere Ergebnisse liefert jedoch nur eine toxikologische Untersuchung, die hier bei 43 Wohnungslosen durchgeführt wurde. Aufgrund eines toxikologischen Nachweises zeigt sich bei weniger als einem Viertel ein Heroinkonsum (sieben Fälle; 16,28%). Ein Vergleich zu den beiden vorherigen Untersuchungszeiträumen aus Hamburg: Mehr als die Hälfte der toxikologischen Tests zeigen positive Ergebnisse auf Heroin (30 Fälle; 58,8%) bei Grabs. Im vorherigen Zeitraum von Ishorst-Witte sind es 44 Fälle (93,6%)!

Aufgrund der toxikologisch vorliegenden Ergebnisse scheint sich der Heroinkonsum unter Wohnungslosen in Hamburg drastisch reduziert zu haben.

Den starken Rückgang in dieser Studie bestätigt ein Artikel zu diesem Thema.

In Hamburg nimmt die Zahl der primär heroinabhängigen seit fast zwanzig Jahren deutlich ab (Behrendt et al. 2013).

Methadon ist ein gängiges Medikament im Rahmen eines Substitutionsprogramms. Hier die laborchemisch am dritthäufigsten nachgewiesene Substanz (hier 32,56%, Grabs 52,9%, Ishorst-Witte 14,9%). Ungewöhnlich ist in gegenwärtig vier Fällen eine angenommene Injektion von Methadon.

Heroinersatzmittel haben sich seit Anfang der 1990er Jahre etabliert. Seitdem ist bis 2010 die Zahl der Substituierten ständig angestiegen, in den Jahren danach jedoch etwas rückläufig (Behrendt et al. 2013).

Benzodiazepine sind die hier am häufigsten nachgewiesenen Betäubungsmittel (44,19%). Ein signifikanter Anstieg im Vergleich zu den vorherigen Jahren (Grabs 35,3%; Ishorst-Witte 14,9%).

Bei Konsumenten ist eine Mehrfachabhängigkeit keine Seltenheit. Nicht nur bundesweit kommt es bei den Abhängigen häufig zu einem komorbiden Substanzgebrauch. Genannt werden unter anderem Substanzen wie Benzodiazepine, Alkohol und Kokain. Ursächlich kann eine zu niedrige Dosierung von Substitutionsmedikamenten oder eine Suchtverlagerung (primäre Opioidabhängigkeit) auf andere Substanzen sein (Behrendt et al. 2013).

Am zweithäufigsten ist hier der toxikologische Nachweis von Kokain (39,53%). Im Vergleich zur vorherigen Auswertung von Grabs (43,1%) ist dies ein gewisser Rückgang. Ende der neunziger Jahre sind von Ishorst-Witte nur fünf Fälle (10,6%) genannt worden.

Im Hinblick auf die Zusammensetzung des intoxikierten Kollektivs kann im Vergleich ausgesagt werden, dass die Alkoholvergiftungen prozentual stark angestiegen sind. Die Todesfälle durch Betäubungsmittel entwickeln sich unter den Wohnungslosen zurück. Es resultiert eine Verschiebung innerhalb des Kollektivs hin zum intensiveren Alkoholkonsum.

Die konsumierenden Wohnungslosen werden heute älter als früher. Das durchschnittliche Lebensjahr zum Zeitpunkt des Todes beträgt hier statistisch 40,78 Jahre. An Vergiftungen sterbende Wohnungslose werden jetzt rein rechnerisch im Durchschnitt vier Jahre älter als in Grabs Analyse (36,5 Jahre) und fast zehn Jahre älter (31,4 Jahre) als in Ishorst-Wittes Untersuchung.

Als Hauptgrund wird hier der deutlich rückläufige Heroinkonsum vermutet. Dennoch zeigt die gegenwärtige Arbeit, dass Wohnungslose häufig einen komorbiden Substanzgebrauch betreiben. Der Konsum von legalen und illegalen Suchtstoffen stellt weiterhin ein großes Problem bei einem großen Teil der Wohnungslosen dar.

Tod durch Herz-Kreislauf Erkrankungen

In dem untersuchten Kollektiv starben aufgrund einer Herz-Kreislauf Erkrankung 15,43% der Wohnungslosen.

Zum Vergleich: Im Zeitraum von 1999 bis 2004 waren es 16,9% (Grabs 2006) und von 1990 bis 1998 7,1% (Ishorst-Witte 2001).

20% der sezierten Frauen (sechs Fälle) starben durch eine kardiovaskuläre Ursache.

Aus einer im Jahre 1996 in Dortmund durchgeführten Studie an wohnungslosen Männern geht hervor, dass das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen hoch ist und 56% an Herz-Kreislauf Erkrankungen leiden (Völm et al. 2004).

Wie auch in der Vorarbeit von Grabs sind gegenwärtig die meisten Personen durch eine Alkohol- und/oder Drogenintoxikation gestorben. Findet diese Tatsache Berücksichtigung in der Bewertung, so lässt sich errechnen, dass die häufigste Todesursache mit 20,9% ansonsten bei den Herz- und Gefäß Erkrankungen liegen würde.

Die meisten Menschen sterben bundesweit an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, das sind 38% der Todesgründe in der Gesamtbevölkerung. Beide der oben genannten Werte liegen wesentlich niedriger als die der allgemeinen Bevölkerung. Entscheidend ist jedoch, dass das durchschnittliche Sterbealter der Wohnungslosen im Mittel hier bei 49,03 Jahren liegt und nicht wie bei den meisten Personen der allgemeinen Bevölkerung mit 65 Jahren oder älter (Statistisches Bundesamt 2015).

Das errechnete Todesalter der Herz-Kreislauf Erkrankungen liegt mit 55,56 Jahren im Durchschnitt höher als das des Gesamtkollektivs. Vergiftungen sind die häufigste Todesursache; Der Altersdurchschnitt ist bei Intoxikierten mit 40,78 Jahren recht niedrig und senkt somit das durchschnittliche Todesalter des Kollektivs.

Im durchschnittlichen Vergleich zu Grabs Auswertungen (52 Jahre), leben Wohnungslose jetzt mehr als drei Jahre länger, bis sie statistisch an kardiovaskulären Erkrankungen (55,56 Jahre) versterben.

In Bezug auf die Auswertung von 1990 bis 1998 hat sich die Anzahl der kardiovaskulär bedingten Todesfälle mehr als verdoppelt.

Dennoch ist die Diskrepanz der Untersuchten im Vergleich zur Normalbevölkerung mit einem mindestens zehn Jahre geringeren Sterbealter sehr deutlich. Nicht alle Wohnungslosen wurden auch seziert, was eine Aussage nur für das sezierte Kollektiv zulässt. Bei den 38,40%, die nur eine äußere Besichtigung erhielten, ist von einer natürlichen Todesursache auszugehen. Folglich ist die Todesrate der Herz-Kreislauf Erkrankten in dieser Arbeit als noch höher einzustufen.

Aufgrund des ermittelten intensiven Konsumverhaltens bezüglich Nikotin, Alkohol und Drogen kommt es zu teils schweren Schädigungen.

Hinzu kommt, dass die Mundgesundheit der meisten Wohnungslosen in dieser Analyse deutlich reduziert war. Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontitis) und systemischen Erkrankungen wie einem Diabetes mellitus, Auswirkungen auf die Gefäßwandeigenschaften bei kardiovaskulären Erkrankungen sowie Formen der Arthritis (Dommisch et al. 2017).

Ein besonderer Aspekt bei der Entstehung und Ausprägung von Erkrankungen wohnungsloser Männer sind individuelle Verhaltensmuster wie Alkoholkonsum, Rauchen sowie Ernährungs- und Übernachtungsgewohnheiten, die mit einem vermehrten Erkrankungsrisiko korrelieren (Trabert 2016).

Für obdachlose Menschen ist es häufig schwierig, einen warmen und sicheren Schlafplatz zu finden. Beispielhaft soll an dieser Stelle der Fall eines obdachlosen jungen Mannes beschrieben werden, der gegenüber dem Team des Arztmobils der Caritas Berlin Probleme mit einem Fuß angibt. Diagnostiziert wird eine beginnende Krätze. Auffällig ist außerdem eine Schwellung beider Füße und Unterschenkel, herbeigeführt durch das nachts „sitzende schlafen in der S-Bahn“ (Schmitt-Sausen 2017).

Eine Aussagekraft aufgrund der geringen Fallanzahl der Frauen ist nicht möglich.

Infektionen

Einundzwanzig wohnungslose Menschen (12,96%) sind an den Folgen einer Infektion gestorben. Diese stellt die dritthäufigste Todesursache in dieser Analyse dar.

Zum Vergleich: Im Zeitraum von 1999 bis 2004 sind es 14,5% (Grabs 2006) und von 1990 bis 1998 16,7% (Ishorst-Witte 2001).

Ohne die Vergiftungen zu berücksichtigen, ist dies die zweithäufigste Todesursache.

Das statistische Bundesamt gibt die „Todesursachen durch bestimmte infektiöse- und parasitäre Erkrankungen“ mit 2,2% für die Gesamtbevölkerung an (Statistisches Bundesamt 2015).

Nahezu drei Viertel (71,43%) aus diesem Kollektiv der Infektionstoten sind durch eine Pneumonie oder eine eitrige Bronchitis ums Leben gekommen. Die aktuellen Ergebnisse zeigen im Vergleich zu den Vorarbeiten statistisch fast dieselben Werte.

Für gut situierte Menschen mit einem warmen Dach über dem Kopf sind Erkältungskrankheiten wie Schnupfen und Husten leichter behandelbar, als für Obdachlose. Für sie können diese jedoch zur tödlichen Gefahr werden.

Die Pneumonie ist die häufigste potentiell lebensbedrohliche Infektion in den entwickelten Ländern. Eine Lungenentzündung ist oftmals ein finales Ereignis bei chronischen voranschreitenden Krankheiten. Die Schwere der Erkrankung kann bis hin zur Sepsis führen. Überwiegend erkranken ältere oder multimorbide Patienten an einer Lungenentzündung (Bauer und Lorenz 2015).

Bedenklich ist das geringere Alter hier im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung. Eine chronische Vorschädigung der Lunge ist bei akuten Infektionen nicht außer Acht zu lassen. Mindestens eine Auffälligkeit der Lunge zeigen 61,11% der hier Sezierten.

Sechs Personen starben an einem septischen Herz-Kreislaufversagen. Bei einem Mann lag eine akute Lungentuberkulose nahe.

Weitere Gründe von infektionsbedingten Todesfällen waren hier ein Kreislaufchock bei akuter hämorrhagischer Pankreatitis oder perforiertem Ulcus duodeni und Multiorganversagen bei exazerbierter COPD.

Die meisten Todesfälle ereigneten sich aufgrund eines akut respiratorisch bedingten Herz-Kreislaufversagens.

Über einen fast 25 jährigen Zeitraum sind die Infektionen unter den toten Hamburger Wohnungslosen statistisch gesehen gesunken.

Chronische Lungenerkrankungen

Ein 45 jähriger Mann starb durch ein Atemversagen bei einem hochgradigen chronischen Lungenemphysem in Kombination mit Alkohol.

In den beiden Hamburger Voranalysen lag die Mortalitätsrate von chronischen Lungenerkrankungen schon im unteren Bereich (Grabs 2,4%, Ishorst-Witte 2,1%). Wie lässt sich ein Wert von 0,62% erklären?

Interessant ist, dass bei mehr als der Hälfte der sezierten Personen (61,11%) Auffälligkeiten des respiratorischen Systems auffielen. Verwachsungen des Lungengewebes deuten auf vorangegangene Infektgeschehen hin.

Bei einem Viertel sind chronifizierte Befunde wie manifestierte Bronchitiden (24,07%) oder eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (25,31%) festgestellt worden.

Anhand von sogenannten Raucherfingern oder Russpartikeln in der Lunge, war aus rechtsmedizinischer Sicht bei einem Viertel des gesamten Kollektivs von einem aktiven oder ehemaligen Raucher auszugehen.

Andere Daten zeigt die Untersuchung lebender Hamburger Wohnungsloser. Bei der Befragung bezüglich des Nikotinkonsums gaben 75% von ihnen an, Raucher zu sein (Nawka 2009). Aufgrund der hohen Rate an chronischen Lungenerkrankungen liegt die Anzahl der tatsächlichen Raucher aller Voraussicht nach deutlich höher. In dieser Arbeit wurde ausschließlich der aktuelle Zustand des Verstorbenen berücksichtigt. Anamnestisch sind so gut wie keine Vorbefunde durch Krankenakten bekannt.

Bei den gehäuften respiratorisch-pathologischen Befunden erscheint die Mortalität von unter einem Prozent primär ungewöhnlich. Jedoch besteht durch Vorschädigungen der Lunge der Verdacht, dass der Übergang in eine akute Infektion wie eine Pneumonie begünstigt werden könnte. Womöglich ist dies auch mit dem geringen Sterbealter der Wohnungslosen in Zusammenhang zu bringen.

Tod durch Unterkühlung

Bundesweit waren (seit 1991 bis Anfang 2016) mindestens 289 Kältetote unter den Wohnungslosen zu beklagen. Sie erfroren im Freien oder in scheinbar sicheren Gartenlauben oder unter anderen Unterständen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2016).

Im Analysezeitraum von 2007 bis Mitte 2015 sind zwei Wohnungslose (1,23%) in Hamburg durch eine Unterkühlung gestorben. Die Temperatur für den entsprechenden Todesmonat wurde mit durchschnittliche 1,4 und 9,9 Grad ermittelt (WetterKontor). Hinzu kommt bei einer Person ein Alkoholwert von 3,2 Promille und bei der anderen eine eitrige Bronchitis.

Problematisch sind hier zwei weitere Fälle, die zwar Unterkühlungszeichen aufwiesen, jedoch nicht daran verstarben. In einem dieser Fälle ist die primäre Todesursache eine Pneumonie gewesen.

Zum Vergleich: In den Untersuchungszeiträumen von 1999 bis 2004 starben vier Personen (1,9%) und von 1990 bis 1998 fünf weitere Personen (1,7%). Ishorst-Witte nannte zusätzlich fünf Fälle, bei denen Erfrierungszeichen festgestellt wurden, die jedoch nicht todesursächlich gewesen waren.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. schreibt 2015 von einem Rückgang der Kältetoten in Deutschland seit Ende der 1990 Jahre.

Die gegenwärtigen Ergebnisse aus Hamburg beweisen erfreulicherweise diesen Trend. In Hamburg gibt es in den Wintermonaten 890 zusätzlich bereitgestellte Notschlafplätze (Zeit online 2015).

Trotzdem gibt es wohnungslose Menschen, die von den Angeboten nicht erreicht werden. Viele sind psychisch und physisch nicht in der Lage, sich in Massenunterkünften gegen Übergriffe oder bei Auseinandersetzungen zu schützen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2016).

„Aufgrund der gestiegenen Flüchtlingszahlen und der anhaltenden Migration aus süd- und osteuropäischen EU-Mitgliedsländern sind zusätzliche Anstrengungen in der Unterbringung und in der Kältehilfe nötig“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2016).

Aufgrund der zunehmenden Zuwanderung könnte es möglicherweise zu einer Konkurrenz zwischen Obdachlosen und Flüchtlingen um Schlafplätze kommen (Zeit online 2015).

Ob weiterhin weniger Wohnungslose erfrieren, sollte in einer weiterführenden Studie untersucht werden. Da seit 2016 bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. auch Flüchtlinge in die Kategorie „Wohnungslose“ fallen, wäre eine Differenzierung hinsichtlich des Kollektivs dabei zu berücksichtigen.

Tod durch einen Unfall

Die vierthäufigste Todesursache ist auf ein Unfallgeschehen zurückzuführen.

Diese Kategorie beinhaltet ertrunkene Wohnungslose sowie aufgrund eines Feuers gestorbene Wohnungslose.

Beleuchtet werden sollen hier die nicht fremdverschuldeten Unfallgeschehnisse die todesursächlich gewesen sind. Dies betrifft in dieser Auswertung zwanzig Personen (12,35%).

In der nachstehenden Diskussion soll außerdem eine Differenzierung zu möglicherweise fremdverschuldeten Unfallgeschehen stattfinden.

Die aktuellen Daten aufgrund eines todesursächlichen Unfalls sind im Vergleich höher als bei Grabs (10,1%) und Ishorst-Witte (9,6%).

Hervorzuheben sind hier vier Stürze aus geringer Höhe, die meistens in

alkoholisiertem Zustand passierten. In den Voruntersuchungen von Grabs und Ishorst-Witte ist kein Sturz aus geringer Höhe todesursächlich gewesen. Von einem Baugerüst (große Höhe) stürzte ein Mann in die Tiefe. Drei starben durch einen Verkehrsunfall.

Sechs von ihnen starben durch ein Schädel-Hirn-Trauma, zwei aufgrund einer Hirnlähmung ursächlich einer intrakraniellen Blutung verursacht durch Stürze.

Ein Anstieg von Stürzen allgemein ist hier vermehrt vorgekommen. Über die Entwicklung der Verkehrsunfälle lässt sich im Vergleich nichts aussagen. Grabs nannte einen Verkehrstoten, Ishorst-Witte drei.

Es ertranken sechs Wohnungslose (3,70%) in einem Hamburger Gewässer; alle waren männlich und zwei standen unter Alkoholeinfluss. Ein unfallbedingter Sturz ins Wasser ist anzunehmen, ein Suizid jedoch auch nicht auszuschließen. Die ursächlichen Gründe sind hier unklar geblieben. Im Zeitraum von 1999 bis 2004 ereigneten sich unter den wohnungslosen Toten acht Fälle (3,9%) durch Ertrinken und von 1990 bis 1998 zehn Fälle (4,1%). Es scheint im erhobenen Zeitraum hier zu einem statistisch minimalen Rückgang durch Ertrinken gekommen zu sein. Aufgrund eines kleineren untersuchten Kollektivs ist dies aber nicht signifikant.

Ein Feuer war für den Tod von fast einem Drittel (3,70%) der Unfälle verantwortlich. (Kohlenmonoxidvergiftung 2,47%, Hitzeschock 1,23%). Bei Grabs gab es keinen Todesfall durch ein Feuer. Ishorst-Witte nannte 1,66%. Rauchgasvergiftungen und Verbrennungen sind häufig eine Folge von Kälte, denn offene Wärmequellen an einem Lagerplatz oder anderen behelfsmäßigen Unterkünften bringen ein erhöhtes Unfallrisiko mit sich (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 14.12.2016).

Gegenüber dem Hamburger Abendblatt berichtete ein Obdachloser im Interview, dass er sein Zelt im Winter mit einem Gaskocher so warm bekomme, dass er auf das Winternotprogramm nicht angewiesen sei. In der Vergangenheit hatte er es zwar manchmal genutzt, aus Gründen der mangelnden Privatsphäre und den dort vorgegebenen Schlaf- und Aufstehzeiten, bevorzuge er aber sein eigenes Zelt (Kmieciak 2016). Das Motiv des Obdachlosen eigene Entscheidungen zu treffen, ist nachvollziehbar, jedoch beschreibt dieses Beispiel, dass ein erhöhtes Unfallrisiko durch einen Brand oder eine Vergiftung durch Rauchgas besteht.

Hervorzuheben ist in dieser Untersuchung, dass keine Zugunfälle vorgekommen

sind. Grabs ermittelte die Unfälle auf Bahngleisen mit 2% und Ishorst-Witte mit 2,5%. In beiden Studien gab es keine Hinweise auf einen selbstgewählten Tod durch einen Suizid.

Eventuell sind die gleisnahen Bereiche des Hamburger Verkehrsverbunds sowie der Deutschen Bahn im Laufe der letzten Jahre besser abgesichert worden.

Wichtig ist hier zu erwähnen, dass sieben Personen (35% der verunfallten Toten) noch schwer verletzt ins Krankenhaus gebracht und dort intensivmedizinisch betreut wurden. Trotzdem gelang es nicht sie zu retten.

Tod durch einen Suizid

Im Rahmen einer Selbsttötung starben in der aktuellen Analyse sieben Männer (4,32%).

Das vorliegende Ergebnis hat sich zur Vorarbeit von Grabs halbiert (9,2%). Ende der Neunziger sind es dreimal so viele gewesen, die sich das Leben nahmen (13%).

Die Gründe für einen frei gewählten Tod sind hier unklar geblieben. Von einer Dunkelziffer ist auszugehen. Bei den Ertrunkenen ist kein Hinweis für einen Suizid erkannt worden, jedoch kann dieser nicht ausgeschlossen werden. Eine womöglich beabsichtigte Überdosierung von Rauschgift kann hier weder bewiesen noch ausgeschlossen werden. Alle Vergiftungen sind in der Kategorie Intoxikation eingeordnet worden.

Im Rahmen der großangelegten SEEWOLF-Studie aus München gaben fast die Hälfte der befragten Wohnungslosen (43,8%) an, im Laufe ihres Lebens schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. Einen Suizidversuch unternahmen 16,4% (Jahn und Brönner 2014).

Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung (1,1%) ist die Suizidrate hier (4,32%) aktuell viermal höher (Statistisches Bundesamt 2015).

Tötungsdelikte

Es existiert Gewalt gegen als auch unter den Wohnungslosen. Auch Beleidigungen, Drohungen und Vertreibungen sind Formen von Gewalt. Die hier stattgefundenen physischen Verletzungen führten jedoch zum Tod der angegriffenen Personen.

In dem hier untersuchten Zeitraum von mehr als acht Jahren sind in Hamburg neun Wohnungslose (5,56%) durch Fremdeinwirkung ums Leben gekommen. Auffällig ist hier die Häufung scharfer Gewalteinwirkung, die durch Messer verursacht wurde. Eine einzige Person starb aufgrund von stumpfer Gewalt gegen den Kopf. Zum Hintergrund der Tat sowie des Täters kann hier aufgrund nicht gesichteter Polizeiakten keine Aussage getroffen werden.

Grabs ermittelte drei Morde (1,14%) im Zeitraum von 1999 bis 2004. Diese haben innerhalb der Obdachlosenszene stattgefunden. In der Analyse von Ishorst-Witte gibt es kein Tötungsdelikt in dem von ihr untersuchten Zeitraum für Hamburg.

Die BAGW führt eine Liste mit bundesweit ermittelten Todesfallzahlen anhand von Pressemitteilungen. Für den gegenwärtig ausgewerteten Zeitraum wurden 67 Todesfälle durch nicht wohnungslose Täter und 89 für Todesfälle durch wohnungslose Täter verzeichnet (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2017).

In sechs unterschiedlichen Städten Nordrhein-Westfalens wurde 2011 eine Befragung mit 225 Wohnungslosen oder ehemals Wohnungslosen durchgeführt. 40% der Befragten wurden während ihres Lebens ohne festen Wohnsitz Opfer eines gewalttätigen Übergriffs. Von Pollich skizzierte Risikofaktoren sind unter anderem Alkohol- und Drogenmissbrauch, das Handeln mit Drogen und ein überwiegender Aufenthalt auf der Straße. Je jünger die Studienteilnehmer waren, desto eher wurden sie Opfer von Körperverletzungen (Pollich 2011).

Körperverletzungen mit Todesfolge

Ein Teil der ausgewerteten Fälle ist vermutlich durch eine fremde, äußere Gewalteinwirkung zu Tode gekommen. Jedoch kann aufgrund mangelnder Informationen zum Tatgeschehen nicht sicher von einem Tötungsdelikt ausgegangen werden. Eine Einsicht in Polizeiakten konnte nicht vorgenommen werden.

Zu einer klar differenzierten Abgrenzung zu einem Tötungsdelikt, ist deshalb die neue Kategorie „Körperverletzung mit Todesfolge“ in diese Dissertation mit aufgenommen worden. Ein Vergleich gegenüber den Arbeiten von Grabs und Ishorst-Witte kann demzufolge nicht dargestellt werden.

Es handelt es sich dabei um acht Männer (4,94%). In den Sektionsprotokollen sind

überwiegend Zeichen stumpfer Gewalteinwirkungen (häufig gegen den Kopf) in Form von Schlägen oder Tritten vermerkt worden. Die Schwere der dabei entstandenen Verletzungen ist dabei haupttodesursächlich gewesen.

Gegenüber einer Hamburger Zeitung erzählten Obdachlose im Interview, dass es Ende März und somit zum Ende des Winternotprogramms in der Innenstadt vermehrt zu Prügeleien und Diebstählen kommt. „Dann müssen wir auf unseren Sachen schlafen“. Auch Streit um Schlafplätze, Spenden sowie die besten Bettelorte würden für Probleme sorgen (Arns und Schäfer 2017).

„Wir beobachten in den letzten Jahren eine Zunahme von Gewalt gegen Wohnungslose. Und immer wieder haben Gewalttaten einen rechtsextremistischen Hintergrund. Das hat manchmal den Charakter von Folter“, so Werena Rosenke, stellvertretende Geschäftsführerin der BAGW im Interview gegenüber der Frankfurter Rundschau (Frankfurter Allgemeine 2017).

Die BAGW nennt für den analysierten Zeitraum dieser Arbeit deutschlandweit mehr als 300 Körperverletzungen bei Wohnungslosen. Die Täter außerhalb des Milieus überwiegen, 342 zu 309 Fällen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. 2017)

Pollichs Ergebnisse aus Befragungen zeigen, dass sich die Gefahr, Opfer von Körperverletzungen zu werden erhöht, wenn regelmäßig Alkohol und/oder Drogen konsumiert werden. Psychische Erkrankungen erhöhen besonders das Risiko, beleidigt oder verletzt zu werden (Pollich 2011).

Es scheint auch in Hamburg eine deutliche Entwicklung von steigender Gewalt gegenüber wohnungslosen Menschen zu geben, die auf Grund dessen sogar versterben. Grundsätzlich kommen Milieufremde als auch Wohnungslose als Täter in Frage. Hintergrundinformationen zu diesen Fällen fehlen in dieser Arbeit. Eine weiterführende Studie zu Gewalt gegenüber Wohnungslosen in Hamburg könnte ein klareres Bild der Entwicklung dazu skizzieren.

Tod durch Leber- und gastrointestinale Erkrankungen

Mehr als die Hälfte (61,73%) der sezierten Wohnungslosen ist aktuell von mindestens einer Auffälligkeit der Leber oder des Pankreas betroffen.

Für das gegenwärtig beschriebene Kollektiv existieren keine Vorbefunde von möglicherweise stattgefundenen ambulanten Arztbesuchen im Vorfeld. Im Verlauf

sollen auch im Zusammenhang stehende Befunde der äußeren Leichenschau beschrieben werden.

In der vergleichenden Darstellung zu den vorherigen Arbeiten scheint es kaum eine Veränderung in der Häufung von pathologischen Leberbefunden zu geben. Grabs 65,3%, Ishorst-Witte 58,2%.

Gegenwärtig sind 1,85% aufgrund eines akuten Leberversagens gestorben. Grabs schreibt in ihren Ergebnissen von vier Personen (1,90%), bei dreien von ihnen alkoholbedingt. In der Auswertung von Ishorst-Witte findet sich kein Todesfall durch eine Erkrankung der Leber.

Das Versagen der Leber kann langsam sein und geschieht oft unbemerkt. Häufige Gründe für eine Lebererkrankung sind ein Alkoholabusus, die Einnahme von lebertoxischen Medikamenten, eine nicht alkoholische Leberverfettung oder Virushepatitiden (Schlosser et al. 2017).

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass nachgewiesenermaßen etwa die Hälfte der hier seziierten Männer und ein Viertel aller seziierten Frauen zu Lebzeiten Alkoholiker gewesen sind (51,52%, 26,67%).

Aufgrund eines mutmaßlich ungesunden Lebensstils zeigen sich folgende Sektionsbefunde:

Eine Pankreasfibrose wurde bei 9,88% der Verstorbenen festgestellt. Grabs ermittelte Werte von 25,9%. Die aktuellen Ergebnisse ähneln denen von Ishorst-Witte (10,6%). Sehr wahrscheinlich sind die erhobenen Befunde bedingt durch einen alkoholtoxischen Schaden der Bauchspeicheldrüse.

Unterschiedliche Grade der Leberverfettung haben 42,59% der hier Untersuchten. Dies ist statistisch gesehen ein geringer Rückgang zu den vorherigen Untersuchungen (57,6% Grabs, 54,7% Ishorst-Witte).

Ein überwiegender Teil der durch Alkohol induzierten Fettlebern ist durch Verzicht oder gar entsprechender Reduktion rückbildungsfähig. Sogar die Mortalität kann durch konsequente Alkoholkarenz oder eine deutliche Reduzierung des Alkoholkonsums bei einer Leberzirrhose deutlich verringert werden (Seitz und Arslic-Schmitt 2016).

Eine Leberzirrhose trat bei 13,58% auf, wobei nur wenige der Fälle an einem akuten Leberversagen aufgrund einer Leberzirrhose starben. Wie Grabs 2006 mit ihrer Vergleichsanalyse zeigt, verdoppelte sich der Wert der Leberzirrhotiker von

7,6% auf 15,8%. Eine häufig vorkommende Todesursache bei einer Zirrhose ist eine Varizenblutung. Vier Personen sind hier daran gestorben.

Acht wohnungslose Personen (4,94%) starben jeweils hälftig durch akute Blutungsereignisse des oberen Magen-Darmtrakts oder aufgrund geplatzter Ösophagusvarizen.

In der Studie von Grabs gibt es 5,8% gastrointestinal bedingte Todesfälle. Der überwiegenden Anteil blutungsbedingt (4,8%). Noch im Auswertungszeitraum von Ishorst-Witte sind es insgesamt deutlich weniger (1,7%).

Zu erwähnen sind auch bei 9,26% der Sezierten das Vorhandensein von Ulzerationen und damit verbundene Blutungen, hier final tödlich bei 2,47%.

Bei der Begutachtung zeigte sich bei 4,18% aller Toten kaffeesatzartiges Erbrochenes, was auf eine Blutung im oberen gastrointestinalen Bereich hindeutet. Zur Vorarbeit (4,2%) ist dies keine Veränderung. Sogenannte Teerstuhlanhaftungen am After hatten 24 Personen (5,32%) der insgesamt Untersuchten dieser Studienreihe. Nicht annähernd hohe Ergebnisse beschreibt Grabs mit 1,5%.

Da in dieser Auswertung nicht in allen Fällen eine innere Begutachtung in Form von einer Sektion stattgefunden, kann mutmaßlich von einer höheren Anzahl gastrointestinal bedingter Todesfälle ausgegangen werden. Wenn ein natürlicher Tod bescheinigt worden ist, wurde oft keine Sektion durchgeführt.

Deshalb ist keine gesicherte Aussage für den Anteil des nicht sezierten Kollektivs zu erbringen. Dennoch ist bei den ausschließlich äußerlich untersuchten Personen eine Erkrankung der Leber und des Magendarmtrakts nicht auszuschließen und möglicherweise sogar wahrscheinlich.

Traumata und Erkrankungen des Gehirns

Aufgrund von intrakraniellen Blutungsereignissen oder eines Schädel-Hirn-Traumas sind sechs Wohnungslose (3,70%) gestorben, davon fünf im Krankenhaus. In zwei Fällen wurde eine Operation eingeleitet, die jedoch nicht lebensrettend verlief.

Über die Geschehnisse vor der stationären Aufnahme ist hier nur für zwei Personen weiteres bekannt. Ein Mann wurde tags zuvor mit einem Herzstillstand im S-Bahnbereich aufgefunden und starb nach einer Nacht im Krankenhaus an

einem zentralen Tod. Eine Frau stürzte aus unbekannter Ursache aus großer Höhe und erlag einem Schädel-Hirn-Trauma.

Charakteristische Ursachen eines Schädel-Hirn-Traumas sind vor allem Verkehrsunfälle (50%), Stürze (20%) und Schlägereien. Weitere Auslöser sind Epileptische Anfälle, Synkopen sowie Alkohol und/oder Drogenmissbrauch. Klinisch wird der Schweregrad des Schädel-Hirn-Traumas in der Glasgow Coma Scale angegeben, die auch eine Prognose des Patienten zulässt (Aschenbrenner und Biberthaler 2017).

Die meisten Wohnungslosen in dieser Kategorie zeigen sklerotische- und hypertrophe Veränderungen des Herzens, konsumierten Alkohol und/oder Drogen. Die häufigsten Ursachen für nicht traumabedingte intrakranielle Blutungen sind ein chronischer Bluthochdruck (50%), chronische Alkoholsucht, Rauchen und einige Drogen wie Heroin, Kokain oder Amphetamine (Litmathe 2016).

Angaben aus den Krankenakten konnten hier keine Berücksichtigung finden.

Tod durch eine Krebserkrankung

Durch eine bösartige Neubildung starben 5 Männer (3,09%).

Dies ist gegenwärtig als ein leichter Anstieg zu werten. Bei Grabs waren es 2,4% und bei Ishorst-Witte 2,5% der Verstorbenen.

Alle Betroffenen waren Männer und älter als 60 Jahre.

In der Bundesbevölkerung macht Krebs als Todesursache einen Anteil von 24,5% aus und steht damit an zweiter Stelle (Statistisches Bundesamt 2015).

Auffällig hier sind drei Fälle mit Karzinomen des respiratorischen Systems. Das heißt Lungen- und Kehlkopfkrebs. Im Vergleich zur Auswertung von Ishorst-Witte sind ebenso wie hier, etwa die Hälfte der malignen Entartungen auf Organe des respiratorischen Systems zurückzuführen.

Die beiden anderen Männer dieser Studie starben aufgrund von Krebs der Speiseröhre und eines Lymphoms unklarer Spezifität.

Im finalen Stadium der Krebserkrankung ist keiner der Sterbenden in einem Hospiz oder Krankenhaus versorgt worden. Ob die Männer von ihrem Krebsleiden wussten, ist hier nicht bekannt.

Berücksichtigt wurden hier ausschließlich die todesursächlichen Entartungen. Die geringe Prozentzahl der an Krebs verstorbenen verwundert primär. Einen

Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung herzustellen ist nicht sinnvoll, denn in dieser Arbeit wurden keine Kinder und Jugendlichen untersucht, die in die Todesursachenstatistik bundesweit mit einfließen. Des Weiteren sind in diesem Kollektiv wenige alte Menschen untersucht worden.

Die tatsächliche Anzahl der Todesursachen durch Karzinome ist sehr wahrscheinlich deutlich höher, denn Sektionen sind nicht bei jedem toten Wohnungslosen durchgeführt worden.

Sonstige Todesfälle

In drei Fällen (1,85%) dieser Auswertung ist eine konkrete Kategorisierung als nicht sinnvoll erachtet worden.

Besonders auffällig ist hier bei zwei Männern ein rechtsmedizinisch beschriebener chronischer Alkoholabusus in Kombination mit einem zerebralen Krampfanfall (1,23%). Der Krampfanfall ist in beiden Fällen primär todesursächlich gewesen, in einem Fall jedoch zusätzlich mit einer Aspiration von Mageninhalt.

Ein weiterer Mann starb an einer Hyperglykämie mit einer mäßigen Alkoholisierung.

In der Vorarbeit von Grabs sind 2,9% der Todesursachen auf einen Krampfanfall zurückzuführen, deutlich weniger bei Ishorst-Witte (0,8%).

Hervorgerufen werden können zerebrale Krampfanfälle auch im Rahmen eines Alkoholentzugs. Alkohol wirkt auf das zentrale Nervensystem. Eine häufige Komplikation im Entzugsgeschehen ist ein Alkoholentzugskrampfanfall, Grand-Mal-Anfall genannt (Junghanns und Wetterling 2017).

Alle drei Männer starben nicht im Krankenhaus oder einer Therapieeinrichtung. Deshalb ist ein überwachter Alkoholentzug auszuschließen.

Nicht geklärte Todesfälle

Für vier Wohnungslose (2,47%) konnte trotz einer Sektion keine Todesursache ermittelt werden. In den Vorarbeiten sind die Todesursachen bei 2,4% der Fälle bei Grabs und 4,2% der Fälle bei Ishorst-Witte unbekannt geblieben.

6.3. Methodenkritik

Da viele Parameter aus unterschiedlichen Bereichen (zum Beispiel körperliche Befunde und soziale Kriterien) erhoben worden sind, konnten dadurch mit Hilfe eines zweizeitigen Vorgehens die relevanten Variablen identifiziert werden.

Im Rahmen der Aktenrecherche wuchsen die Hauptkategorien durch die vielen Informationen stark an, sodass sich durch ein gehäuftes Auftreten Untergruppen bilden ließen: Dies ließ eine spätere präzisierte digitale Auswertung zu.

Erst im Anschluss der Aktensichtung wurde eine gut strukturierte Exceltabelle mit rund achtzig Variablen erstellt.

Durch dieses Vorgehen konnte beispielsweise die Genderanalyse sowie die Vergleichbarkeit der verschiedenen Variablen gewährleistet werden.

7. Falldarstellungen

Als Ergänzung zu den untersuchten Kriterien wie beispielsweise körperliche Befunde, Grunderkrankungen und der Todesart, wird hier eine anonymisierte Auswahl von entsprechenden Fallbeispielen gegeben.

Wohnungsloser polnisch-stämmiger Mann

Studiennummer 42

Ein 52 jähriger Mann wurde in einer „Erdhöhle“ eines Grünstreifens tot aufgefunden. Teile des Körpers zeigten chronische Verschmutzungen. Eine durchgeführte Computertomographie zeigte eine bereits verheilte Claviculafraktur. Im Rahmen der Sektion wurden folgende Auffälligkeiten dokumentiert: Stark ausgeprägte Koronararteriosklerose, Verkleinerung der Hoden, Verwachsungen des Lungen und Rippenfells, Lungenemphysem, COPD, dunkle Nebennierenrinde, multiple Nierenzysten, Geschwüre des Darms, kälteinduzierte Schleimhautnekrosen in Form von Wischnewski-Flecken im Magen (Madea et al. 2012), mazerierte Haut in der Gesäßfalte, Hautgeschwüre. Des Weiteren zeigten sich Zeichen äußerer Gewalteinwirkung, Verdacht auf ein zurückliegendes Sturzgeschehen.

Der schlanke Mann war im Oberkiefer zahnlos und hatte im Unterkiefer nur noch einen kariösen Restzahn.

Aufgrund der Organbefunde war von einem chronischen Alkoholabusus zu Lebzeiten auszugehen, wobei die BAK zum Todeszeitpunkt bei 0 ‰ lag.

Todesursächlich war eine Pneumonie auf Basis eines Lungenemphysems. Mit zum Tode führte vermutlich eine Unterkühlung.

Während des Schlafens im Freien seiner Kleidung beraubter Wohnungsloser mit deutlicher Unterkühlung

Studiennummer 45

Ein spärlich bekleideter und untergewichtiger Mann lief hilfesuchend in eine Polizeistation. In rudimentären Deutschkenntnissen gab er dort an, dass er von drei unbekannten Personen während des Schlafens bestohlen und angegriffen wurde. Der Mann zeigte Zeichen einer Unterkühlung sowie Auffälligkeiten nicht

ganz frischer Gewalteinwirkung gegen den Schädel, unklar, ob Stürze oder Fremdeinwirkung ursächlich waren.

Nach der Einlieferung in ein Krankenhaus verstarb er dort zwei Tage später an den Folgen von Gehirnblutungen aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas.

19 jähriger Mann verstarb an einer Drogenintoxikation in der Wohnung einer Freundin

Studennummer 68

Eine Frau fand einen Freund tot in der eigenen Wohnung. Neben ihm lagen ein Stauschlauch sowie Alkohol-Tips zur lokalen Hautdesinfektion. Am linken Arm fanden sich frisch unterblutete Einstichstellen. Aus der Akte geht hervor, dass er ein Methadonprogramm besucht hatte.

Todesursächlich war eine intravenöse Drogenintoxikation.

Erstickungstod auf einem Gehweg aufgrund eines Larynxkarzinoms

Studennummer 70

Ein älterer Mann erstickte an eine Mauer lehnend auf einem Gehsteig.

Todesursächlich war ein fortgeschrittener Kehlkopfkrebs.

Stark alkoholisiert ertrunkener Mann

Studennummer 84

Ein Toter wurde in einem Hamburger Gewässer treibend aufgefunden. An den Handgelenken fanden sich linienförmige Hautnarben wie nach einem gescheiterten Suizidversuch. Außerdem befanden sich am Körper multiple Hautläsionen wie Kratzer, Hämatome und chirurgisch versorgte Wunden im Gesicht. Unklar war, ob die Verletzungen durch Stürze oder durch gewaltsame Fremdeinwirkung entstanden waren. Der Mann war zu Lebzeiten Alkoholiker. Die Blutalkoholkonzentration betrug 4,57 ‰.

Die Todesursache war ein Herz-Kreislauf-Stillstand bei fehlender Atemfunktion im Sinne von Ersticken durch Ertrinken.

Intoxikation durch Alkohol

Studennummer 91

Ein 49 Jahre alter Mann aus Polen verstarb in der Wohnung einer Bekannten. Die Sektion ergab eine Hypertrophie des Herzens sowie der Leber. An der Lunge fanden sich flächenhafte Verwachsungen des Rippen-und Lungenfells. Die Organbefunde lassen auf einen chronischen Alkoholkonsum schließen.

Todesursächlich war eine Alkoholintoxikation bei 4,26 ‰.

Kohlenmonoxidvergiftung durch Brand in einem Schuppen

Studennummer 81

Im Winter wurde aus einem leer stehenden, abgebrannten Schuppen eine Brandleiche geborgen. Noch zu Lebzeiten litt der Mann an einer hochgradigen Arteriosklerose und Koronararteriosklerose. Das Herz war aufgrund einer Herzinsuffizienz stark vergrößert. Im Gehirn ließen sich Bereiche zurückliegender Hirninfarkte feststellen. Der Mann war Raucher und litt an einer chronischen Bronchitis.

Die Todesursache war eine Kohlenmonoxidvergiftung.

Verbluten aufgrund eines Magengeschwürs

Studennummer 82

Eine Person wurde auf der Toilette eines Wohncontainers tot aufgefunden. Bei der äußeren Untersuchung des Verstorbenen fanden sich Teerstuhlanhaftungen am After. Die Sektion ergab ein Magenschleimhautulcus und eine daraus resultierende obere intestinale Blutung.

Todesursächlich war ein inneres Verbluten durch ein Magengeschwür.

Unterernährte, verwahrloste tote Frau in einem Abbruchhaus aufgefunden

Studennummer 95

Eine tote Frau wurde mit späten Leichenveränderungen in einem Abbruchhaus gefunden. Sie zeigte deutliche Zeichen der Verwahrlosung wie beispielsweise verfilztes Kopfhaar, Nagelpilz, Verschmutzungen des Körpers und der Hände. Das Körpergewicht wurde mit 31 Kilogramm bei einer Größe von 170 Zentimetern

angegeben. Zu Lebzeiten wurden der Frau Mammakissen aus Silikon implantiert, wobei eines davon rupturiert war. Die Sektion ergab Knoten im Schilddrüsengewebe, kälteinduzierte Schleimhautnekrosen in Form von Wischnewski-Flecken im Magen (Madea et al. 2012), eine allgemeine Arteriosklerose, eine chronische und eitrige Bronchitis, eine COPD, eine Anthrakose sowie Vernarbungen der Lunge, eine ausgeheilte Tuberkuloseinfektion, einen akuten und chronischen Harnblaseninfekt und Myome in der Gebärmutter. Der Wurmfortsatz wurde im Laufe des Lebens entfernt. Im Mund fanden sich Restaurationen in Form von Kronen und Brücken.

Todesursache: Unterkühlung in Kombination mit einer Kachexie sowie einer eitrigen Bronchitis.

Drogenabhängige Frau verblutet aufgrund chronischer Lebererkrankung

Studennummer 96

Eine Frau wurde in einem Wohnheim tot aufgefunden. Sie wies Zeichen eines chronischen intravenösen Drogenkonsums auf. Beide Hände und Ellenbeugen zeigten Einstichstellen unterschiedlichen Alters, teils vernarbt. Sie litt unter einer Hepatitis C Infektion sowie einer Leberzirrhose mit Gelbfärbung der Haut und Skleren.

Todesursächlich war ein Verbluten durch das Einreißen von Ösophagusvarizen.

Intoxikation durch das Trinken von Alkohol und Reinigungsmitteln

Studennummer 98

In einem Baucontainer wurde Vodka mit dem dort gefundenen Reinigungs- oder Desinfektionsmittel vermischt und getrunken. Die Sektion ergab ein Hirn- und Lungenödem. Toxikologisch wurde Methanol und Aceton im Blut nachgewiesen. BAK 2,17 ‰.

Todesursache: Intoxikation durch Alkohol in Kombination mit Methanol

Verwahrloster Obdachloser auf einem Fußweg aufgefunden (frustrane Reanimation)

Studiennummer 99

Ein junger Mann wurde leblos auf einem Fußweg aufgefunden. Ein Rettungswagen brachte ihn ins Krankenhaus. Der körperliche Zustand wurde als schlecht beschrieben. Er hatte verfilzte Kopfhare sowie chronische Verschmutzungen des Körpers. An den Beinen befanden sich multiple weißliche Hautnarben sowie dunkel pigmentierte Hautareale an den Schienenseiten. Zustand nach offenem Bein. Dental war ein Restzahnbestand mit Karies an den noch vorhandenen Zähnen dokumentiert worden. Die Sektion ergab eine Hirnatrophie- und Hodenatrophie, ein ausgeprägtes Lungenödem, eine ausgeprägte Pulmonalsklerose, eine chronische Bronchitis, eine COPD, Verwachsungen der Lunge und des Brustfells, eine ausgeprägte Leberverfettung, eine chronische Pankreatitis, multiple Schwellungen, Hämatome und Schürfwunden. Die Zeichen äußerer Gewalteinwirkungen sind verschiedenen Alters. Die Organbefunde lassen den Schluss zu, dass der Mann ein Alkoholiker gewesen ist. Der Mann verstirbt trotz Reanimationsmaßnahmen im Krankenhaus. Die postmortale BAK betrug 2,34 ‰, wobei dieser Wert ohne die Infusionen im Krankenhaus höher gewesen wäre.

Todesursache: Alkohol-Intoxikation in Kombination mit Unterkühlung.

Verwahrloster Obdachloser wird tot in einem Gebüsch gefunden

Studiennummer 104

Ein älterer Mann wurde mit Zeichen der fortgeschrittenen Fäulnis (Madenbefall) tot in einem Gebüsch aufgefunden. Die Haare, der Körper, die Hände und Füße waren ungepflegt und stark verschmutzt. Die Fußnägel hatten eine Länge von knapp sechs Zentimetern. Der Körper war großflächig von Läusen befallen. An den Beinen fanden sich offene, geschwürartige Hautveränderungen. Dentale Situation: Desolater Zahnstatus im Oberkiefer (Wurzelreste und ein Abszess). Im Unterkiefer befand sich eine Teilprothese.

Der Mann war Alkoholiker.

Todesursache war eine dekompensierte Herzinsuffizienz in Folge einer Herzhypertrophie in Kombination mit einem Blutverlust (Duodenalulzera) und einer Lungenarterien-Thromboembolie.

Verbluten durch Messerstiche

Studiennummer 105

Ein junger Mann verstarb aufgrund eines Messerangriffs im Krankenhaus.

Todesursache: Verbluten durch Stichverletzung.

Intoxikation durch intravenöse Injektion von Methadon

Studiennummer 113

Ein junger Mann verstarb in der Wohnung eines Freundes. Die Sektion ergab ein Hirnödem und ein deutlich dunkles Nierenmark. In der Lunge befand sich aspiriertes Erbrochenes. Die toxikologische Untersuchung ergab einen Konsum von Amphetaminen, Heroin, Kokain, Diazepam und Methadon. Das Methadon wurde injiziert. BAK 2,02 ‰.

Die Todesursache war eine Drogenintoxikation.

Tod aufgrund eines schweren Infektionsgeschehens

Studiennummer 116

Ein stark verwahrloster Mann wurde auf offener Straße tot aufgefunden. Die Leiche hatte einen massiven Parasitenbefall (Läuse), besonders auf dem Kopf und im Genitalbereich. Zu Lebzeiten erlitt der Mann mehrere Nebenniereninfekte. Organbefunde: Das Herz war vergrößert, die Leber war verfettet, die Arterien zeigten sklerotische Veränderungen, Vorhandensein von Gallensteinen, fortgeschrittene schwere Harnblasenentzündung mit Verdacht auf eine septische Absiedelung in die Nieren, akute und chronische Pankreatitis, COPD, eitrige Bronchitis und Pneumonie.

Todesursache: Septisches Kreislaufversagen bei schwerer eitriger Atemwegsentszündung und ausgeprägter chronischer Harnblasenentzündung.

Auszug aus dem Sektionsgutachten: „Aus rechtsmedizinischer Sicht liegt ein Tod aus innerer Ursache vor, dieser hätte jedoch bei rechtzeitiger Einleitung einer medizinischen Behandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgewendet werden können“.

Krebskranke, mangelernährte, verwahrloste Frau

Studiennummer 119

Der körperliche Zustand der Frau war äußerst schlecht. Bei einer Körpergröße von 178 Zentimetern wog sie 33 Kilogramm. BMI: 10,3. Hände, Füße und Kopfhaar waren verschmutzt und das Haar war verfilzt und ungepflegt. An der Brust befanden sich Taschentuchreste, um ein exulzierendes Mamma-Karzinom abzudecken. Die Sektion ergab außerdem Metastasen im Gehirn und eine Lungenembolie sowie gastrointestinale Blutungen aufgrund von Ulzera.

Todesursächlich war ein Paraneoplastisches Syndrom (Lungenembolie) bei einem Mamma-Karzinom.

Zeichen der Sepsis bei Magenblutung und Abszess im Gesicht

Studiennummer 139

In einem Wohnheim wurde ein Mann tot in einem Zimmer aufgefunden. Äußerlich ließ sich eine Schwellung der linken Gesichtshälfte erkennen. Ursache war ein Abszess der Glandula parotidea sowie des umliegenden Gewebes. Aufgrund von Schleimhautläsionen war es zu einer Magenblutung gekommen.

Todesursächlich war am ehesten eine Sepsis (Abszess) in Kombination mit einer Magenblutung in Folge von Schleimhautläsionen der Speiseröhre und des Magens.

Schwere Atemwegsinfektion mit Anämie durch Alkoholismus

Studiennummer 143

Im Eingangsbereich eines öffentlichen Gebäudes wurde eine Frau tot aufgefunden. Der gesamte Körper ist von Läusen befallen. Die Hände, Füße und Haare waren chronisch verschmutzt und ungepflegt. Die Haut trug multiple chronische, flächenhafte Infektionen und borkige Hautareale.

Organbefunde: Mittelgradige allgemeine Arteriosklerose, geringe koronarsklerose, COPD, Lungenödem, Pulmonalarteriensklerose, Verwachsungen der Lunge mit dem Zwerchfell, Hepatomegalie, hochgradige Leberverfettung, chronische Gastritis.

Dentale Situation: Starkes Lückengebiss.

Todesursache: Akut eitrige Bronchitis in Kombination mit einer chronischen Anämie aufgrund eines chronischen Alkoholabusus.

8. Zusammenfassung

8.1. Zusammenfassung

Diese Dissertation soll den körperlichen Zustand zum Zeitpunkt des Todes und insbesondere die Todesursachen von Wohnungs- und Obdachlosen von 2007 bis Mitte 2015 in Hamburg aufzeigen. Angelehnt an die vorherigen Dissertationen von Grabs, 2006 veröffentlicht, und Ishorst-Witte, 2001 veröffentlicht, kann diese Analyse eine Entwicklung der Todesursachen von Obdachlosen über mehr als 23 Jahre darstellen. Untersucht wurden 263 Todesfälle, davon 162 im Rahmen einer Sektion. Fast ein Sechstel (16,35%) stellt das Frauenkollektiv dar und ist damit höher als in den Vorarbeiten (Grabs 11,4%, Ishorst-Witte 8,5%). Im Vergleich hat sich innerhalb der Wohnungslosenszene der Anteil der Ausländer besonders bei den Männern stark erhöht und liegt aktuell bei fast der Hälfte (42,16%) des gesamten Kollektivs (Grabs 11,1%, Ishorst-Witte 8,9%). Interessant ist die Tatsache, dass fast drei Viertel der Ausländer (73,26%) aus Osteuropa stammen. Das durchschnittliche Todesalter beträgt aktuell 49,03 Jahre und ist seit den 1990er Jahren stetig angestiegen (Grabs 46,5 Jahre, Ishorst-Witte 44,5 Jahre). Wohnungslose werden demnach zwar älter, allerdings sterben sie gegenüber der allgemeinen Bevölkerung statistisch 30 Jahre früher. Die allgemeine Annahme, dass Wohnungslose meistens in kalten Monaten sterben, lässt sich hier bestätigen. Ein Drittel (33,84%) ist im Winter gestorben. Annähernd die Hälfte der Wohnungslosen (42,86%) ist in einem Wohnheim oder einer Übernachtungsstätte zu Tode gekommen. Der öffentliche Raum steht an zweiter Stelle (20,85%). An dieser Stelle soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass keine der hier untersuchten Personen in einem Hospiz starb. Der körperliche Zustand wurde rechtsmedizinisch bei annähernd der Hälfte des Kollektivs (46,04%) als reduziert/mäßig beschrieben und bei mehr als einem Drittel (36,69%) sogar als schlecht. Eine Verwahrlosung ist keine Ausnahmeerscheinung (15,21%). Der Ernährungszustand dagegen hat sich deutlich verbessert: Einen normalen BMI haben fast die Hälfte (47,64%) der Wohnungslosen, 39,27% sind in unterschiedlichen Graden adipös und 13,08% sind als kachektisch eingestuft worden. Im Rahmen eines postmortal angefertigten Ganzkörper-CTs sind annähernd die Hälfte der Sezierten (41,96%) radiologisch untersucht worden.

Auffällig sind nicht ganz frische Rippenbrüche bei einem Drittel (34,29%). Interessant ist, dass es sich dabei ausschließlich um männliche Wohnungslose handelt. Möglicherweise ist ein Sturzgeschehen aufgrund eines chronischen Alkoholkonsums ursächlich. Aufgrund der Organbefunde haben aus rechtsmedizinischer Sicht mehr als die Hälfte der sezierten Männer (51,52%) und ein Viertel der sezierten Frauen (26,67%) zu Lebzeiten einen chronischen Alkoholabusus betrieben. Die häufigste Todesursache ist untersuchungsgemäß auf eine Intoxikation zurückzuführen (hier 24,69%, Grabs 24,6%, Ishorst Witte 30,7%). Interessant ist jedoch die Kollektivverschiebung: Es gibt gegenwärtig deutlich mehr Alkoholvergiftungen (hier 8,64%, Ishorst-Witte 3%) und entsprechend weniger Tote durch Rauschgift- oder einen komorbiden Substanzgebrauch (hier 16,05%, Ishorst-Witte 27,8%). In Hamburg gibt es immer weniger Opiatabhängige, maßgeblich aufgrund der etablierten Substitutionsmedikamente. Herz-Kreislauf Erkrankungen stellen die zweithäufigste Todesursache dar. Wohnungslose sind bereits in jüngeren Jahren oft schwerer krank als die durchschnittliche Bevölkerung und sterben wesentlich früher. Infektionsbedingte Todesfälle zeigen aktuell eine rückläufige Tendenz (hier 12,96%, Grabs 14,5%, Ishorst-Witte 16,7%). Davon sind akute Infektionen des respiratorischen Systems mit Abstand am häufigsten (71,43%). Besonders hervorzuheben sind die fremdverschuldeten Todesfälle durch überwiegend scharfe Gewalteinwirkung (hier 5,56%, Grabs 1,14%). Zur klaren Differenzierung gegenüber einem Tötungsdelikt ist hier die ergänzende Kategorie „Körperverletzung mit Todesfolge“ entstanden. Überwiegend war eine stumpfe, äußere Gewalteinwirkung todesursächlich (4,94%, ausschließlich männlich). Durch einen Unfall sind gegenwärtig mehr der Wohnungslosen ums Leben gekommen (hier 12,35%, Grabs 10,1%, Ishorst-Witte 9,6%).

8.2. Summary

The following dissertation illustrates and presents the physical of homeless individuals in Hamburg at their point of death, with special attention paid to the cause of death, within the period from 2007 to mid 2015. Compared to prior dissertations, published by Grabs in 2006 and Ishorst-Witte in 2001, this analysis displays a history and development of death causes of homeless individuals for more than twentythree years. 263 cases were looked at and examined, 162 cases in an autopsy. Almost $\frac{1}{6}^{\text{th}}$ (16,35%) has been female and the percentage turned out to be higher than the one stated in prior statistics (Grabs 11,4%, Ishorst-Witte 8,5%). Also the ratio of foreign individual within the homeless scene – especially males – has increased to almost 50% (42,16%) from 11,1% (Grabs) and 8,9% (Ishorst-Witte). The fact, that almost $\frac{3}{4}^{\text{th}}$ (73,26%) of the foreign individuals comes from Eastern Europe is very interesting. The average age at point of death currently is 49,03 years and increased constantly since the 90's (Grabs 46,5 years, Ishorst-Witte 44,5 years). Accordingly homeless nowadays have a longer life span, statistically still die 30 years sooner than the rest of the population. The assumption that homeless individuals rather decease during winter periods is hereby proven. One third (33,84%) deceased within a winter period, almost 50% (42,86%) deceased in an institution or homeless dorm. Public spaces turn out to be on second place (20,85%). I want to point out that none of the counted and examined individuals deceased in a hospice. Almost 50% (46,04%) of the individuals were examined with a physical state which is forensically described as reduced/moderate at point of death and more than one third (36,69%) as poor. A state of neglection was not exeptional (15,21%). The nutritional state on the other hand has highly improved. Almost 50% (47,64%) of the homeless individuals have been rated with a common BMI, 39,27% with an increased BMI and in different states obese and even 13,08% have been rated as cachetic. Within a post mortal full body CT almost 50% (41,96%) of the dissected individuals have also been radiologically examined. Conspicuous were the rather older rip fractures with almost one third of the individuals (34,29%). The fact that only male homeless individuals have been suffering from such is very interesting. Possibly traumatias have been caused by falling due to a chronic alcohol consumption. According to the section results, forensic examination implies more than 50% of dissected

males (51,52%) and a quarter of dissected females (26,67%) have been abusive with alcohol. The most common examined cause of death has been intoxication – 24,69 % (Grabs 24,6%, Ishorst-Witte 30,7%). The shifting of collectives is most interesting: currently more deaths caused by alcohol intoxications have been counted (me 8,64%, Ishorst-Witte 3%) compared to deaths caused by misuse of drugs or in a comorbid substance use (me 16,05%, Ishorst-Witte 27,08%). In Hamburg counts way less individuals addicted to opiates which is due to the established sub medication. Cardiovascula diseases are the second frequently cause of death. Homeless individuals are severely sick at a younger age compared to the rest of the population and die at a younger age. Deaths caused by infections seem to be declining (me 12,96%, Grabs 14,5%, Ishorst-Witte 16,7%). Infections of the respiratory system lead the statistics (71,43%). To be pointed out are the deaths caused by external forces, mostly by sharp violence (me 5,56%, Grabs 1,14%). To differ clearly from murder an own category named “Mayhem resulting in death” has been declared. Here the cause of death was mostly through dull violence and exclusively examined on males (4,94%). The ratio of accident as a cause of death is clearly higher (me 12,35%, Grabs 10,1%, Ishorst-Witte 9,6%).

9. Schlussfolgerungen/Fazit

9.1. Schlussfolgerungen/Fazit

Bedrückend ist die Tatsache, dass meine durchgeführte Analyse keinen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Todesumstände und der Todesursachen zeigt.

Es gibt vielerlei Gründe, warum Menschen in die Obdachlosigkeit geraten. Nur beispielhaft sind an dieser Stelle Gründe wie Krankheit, Jobverlust oder ein schwerer Schicksalsschlag zu nennen.

Ein Hamburger Wohnungsloser verstarb im Jahr 2015 rein statistisch dreißig Jahre früher als eine durchschnittliche Person der allgemeinen Bevölkerung.

Die meisten Wohnungslosen waren zum Zeitpunkt ihres Todes in einem mäßigen bis schlechten körperlichen Zustand, oft sogar verwahrlost. Eine Vergleichbarkeit hinsichtlich der Wundversorgung konnte gegenwärtig nicht vorgenommen werden, da diese in den vorher angezeigten Arbeiten nicht betrachtet wurde. Eine grundsätzliche Verbesserung hinsichtlich des Pflegezustandes wohnungsloser Menschen in Hamburg sollte allerdings unbedingt angestrebt werden! Um eine Entwicklung darstellen zu können, wäre eine ergänzende Untersuchung als Teil einer Folgearbeit als sinnvoll zu betrachten.

Meine vorgelegte Studie zeigt, dass viele obdach- oder wohnungslose Menschen zum Todeszeitpunkt häufig schwer erkrankt waren und oft unter desolaten Verhältnissen allein auf der Straße verstarben. Wohnungslose sind oft suchtkrank. Daraus ergibt sich, dass eine Verbesserung der unterstützenden Maßnahmen für besonders geschwächte, unterernährte und kranke wohnungslose Menschen dringend benötigt wird.

Eine Chancengleichheit für eine stationäre oder ambulante Sterbebegleitung wohnungsloser Menschen sollte zielführend sein.

Deutlich wird in dieser Arbeit auch eine Verschiebung der Nationalitäten hin zu Personen mit osteuropäischen Wurzeln insbesondere bei den Männern.

Ob die Zuwächse der Mindestlöhne besonders in Osteuropa (Sauer 2018) zu einer Verschiebung der Nationalitäten unter Obdachlosen in Hamburg führen wird, wäre ein wichtiger zu untersuchender Aspekt im Rahmen einer Folgearbeit. Da der starke Flüchtlingsstrom ab dem Jahr 2015 keine Berücksichtigung in dieser Studie fand, ist eine zeitnahe gesonderte Untersuchung im Hinblick auf Veränderungen der Wohnungslosen für Hamburg als äußerst wichtig zu erachten. Die Anzahl der Obdach- und Wohnungslosen stieg nach offiziellen Schätzungen in den letzten Jahren deutlich an. Bei einer gleichbleibenden Wohnungspolitik wird in Zukunft mit keinem Rückgang der Todesfälle zu rechnen sein.

Diverse Hilfsprojekte sind auf ehrenamtliche Hilfe, freiwillige Zuwendungen sowie laufende Sach- und Geldspenden angewiesen. Eine reiche Stadt wie Hamburg sollte sich politisch stärker für ausreichend bezahlbaren Wohnraum und Projekte in der Obdach- und Wohnungslosenhilfe in Form von finanziellen Mitteln einsetzen.

Die Situation der Obdach- und Wohnungslosen hat sich nicht nur in Hamburg, sondern auch bundesweit stark verschärft. Gezielt wird beispielsweise in Hamburg die Prüfung des Freizügigkeitsrechts von EU-Migranten fokussiert und eine Ausreise dieser Menschen ins Heimatland angestrebt. Auch das Winternotprogramm Hamburgs ist in jüngster Vergangenheit bezüglich der Herkunft limitiert worden.

Aufgrund eines hohen wissenschaftlichen Interesses des Institutsleiters, Herrn Professor Püschel, ist fast ein Viertel der Sektionen (22,84%) als Verwaltungssektion durchgeführt worden. Hinsichtlich der nachgewiesenermaßen prekären Lebens- und Sterbeverhältnisse wohnungsloser Menschen ist eine wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Daten von Nöten, um eine Verbesserung der Lebensumstände weiter zu verdeutlichen.

Eine zeitnahe Fortführung der meinerseits analysierten Fragestellungen kommt möglicherweise zu anderen Ergebnissen.

9.2. Empfehlungen zur Verbesserung der Lebens- und Sterbesituation für obdach- und wohnungslose Menschen in Hamburg

- Erhebung offizieller Statistiken seitens der Politik
- Stärkung des politischen Interesses für obdach- und wohnungslose Menschen
- Weiter führen von wissenschaftlichen Untersuchungen
- Medizinische und psychiatrische Grundversorgung erweitern
- Ausweitung von zahnärztlichen Behandlungen
- Besserer Zugang auch zu Fachärzten
- Erweiterte Möglichkeiten für Obdachlose Wasch- und Duschräumlichkeiten aufsuchen zu können
- Hilfsangebote außerhalb der Regelversorgung stärken
- Ein verbesserter Zugang zum Regelsystem
- Öffnung des Winternotprogramms auch tagsüber
- Keine Abweisung von Osteuropäern im Winternotprogramm
- Kauf des Hamburger Straßenmagazins „Hinz&Kunzt“, vertrieben durch Obdach- oder Wohnungslose in der Region Hamburg (einen Teil des Erlöses behält der Verkäufer)
- Ausbau und Förderung der ambulanten- und stationären Sterbebegleitung
- Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Wohnungslosigkeit durch Berichterstattung in der Öffentlichkeit
- Privates Engagement für obdachlose Menschen in Form von finanziellen Spenden (auch außerhalb der Weihnachtszeit), Kleiderspenden, Ausübung eines Ehrenamtes, Diskussionen zum Thema im eigenen privaten Umfeld anregen
- Personelle Aufstockung von Sozialarbeitern
- Finanzielle Unterstützung von Einrichtungen und Projekten in der Wohnungslosenhilfe durch die Stadt Hamburg
- Erschaffung von deutlich mehr Sozialwohnraum
- Förderung von Neubauprojekten bezüglich des sozialen Wohnungsbaus

Folgende Sätze eines Obdachlosen bringen die Problematik der Obdachlosigkeit auf den Punkt: „Der Schritt von der Wohnung ins Zelt sei eben leichter als der Weg zurück. Ohne Job keine Wohnung, ohne Wohnung keinen Job“, erklärt ein Obdachloser gegenüber dem Hamburger Abendblatt im Interview (Kmieciak 2016).

10. Literaturverzeichnis

1. Arns, Frederike; Schäfer, Sandra (2017): Immer mehr Obdachlose in Hamburg. Der Kampf um die Straße.

Hg. v. *Hamburger Morgenpost*. Hamburg. Veröffentlicht 17.03.2017.

Online verfügbar unter <https://www.mopo.de/hamburg/immer-mehr-obdachlose-in-hamburg-der-kampf-um-die-strasse-26207042>,

zuletzt geprüft am 16.01.2018; 13:15 Uhr.

2. Aschenbrenner, Ina; Biberthaler, Peter (2017):

Schwerverletzte - Schädel-Hirn-Trauma (SHT).

Hg. v. *Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie*. Berlin. 2017.

Online verfügbar unter <http://www.dgu-online.de/en/patienteninformation/haeufige-diagnosen/schwerverletzte/schaedel-hirn-trauma.html>,

zuletzt geprüft am 13.12.2017; 21:06 Uhr.

3. Bauer, Torsten; Lorenz, Joachim (2015):

Ambulant erworbene Pneumonie – Gemeinsam für den Patienten.

In: *Pneumologe*, Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg. (2), S. 99–100.

4. Behrendt, Klaus; Bonorden-Kleij, Karin; Meyer-Thompson, Hans-Günter (2013): Substitution rettet vielen Abhängigen das Leben.

In: *Hamburger Ärzteblatt*, Hamburg. 67. Jahrgang, (10/2013), S. 12-17.

5. Bischoff, Joachim; Müller, Bernhard (2017):

Soziale Ungleichheit im Wohlstand - Reichtum und Armut in Hamburg. Eine Studie im Auftrag der Fraktion DIE LINKE in der Hamburgischen Bürgerschaft.

Hg. v. *Fraktion DIE LINKE in der Hamburgischen Bürgerschaft*. 2017.

Hamburg. S. 10, 18.

6. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016):

Freizügigkeitsmonitoring: Migration von EU-Bürgern nach Deutschland - Jahresbericht 2015 (Broschüre). Stand 6/2016.

Hg. v. *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*. Nürnberg. S. 5, 9, 14, 15, 17.

7. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2005):

Wohnungsnotfälle. Berlin. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter

http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/wohnungsnotfall_def.html, zuletzt geprüft am 21.11.2017; 11:50 Uhr.

8. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2012):

Frauen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. Darstellung der Lebenslagen und der Anforderungen an eine bedarfsgerechte Hilfe. Bielefeld. S. 1–2.

Online verfügbar unter

http://www.bagw.de/de/themen/Frauen/position_frauen.html, aktualisiert 6/2012, zuletzt geprüft am 01.12.2017; 14:23 Uhr.

9. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2016):

Wohnungslose Frau erfroren. Zusätzliche Anstrengungen in der Kältehilfe und bei der Notunterbringung in Deutschland erforderlich.

Berlin. Stand 06.01.2016. S. 1-2.

Online verfügbar unter <http://www.bagw.de/de/presse/Pressearchiv~120.html>, zuletzt geprüft am 11.12.2017; 15:33 Uhr.

10. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2016):

Kältetod wohnungsloser Menschen verhindern. Steigende Wohnungslosenzahlen erfordern verstärkte Anstrengungen bei Kälte und Notunterbringung.

Berlin. Stand 14.12.2016. S. 1.

Online verfügbar unter <http://www.bagw.de/de/presse/Pressearchiv~128.html>, zuletzt geprüft am 19.12.2017; 14:34 Uhr.

11. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2017):

Pressemitteilung – BA Wohnungslosenhilfe: 860.000 Menschen in 2016 ohne Wohnung. Prognose 1,2 Millionen Wohnungslose bis 2018. (Informationsmappe).

Berlin. 2017. S. 1-2.

Online verfügbar unter <http://www.bagw.de/de/neues~147.html>, zuletzt geprüft am 21.11.2017; 23:55 Uhr.

12. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2017):

Gewalt gegen und unter Wohnungslosen in Deutschland. Statistikbericht 1989 bis 2017.

Berlin. Stand 6/2017. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter

http://www.bagw.de/de/themen/gewalt/statistik_gewalt.html,

zuletzt geprüft am 13.12.2017; 11:09 Uhr.

13. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015):

Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (Mindestlohngesetz - MiLoG).: Abschnitt 1, Festsetzung des allgemeinen Mindestlohns, § 1 Mindestlohn.

Hg. v. *Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.*

Berlin. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/milog/__1.html,

zuletzt geprüft am 22.02.2018; 20.43 Uhr.

14. Bundeszentrale für politische Bildung (2011):

Polen und das Schengen-Abkommen- Das Schengener Abkommen ist in politischer Hinsicht eine Herausforderung für Polen: Wie kann die EU-Außengrenze gesichert und gleichzeitig eine angemessene Politik gegenüber den östlichen Nachbarn formuliert werden?

Hg. v. *Bundeszentrale für politische Bildung.* Stand 2/2011. Bonn. S. 1.

Online verfügbar unter

<http://www.bpb.de/internationales/europa/polen/41054/schengen-01-02-2011>,

zuletzt geprüft am 12.04.2018; 13:14 Uhr.

15. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) (2017):

Die Rechtsmedizinische Leichenöffnung - Leitlinie.

Hg. v. *Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) AWMF online.*

Erstellt 1999, aktualisiert 10/2017. Berlin. S. 1-12.

Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/054-001.html>,

zuletzt geprüft am 09.04.2018; 10:55 Uhr.

16. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW) (2017):

Pressemitteilung - Rund 1,8 Millionen Beschäftigte, die Anspruch auf den Mindestlohn haben, bekommen weniger.

Hg. v. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW)*.

Stand 12/2017. Berlin. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter

https://www.diw.de/de/diw_01.c.572687.de/themen_nachrichten/rund_1_8_millionen_beschaeftigte_die_anspruch_auf_den_mindestlohn_haben_bekommen_weniger.html,

zuletzt geprüft am 22.02.2018; 20.56 Uhr.

17. Dommisch, Henrik; Kebschull, Moritz; Jepsen, Søren (2017):

Allgemeine Gesundheit und Parodontitis.

Hg. v. *zm online*. Stand 12/2017. Berlin. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter

<https://www.zm-online.de/archiv/2017/23/zahnmedizin/allgemeine-gesundheit-und-parodontitis/seite/alle/>,

zuletzt geprüft am 12.04.2018; 23:23 Uhr.

18. European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (2005):

ETHOS - Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung.

Hg. v. *European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (FEANTSA)*. Brüssel. S. 1.

Online verfügbar unter

http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Grundlagen/Ethos_NEU_d.pdf,

zuletzt geprüft am 13.04.2018; 13:40 Uhr.

19. Fazel, Seena; Geddes, John R.; Kushel, Margot (2014):

The health of homeless people in high-income countries. descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. 25. Aufl.

In: *The Lancet*, S. 1529–1540. University of Oxford.

20. Frankfurter Allgemeine (2017):

Gewalt gegen Obdachlose. Hasskriminalität.

In: *Frankfurter Allgemeine*. Rubrik: Gesellschaft. Stand 3/2017. Frankfurt. S. 1-4.

Online verfügbar unter

<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/gewalt-gegenueber-obdachlosen-steigt-14907475.html>,

zuletzt geprüft am 13.12.2017; 9:20 Uhr.

21. Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2013):

Schwerpunktpraxen für Wohnungslose. Medizinische Versorgung für obdachlose Menschen.

Hg. v. *Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration* (Broschüre/Eigendruck). Stand 12/2013. Hamburg. S. 1-2.

Online verfügbar unter

<http://www.hamburg.de/contentblob/4114030/23efdb2761c01375e6d2afda38ce5be6/data/schwerpunktpraxen-wohnungslose.pdf>,

zuletzt geprüft am 19.12.2017; 16:48 Uhr.

22. Füllner, Jonas (2018):

Macht hoch die Tür, die Tor macht weit ... Täglich schickt die Stadt Hamburg Hunderte Obdachlose raus in die Kälte. Den Erfrierungsschutz gibt es nur nachts.

In: *Hinz&Kunzt gemeinnützige Verlags- und Vertriebs GmbH* (299), Hamburg.

S. 6–9.

23. Füllner, Jonas; Laufer, Benjamin (2017):

Winter. Not. Programm?

In: *Hinz&Kunzt gemeinnützige Verlags- und Vertriebs GmbH* (298),

Hamburg. S. 12–17.

24. Laufer, Benjamin (2014):

Schlechte Karten für Flaschensammler.

In: *Hinz&Kunzt gemeinnützige Verlags- und Vertriebs GmbH*.

Stand 24.04.2014. Hamburg. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter <https://www.hinzundkunzt.de/schlechte-karten-fur-flaschensammler/>,

zuletzt geprüft am 04.12.2017; 12:45 Uhr.

25. Grabs, Julia (2006):

Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg - Eine Analyse von 307 Todesfällen.

Medizinische Dissertation. Institut für Rechtsmedizin, UKE. Universität Hamburg.

26. Heinemann, Christoph (2018):

Nachts in der Notunterkunft - letzter Halt vor dem Kältetod.

In: *Hamburger Abendblatt*, 28.02.2018. Hamburg. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter

<https://www.abendblatt.de/hamburg/article213582243/Letzter-Halt-vor-dem-Kaeltetod.html>,

zuletzt geprüft am 12.04.2018; 23:55 Uhr.

27. Hofrichter, Petra (2014):

Wer pflegt Herrn K.? - Betreuung sichern. Die Pflege von wohnungslosen Menschen im ambulanten und stationären Bereich stellt Personal und Einrichtungen vor Probleme. Was ist zu tun?

In: *Hamburger Ärzteblatt*, Hamburg. 68. Jahrgang, (1/2014), S. 26, 27.

28. Höhne, Jutta; Schulze Buschoff, Karin (2015):

Die Arbeitsmarktintegration von Migranten und Migrantinnen in Deutschland. Ein Überblick nach Herkunftsländern und Generationen - WSI Mitteilungen 5/2015.

Hg. v. *Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung*. Stand 5/2015. Düsseldorf. S. 353, 354.

Online verfügbar unter

http://p268952.mittwaldserver.info/fileadmin/Redaktion/Downloads/News/wsimit_2015_05_hoehne.pdf,

zuletzt geprüft am 13.04.2018; 20:12 Uhr.

29. Institut der Deutschen Zahnärzte (2016):

Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (*DMS V*) 2016 (*V*).

Hg. v. *Im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung*. Köln, Berlin. S. 6-36.

Online verfügbar unter

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf,

zuletzt geprüft am 16.12.2017, 13:10 Uhr.

30. Ishorst-Witte, Frauke (2001):

Zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser in Hamburg unter Berücksichtigung einer Analyse von 388 Todesfällen.

Medizinische Dissertation. Institut für Rechtsmedizin, UKE. Universität Hamburg.

31. Jahn, Thomas; Brönner, Monika (2014):

Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München (SEEWOLF)-Studie - eine Zusammenfassung.

Hg. v. *Forschungsgruppe SEEWOLF*. München, S. 3, 7.

Online verfügbar unter

https://www.mri.tum.de/sites/www.mri.tum.de/files/pressemedien/seewolf-studie_-_eine_zusammenfassung_0.pdf,

zuletzt geprüft am 05.04.2018; 16:29 Uhr.

32. Junghanns, Klaus; Wetterling, Tilman (2017):

Der komplizierte Alkoholentzug. Grand-Mal-Anfälle, Delir und Wernicke-Enzephalopathie.

In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 85 (3), S. 163–177.

33. Kaduszkiewicz, Hanna; Bochon, Benjamin; van den Bussche, Hendrik; Hansmann-Wiest, Julia; van der Leeden, Carolin (2017):

Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen - Übersichtsarbeit.

In: *Deutsches Ärzteblatt* 114 (40), Kiel, Hamburg. S. 673–679.

34. Kmiecik, Juliane (2016):

Auf der Straße geblieben. Kaum ein Thema polarisiert derzeit so sehr wie die Zunahme von Obdachlosen in der Stadt. Zwei Betroffene erzählen von der Kälte, von Ängsten und von Hoffnungen auf ein anderes Leben.

In: *Hamburger Abendblatt*, Hamburg. Veröffentlicht 06.12.2016, S. 10.

35. Koordinationsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (2013): Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (3. Auflage). Hg. v. Koordinationsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) Hamburg, 2/2013.

Online verfügbar unter <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/729.pdf>, zuletzt geprüft am 24.01.2018; 17:18 Uhr.

36. Langnäse, Kristina; Müller, Manfred J. (2001):

Nutrition and health in an adult urban homeless population in Germany.

In: *Public Health Nutrition* 4 (03), Kiel. S. 805.

37. Litmathe, Jens (2016):

Neurologische Notfälle - Präklinische und innerklinische Akutversorgung.

Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, S. 28, 29.

38. Madea, Burkhard; Mußhoff, Frank; Tag, Brigitte (2012):

In: *Kurzlehrbuch Rechtsmedizin*. (1. Aufl). Verlag Huber, Hans (Programmbereich Medizin). Bonn, Zürich. S. 77.

39. Madea, Burkhard; Püschel, Klaus; Lignitz, Eberhard; Dettmeyer, Reinhard (2006):

Verwaltungssektionen - Dringende Notwendigkeit.

In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (14), Bonn. S. A914-A918.

40. Mohammady, Francis Kahwe (2017):

Zahl der Obdachlosen steigt dramatisch - Nach neuen Schätzungen leben in Deutschland immer mehr Menschen in Notunterkünften oder müssen auf der Straße schlafen.

In: *Hamburger Abendblatt*, veröffentlicht 15.11.2017, S. 5.

41. Nawka, Stanislaw (2009):

Morbidität obdachloser Menschen in Hamburg.

Medizinische Dissertation. Institut für Rechtsmedizin, UKE. Universität Hamburg.

42. Neue Osnabrücker Zeitung (2017):

"Und dann ab in die Pennhütte" - Wie ein Osnabrücker Obdachloser der Kälte trotzt.

Hg. v. *Neue Osnabrücker Zeitung GmbH & Co. KG*. Osnabrück. 29.01.2017.
Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter <https://www.noz.de/lokales/osnabrueck/artikel/842460/wie-ein-osnabruecker-obdachloser-der-kaelte-trotzt#gallery&0&0&842460>,
zuletzt geprüft am 13.04.2018; 11:07 Uhr.

43. Paulgerg-Muschiol, Larissa von (2009):

Wege in die Wohnungslosigkeit - Eine qualitative Untersuchung.

Dissertation der Philosophie. Universität Siegen.

44. Pollich, Daniela (2011):

AG 12 Gewalt gegen Wohnungslose - Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Vorgestellt auf der Bundestagung 2011 der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. in Leipzig. Vorgestellt 11/2011. Universität Bielefeld.

45. Püschel, Klaus (2011):

Sterbende Menschen begleiten. Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. (Broschüre). Hamburg. S. 5.

Hg. v. *Mitgliedseinrichtungen des Regionalen Knoten Hamburg in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)*, S. 5.

46. Robert Koch-Institut (2015):

Gesundheit in Deutschland - Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Hg. v. *Robert-Koch-Institut. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.*

Berlin, S. 148, 149.

Online verfügbar unter www.rki.de/gesundheitsbericht,
zuletzt geprüft am 10.04.2018; 15:12 Uhr.

47. Sauer, Stefan (2018):

Mindestlöhne in EU steigen.

In: *Weser Kurier - Tageszeitung für Bremen und Niedersachsen*, Bremen.
01.03.2018, S. 17.

48. Schaack, Torsten (2009):

Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen in Hamburg 2009 - Eine empirische Untersuchung.

H. v. *Untersuchung im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Soziales, Familie Gesundheit und Verbraucherschutz, in Kooperation mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege.* (Broschüre, Eigendruck). Hamburg. Stand 8/2009. S. 92, 95.

49. Schlosser, Sophie; Müller-Schilling, Martina; Schmid, Stephan (2017):
Erhöhte Leberwerte: Keine Bagatelle! Die initiale Symptomatik hepatologischer
Erkrankungen ist häufig unscheinbar (4).
In: *ARS MEDICI*, S. 177. Universität Regensburg.

50. Schmitt-Sausen, Nora (2017):
Obdachlose. Helfen, wo die Lobby fehlt.
In: *Deutsches Ärzteblatt* 114 (51-52), Köln. S. 1983–1989.

51. Schreiter, Stefanie; Bempohl, Felix; Krausz, Michael; Leucht, Stefan; Rössler,
Wulf; Schouler-Ocak, Meryam; Gutwinski, Stefan (2017):
Prävalenz psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in
Deutschland.
In: *Deutsches Ärzteblatt* 114 (40), Charité Universität Berlin. S. 665.

52. Seitz, Helmut K.; Arslic-Schmitt, Tatjana (2016):
Alkoholabstinenz allein verbessert die Leberfunktion und verlängert das Überleben
bei der alkoholischen Lebererkrankung!
In: *SUCHT* 62 (6), S. 396–400.

53. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2016):
Bevölkerung in Hamburg 2015. Bevölkerungszahl weiter gestiegen. Anstalt des
öffentlichen Rechts (Statistikamt Nord) (131/2016).
Hg. v. *Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein*. Hamburg und
Schleswig-Holstein. 2016.
Online verfügbar unter
https://www.statistiknord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI16_131.pdf,
zuletzt aktualisiert am 17.12.2017; 10:44 Uhr.

54. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2017):

Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2016.

Ein Drittel aller Hamburgerinnen und Hamburger hat einen Migrationshintergrund.

Hg. v. *Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein*.

Hamburg und Schleswig-Holstein. Stand 5/2017.

Online verfügbar unter [https://www.statistik-](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_V_2017_Korrektur.pdf)

[nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_V_2017_Korrektur.pdf](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_V_2017_Korrektur.pdf),

zuletzt geprüft am 12.04.2018; 11:50 Uhr.

55. Statistisches Bundesamt (2015):

Gestorbene nach ausgewählten Ursachen. Anzahl der Gestorbenen 2015.

Hg. v. *Statistisches Bundesamt*. Wiesbaden. 2015.

Online verfügbar unter

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_022_232.html,

zuletzt geprüft am 07.12.2017; 18:59 Uhr.

56. Statistisches Bundesamt (2016):

Durchschnittliches Sterbealter.

Hg. v. *Statistisches Bundesamt*. Wiesbaden. 2016.

Online verfügbar unter

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbealterDurchschnitt.html>,

zuletzt geprüft am 01.12.2017; 22:05 Uhr

57. Steinmeier, Frank-Walter (2018):

Der Bundespräsident - Grußwort für 2018.

In: *Hinz&Kunzt gemeinnützige Verlags- und Vertriebs GmbH* (299),

Hamburg. S. 5.

58. Trabert, Gerhart (2016):

Medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen - individuelles Recht und soziale Pflicht statt Exklusion.

In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (2), Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York. S. 107–112.

59. Völlm, Birgit; Becker, Hinnerk; Kunstmann, Wilfried (2004):

Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern. Eine Querschnittsuntersuchung.

In: *Sozial- und Präventivmedizin* 49 (1), Birkhäuser-Verlag. University of Manchester, Medizinische Hochschule Hannover, Universität Witten-Herdecke. 2004. S. 42–50.

60. Wetter Kontor (2017):

Durchschnittstemperaturen in Hamburg.

Hg. v. *Wetter Kontor*. Hamburg. 2017.

Online verfügbar unter

<https://www.wetterkontor.de/de/wetter/deutschland/monatswerte-station.asp>,
zuletzt geprüft am 25.11.2017; 22:12 Uhr.

61. Wood, Geneviève (2015):

Situation für Wohnungslose in Hamburg spitzt sich zu.

In: *Hamburger Abendblatt*, Hamburg. Veröffentlicht 24.04.2015, S. 8.

Online verfügbar unter

<https://www.abendblatt.de/hamburg/hamburg-mitte/article205274735/Situation-fuer-Wohnungslose-spitzt-sich-weiter-zu.html>,
zuletzt geprüft am 13.04.2018; 12:20 Uhr.

62. World Health Organization (2004):

BMI classification. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. (Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004).

Hg. v. *World Health Organization (WHO)*.

Hauptquartier in Genf. Letztes Update 13.04.2018.

Online verfügbar unter http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html,
zuletzt geprüft am 13.04.2018; 12:29 Uhr.

63. Zeit online (2015):

Obdachlosigkeit: Tod im Winter. 40.000 Obdachlose schlafen in Deutschland auf der Straße – und Tausende Flüchtlinge in Zelten. Zwischen ihnen droht Konkurrenz um die raren Plätze in Notquartieren. Mitarbeiter Reuter, Timo.

Hg. v. *Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG*. Hamburg. Veröffentlicht 09.11.2015. S.1-2.

Online verfügbar unter

<http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-11/obdachlose-fluechtlinge-konkurrenz-unterkunft-winter>,
zuletzt geprüft am 13.04.2018; 17:38 Uhr.

64. Zeit online (2017):

Schengen-Abkommen. Deutschland darf Grenzkontrollen bis Mai verlängern
Grenzkontrollen im Schengen-Raum bleiben in einigen EU-Staaten die Regel: Der EU-Ministerrat hat einer Verlängerung zugestimmt.

Hg. v. *Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG*. Hamburg. Veröffentlicht 07.02.2017.

Online verfügbar unter

<http://www.zeit.de/politik/deutschland/2017-02/schengen-abkommen-und-url-schengen-abkommen-grenzkontrollen-eu-ministerrat-bruessel?page=1#comments>,
zuletzt geprüft am 22.02.2018; 16:28 Uhr.

65. zm online (2016):

Erste Obdachlosen-Praxis in Hamburg eröffnet.

Hg. v. *Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Körperschaften des öffentlichen Rechts*. Berlin. Veröffentlicht 15.07.2016. Keine Seitenangabe.

Online verfügbar unter

<https://www.zm-online.de/news/nachrichten/erste-obdachlosen-praxis-in-hamburg-eroeffnet/>,

zuletzt geprüft am 02.04.2018; 21:55 Uhr.

66. Zurwonne, Melanie; Spitzer, Sarah (2015):

Wissen Kompakt – Obdachlosigkeit.

Hg. v. *Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.* Berlin. Veröffentlicht 6/2015. S. 2.

Online verfügbar unter

https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Wissen_kompakt_PDF/2015_Wissen_kompakt_Obdachlosigkeit.pdf,

zuletzt geprüft am 13.04.2018; 12:49 Uhr.

11. Anhang

11.1. Datenerhebungsbogen

S-Nr.: _____ L-Nr.: _____ Fall-Nr.: _____

Person	Geschlecht	
	Alter	
	Herkunftsland	
	Jahr Todeszeitpunkt (Monat)	
Fundort	- Wohnunterkunft - Krankenhaus - Straße - Öffentl. Gebäude - Verkehrsmittel - Toilette - Zelt - Andere	
Todes- umstände		
Art der Sektion	Gerichtliche S. Verwaltungs S.	
	Reanimation	
	PMCT	
	Fäulnis	

	Pflegezustand	
	Zeichen der Verwahrlosung	Haare: gepflegt ungepflegt Bart: gepflegt ungepflegt Hände: gepflegt ungepflegt Nägel: lang kurz Füße: gepflegt ungepflegt Nägel: lang kurz
	Verschmutzt	Körper Hände
	Parasitenbefall	
	Wunden (ggf. alt) Verbände Tätowierungen Ritznarben	
	Psych. Erkrankung bekannt	
	Körpergewicht Ernährungszustand	Kg Größe
Suchtverh.	Chron. Alkoholabusus	
	Nikotin/Raucherfinger	Ja Nein
Toxikologie	Drogenkonsum	Ja Nein i.V.

	Blutalkoholkonzentration (BAK)	‰
	Drogen/Medikamente: - Benzodiazepine - Amphetamine - Amphetamine - Cannabis - Heroin - Kokain - Methadon - Antidepressiva - Andere	
Erkrankungen	Herz und Gefäße: - Allg. Arteriosklerose Stark/ mittel/ gering - Koronararteriosklerose Stark/ mittel/ gering - Herzhypertrophie - Herzinsuffizienz - Akuter Myokardinfarkt - Infarktnarbe - Endokarditis - Ödeme der Beine/ Füße - Lungenödem - Hirnödem - Andere	
	Lunge: - Chronische Bronchitis - Akute Bronchitis - Eitrige Bronchitis - Lungenemphysem - Pneumonie - Verwachsungen - COPD - Andere	

	Leber/Pankreas: - Leberverfettung - Leberzirrhose - Hepatomegalie - Gallenblase - Pankreasfibrose - Pankreasverfettung - Ikterus - Andere	
	Entzündliche Hauterkr. - Ulzerationen - Abszesse - Dekubitalulzera - Hyperpigmentierung der Beine/ Unterschenkel/ Füße - Durchblutungsstörungen - Narben	
	Äußere Verletzungen: - Gewalteinwirkung - Verheilte Verletzungen	
	- Gastrointestinale Erkr. - Teerstuhl - Kaffeesatzähnliches Erbrochenes	
Dentale Situation	- Restzahnbestand - Karies - Wurzelreste - Fehlende Zähne/Lücken - Zahnersatz - Andere	OK: UK:
Serologie	Infektionskrankheiten: - HIV - HBV	

	- HCV - TBC - Andere	
Todesurs.	Unmittelbare Todesursache→	
	Diese ist Folge von→	
	Hierfür ursächliches Grundleiden→	
	Mit zum Tode führende Krankh., die nicht mit dem Grundleiden in Zusammenhang stehen→	
	Natürlich/ Nicht natürlich	

Ergänzungen:

12. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mir auf dem Weg geholfen haben, dass ich mein Ziel einer Dissertation verwirklichen konnte.

Mein Dank gilt ganz besonders Herrn Professor Dr. med. Püschel für die Überlassung des Themas, die hervorragende Betreuung sowie der Möglichkeit einer Dissertation im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg.

Ein ganz herzlicher Dank geht an meine Betreuerin Frau Priv.-Doz. Dr. med. Wulff, die bei Fragen stets präsent für mich gewesen ist, mir kompetent zur Seite stand und mich unermüdlich motiviert hat.

Mein Dank gilt weiter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Rechtsmedizin, besonders Herrn Christoph Marks und Herrn Sebastian Quaas.

Zudem danke ich meinem guten Freund Herrn Pascal Holey, der mich computertechnisch bei dieser Arbeit großartig unterstützt hat und dabei viel Geduld mit mir bewiesen hat.

Meiner lieben Freundin Frau Nadja Strauch für die Hilfe bei der Summary.

Für die Anregungen und die kritische Durchsicht meiner Dissertation möchte ich mich bei meiner Mutter Frau Marianne-Biermann-Asseln sowie meiner tollen Freundin und Kollegin Frau Kira Kleinke bedanken.

Meinen Freunden, für die moralische Unterstützung sowie die genau richtige Mischung aus Verständnis und Motivation während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit.

Meiner Familie, die sich immer sehr für meinen beruflichen Werdegang interessiert hat und mich immer unterstützt hat!

13. Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

14. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Hamburg, den 11.05.2018

Unterschrift:

Nina Asseln