

Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg

„Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!“

Von Dr. Julia Grabs, Dr. Frauke Ishorst-Witte, Prof. Klaus Püschel

Menschen ohne Wohnung suchen nur wenn es ihnen „wirklich dreckig geht“ bzw. in Notfällen niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser auf. Gründe dafür können Scham, Unkenntnis oder Angst vor zum Teil früher erlebter Zurückweisung, aber auch ein in der Wohnungslosigkeit verändertes Gesundheitsbewusstsein („Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!“) sein. Die besonderen Bedingungen des Lebens auf der Straße verhindern eine angemessene gesunde Lebensweise und begünstigen Erkrankungen, die unter anderen Umständen kaum entstehen würden, bzw. chronifizieren solche, die in normaler häuslicher Umgebung rasch ausheilen könnten. Dies belegen Untersuchungen in Hamburg.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzte die Zahl allein stehender Wohnungsloser in Deutschland im Jahr 2004 auf ca. 144.000 Menschen. In Hamburg wurde 1996 der Versuch unternommen, die Zahl der Wohnungslosen, die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben („Platte machen“), zu schätzen. Man erhob Daten von 1.204 Menschen, ging jedoch von einer Dunkelziffer aus. 2006 waren ca. 2.700 Menschen durch die Hamburger Sozialbehörde untergebracht. Um eine ungefähre Vorstellung für Hamburg zu erhalten, muss die nicht exakt bekannte Zahl auf der Straße lebender Wohnungsloser hinzuaddiert werden.

Wohnungslos

Mit dem Begriff „wohnungslos“ werden neben obdachlosen, auf der Straße lebenden Menschen auch Personen be-

zeichnet, die vorübergehend und ohne eigenen Mietvertrag untergebracht sind (z. B. in Übernachtungsstätten, Wohnheimen, Pensionen, Hotels oder bei Freunden oder Bekannten).

Material und Methoden

Es wurden Sektionsbefunde und laborchemische Untersuchungen aus dem Institut für Rechtsmedizin im Zusammenhang mit Informationen aus Polizeiunterlagen der Jahre 1999 bis 2004 ausgewertet. Zugrunde liegt eine Dissertation aus 2001 von Dr. Frauke Ishorst-Witte, welche die Jahre 1990 bis 1998 erfasst.

Die Todesfälle sind im Archiv des Hamburger Landeskriminalamtes (LKA) 417 anhand des Vermerks „ohne festen Wohnsitz“ oder durch die Adressangabe (Wohnheim/Hotel/Pension für Wohnungslose) auffindig gemacht worden. In den Archiven von Polizei und Rechtsmedizin werden jedoch nur die Todesfälle gesammelt, die im Totenschein als „ungeklärt“ oder „nicht natürlich“ bezeichnet wurden. Der Recherche entgingen demnach jene Todesfälle, die von vornherein als „natürlich“ eingestuft waren. Da Wohnungslose häufig ohne sozialen Kontext versterben, aus dem Informationen zu Vorerkrankungen gewonnen werden können, wird die letztgenannte Gruppe aber zahlenmäßig gering sein.

Weitere Daten (Leichenschau-, Obduktionsprotokolle, toxikologische und serologische Untersuchungen) stammen aus dem Hamburger Institut für Rechtsmedizin und dem Institut für Medizinische Mikrobiologie des Uniklinikums.

Ergebnisse

Von insgesamt 307 Toten waren 272 (88,6%) männlich und 35 (11,4%) weib-

lich. Das durchschnittliche Todesalter lag bei 46,5 Jahren, wobei Drogenabhängige, Frauen und Ausländer ein niedrigeres mittleres Todesalter aufwiesen.

Eine Zu- oder Abnahme der Todesfallzahlen über die sechs betrachteten Jahre konnte nicht beobachtet werden. Die meisten Todesfälle ereigneten sich in Wohnheimen (31,6%) und Krankenhäusern (22,5%) (v. a. AK Altona und AK St. Georg). Rund ein Fünftel der Wohnungslosen verstarb im öffentlichen Raum (Straße, öffentliche Gebäude, Verkehrsmittel, Toiletten) v. a. in den Stadtteilen St. Pauli, St. Georg, Alt- und Neustadt. 15% starben in einer Wohnung von Bekannten oder Verwandten.

Der Anteil an Suchtkranken war hoch. 45% der Wohnungslosen waren alkoholabhängig (diese Quote ist vermutlich aufgrund der Erhebungsmethoden noch zu niedrig), 19% drogensüchtig und 6,5% kombiniert abhängig. Die Blutalkoholkonzentration (BAK) (bestimmt in 114 Fällen) lag zwischen 0 und 5,23‰ (Mittelwert: 1,04‰). Ein Viertel der Untersuchten hatte zum Todeszeitpunkt eine BAK über 2‰.

Eine äußere Leichenschau wurde bei 84% der Verstorbenen durchgeführt. Nahezu ein Viertel der untersuchten Wohnungslosen war verwahrlost. Mehr als ein Fünftel wies eine entzündliche Hauterkrankung auf (Ulzerationen (22 akute, 38 narbig verheilte), Abszesse (7), Dekubitalulzera (6), Pyodermie (1)). Ein Viertel zeigte äußere Verletzungen.

55,4% der Toten (170) wurden obduziert. Häufig zeigten sich Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Lunge, z. T. auch kombiniert (Herzinsuffizienz (80), Herzhypertrophie (74), akuter Myokardinfarkt (27), Infarkt Narbe (28), Koronarsklerose unterschiedlicher Ausprägung (81), allgemeine Arteriosklerose

(94), chronische Bronchitis (62), Lungenemphysem (53). Außerdem lagen Infektionserkrankungen (Pneumonie (27), akute Bronchitis (30), Tbc (4), Endokarditis (5). Vielfach bestanden auch Organveränderungen, die aus chronischem Alkoholkonsum resultieren (u. a. Leberverfettung, Pankreasfibrose), entzündliche Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und Zeichen äußerer Gewalteinwirkung. Sieben Personen erlitten Polytraumata. Maligne Erkrankungen waren selten.

In 207 Fällen wurde die genaue Todesursache ermittelt. 51% der Todesfälle waren natürlicher Art. Die häufigsten natürlichen Todesursachen waren Herz-/Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt (20), koronare Herzkrankheit (13), Aneurysma-ruptur (2), gefolgt von Infektionen. Hier überwiegt – wie in der Allgemeinbevölkerung auch – die Pneumonie (23). Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, in der v. a. alte, bettlägerige oder hospitalisierte Menschen an Pneumonien versterben, waren hier jedoch jüngere Menschen betroffen. Die Lungenentzündung wurde von den Wohnungslosen oft verschleppt, bis auf drei Fälle waren alle anderen unentdeckt und unbehandelt geblieben.

Außerdem fanden sich gastrointestinale Erkrankungen (v. a. gastrointestinale Blutungen (10)), Erkrankungen des Gehirns und der Hirngefäße (v. a. zerebrale Krampfanfälle (6)), Malignome (5), Leberzirrhosen (4) u. a..

Nicht natürliche Todesursachen überwiegen: Intoxikation (Betäubungsmittelüberdosierung (43), Alkoholvergiftung (8), gefolgt vom Suizid (19), Unfall (14). Die nach weitläufiger Meinung im Wohnungslosenmilieu so häufige Unterkühlung war selten (4).

In fünf Fällen konnte trotz Obduktion und laborchemischer Untersuchungen die genaue Todesursache nicht ergründet werden. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Todesursachen bzw. Todesarten.

Geringe Anzahl von Frauen

Auffällig ist die geringe Anzahl von Frauen am Gesamtkollektiv. Frauen leben häufig in verdeckter Wohnungslosigkeit, d.h. sie gründen Zwangsgemeinschaften mit Männern, um die Wohnungslosigkeit zu vermeiden. Diese Todesfälle entziehen sich dieser Arbeit durch die zugrunde liegenden Erhebungsstrategien. Das mittlere Todesalter der Frauen lag bei 43,3 Jahren ($\pm 17,0$). Im Vergleich zum Gesamtkollektiv

fanden sich weniger Alkoholabhängige, jedoch relativ mehr Drogensüchtige. Haupttodesursache war eine Drogenintoxikation, gefolgt von Pneumonie, Herz-/ Gefäßerkrankungen sowie vom Suizid.

Drogenabhängige Wohnungslose: Das Durchschnittsalter betrug 36,5 Jahre. Haupttodesursache war Intoxikation (61,4 %) mit Heroin, Methadon oder eine Mischintoxikation (verschiedene Kombinationen aus Heroin, Methadon, Kodein, Benzodiazepinen, Antidepressiva, Alkohol und Haschisch). Zweithäufigste Todesursache war eine Infektion (Pneumonie, eitrige Bronchitis, Sepsis), gefolgt vom Suizid.

Deutlich erhöhtes Risiko

Berechnungen zur durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung Deutschlands ergeben Folgendes: ein im Jahr 2001 40-jähriger Mann lebt durchschnittlich noch 37 Jahre, eine 40-jährige Frau noch 42,2 Jahre. In dieser Untersuchung liegt das zurzeit durchschnittlich erreichte Lebensalter der Wohnungslosen bei 46,5 Jahren. Dieser Vergleich zeigt, dass Wohnungslose bzw. sehr arme Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko haben, vorzeitig zu versterben.

Im Vergleich zur vorausgehenden Studie von Ishorst-Witte waren keine relevanten Veränderungen festzustellen.

Die Komorbidität unter den Wohnungslosen ist hoch. In diesem Kollektiv waren bei über 50% der Obduzierten mindestens zwei Organsysteme (Herz/Lunge/ Leber/Gastrointestinaltrakt) erheblich vorgeschädigt. Nur 20% der Wohnungslosen zeigten keine schwer wiegenden Organveränderungen (Altersdurchschnitt 35,9 Jahre).

Eine große Anzahl der Todesfälle muss – eine standardgemäße medizinische Diagnostik und Therapie vorausgesetzt – als vermeidbar angesehen werden. Diese Feststellung ist ein wichtiger Indikator der Qualität von Gesundheitsversorgung und Krankheitsvorbeugung für die Randgruppe wohnungsloser Menschen. Einflussfaktoren auf die Vermeidbarkeit eines Todesfalles sind u. a. Arbeitsbedingungen,

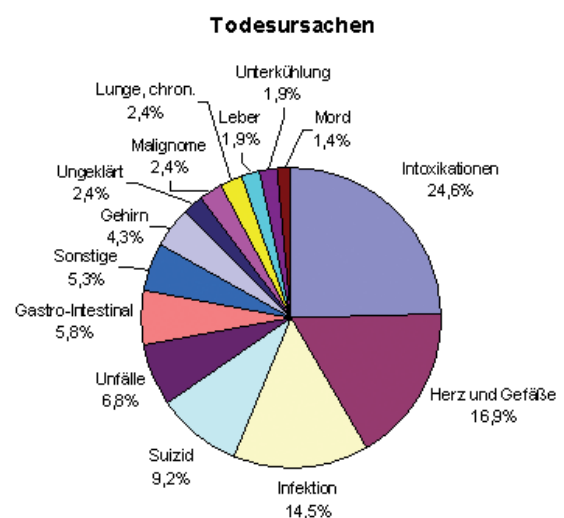


Abbildung 1: Todesursachen

Umweltfaktoren, gesundheitsschädliches Verhalten, Nachlässigkeiten in der medizinischen Versorgung und eine nicht oder nicht rechtzeitige Inanspruchnahme medizinischer Behandlung.

Vor allem ist es wichtig, die Hemmschwelle Wohnungsloser gegenüber der Inanspruchnahme der Gesundheitsfürsorge zu senken, um ihnen Hilfe zukommen lassen zu können. Dafür müssen ihnen niedrigschwellige Projekte angeboten werden. Niedrigschwellig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Kontaktaufnahme dort stattfindet, wo sich Wohnungslose auch sonst aufhalten. Positive Erfahrungen wurden mit der aufsuchenden Gesundheitsfürsorge gemacht. In Hamburg entstanden in den letzten Jahren in Aufenthalts- und Übernachtungsstätten einige von verschiedenen Organisationen finanzierte und geleitete Projekte zur niedrigschwelligen Versorgung körperlich oder psychisch kranker Wohnungsloser. Zusätzlich bildeten sich auch Kooperationsgemeinschaften zwischen Arztpraxen für Wohnungslose und Einrichtungen des Regelversorgungssystems. Das sind wichtige Schritte in Richtung einer essenziellen Reintegration Wohnungsloser in das reguläre Gesundheitssystem. In Fachkreisen werden dringend ein weiterer Ausbau bestehender Angebote und eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Arztpraxen sowie psychiatrischen, sozialen und pflegerischen Diensten gefordert.

Diese positiven Entwicklungen sind durch die Neuerungen im Gesundheitssystem, wie die Einführung der Praxisgebühr und

Zuzahlungsregelungen, gefährdet. Die komplizierten Wege, über die man sich von Praxisgebühr und weiteren Zuzahlungen befreien lassen kann, stellen für Wohnungslose ein großes Hindernis dar. Ebenso ist für das 2004 eingeführte „Diagnosis Related Groups“-System der Krankenhausbehandlung die Einrichtung einer Härtefallregelung zu überprüfen. Dieses Modell der Fallpauschalenberechnung bezieht sich auf den „Durchschnittspatienten“ mit funktionierendem sozialen Netzwerk in der ambulanten Nachsorge (eigener Haushalt, Familie, Pflegedienste, Hausärzte). Eben diese Bedingungen sind bei Wohnungslosen nicht vorhanden. In dieser Arbeit können noch keine Aussagen über die Auswirkung der einschneidenden Änderungen im Gesundheitssystem auf die Situation kranker Wohnungsloser gemacht werden. Dafür sind diese zu aktuell. Um die Folgen beurteilen zu können, sind laufend weitere Untersuchungen erforderlich. Hierbei wäre eine bundesweit einheitliche systematische Datenerhebung in den Projekten medizinischer Wohnungslosenversorgung hilfreich.

Zusammenfassung

Die Todesfälle von Wohnungslosen in Hamburg im Zeitraum 1999–2004 wurden hinsichtlich aller erreichbaren Informationen zu Todesursachen und näheren Umständen analysiert. Der Vergleich mit einer vorangehenden Studie zeigte kaum Veränderungen der Gesamtsituation. Es wurden 307 Todesfälle (darunter 88,6% Männer, 11,4% Frauen) ausgewertet. Das durchschnittliche Todesalter betrug 46,5 Jahre. Die Komorbidität war hoch, bei über 50% der Obduzierten lagen Vorschäden in mindestens zwei Organsystemen vor. Haupttodesursachen waren mit 24,6% Intoxikation (Drogen/Alkohol), gefolgt von Herz- und Gefäßerkrankungen (16,9%) und Infektionen (14,5%).

Um Aussagen über die Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und der Einführung der DRGs auf den Gesundheitszustand Wohnungsloser treffen zu können, sind weitere Untersuchungen erforderlich.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Julia Grabs arbeitet in der Chirurgie in Niedersachsen, Dr. Frauke Ishorst-Witte ist Internistin und arbeitet in der Patientenberatung von Ärztekammer und KVH und der Diakonie; Prof. Klaus Püschel ist Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am UKE.

Medizinische Hilfe für Obdachlose sucht Verstärkung

Treffpunkt Pik As

Der Gesundheitsstatus wohnungsloser Menschen ist schlecht. Doch es fällt ihnen schwer, Zugang zum medizinischen Regelsystem zu finden. Meist nutzen sie eher das medizinische Notfallsystem als das reguläre ambulante System. Der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) ist daran gelegen, die medizinische Versorgung obdachloser Menschen an deren Treffpunkten vor Ort zu verbessern, um eine ausreichende Behandlung zu ermöglichen.

Das so genannte „Pik As“, die Übernachtungsstätte in der Neustädter Straße 31, ist ein solcher Ort, an dem sich obdachlose Menschen treffen und der sich für die medizinische Versorgung anbietet. Eine entsprechende Infrastruktur, in der Ärztinnen und Ärzte vor Ort vernünftige Arbeitsbedingungen vorfinden und Kontakt zu Sozialarbeit und Leitung der Einrichtung aufnehmen können, ist bereits vorhanden.

Auch eine regelmäßige medizinische Sprechstunde gibt es schon. Die Internistin Dr. Frauke Ishorst-Witte bietet einmal wöchentlich eine zweistündige Sprechstunde für Bewohner der Einrichtung und andere obdachlose Menschen, die dort Hilfe suchen, an. Aufgrund unterschiedlichster medizinischer Probleme fehlen jedoch Fachärzte vor allem der Fachrichtungen Dermatologie, Kardiologie, Orthopädie, Pulmologie. Eine Weitervermittlung an entsprechende Praxen ist in der Regel schwierig, da sich die meisten obdachlosen Menschen scheuen, dort hinzugehen.

Wünschenswert wäre ein Behandlungsangebot vor Ort, im Rahmen einer stundenweisen Sprechstunde, die 14-tägig oder monatlich angeboten werden sollte, so dass in Einzelfällen Erkrankungen auch über einen längeren Zeitraum hinweg begleitet werden können. Der überwiegende Teil der Patienten ist krankenversichert, daher kann über die Krankenkasse abgerechnet werden. In Absprache mit Dr. Ishorst-Witte könnten



Pik As: Hilfe für Obdachlose

die vorhandenen Behandlungsräume gemeinsam genutzt werden. Dadurch wäre es behandelnden Ärzten auch möglich, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV) eine Nebenbetriebsstätte zu beantragen.

Das Pik As verfügt über einen Pavillonvorbau mit separaten Eingängen von der Straße und von den Seiten der Einrichtung. Im Vorbau befindet sich ein Behandlungszimmer mit Vorraum, der bei schlechtem Wetter als Wartezimmer zu nutzen ist. Die Einrichtung verfügt über Badmöglichkeiten, die für medizinische Bäder genutzt werden können. Es gibt innerhalb der Übernachtungsstätte einen separaten Flur, auf dem sich in besonders ausgestatteten Zimmern kranke Menschen unabhängig von der Hektik der Übernachtungsstätte regenerieren können.

Das Pik As arbeitet mit einem ambulanten Pflegedienst zusammen, der für Bewohner des Pik As auf Grundlage ärztlicher Verordnungen Behandlungs- pflege vornehmen kann. Die Einrichtung wird zudem regelmäßig vom Krankenmobil (Mobile Hilfe) angefahren.

Wir würden uns freuen, wenn Sie die medizinischen Hilfen für Obdachlose im Pik As ergänzen würden.

Weitere Informationen über:

Herr Kwella, Leiter des Pik As,
Telefon: 040-42841-1707. (*háb*)