

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Retrospektive Analyse des Sektionsgutes im Hinblick auf die
Todesursachen im Obdachlosenmilieu in Berlin 2005-2012 mit
einem Augenmerk auf den Tötungsdelikten

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Katerina Panikarova

aus Moskau

Datum der Promotion: 05.03.2021

Inhaltsverzeichnis

Abstract	IV
Einleitung	IV
Methoden	IV
Ergebnisse	IV
Diskussion.....	V
Introduction	VI
Methods	VI
Results	VI
Discussion.....	VI
1 Einleitung	1
1.1 Begriffe und Definitionen.....	1
1.1.1 „Obdachloser“.....	1
1.1.2 Die Todesart.....	2
1.1.3 Die Unterkühlung.....	3
1.1.4 Die Intoxikation.....	4
1.1.5 Tötungsdelikte	4
1.2 Der aktuelle Forschungsstand	5
1.3 Ziele der Arbeit	6
2 Material und Methoden	7
2.1 Vorbereitung	7
2.2 Datensammlung.....	8
2.3 Datenauswertung.....	8
3 Ergebnisse	12
3.1 Allgemein	12
3.2 Einteilung nach Todesart	12
3.3 Natürliche Todesart	13
3.4 Nicht natürliche Todesart.....	18
3.4.1 Unterkühlung.....	20
3.4.1.1 Auffindungssituation	21
3.4.1.2 Obduktionsbefunde.....	21
3.4.1.3 Toxikologie.....	22
3.4.2 Intoxikationen	22
3.4.2.1 Alkoholintoxikationen	24
3.4.2.2 BtM-Intoxikationen	25
3.4.2.2.1 Monointoxikationen	27
3.4.2.2.2 Kombinierte BtM-Intoxikationen.....	27
3.4.2.3 Mischintoxikationen	30

3.4.3 Tötungsdelikte	32
3.4.3.1 Tat- und Fundorte	32
3.4.3.2 Herkunft der Opfer	34
3.4.3.3 Toxikologie.....	35
3.4.3.4 Abwehrverletzungen und sonstige Verletzungen.....	37
3.4.3.5 Die Tatverdächtigen.....	37
3.4.3.6 Einteilung der Tötungsdelikte.....	38
3.4.3.6.1 Scharfe und halbscharfe Gewalteinwirkung	39
3.4.3.6.1.1 Lokalisation der Verletzungen.....	40
3.4.3.6.1.2 Todesursachen	40
3.4.3.6.1.3 Tatwerkzeug	40
3.4.3.6.1.4 Einzelstichverletzungen	41
3.4.3.6.1.5 Multiple Stichverletzungen	44
3.4.3.6.1.6 Hiebverletzungen.....	45
3.4.3.6.2 Stumpfe Gewalt.....	46
3.4.3.6.2.1 Lokalisation der Verletzung.....	46
3.4.3.6.2.2 Todesursachen	46
3.4.3.6.2.3 Tatwerkzeug	47
3.4.3.6.3 Weitere Tötungsdelikte.....	49
4 Diskussion.....	52
4.1 Obdachlosigkeit in Deutschland.....	52
4.2 Phänomenologie.....	53
4.3 Todesfälle mit natürlicher Todesart.....	56
4.4 Todesfälle mit nicht natürlicher Todesart	57
4.4.1 Unterkühlung	58
4.4.2 Die Intoxikationen.....	59
4.4.3 Tötungsdelikte	63
4.4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	63
4.4.3.2 Fund-/Tatorte	64
4.4.3.3 Herkunft der Opfer	66
4.4.3.4 Frage nach Abwehr und Handlungsfähigkeit des Opfers.....	66
4.4.3.5 Tatverdächtige-Opfer-Beziehung und Tatmotive	66
Literaturverzeichnis	VII
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	XII
Eidesstattliche Versicherung	XIV
Lebenslauf.....	XV

Abstract

Einleitung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die relevanten Todesursachen im Berliner Obdachlosenmilieu in einer Übersicht zu Vergleichszwecken zu präsentieren. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Auswertung von Tötungsdelikten, die in den Jahren 2005–2012 an Obdachlosen in Berlin begangen wurden.

Methoden

Es handelt sich um eine retrospektive Datenanalyse, bei der das Sektionsgut des Institutes für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Landesinstitutes für gerichtliche und soziale Medizin Berlin aus den Jahren 2005 – 2012 im Hinblick auf die Todesursachen im Obdachlosenmilieu ausgewertet, systematisiert und analysiert wurde.

Ergebnisse

In den beiden rechtsmedizinischen Instituten der Stadt Berlin wurden in den Jahren 2005–2012 insgesamt 15.891 Obduktionen durchgeführt. Bei 235 (1,5%) Betroffenen handelt es sich um Personen ohne festen Wohnsitz. Davon sind 205 (87%) Männer und 30 (13%) Frauen. Im Durchschnitt erreichten die Obdachlosen ein Lebensalter von 44 Jahren [range 17-98]. Bei Betrachtung der Todesarten fanden sich 28 (12%) Fälle mit ungewisser Todesart. Weiterhin gab es 76 (32%) natürliche Todesfälle, während 131 (56%) Obdachlose einen nicht natürlichen Tod erlitten. Bei den Fällen mit nicht natürlicher Todesart belegten bei weiterer Einteilung in die verschiedenen Todesursachen die Intoxikationen mit 60 (26%) von insgesamt 235 Fällen den ersten Platz, wobei die Drogentode die häufigsten waren. Die zweitgrößte Untergruppe stellten mit 16 Fällen (7%) die Tötungsdelikte dar. In zehn Fällen wurde scharfe Gewalt angewandt. Die meisten Opfer waren zum Zeitpunkt des Todeseintrittes alkoholisiert. In mehr als der Hälfte der Fälle kannten sich der mutmaßliche Täter und Opfer und beide gehörten zu der Obdachlosenszene.

Diskussion

Verglichen mit den Ergebnissen von Untersuchungen aus dem ländlichen Hessen und der Großstadt Hamburg zeigt die Obdachlosenszene der deutschen Hauptstadt mit der Großstadt Hamburg in Bezug auf die Häufigkeit der Tötungsdelikte Überschneidungen, während in Hessen der Anteil der getöteten Obdachlosen mit 17% höher ist. In allen drei Regionen dominiert indessen der Drogentod im Obdachlosenmilieu, was auf eine dichte Vernetzung zwischen den Obdachlosen- und Drogenszenen hindeutet. Dies stellt auch einen möglichen Ansatzpunkt für Interventionen seitens der zuständigen Behörden dar.

Die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse ist allerdings zum einen mangels einer offiziellen statistischen Erfassung der Obdachlosigkeit in Deutschland sowie einer einheitlichen Definition für diesen Zustand eingeschränkt. Zum anderen ermöglichen die Fallakten leider nur eine lückenhafte Auswertung der Todesursachen in der Obdachlosenszene. Dies betrifft auch die heterogene Gruppe der Tötungsdelikte. Nicht alle Fragen, wie zum Beispiel die Herkunft der Opfer, ließen sich abschließend beantworten, was nicht zuletzt der Tatsache geschuldet ist, dass es sich um Menschen aus der Obdachlosenszene ohne bekannte Vorgeschichte bzw. um „leere“ Polizeiakten handelt. Auch lagen in wenigen Fällen Gerichtsakten vor, da viele Fälle nach Kenntnis des Ergebnisses der gerichtlichen Sektion von der Staatsanwaltschaft eingestellt wurden.

Introduction

The aim of this study is to present the relevant causes of death among the homeless people of Berlin, in the form of a comparative overview. The focus of the study is on the analysis of homicide cases concerning homeless people in Berlin between 2005-2012.

Methods

A retrospective data analysis has been used, enabling the evaluation and systemizing of the post-mortem specimens at the Institute of Legal Medicine of the Charité - Universitätsmedizin Berlin and at the State Institute of Legal and Social Medicine Berlin between 2005-2012, in respect of the causes of death among homeless people.

Results

Between 2005-2012, 15,891 autopsies were conducted in the city of Berlin at the above-named institutes. In 235 (1.5%) cases, those examined were persons of no fixed abode. Of these, 205 (87%) were men and 30 (13%) women. The average age of the homeless people was at the time of death 44 years [range 17-98]. In 28 cases (12 %) an uncertain manner of death had to be certified. There were a further 76 (32%) deaths with natural manner of death, while in the case of 131 (56%) homeless people, the manner of death was not natural. Among the cases with a non-natural manner of death intoxications mostly drug-related, dominated. The second most common cause of death, with 16 cases (7%), was homicide. In 10 cases, death was inflicted by means of a knife or sharp instrument. Most victims were under the influence of alcohol. In more than half of the cases, the suspected perpetrators and victims knew each other and were both part of the homeless population.

Discussion

When compared with the results from other investigations from the state of Hessen and from the major city of Hamburg, the situation of homeless people in the German capital bears characteristics in common with that of the city of Hamburg in respect of frequency of homicides, while in Hessen the proportion of homeless people killed stands much higher, at 17 %. In all three regions, drug-related death is the most common cause of

death among the homeless, which indicates close links between the homeless population and the drugs scene. This represents a possible starting point for interventions on the part of the relevant authorities.

The significance of the results presented here is limited by the lack of official statistical recording of homelessness in Germany, and by the lack of a single standardized definition as to what constitutes homelessness. Furthermore, the case files unfortunately permit only an incomplete evaluation of the causes of death among the homeless population. This applies particularly to the heterogenous group of those who were victims of homicide.

Not all questions could be sufficiently answered due to the fact that the victims belong to the homeless population and hence there is a lack of knowledge about their personal background. The investigated police and judicial records often contained very sparse information. In some cases one talks about “empty police files”. Moreover, the investigation of some cases was stopped by the prosecution after the announcement of the autopsy results.

1 Einleitung

Durch Schlagzeilen wie „Berliner Student zerstückelt Obdachlosen“ (Berliner Morgenpost, 2010), „Mord am Savignyplatz – Toter identifiziert: Obdachloser gefunden“ (WELT, 2008) und „Obdachloser angezündet“ (BZ, 2016) gerät die Problematik der Gewalt in der Obdachlosenszene zunehmend ins Visier der Öffentlichkeit. Sie bringen die Grausamkeit und den Hass ans Licht, denen die Menschen in Wohnungsnot ausgesetzt sind. In ihrem zum Teil existenziellen Kampf ums Überleben auf der Straße werden sie häufig ihren Leidensgenossen gegenüber gewalttätig. Außerdem sind manche Kreise unserer Gesellschaft von Intoleranz und sogar Hass gegenüber sozialen Randgruppen geprägt, was in Gewalt und sogar Tötungen resultieren kann. Doch nicht nur die Gewalt bringt die Menschen ohne festen Wohnsitz in Lebensgefahr, sondern auch die Kälte. Diese Problematik hat mittlerweile Aufmerksamkeit auf sich gezogen und das Deutsche Ärzteblatt berichtete über einen Anstieg der Kältetoten in Europa (Deutsches Ärzteblatt, 17.01.2017). Bedauernd ist, dass trotz der Präsenz in den Medien, es nur wenige wissenschaftliche Arbeiten gibt, die die Todesursachen im Obdachlosenmilieu untersuchen (Trabert, 1997). Diese sind nun der Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

1.1 Begriffe und Definitionen

Jede Wissenschaft benötigt einheitliche und konkrete Definitionen. Der korrekte Umgang mit Begrifflichkeiten gibt jeder wissenschaftlichen Arbeit einen Rahmen und ermöglicht präzise Ergebnisse. Während sich die Todesursachen „Unterkühlungen“, „Intoxikationen“ und „Tötungsdelikte“ bereits mithilfe eines Lehrbuches eindeutig definieren lassen, ist der Begriff „Obdachloser“ jedoch schwierig zu interpretieren, da keine verbindliche oder allgemeingültige Definition vorliegt (Wolf, 2016).

1.1.1 „Obdachloser“

Oft werden die Begriffe „wohnungslos“ und „obdachlos“ in den Medien, im Volksmund und sogar in der Wissenschaft einander gleichgestellt, aber in Wirklichkeit ist die Obdachlosigkeit als eine Unterform der Wohnungslosigkeit einzuordnen. Der europäische Dachverband der Wohnungslosenhilfe „European Federation of National Organisations working with the Homeless“ („FEANTSA“) hat die „Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung“ („ETHOS“)

erarbeitet (FEANTSA, 2015). Die ETHOS bezeichnet die Personen als obdachlos, die auf den Straßen oder in speziellen Notunterkünften leben (FEANTSA, 2015; Paegelow, 2009). Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) zählen zu den Wohnungslosen außer den Obdachlosen die Menschen, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben, keine mietvertraglich gesicherten (also ungesicherte) Wohnverhältnisse haben, in billigen Pensionen, bei Bekannten oder Freunden nächtigen und somit nur über ungenügende Wohnverhältnisse verfügen (Paegelow, 2009).

Die Begriffe „Obdachloser“ und „Wohnungsloser“ sind hingegen relativ modern und stammen aus den 70er Jahren. Davor verwendete man die Bezeichnung „Nichtsesshafter“, die zu der Zeit des NS-Regimes populär war. Dieser Begriff wurde zwar nicht von den Nationalsozialisten erfunden, aber von ihnen geprägt und gilt aus diesem Grund heute als „diskreditierend“. In der Weimarer Republik wurden die Obdachlosen hingegen als „Berber“ oder „Kunden“ bezeichnet. Im 19. Jahrhundert verwendete man für sie die Bezeichnung „die Wanderer“, während in den früheren Jahrhunderten obdachlose Menschen zum sogenannten „fahrenden Volk“ zählten (Paegelow, 2009). Obwohl im Laufe der Geschichte die Begrifflichkeit den politischen, sozialen und kulturellen Umständen angepasst wurde und viel über die Korrektheit der einen oder der anderen Bezeichnung diskutiert wird, existiert bis heute in Deutschland immer noch keine administrativ einheitliche Bezeichnung der obdachlosen Menschen. Die von der BAGW geprägte Beschreibung „ohne festen Wohnsitz“, abgekürzt „o.f.W.“ ist die, die sich im Amtsdeutsch verankert hat (Paegelow, 2009; Wolf, 2016).

1.1.2 Die Todesart

Bei der Qualifikation der Todesart unterscheidet man zwischen natürlichem, nicht natürlichem und nicht geklärtem Tod. Die Todesart ist nicht geklärt, wenn die Todesursache durch Leichenschau unter Berücksichtigung der Anamnese nicht erkennbar ist (Madea, 2009). Ist der Tod aus krankhafter Ursache, unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren eingetreten, spricht man von natürlicher Todesart. Ein nicht natürlicher Tod wird durch Selbstmord, Unfall, strafbare Handlungen oder Einwirkung von außen herbeigeführt (Madea, 2009). Dazu zählen die unten aufgeführten „Unterkühlung“, „Intoxikationen“ und „Tötungsdelikte“.

1.1.3 Die Unterkühlung

Die Unterkühlung wird definiert als Ausdruck eines erheblichen Ungleichgewichts zwischen erhöhtem Wärmeverlust und unzureichender Wärmebildung. Als Unterkühlung werden alle Körperzustände bezeichnet, bei denen die Körperkerntemperatur auf unter 35° C sinkt (Madea, 2009). Als homoiothermes Lebewesen verfügt der Mensch über verschiedene physiologische Mechanismen, seine Körpertemperatur konstant zu halten. In einer kalten Umgebung wird dem Körper Wärme entzogen und unser Organismus reagiert darauf mit vermehrter Bildung von Wärme, die durch rhythmische Muskelkontraktionen, was wir als Kältezittern kennen, erzeugt wird. Dadurch wird der Energieumsatz gesteigert. Durch die Engstellung der peripheren Gefäße werden der Blutkreislauf zentralisiert und die Haut- und die Gliedmaßendurchblutung reduziert. Die Minderdurchblutung der Körperoberfläche verhindert die Wärmeabgabe an die Umgebung. So kann die Temperatur der inneren Organe weitestgehend konstant gehalten werden. Ist der Mensch jedoch über eine längere Zeit den niedrigen Temperaturen „ungeschützt“ ausgesetzt, können die physiologischen Schutzmechanismen den Wärmeverlust nicht mehr kompensieren – die Folge ist eine Unterkühlung. Dabei kommt es zu einer forcierten Diurese, die eine Zunahme der Blutviskosität und eine Reduzierung des Blutflusses bewirkt. Die Elektrolytverschiebung führt zum Kammerflimmern und Azidose, die wiederum ein Hirnödem bedingen können (Madea, 2009). Die Hypothermie wird nach Singer klinisch in vier Stadien eingeteilt. Jedes Stadium beschreibt die physiologische Reaktion des menschlichen Körpers auf die immer weiter sinkende Körpertemperatur. In Stadium 1, dem sogenannten Exzitationsstadium, liegt die Körpertemperatur bei 36°–33° C und die oben aufgeführten Kompensationsmechanismen erreichen ihr Maximum. Wenn die physiologischen Ressourcen erschöpft sind, sinkt die Körpertemperatur auf 33°–30° C – hier spricht man vom Erschöpfungsstadium. In Stadium 3, auch Lähmungsstadium genannt, kommt es anschließend zur Bewusstlosigkeit, zum Verlust von Reflexen, zur Bradykardie und Bradypnoe. Die Muskelrigidität nimmt zu und die Körpertemperatur liegt zwischen 30° C und 27° C. Das letzte Stadium (4) wird daraufhin auch als Kältetod bzw. *Vita reducta* bezeichnet (Madea, 2009). Bei der äußeren Leichenschau findet man hellrote Totenflecke und livide Verfärbungen an den Gliedmaßen, die sonst eine glänzende Oberfläche und teigige Konsistenz aufweisen. Bei der inneren Besichtigung fallen die sogenannten Wischnewski-Flecken hauptsächlich im Magen und sehr viel seltener im

Duodenum auf, darüber hinaus ein Kollapszustand der Milz mit Faltenrelief ihrer Kapsel sowie Muskelblutungen in den Psoas-Muskeln, die durch starkes Muskelzittern entstanden sind. Außer der Leichenbesichtigung müssen vor der Diagnosestellung eine Klärung der meteorologischen Situation bzw. Umgebung, Kleidung und Feuchtigkeit zum Zeitpunkt des Todes und eine toxikologische Untersuchung erfolgen (Madea, 2009). Besonders interessant in diesem Zusammenhang ist die Alkoholkonzentration, denn der Konsum von hochprozentigen Getränken stumpft nicht nur den Orientierungssinn ab, sondern kann die Unterkühlung und den Kältetod auch beschleunigen. Der vasodilatatorische Effekt des Alkohols führt einerseits zu einem erhöhten Wärmeverlust und andererseits löst er bei dem Betroffenen ein Wärmegefühl aus. Dieses paradoxe Wärmeempfinden führt dazu, dass die Betroffenen sich entkleiden trotz niedriger Temperaturen. Dies verstärkt die Hypothermie und führt den Kältetod schneller herbei (Madea, 2009). Bei 50 Prozent der Personen, die an Hypothermie verstorben sind, wird im Durchschnitt eine Alkoholkonzentration von 1,3 ‰ nachgewiesen (Madea, 2009).

1.1.4 Die Intoxikation

Die Hypothese des Paracelsus „Alle Dinge sind Gift und nichts ist ohne Gift, nur die Dosis macht kein Gift“ (Madea, 2009) ist der klassische Lehrsatz der Toxikologie. Als Intoxikation bezeichnet man die schädigende Wirkung eines Stoffes auf den Organismus und die daraus resultierenden Krankheitsbilder bzw. Syndrome. Als Giftstoffe gelten Substanzen tierischer, bakterieller, chemischer oder endogener Herkunft, die bereits in geringer Dosis und/oder zum Teil durch die Umwandlung im Körper Funktionsstörungen und Gesundheitsschäden im Körper hervorrufen und den Tod herbeiführen. Für die untersuchten Fälle sind neben der Konzentration auch die Kombination von giftigen Substanzen und die Fähigkeit des Körpers, diese Substanzen zu neutralisieren und zu eliminieren, besonders wichtig (Madea, 2009; Karow, 2016).

1.1.5 Tötungsdelikte

Man spricht von einem Tötungsdelikt, wenn der Tod durch eine Einwirkung von fremder Hand herbeigeführt wurde. Dazu zählen vorsätzliche und fahrlässige Tötungen, Mord und Tötungen aus Notwehr (Creifelds, 2017). Unter fahrlässiger Tötung versteht man pflichtwidriges Handeln, das zum Tode eines Menschen führt. Dazu zählen ärztliche Behandlungsfehler und fremdverschuldete Unfälle. Ein Mord kann als eine vorsätzliche

Tötung aus niederen Beweggründen wie Rachesucht, Hass und Eifersucht definiert werden. Erfüllt die Tötung nicht die Mordkriterien, spricht man von einem Totschlag (Penning, 2005).

1.2 Der aktuelle Forschungsstand

Es liegt auf der Hand, dass sich in Ländern wie Ägypten oder Indien die Vorstellung von Obdachlosigkeit erheblich von jener in Deutschland bzw. in Europa unterscheidet. Der Umgang mit dieser Problematik hängt also nicht nur von dem Gesundheits- und Sozialsystem eines Landes ab, sondern auch von seinem kulturellen Hintergrund. Aus diesem Grund erscheint es bei diesem Thema sinnvoll, Studien aus Ländern mit ähnlichen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen zurate zu ziehen. Es existieren zahlreiche Artikel, die über erhöhte Mortalität, schlechte medizinische Versorgung und Mängel in der Krebsvorsorge im Obdachlosenmilieu berichten (Deutsches Ärzteblatt, 28.10.2014; Asgary et al., 2015). Der aktuelle Kenntnisstand über die Todesursachen in der Obdachlosenszene weist aber trotzdem noch sehr viele Lücken auf.

In Deutschland führten Riße et al. eine retrospektive Analyse des Sektionsgutes der Hafenstadt Hamburg und der Stadt Gießen (1990–1996) im Hinblick auf die Todesursachen im Obdachlosenmilieu durch. In beiden Regionen starben mehr als 60% (in Hamburg 78% und in Mittelhessen 65%) der obduzierten Obdachlosen eines nicht natürlichen Todes, wobei die Drogentode mit 30% den ersten Platz belegten. Es fällt außerdem auf, dass von den sechs Tötungsdelikten vier in Mittelhessen begangen wurden und nur zwei in Hamburg. Eine besondere Stellung bei der Untersuchung der Todesursachen im Obdachlosenmilieu nimmt darüber hinaus die Unterkühlung ein. Alle vier Todesfälle infolge einer Unterkühlung wurden der ländlich strukturierten Region Mittelhessen zugeordnet, während die vier Fälle des Ertrinkens in der Hafenstadt stattfanden. Die Problematik der Hypothermie war auch Gegenstand einer französischen Studie von Vuillermoz et al. (2008–2010), die gezeigt hat, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Unterkühlung zu sterben, im Obdachlosenmilieu besonders hoch ist. Die Arbeiten „Mortality among homeless people in France 2008–2012“ (Vuillermoz et al., 2016) und „Tod im Obdachlosenmilieu“ (Riße et al., 1996) machen außerdem deutlich, dass die Obdachlosen im Durchschnitt in einem verhältnismäßig jungen Alter (Mitte bis Ende 40) sterben.

1.3 Ziele der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, durch eine retrospektive Analyse des Sektionsgutes des Institutes für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin eine Übersicht der Todesursachen im Berliner Obdachlosenmilieu zu erarbeiten. Diese sollen anschließend mit den Ergebnissen für die Regionen Hamburg und Mittelhessen verglichen werden. Die oben erwähnten Studien und nicht zuletzt die Medien heben neben der Unterkühlung eine weitere, für den untersuchten Problembereich relevante, Todesursache hervor, nämlich die Intoxikationen. In der Analyse von Riße et al. stellte sich der Drogentod als die häufigste nicht natürliche Todesursache im Obdachlosenmilieu heraus. Durch die Auswertung der Todesfälle im Hinblick auf die Intoxikationen soll geprüft werden, ob auch in der Berliner Obdachlosenszene die Drogentode dominieren. Da die vorliegende Dissertation aus den Berliner Instituten für Rechtsmedizin stammt, liegt hier der Schwerpunkt auf den nichtnatürlichen Todesursachen mit einem besonderen Augenmerk auf den Tötungsdelikten, die sowohl in Hamburg, in Mittelhessen als auch vermutlich in Berlin bei Weitem nicht die seltenste Todesursache in dieser Szene darstellen. Dabei drängt sich die Frage auf, wie und warum obdachlose Menschen getötet werden. Die Ursachen und die Prävention der Obdachlosigkeit sind kein Gegenstand dieser Arbeit. Stattdessen gilt es, herausfinden, woran die Menschen, die dieser sozialen Randgruppe bereits angehören, sterben. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen mit den Ergebnissen von Riße et al. verglichen werden und sowohl als Ausgangspunkt für die zukünftige Forschung dienen als auch den Behörden und den zuständigen Organisationen dazu verhelfen, neue Ansatzpunkte für die Intervention zu schaffen.

2 Material und Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Datenanalyse. Dazu wurden Obduktionsakten aus den Archiven des Instituts für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin aus dem Zeitraum 2005–2012 im Hinblick auf Todesfälle im Obdachlosenmilieu ausgewertet. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf Tötungsdelikten. Da die oben genannten Institute die beiden einzigen Institute für Rechtsmedizin in Berlin sind, sollten in dieser Arbeit alle erkannten Tötungsdelikte erfasst werden, die in dem genannten Zeitraum in der deutschen Hauptstadt an Obdachlosen verübt wurden. Es ist zu beachten, dass im Jahr 2005 aufgrund der Fusion der beiden medizinischen Fakultäten der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin die rechtsmedizinischen Archive des Charité-Campus Benjamin Franklin und des Charité-Campus Mitte zu einem Archiv des Instituts für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin zusammengelegt wurden, welches sich heute in der Turmstraße 21 in Berlin-Moabit befindet. Aus diesem Grund wurden der Vollständigkeit halber für das Jahr 2005 die Sektionsprotokolle sowohl aus dem Archiv des Charité-Campus Benjamin Franklin als auch aus dem Archiv des Charité-Campus Mitte untersucht.

2.1 Vorbereitung

Vor dem Beginn der Datensammlung wurden die Kriterien festgelegt, nach denen die Akten ausgewertet werden sollten. Das Ziel war zunächst, alle Todesfälle im Obdachlosenmilieu unabhängig von der Todesart festzuhalten. In den Datenpool wurden die Akten aufgenommen, in denen der/die Verstorbene laut der Vorgeschichte ein Leben als Obdachlose/r führte, über keinen festen Wohnsitz verfügte und/oder in einem entsprechenden (Obdachlosen-)Heim wohnte und/oder in einer Pension nächtigte und/oder bei Bekannten/Freunden geduldet wurde. Es wurde eine tabellarische Übersicht unter Verwendung von Microsoft® Excel® (Version 14.6.6.) erstellt, in der die relevanten Akten festgehalten wurden. Dabei wurden die Aktennummer, das Alter und das Geschlecht des/der Verstorbenen erfasst. Außerdem wurde zu jedem Fall ein Kommentar bezüglich der Todesumstände, der Todesart, der Todesursache und der Auffindungssituation verfasst, was als Hilfestellung bei den weiteren Schritten der Auswertung diente.

2.2 Datensammlung

Im Archiv des Instituts für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin liegen die Sektionsprotokolle und die dazu gehörigen Dokumente in Papierform vor und wurden dort vor Ort ausgewertet.

Im Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin wurden die Akten bereits digitalisiert und konnten nur am Computer in der Bibliothek des Landesinstitutes mithilfe eines Gastzuganges eingesehen werden. Die Protokolle aus dem Zeitraum 2005–2010 konnten in dem Programm GerMed aufgerufen werden, wobei die Protokolle aus den Jahren 2011–2012 durch entsprechende Stichwörtersuche im Ambucare-Programm, in dem die Sektionsfälle elektronisch archiviert werden, gefunden werden konnten. Als Schlagwörter wurden folgende Begriffe festgelegt: „Obdachlos“, „Wohnsitz“, „Heim“, „Obdachlosenheim“, „Wohnheim“, „o.f.W“, „ohne festen Wohnsitz“.

In einigen Fällen gaben die Sektionsprotokolle nicht ausreichend Hinweise darauf, dass es sich bei dem Verstorbenen um einen Obdachlosen handelte. Hier mussten weitere Dokumente wie Polizeiberichte und Leichenschauschein hinzugezogen werden. Außerdem fehlten in manchen Akten, vor allem in denen des Archivs des Landesinstituts, die Adressenangabe und die Personalien des Verstorbenen. Diese Sektionsprotokolle wurden zunächst mit aufgenommen, sodass das primär ausgewählte Sektionsgut zunächst 447 Fälle umfasste. Im nächsten Schritt wurden diese Protokolle sorgfältig unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und weiterer Hinweise ausgewertet. Es wurden lediglich die Fälle in die Datenanalyse eingeschlossen, bei denen die Verstorbenen eindeutig dem Obdachlosenmilieu zugerechnet werden konnten. Fanden sich keine Indizien, die auf Wohnungsnot hindeuteten, so wurde die Akte nicht in die Datenanalyse aufgenommen.

2.3 Datenauswertung

Nachdem alle Todesfälle im Obdachlosenmilieu erfasst worden sind, bestand der zweite Schritt der Auswertung darin, das ausgewählte Sektionsgut natürlicher, nicht natürlicher und ungeklärter Todesart zu zuordnen. Später wurden die nicht natürlichen Todesfälle weiter eingeteilt und insbesondere hinsichtlich der Todesursache genauer untersucht. Ein besonderes Augenmerk lag auf den Unterkühlungen und Tötungsdelikten. Außer den Sektionsprotokollen sind den Fallakten weitere Dokumente wie Polizeiberichte,

toxikologische Befunde, Anklageschriften, Zeugenbefragungen sowie Bildmaterial und Zeitungsartikel beigelegt, die für die Datenanalyse genutzt wurden.

Im ersten Schritt der Datenauswertung ging es zunächst darum, sich einen allgemeinen Überblick über die Anzahl, das Alter der obduzierten Obdachlosen und über die Geschlechterverteilung zu verschaffen. Daraufhin wurden die Todesfälle den drei Todesarten zugeordnet: „ungeklärt“, „natürlich“ und „nicht natürlich“. Die nach Abschluss der Obduktion „ungeklärten“ Todesfälle wurden statistisch ebenfalls erfasst. Da es sich bei den natürlichen Todesfällen um Krankheiten handelte, erschien es sinnvoll, diese zunächst den Organsystemen zuzuordnen und anschließend auszuwerten. Im Vordergrund stand aber die nicht natürliche Todesart. Diese Todesart enthält mehrere Untergruppen, die im Kapitel „Ergebnisse“ aufgeführt werden. Auf die Untergruppe „Suizide“ und „Unfälle“ wurde hier bewusst verzichtet. Die Gründe dafür werden im Kapitel „Diskussionen“ erläutert.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, stehen bei der Analyse der nicht natürlichen Todesfälle die Unterkühlungen, die Intoxikationen und besonders die Tötungsdelikte im Fokus. Bei der Zuordnung der Todesfälle in die Untergruppe „Unterkühlungen“ gelten die bekannten üblichen Definitionen. Die Untergruppe „Intoxikationen“ wurde hingegen in vier weitere Kategorien eingeteilt: „Betäubungsmittel (BtM)- Intoxikationen“, „Alkoholintoxikationen“, „Mischintoxikationen“ und Intoxikationen durch „Medikamente“. Diese Gliederung ist im Diagramm 1 dargestellt.

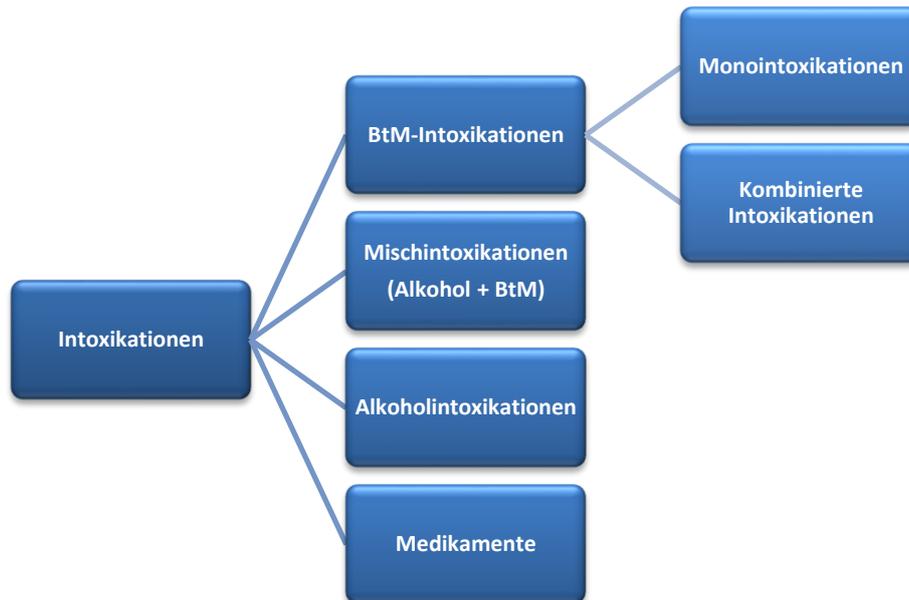


Diagramm 1: Intoxikationen Gliederung

Bei Todesfällen infolge einer Alkoholintoxikation bewies der toxikologische Befund, dass die Blutalkoholkonzentration (BAK) den Tod verursachte. In dem Abschnitt „Ergebnisse“ wird auch zwischen Ethanol und Methanol unterschieden. Andere Substanzen, die bei dem Verstorbenen gegebenenfalls begleitend nachgewiesen wurden, galten im Zusammenhang mit dem Todeseintritt als irrelevant. Todesfälle, bei denen die alkoholbedingte Bewusstseinstäubung zu tödlichen Traumata oder Speisebreiaspirationen führte, wurden bei dieser Auswertung anderweitig eingeordnet. Entsprechendes gilt für die BtM- Intoxikationen, dass nur Substanz(en) der Gruppe der Betäubungsmittel den Tod des Betroffenen herbeiführten. Alkohol und/oder andere Stoffe, falls sie im Körper des Verstorbenen nachgewiesen wurden, hatten dem toxikologischen Gutachten zufolge keinen Einfluss auf den tödlichen Verlauf. Dagegen ist bei den Mischintoxikationen das Zusammenwirken von Betäubungsmitteln und Alkohol als todesursächlich zu werten. Die im Diagramm 1 aufgeführten Gruppen wurden im Hinblick auf die Kombination und Konzentration ausgewertet.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Tötungsdelikten im Obdachlosenmilieu. Hierzu zählen alle Fälle, bei denen der Tod durch fremde Hand herbeigeführt wurde, einschließlich fahrlässiger Tötungen, Brandstiftungen und Verkehrsunfälle mit

Fahrerflucht. Bei den erfassten Fällen wurden folgende Aspekte untersucht: die Tötungsart, der Tötungsort, die Tatwaffe, die Herkunft des Opfers, seine Handlungsfähigkeit, die Täter-Opfer-Beziehung und die möglichen Motive der Tötung.

3 Ergebnisse

3.1 Allgemein

In den Jahren 2005–2012 wurden in den beiden rechtsmedizinischen Instituten in Berlin 15.891 Personen obduziert. Davon waren 235 Personen (1,5%) ohne festen Wohnsitz. 205 von ihnen (87%) waren Männer und 30 (13%) Frauen. Der Altersdurchschnitt in der untersuchten Gruppe lag bei 44 Jahren, wobei bei einigen Obdachlosen das genaue Alter nicht bekannt war und nur geschätzt wurde. Das durchschnittliche Alter der Männer und Frauen war gleich. Die jüngste Person ohne festen Wohnsitz war zum Todeseintritt 17 und die älteste 98 Jahre alt. Die Geschlechterverteilung sowie das entsprechende Durchschnittsalter sind in der Tabelle 1 dargestellt.

	Fallzahl	%
Gesamt	235	100
Männer	205	87
Frauen	30	13
Altersdurchschnitt	44 Jahre	-

Tabelle 1: Allgemein

3.2 Einteilung nach Todesart

Wie in der Tabelle 2 verdeutlicht, erfolgte zunächst die Einteilung hinsichtlich der Todesart.

Todesarten	Fallzahl	%
Ungeklärt	28	12
Natürlich	76	32
Nicht natürlich	131	56

Tabelle 2: Todesarten

In 12% der Fälle wurde eine ungeklärte Todesart attestiert, was teils auf die fortgeschrittene Leichenfäulnis zurückzuführen ist. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf die „ungeklärte Todesart“ nicht eingegangen. Der Anteil der Obdachlosen, die eines natürlichen Todes verstarben, liegt bei 32% und in 56% der Fälle handelt es sich um einen nicht natürlichen Tod. Die letzte Kategorie wird detailliert im separaten Kapitel präsentiert.

Der folgende Abschnitt behandelt jedoch zunächst die natürlichen Todesfälle.

3.3 Natürliche Todesart

Von 235 obduzierten Obdachlosen wurde bei 76 Personen (32%) der initiale Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod widerlegt und ein Tod aus innerer Todesursache diagnostiziert. Davon waren elf Frauen (14%) und 65 Männer (86%). Die Krankheiten, die zum Tod der Betroffenen führten, mithin die Todesursachen, wurden vier großen Organsystemen zugeordnet, nämlich dem kardiovaskulären System, dem bronchopulmonalen System, dem Gastrointestinaltrakt sowie dem Nervensystem. Diese Einteilung ist im Diagramm 2 dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass die Prozentangaben in den Tortendiagrammen 2, 3 und 4 sich auf die Gesamtfallzahl (n) der jeweiligen Untergruppe beziehen, wobei die Prozentangaben im Text in Relation zur Gesamtzahl der obduzierten Obdachlosen (235 Fälle) stehen.

Für die Tumorerkrankungen war zunächst eine separate Gruppe vorgesehen. Da es aber nur einen Todesfall infolge einer Krebserkrankung gab, wurde dieser der Gruppe „Andere“ zugeordnet (siehe Diagramm 2). Von Insgesamt 235 Obdachlosen starben 19

(8%) an einer Lungenerkrankung und 18 (7,7%) an der Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Die Krankheit des Verdauungstraktes führte bei weiteren 19 Personen (8%) zum Tode. Insgesamt neun Fälle (3,8%) bilden die Gruppe der neurologischen Krankheitsbilder. Das akquirierte Immun-Defizienz-Syndrom (AIDS), Tuberkulose (TBC), Stoffwechsellentgleisung, Niereninsuffizienz und Tumorleiden kommen nur in Einzelfällen vor und bilden eine eigene heterogene Gruppe „Andere“, die elf Fälle (4,7%) zählt.

Es ist hier zu beachten, dass die Prozentangaben im Diagramm 2 sich nicht auf die Gesamtzahl der untersuchten Obdachlosen beziehen, sondern nur auf die natürlichen Todesfälle.

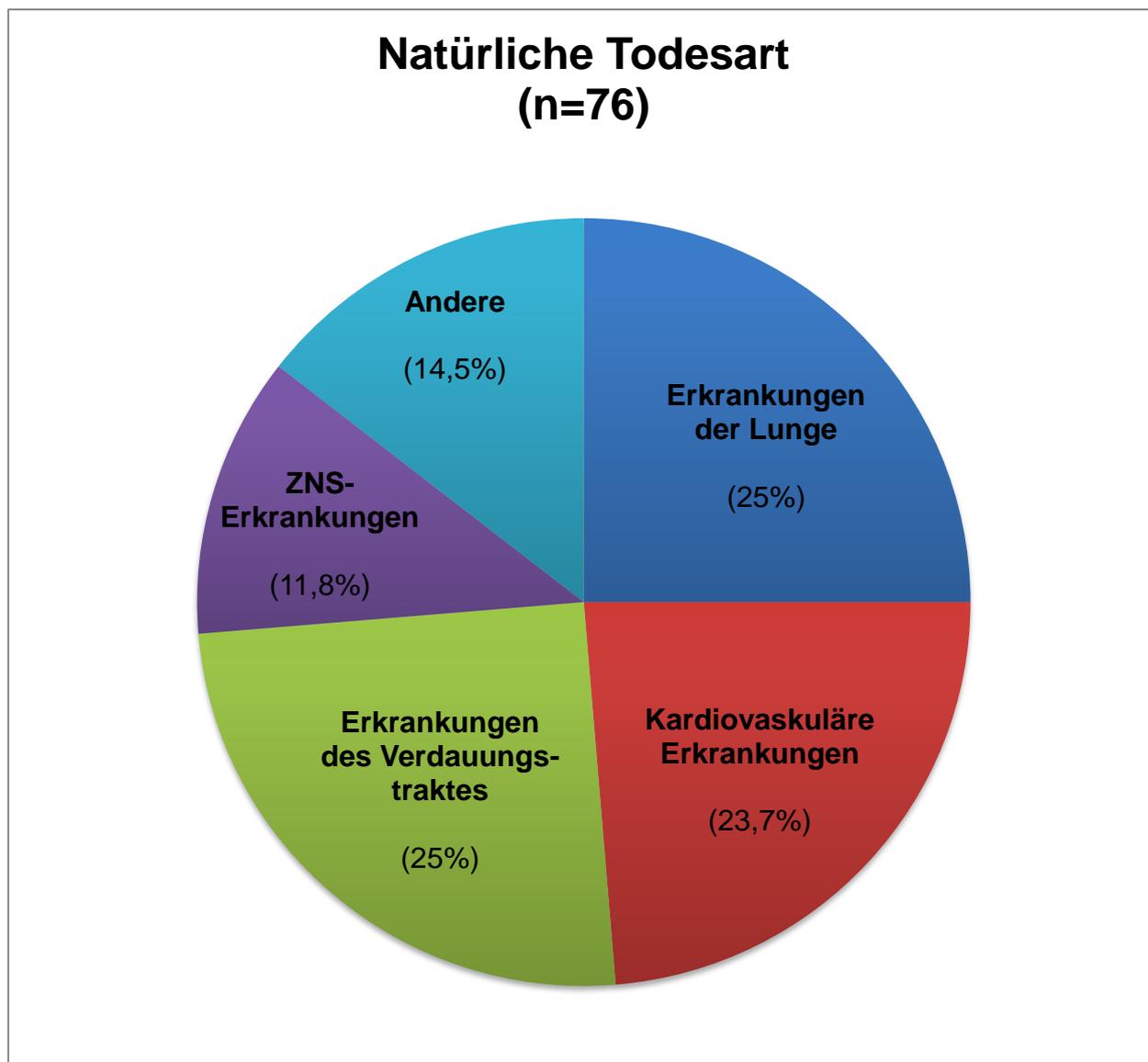


Diagramm 2: Die Fälle mit natürlicher Todesart aufgeschlüsselt nach den betroffenen Organsystemen betreffend die Todesursache

Die vier großen Gruppen wurden jeweils im Hinblick auf die einzelnen Krankheitsbilder ausgewertet. Betrachtet man zunächst die Gruppe der „Erkrankungen der Lunge und der Bronchien“ (Diagramm 3), die insgesamt 19 Personen umfasst, so stellt man fest, dass 13 von ihnen an einer Pneumonie verstarben. Bei vier Betroffenen wurde eine chronische

Lungenerkrankung wie Asthma bronchiale oder COPD als Todesursache festgestellt. Jeweils eine Person starb an einer Bronchitis bzw. an einer Lungenarterienembolie.

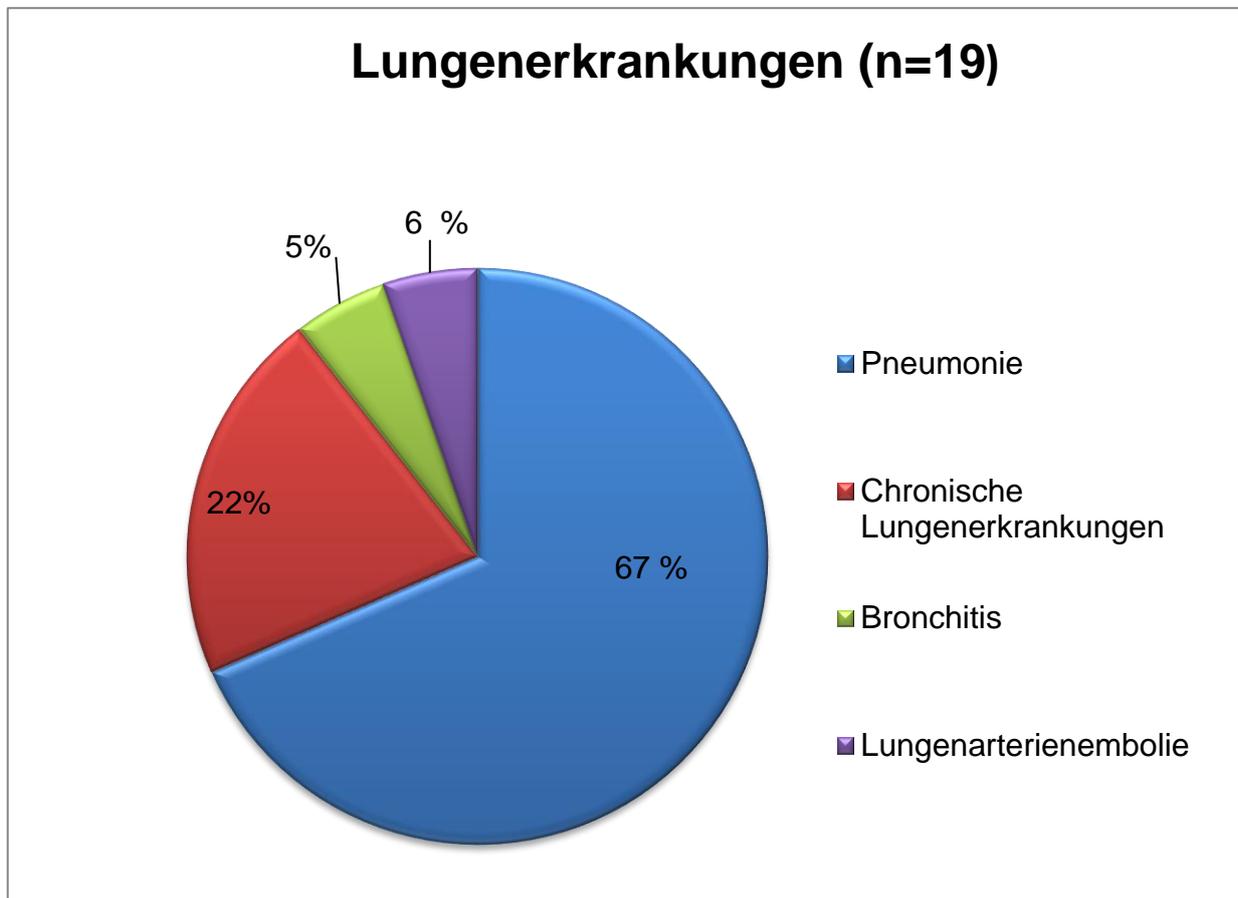


Diagramm 3: Lungenerkrankungen

Mit insgesamt 18 Fällen ist die Gruppe der kardiovaskulären Erkrankungen ungefähr gleich groß wie die Gruppe der „Lungenerkrankungen“ und der „Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes“. Da diese Gruppe sehr heterogen ist, wurde sie weiter in „Herzinfarkte“ und „sonstige kardiovaskulären Krankheiten“ unterteilt. Die zuletzt genannte Einheit beinhaltet Krankheitsbilder wie Herzbeutelamponade (nicht infolge eines Herzinfarktes), Aortendissektion, Herzinsuffizienz, akutes Herzversagen, Herztod durch Entzündungen. Diesen Erkrankungen erlagen 14 Obdachlose, während weitere vier Personen ohne festen Wohnsitz infolge eines Herzinfarktes starben. Aufgrund der

großen Divergenz der Todesursachen wurde auf eine graphische Aufarbeitung dieser Gruppe verzichtet.

Die Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, die im Diagramm 4 ausführlich vorgestellt sind, bilden mit insgesamt 19 Fällen die dritte große Gruppe unter den natürlichen Todesfällen im Obdachlosenmilieu. Dabei stellen die Blutungen im gastrointestinalen Trakt und die Lebererkrankungen mit jeweils sechs Fällen die zwei häufigsten Todesursachen in dieser Kategorie dar. Bei den hepatischen Erkrankungen handelte es sich in den meisten Fällen um eine Leberzirrhose. Die gastrointestinalen Ulzera und Pankreatitis bzw. Pankreasnekrosen zählen jeweils zwei Todesfälle. Drei Personen starben infolge einer Peritonitis, wobei dies in zwei Fällen als Folge einer Entzündung bzw. einer Nekrose der Bauchspeicheldrüse gewertet wurde.

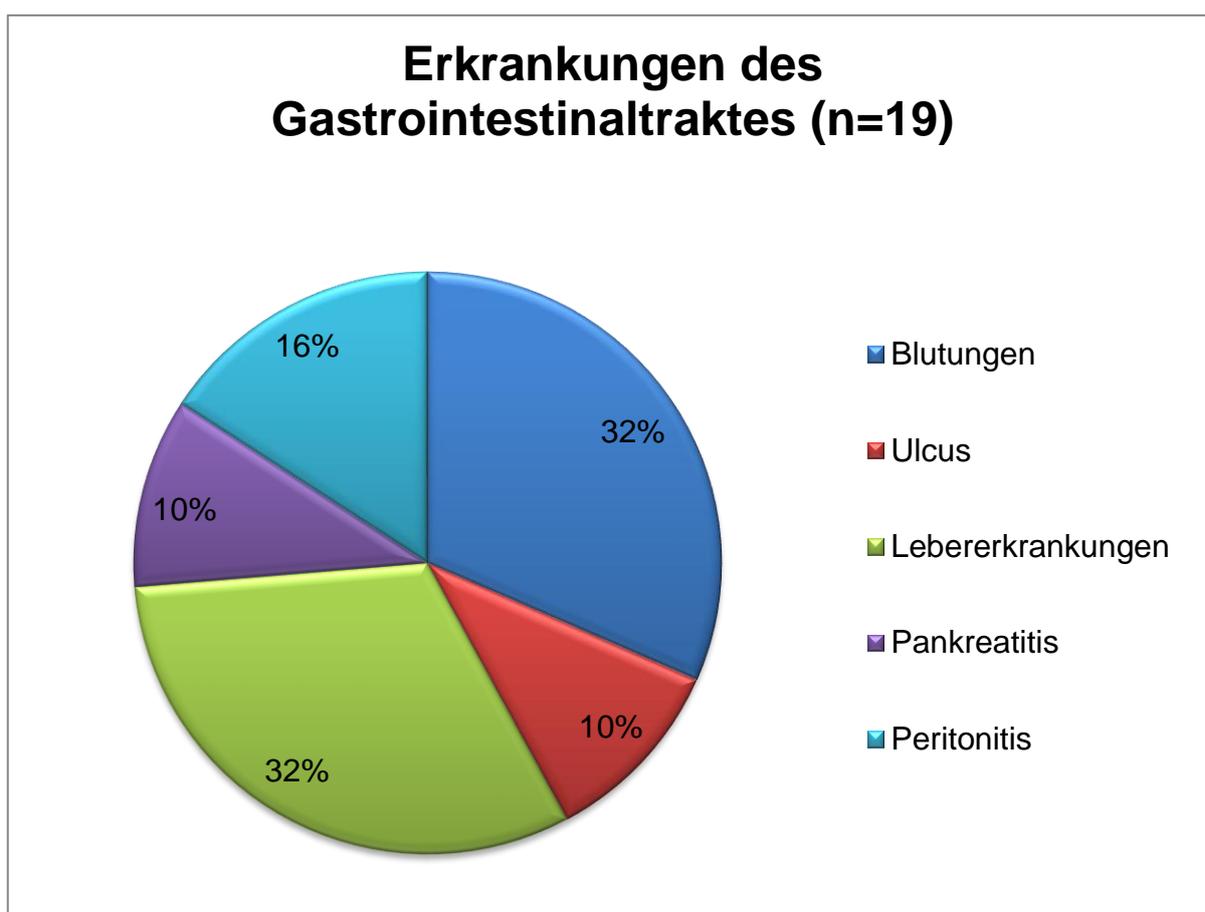


Diagramm 4: Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes

Zu der Gruppe der neurologischen Erkrankungen zählen Krampfanfälle, nicht-traumatische Hirnblutungen und Apoplex. Bei neun eines natürlichen Todes gestorbenen Obdachlosen wurde jeweils eine dieser Krankheiten als Todesursache diagnostiziert.

3.4 Nicht natürliche Todesart

Der ausführlichste Abschnitt dieser Arbeit widmet sich den Todesfällen mit nicht natürlicher Todesart. Insgesamt wurde bei 131 Wohnungslosen (56%) in dem untersuchten Zeitraum ein nicht natürlicher Tod festgestellt. Diese Fälle wurden, wie die Tabelle 3 zeigt nach der Todesursache in folgende Gruppen eingeteilt: „Brände“, „Intoxikationen“, „Todesfälle im Verkehr und Schienenverkehr“, „Strangulationen“, „Stürze aus der Höhe“, „Ertrinken“, „Unterkühlungen“, „Tötungen“ und „Sonstige Todesursachen“. Bei den Letzteren handelte es sich in den meisten Fällen um Traumata (häufig Schädelhirntrauma), die sich die Betroffenen infolge von Stürzen oder unter anderen Umständen zugezogen haben. Neun Obdachlose verstarben infolge eines Höhensturzes. Genauso viele sind ertrunken. In fünf Fällen waren eine schwere Verbrennung und/oder eine Kohlenmonoxidvergiftung infolge eines Brandes todesursächlich. Dazu zählen allerdings nicht die Todesfälle infolge einer Brandstiftung. Diese werden der Gruppe der Tötungsdelikte zugeordnet. Auch die Strangulation umfasst fünf Todesfälle. Dabei handelt es sich sowohl um Suizide als auch um autoerotische Unfälle. Sieben Wohnungslose wurden entweder von einer U-, S,- oder Straßenbahn oder von einem Zug überfahren. In manchen dieser Fälle bestand der Verdacht auf einen Suizid, aber eindeutige Beweise wie bspw. ein Abschiedsbrief wurden nicht aufgefunden. Zwei Personen ohne festen Wohnsitz verstarben infolge eines Verkehrsunfalls und vier Menschen erlitten einen Bolustod.

Nicht natürliche Todesart	Fallzahl	%
Gesamt	131	100
Aspiration/ Bolustod	4	3,1
Strangulation	5	3,8
Brand/ Kohlenmonoxidvergiftung	5	3,8
Unterkühlung	6	4,5
Andere Todesursachen	8	6,1
Unfall im (Schienen-) Verkehr	9	6,9
Ertrinken	9	6,9
Sturz aus der Höhe	9	6,9
Tötungsdelikt	16	12
Intoxikation	60	46

Tabelle 3: Fälle mit nicht -natürlicher Todesart weiter differenziert nach Todesursachen bzw. -umständen

Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die nicht natürlichen Todesfälle. Im Fokus dieser Arbeit stehen die für das Obdachlosenmilieu relevanten Unterkühlungen, die Intoxikationen, die die häufigste Todesursache in dem untersuchten Problemkreis darstellen, und ein besonderes Augenmerk liegt auf den Tötungsdelikten, die für die Rechtsmedizin von besonderem Interesse sind. Diese drei Schwerpunkte werden in den nächsten Kapiteln detailliert vorgestellt. Andere nicht natürliche Todesfälle sind nur quantitativ erfasst.

3.4.1 Unterkühlung

Von 235 obduzierten Obdachlosen starben sechs (2,5%) an einer Unterkühlung. Zwei Personen davon waren weiblich und vier männlich. Das Durchschnittsalter in dieser Gruppe lag bei 55,6 Jahren, wobei das Alter einer Person unbekannt blieb. Eine wichtige Rolle für die Auswertung der Todesfälle aufgrund einer Hypothermie spielen die Jahreszeit bzw. die Außentemperatur, die Auffindungssituation und die Toxikologie. Eine besondere Stellung in diesem Zusammenhang nimmt die Blutalkoholkonzentration (BAK) ein. Denn der Alkohol stumpft nicht nur den Orientierungssinn ab, sondern kann den Kältetod beschleunigen. Das subjektive Hitzeempfinden, bedingt durch die Vasodilatation, verursacht die sogenannte Kälteidiotie: Der Betroffene zieht sich aus, auch wenn die Außentemperatur sehr niedrig ist (Madea, 2009).

	Fallzahl
Tod durch Hypothermie	6
Männer	4
Frauen	2
Im Winter (Dezember–Februar)	5
Im Frühling (März–Mai)	1
Im Sommer (Juni–August)	0
Im Herbst (September–November)	0
<u>Toxikologische Auffälligkeiten:</u>	2
Davon erhöhte BAK	0
Psychopharmaka	2

Tabelle 4: Unterkühlungen

3.4.1.1 Auffindungssituation

Alle sechs Personen, die an der Hypothermie verstarben, wurden draußen in der Öffentlichkeit gefunden. Dazu zählen solche Orte wie ein Wald, ein Dach eines Kinogebäudes und ein draußen selbst errichteter Schlafplatz. Fünf der sechs Betroffenen starben an der Hypothermie in den Wintermonaten (Dezember/Januar/Februar), zwei von ihnen wurden sogar im Schnee gefunden. Einer der sechs Todesfälle geschah in der ersten Aprilhälfte. Weiterhin ist bekannt, dass fünf von sechs entdeckten Leichen vollständig und dem Wetter entsprechend in Anorak oder Daunenjacke gekleidet waren. Bei einem Fall wurden zwar Vermutungen über einen Suizid geäußert, aber eindeutige Hinweise wie ein Abschiedsbrief lieferte der Fundort nicht.

3.4.1.2 Obduktionsbefunde

Zunächst mussten andere Todesursachen ausgeschlossen werden. In keinem der sechs Fälle fanden sich Anzeichen einer stumpfen oder scharfen Gewalteinwirkung durch eigene oder fremde Hand. Bei allen Betroffenen wurden andere krankhafte

Organveränderungen festgestellt, die zum einen auf eine abgelaufene Krankheit wie Tuberkulose oder Pankreatitis hindeutete und zum anderen eine chronische Erkrankung wie Arteriosklerose, Leberverfettung und Gastritis belegte. Keine dieser Pathologien wurde aber als todesursächlich relevant beschrieben. Ausnahmslos wiesen alle Leichen die sogenannten Wischnewski-Flecken auf. Dabei handelt es sich um Erosionen der Magenschleimhaut, die man typischerweise bei Kältetoten findet (Penning, 2005)

3.4.1.3 Toxikologie

Die toxikologische Untersuchung zeigte bei zwei Personen Auffälligkeiten im Hinblick auf zentral wirkende Substanzen. Dabei handelte es sich bei einer Frau um das Arzneimittel Zolpidem, dessen Konzentration im Blut im toxischen Bereich lag und bei einer weiteren Person wurde eine erhöhte Konzentration von Methadon festgestellt. Man muss an dieser Stelle anmerken, dass bei allen Verstorbenen keine Alkoholisierung festgestellt wurde.

3.4.2 Intoxikationen

Die Intoxikationen bilden mit insgesamt 60 Fällen in der Gruppe „nicht natürliche Todesart“ mit Abstand die größte Untereinheit. Das Diagramm 5 zeigt die Einteilung in die Kategorien „BtM-Intoxikationen“, „Alkoholintoxikationen“, „Mischintoxikationen“ und „Intoxikationen durch Medikamente“. Die zuletzt genannte Einheit umfasst nur einen Fall, bei dem es sich um eine Vergiftung mit den Medikamenten Carbamazepin, Trimipramin und Venlafloxin handelte, wobei sich die genannten Substanzen in ihrem zentral dämpfenden Effekt gegenseitig verstärkten. In diesem Kapitel werden nun die Todesfälle ausgewertet, bei denen kein Fremdverschulden nachgewiesen wurde. Es wird dabei nicht zwischen versehentlicher und suizidaler Intoxikation differenziert, da die untersuchten Akten nicht genügend Hinweise lieferten, um einen Suizid zu bestätigen bzw. zu widerlegen.

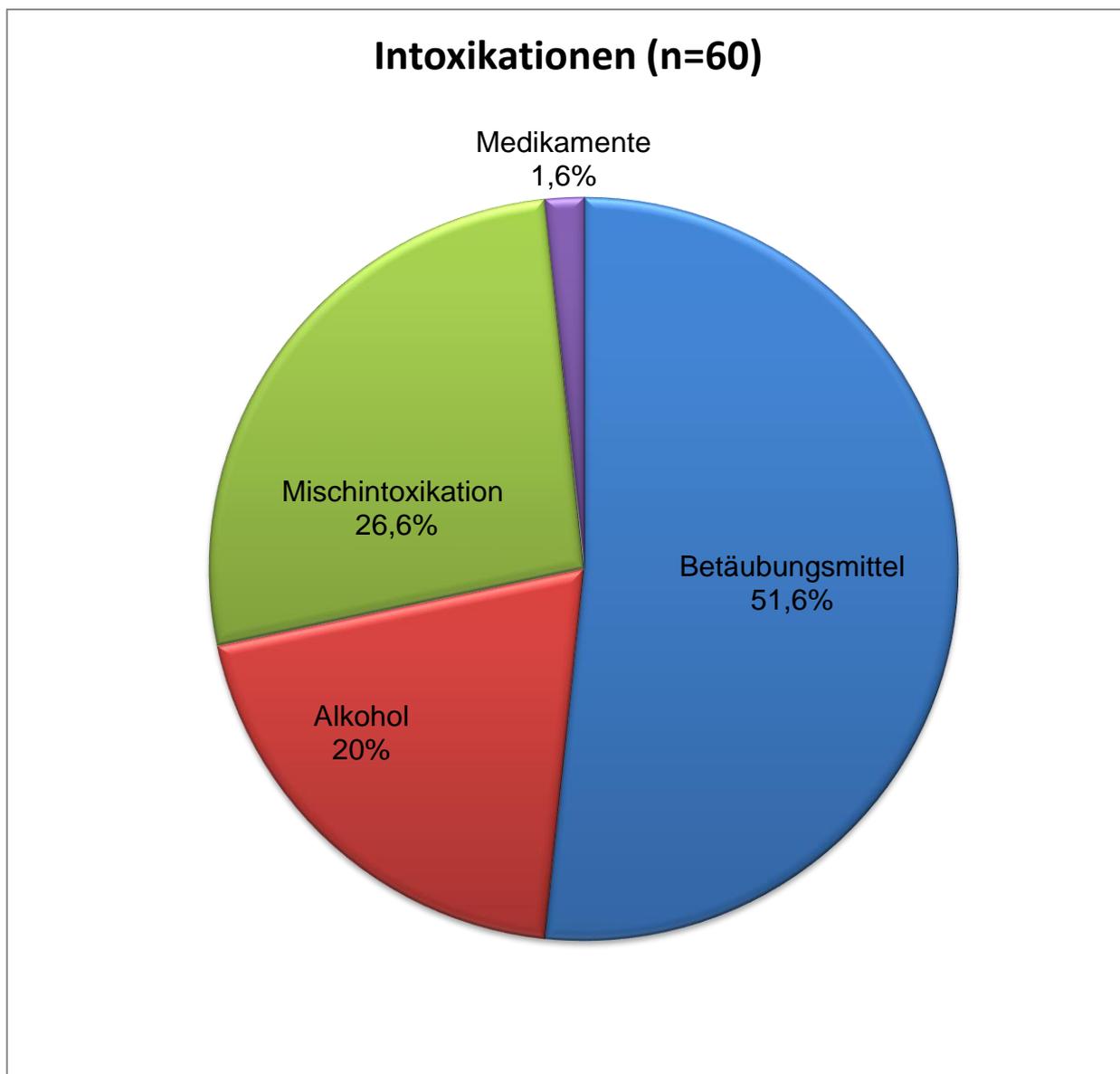


Diagramm 5: Intoxikationen

Insgesamt starben 60 wohnungslose Personen, davon sechs Frauen (10%) und 54 Männer (90%), an einer Vergiftung. Mehr als die Hälfte davon (31 Personen) starb an einer BtM-Intoxikation, während 12 Personen eine Alkoholintoxikation erlitten. Bei 16 Obdachlosen wurde eine Mischintoxikation als Todesursache festgestellt.

3.4.2.1 Alkoholintoxikationen

In diesem Abschnitt handelt es sich nur um die Fälle, bei denen der Todeseintritt ausschließlich und allein durch die Alkoholkonzentration im Blut erklärt wurde. Todesfälle, bei denen die alkoholbedingte Bewusstseinstörung zu tödlichen Traumata führte, wurden bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Im Zeitraum 2005–2012 starben in Berlin 12 Obdachlose (5,1%) infolge einer Alkoholvergiftung. Von den betroffenen Personen waren zwei weiblich und zehn männlich. Das Durchschnittsalter in dieser Gruppe lag bei 43,1 Jahren. In der Leichentoxikologie werden hauptsächlich zwei Verfahren zur Bestimmung der Ethanolkonzentration angewendet, nämlich das Alkoholdehydrogenase-Verfahren (ADH-Verfahren) und die Gaschromatographie. Es ist hier entscheidend, zwischen den einzelnen Alkoholgruppen zu differenzieren, um eine Ethanol- von einer Methanolvergiftung abzugrenzen. Unter den ausgewerteten Fällen kam ein Todesfall mit Methanolvergiftung vor, wobei die Methanolkonzentration dabei bei 45 mg/l lag. Der Referenzbereich für Methanol liegt bei < 1,5 mg/l (Labor Karlsruhe, 2018). Bei den restlichen elf Personen lag eine Ethanolvergiftung vor.

Alkoholintoxikationen	Fallzahl	%
Gesamt	12	100
Männer	10	83
Frauen	2	17
Methanolintoxikation	1	8,3
Ethanolintoxikation	11	91,7

Tabelle 5: Alkoholintoxikationen allgemein

Die gemessene Ethanolkonzentration im Blut der Verstorbenen betrug im Durchschnitt 3,45 ‰. Der höchste Wert lag bei 5,6 ‰. Bei vier Personen lag die Konzentration bei über 4 ‰, bei fünf Personen zwischen 3 ‰ und 4 ‰ und bei weiteren zwei Personen unter

3 ‰. Bei den meisten wurde autoptisch anhand typischer Folgeerkrankungen und/oder über eine Haaranalyse chronischer Alkoholabusus nachgewiesen.

Ethanolkonzentration im Blut	Fallzahl
> 4 ‰	4
3–4 ‰	5
< 3 ‰	2

Tabelle 6: Alkoholintoxikationen

3.4.2.2 BtM-Intoxikationen

Die Vergiftung mit Betäubungsmitteln stellte sich als häufigste Todesursache im Obdachlosenmilieu heraus. In diesem Kapitel werden die Fälle vorgestellt, bei denen der Tod ausschließlich durch eine akute BtM-Intoxikation herbeigeführt wurde und bei denen keine anderen Substanzen (wie Alkohol oder Medikamente) als Todesursache in Frage kamen. Dabei werden aber alle Fälle berücksichtigt, bei denen es sich um eine kombinierte BtM-Intoxikation handelt, d.h. der Tod wurde durch zwei oder mehr Stoffe aus der Gruppe der Betäubungsmittel verursacht. Mischintoxikationen, an denen auch Alkohol beteiligt ist, werden hingegen in einem separaten Abschnitt erläutert. In dem untersuchten Zeitraum hat sich bei insgesamt 31 Verstorbenen der Drogenmissbrauch als unmittelbare Todesursache erwiesen. Davon waren drei Frauen betroffen. Bei der Auswertung fiel auf, dass die Fälle sich in Bezug auf Todesumstände, Auffindungssituation und Toxikologie sehr ähneln, sodass es sinnvoll erscheint, dieses Kapitel mit einer typischen Fallvorstellung einzuleiten.

Beispiel-Fall: „BtM-Intoxikation“

Ein 21-jähriger Mann wurde leblos in der Wohnung seines Bekannten im Bett in der Bauchlage liegend aufgefunden. Die alarmierte Feuerwehr hat nur den Tod feststellen können. Es wurde bekannt, dass der Betroffene sich am Vortag dreimal Heroin und

Kokain in die Leiste gespritzt hatte (zwei verschiedene Spritzen). Entsprechende Utensilien waren in der Wohnung gefunden worden. Der nunmehr Verstorbene sei am Vortag aus der Justizvollzugsanstalt (JVA) entlassen worden. Er habe an Hepatitis gelitten und befand sich in einer Methadonbehandlung. Der Obduktionsbefund lieferte bereits Hinweise auf eine BtM-Intoxikation, z.B. durch frische und vernarbte Einstichstellen in der Leiste, eine volle Harnblase und einen erweiterten Enddarm. Dem toxikologischen Befund zufolge wurde eine Morphinkonzentration von 0,043 µg/ml im Blut und 37,7 µg/ml im Urin des Verstorbenen festgestellt. Obwohl die angegebene Dosis nicht per se als letal eingestuft wird, hat sie aufgrund der durch den JVA-Aufenthalt erzwungene Entwöhnungssituation den Tod herbeigeführt.

Wie es in dem oben präsentierten Fall gezeigt wird, handelte es sich bei den meisten Verstorbenen um junge Männer und häufig sind es entlassene Häftlinge, die sich nach längerer erzwungener Abstinenz versehentlich überdosieren. Bereits die Auffindungssituation weckte in den meisten Fällen den Verdacht auf einen Drogentod und wie in dem geschilderten Fall waren es häufig „szenentypische“ Fixerutensilien, die bei den Verstorbenen gefunden wurden. Bereits bei der äußeren Inspektion fielen frische und/oder vernarbte Injektionsstellen auf der Haut auf, die auf einen intravenösen BtM-Konsum hindeuten. Diese Art Drogeneinnahme stellte sich als die häufigste unter den untersuchten Fällen heraus. In den Fällen, in denen die Substanzen durch Schnupfen oder Inhalation konsumiert wurden, fand man entsprechende Spuren an den Schleimhäuten. Wie der vorgestellte Fall zeigt, ist die Blutkonzentration einer Substanz allein nicht entscheidend, sondern muss im Zusammenhang mit den anderen toxikologischen Befunden und der Auffindungssituation betrachtet werden. In der vorliegenden Arbeit ist eine sinnvolle Auswertung der Konzentrationen nicht möglich, da in die Interpretation neben der absoluten Konzentration auch individuelle Faktoren wie Gewöhnung und Vorerkrankungen berücksichtigt werden müssen. Es wurden unterschiedliche Asservate auf unterschiedliche Substanzen bzw. deren Metaboliten untersucht. Abhängig vom jeweiligen Einzelfall wurden die Substanzen im Blut, im Urin, in der Gallenflüssigkeit, im Gehirngewebe, im Lungensaft und anderen Asservaten bestimmt. In einigen Fällen wurde nur eine qualitative Analyse durchgeführt und auf die Bestimmung der genauen Konzentration wurde verzichtet. In vier Fällen fehlte der toxikologische Bericht oder war nicht eindeutig. Die anderen 27 Todesfälle mit BtM-Intoxikationen wurden der Übersicht halber in zwei Gruppen eingeteilt, nämlich die

Monointoxikationen und die kombinierten Intoxikationen, Jede Gruppe umfasst ungefähr die gleiche Anzahl der Fälle.

3.4.2.2.1 Monointoxikationen

In dem untersuchten Zeitraum starben 14 Obdachlose, davon eine Frau, an einer sogenannten Monointoxikation. Dabei handelte es sich fast ausschließlich um akute Heroingiftungen. In einem Fall konnte man toxikologisch nicht zwischen einer Morphin- und Heroingiftung differenzieren. Im Durchschnitt waren die Verstorbenen 34 Jahre alt.

3.4.2.2.2 Kombinierte BtM-Intoxikationen

In diesem Abschnitt geht es um Betroffene, die gleichzeitig mehrere Betäubungsmittel eingenommen haben. Hier wurde der Intoxikationstod nicht durch die Überdosierung einer Substanz hervorgerufen, sondern durch die Wechselwirkung zwischen den eingenommenen Substanzen (und ggf. ihren Streckmitteln), die sich in ihrem Effekt gegenseitig verstärkten. Insgesamt starben 13 Personen, davon zwei Frauen, aus dem Obdachlosenmilieu an einer kombinierten BtM-Intoxikation. Wie die Tabelle 7 zeigt, wurden mindestens zwei und maximal vier Substanzen miteinander kombiniert. Es handelte es sich in sieben Fällen um eine Kombination aus zwei Substanzen. In drei Fällen wurden hingegen drei verschiedene Betäubungsmittel gleichzeitig eingenommen, während in weiteren drei Fällen die Kombination aus vier Vertretern der BtM-Stoffgruppe den Tod verursacht hat.

Kombinationen	Fallzahl
Gesamt	13
Zwei Substanzen	7
Drei Substanzen	3
Vier Substanzen	3

Tabelle 7: Kombinierte BtM-Intoxikationen

Das Diagramm 6 präsentiert die einzelnen Substanzen und die Häufigkeit ihres Vorkommens. Es fällt zunächst auf, dass Morphin bzw. Heroin nicht nur in der Gruppe der Monointoxikationen dominierte, sondern auch in den meisten (zehn) Fällen an der kombinierten BtM-Intoxikation beteiligt war. Bei einer Halbwertszeit (HWZ) von wenigen Minuten wird Heroin rasch über 6-Mononacetylmorphin zu Morphin verstoffwechselt, das eine HWZ von bis zu 3 Stunden hat (Madea, 2009). Dadurch wird auch die Abgrenzung zwischen Morphin- und Heroinkonsum erschwert. Die zweithäufigste Substanz (acht Fälle) war Kokain, wobei es in sechs Fällen an Lidocain gekoppelt war. Lidocain ist ein örtlich wirksames Betäubungsmittel (Lokalanästhetikum) vom Typ der Amide und wirkt als Klasse-Ib-Antiarrhythmikum bei tachykarden ventrikulären Herzrhythmusstörungen, wird aber im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, als „Streckmittel“ des Kokains aufgeführt. Es dient oft dazu die Drogenmenge scheinbar zu erhöhen und den höheren Wirkstoffgehalt vorzutäuschen. Da das Lidocain im Gegensatz als aktives „Streckmittel“ bezeichnet wird, kann es die Wirkung des Kokains verändern. (Pharmazeutische Zeitung 1998; Karow, 2016). Auch ZNS-wirksame Medikamente waren in den todesursächlichen Mischungen enthalten. Dabei handelte es sich in fünf Fällen um Methadon und in drei Fällen um Benzodiazepine. An weiteren einzelnen Fällen waren Tramadol und Codein beteiligt.

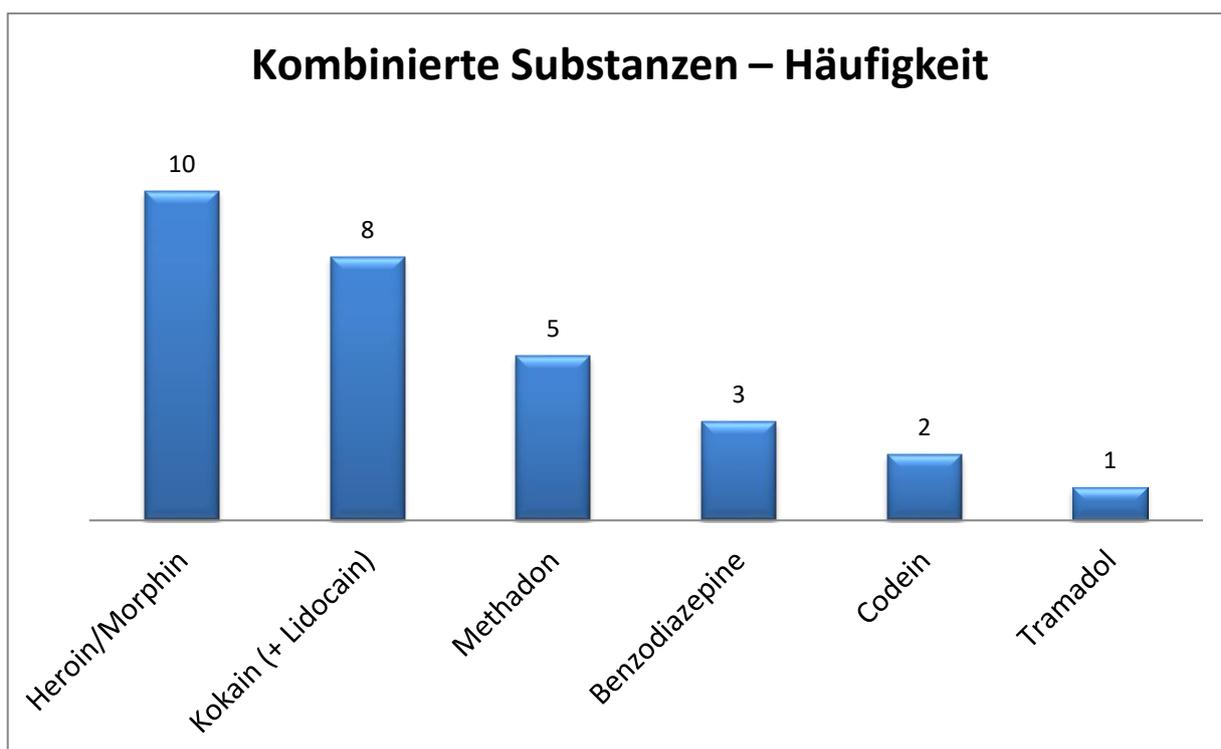


Diagramm 6: Kombinierte Substanzen-Häufigkeit

In der folgenden Tabelle 8 sind die einzelnen Substanzen in den Kombinationen aufgeführt, in denen sie bei den Verstorbenen nachgewiesen wurden. Die Kombinationen 9 und 11 kamen jeweils zweimal vor.

Kombinationen	Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3	Substanz 4
1	Morphin/Heroin	Kokain	Methadon	Codein
2	Morphin/Heroin	Kokain	Lidocain	Methadon
3	Morphin/Heroin	Kokain	Lidocain	
4	Morphin/Heroin	Methadon	Lidocain	Codein
5	Morphin/Heroin	Carbamazepin		
6	Morphin/Heroin	Flunitrazepam		
7	Morphin/Heroin	Diazepam		
8	Morphin/Heroin	Tramadol		
9	Morphin/Heroin	Kokain		
10		Kokain	Lidocain	
11		Kokain	Lidocain	Methadon

Tabelle 8: Kombinationen

3.4.2.3 Mischintoxikationen

Die in der Abbildung 1 aufgeführten Substanzen verursachten in Kombination mit Alkohol bei 16 Obdachlosen (6,8%) eine tödliche Intoxikation. Bei den Betroffenen handelt es sich ausschließlich um männliche Personen, die im Durchschnitt ein Lebensalter von 42 Jahren erreicht haben.

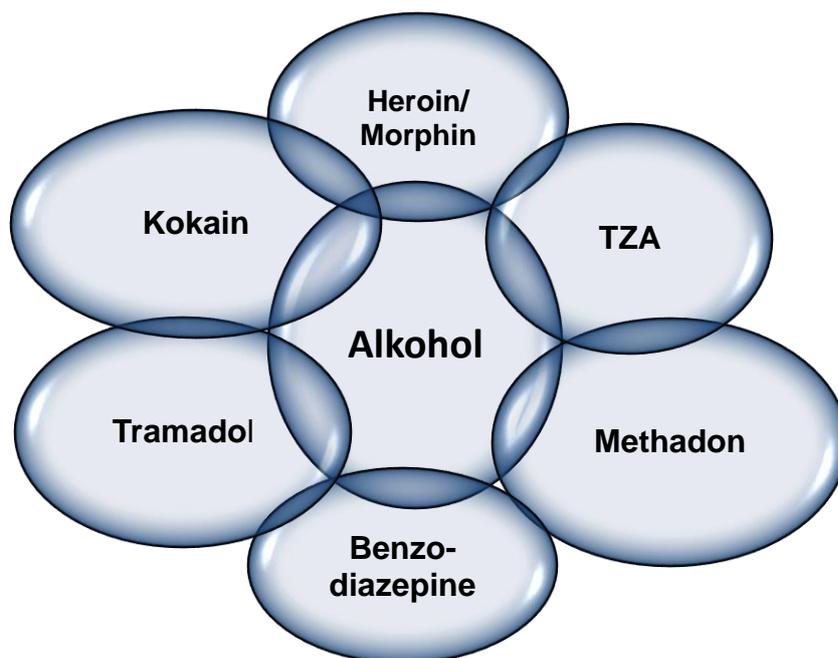


Abbildung 1: Mischintoxikationen

In neun Fällen wurde Alkohol zeitgleich bzw. zeitnah mit Heroin eingenommen. Die Alkohol-Methadon-Mischintoxikation umfasste drei Fälle. In weiteren Fällen, die in der Tabelle 9 zusammengefasst sind, handelte es sich hauptsächlich um die gleichzeitige Einnahme von Psychopharmaka wie trizyklische Antidepressiva (TZA) und Alkohol. Die durchschnittliche Alkoholkonzentration in der untersuchten Gruppe betrug 1,5 ‰. Die niedrigste Alkoholkonzentration lag bei 0,2 ‰ und die höchste bei 3,2 ‰.

Mischintoxikationen	Fallzahl
Gesamt	16
Alkohol + Heroin	9
Alkohol + Methadon	3
Alkohol + Diazepam + Venlafloxin	1
Alkohol + Heroin + Kokain	1
Alkohol + Heroin + Tramadol + Diazepam	1
Alkohol + Methadon + Tramadol + Diazepam	1

Tabelle 9: Mischintoxikationen

3.4.3 Tötungsdelikte

Das umfangreichste Kapitel der vorliegenden Arbeit widmet sich den Tötungsdelikten. Unter den nicht natürlichen Todesfällen im Obdachlosenmilieu belegen die Tötungen mit insgesamt 16 Fällen den zweiten Platz. In fast allen Fällen handelte es sich um männliche Opfer und nur in einem Fall um ein weibliches. Der Altersdurchschnitt der Getöteten lag bei 40,5 Jahren. Die untersuchten Fallakten der Opfer wurden im Hinblick auf den Fundort, die Todesart, die Art der Gewalteinwirkung, die Todesursache und die Toxikologie ausgewertet.

3.4.3.1 Tat- und Fundorte

Die Tötungsdelikte im Berliner Obdachlosenmilieu wurden im Folgenden nicht nur den Orten, sondern auch den Stadtteilen der Hauptstadt zugeordnet, unter Berücksichtigung der Frage nach einer möglichen Tendenz. Diese Ergebnisse sind in der Tabelle 10

dargestellt. Hier sticht ins Auge, dass im Zusammenhang mit Tötungsdelikten an den Obdachlosen die Stadtbezirke Mitte, Lichtenberg und Neukölln mit jeweils drei Opfern und Kreuzberg mit zwei Getöteten besonders präsent sind.

Fund-/Tatorte (Stadtbezirke)	Fallzahl
Berlin-Mitte	3
Berlin-Lichtenberg	3
Berlin-Neukölln	3
Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg	2
Berlin-Charlottenburg	1
Berlin-Pankow	1
Berlin-Marzahn	1
Berlin-Schöneberg	1
Unbekannt	1
Gesamt	16

Tabelle 10: Fund-/Tatorte

Die nähere Auswertung der Leichenfundorte ist im Diagramm 7 vorgestellt. Von insgesamt 16 Opfern ohne festen Wohnsitz wurden sieben tot in der Öffentlichkeit gefunden. Dabei handelte es sich um Orte wie einen leerstehenden Rohbau eines Einfamilienhauses, eine Parkbank, einen Gehweg in der Nähe einer Kleingartenanlage, ein Friedhofsgelände und öffentliche Plätze im Stadtzentrum wie bspw. den Leopoldplatz oder die Spreepromenade. Fünf Obdachlose wurden im Gegensatz dazu in einer Wohnung getötet. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen um die Wohnung eines Bekannten, teilweise sogar jener des mutmaßlichen Täters. Einige Opfer wurden in der Wohnung gefunden, in die sie vorher eingebrochen waren. In zwei Fällen wurde das Opfer zwar in der Öffentlichkeit gefunden und wurde mit einer tödlichen Verletzung ins

Krankenhaus eingeliefert, wo es jedoch nicht mehr gerettet werden konnte. In einem Fall wurde der Totschlag in der Klinik durch einen Krankenpfleger verübt. Darüber hinaus wurde ein Mann im Obdachlosenheim fahrlässig getötet und ein Obdachloser in einem Wohncontainer zu Tode geschlagen. Die zuletzt genannten drei Fälle werden in dem Diagramm 7 als „Sonstige“ kategorisiert.



Diagramm 7: Fund-/Tatorte

3.4.3.2 Herkunft der Opfer

Anhand der Vorgeschichte, der Meldeanschrift und der mitgeführten Papiere kann man einige Aussagen bezüglich der Herkunft der Opfer treffen. Manche von ihnen waren im Ausland gemeldet, führten aber in Berlin offensichtlich ein Leben als Obdachlose. Wie in der Tabelle 11 verdeutlicht, waren jedoch zehn von 16 Opfern deutscher Herkunft, in nur drei Fällen handelte es sich um Opfer asiatischer Herkunft und davon waren zwei Getötete Bürger der Mongolei. Ein weiterer getöteter Mann ohne festen Wohnsitz in Deutschland kam aus Litauen.

Herkunft der Opfer	Fallzahl
Deutsch	10
Asiatisch (mongolisch)	3 (2)
Litauisch	1
Unbekannt	2

Tabelle 11: Herkunft der Opfer

3.4.3.3 Toxikologie

Die Handlungsfähigkeit, d.h. die Möglichkeit, sich gegen den Täter zu wehren oder ihm zu entkommen, und auch die Dauer der Sterbephase hängen nicht nur von der Schwere und der Art der Verletzungen, sondern auch von der Vigilanz, die durch zentralwirksamen Substanzen wie Alkohol, Medikamente und Drogen beeinflusst werden kann. Von 16 Fallakten beinhalteten 14 einen toxikologischen Befund und nur zwei davon waren unauffällig. Ein Opfer wurde durch den Pfleger mit Medikamenten vergiftet. Dieser Fall wird später in einem separaten Abschnitt ausgewertet.

Toxikologische Befunde	Fallzahl
Anzahl der Opfer	16
Fehlende Befunde	2
Unauffällig	2
Drogenkonsum (+Alkohol)	2 (1)
Alkoholkonsum	9
Medikament	1

Tabelle 12: Toxikologische Befunde der Opfer

Den vorliegenden toxikologischen Befunden zufolge befanden sich 10 Opfer, wie in der Tabelle 12 veranschaulicht, zum Zeitpunkt des Todeseintritts im alkoholisierten Zustand. Die Tabelle 13 gibt einen Überblick über die BAK der Opfer. Die mittlere Alkoholkonzentration im Venenblut lag in dieser Gruppe bei 2,4 ‰. Die höchste BAK betrug 4,7 ‰ und die niedrigste 0,6 ‰.

Blutalkoholkonzentration	
2,4 ‰	Im Durchschnitt
0,6 ‰	Minimale
4,7 ‰	Maximale
< 2 ‰	3 Fälle
2–3 ‰	4 Fälle
3–4 ‰	1 Fall
> 4 ‰	2 Fälle

Tabelle 13: Alkoholeinfluss beim Opfer

In manchen Fällen wurden bereits bei der äußeren Inspektion Hinweise auf einen Drogenkonsum entdeckt. Bei vier Opfern wurden frische oder vernarbte Injektionsstellen gefunden. Nähere Informationen lieferte dann der toxikologische Befund. Nur bei zwei Opfern konnte ein Betäubungsmittel im Blut nachgewiesen werden. In einem Fall handelt es sich um Heroin/Morphin (Konzentration im Venenblut 0,11 µg/ml). Gleichzeitig stand der Betroffene unter sehr starkem Alkoholeinfluss (2,9 ‰), was auf eine hochgradige Einschränkung seiner Handlungsfähigkeit schließen lässt. Ein weiteres Opfer war zum Zeitpunkt des Todeseintritts zwar nicht alkoholisiert, aber auch bei ihm wurde ein Drogenkonsum nachgewiesen.

3.4.3.4 Abwehrverletzungen und sonstige Verletzungen

Außer den tödlichen Verletzungen konnten an einigen Leichen auch Begleitverletzungen festgestellt werden. Häufig waren sie Folgen einer vorangegangenen körperlichen Auseinandersetzung. Oft befanden sich auch Vernarbungen an den Injektionsstellen, die infolge des Drogenkonsums entstanden sind. In den meisten Fällen fanden sich keine Verletzungen, die eindeutig einer Abwehr zugeordnet werden konnten. Nur in wenigen Fällen gab es Verletzungen, die als Folge der Abwehr einer stumpfen Gewalt betrachtet werden konnten. In einem weiteren Fall ließen die Verletzungen im Bereich der Hohlhand und der Beugeseiten der Finger auf eine aktive Abwehr schließen.

3.4.3.5 Die Tatverdächtigen

Aussagen über die Tatverdächtigen, ihre Motive und ihre Beziehung zu den Opfern konnten anhand der Akten getroffen werden. Von insgesamt 16 Fallakten enthielten elf Informationen über den Tatverdächtigen, deren Ausführlichkeit von Fall zu Fall jedoch sehr variierte. In manchen Fällen konnte man aus der beigefügten Anklageschrift oder aus dem Polizeibericht beinahe alles Relevante zur Person des Tatverdächtigen und zu seiner Beziehung zum Opfer erfahren, während manche Akten nur sehr dürftige Informationen lieferten. In fünf Fällen fand man keinerlei Angaben über den Tatverdächtigen. Es wurde lediglich klar, dass der Tod durch fremde Hand herbeigeführt wurde. In der Tabelle 14 sind die relevanten Angaben über die Täter zusammengetragen. Daraus können folgende Kernaussagen abgeleitet werden: In den meisten Fällen stammte der Tatverdächtige selbst aus dem Obdachlosenmilieu häufig kannte er sich bereits mit dem Opfer. Oftmals fand zwischen den Beteiligten unmittelbar vor der Tötung eine Auseinandersetzung statt. Dies ist wichtig, um zwischen Mord und Totschlag zu differenzieren. In einigen Fällen handelte es sich eindeutig um eine vorsätzliche Tötung.

Der Tatverdächtige	ja	nein	nicht bekannt
... kannte sein Opfer	8		8
... gehörte selbst zum Obdachlosenmilieu	8	2	6
... hatte Vorstrafen	4		12
... hatten unmittelbar vor der Tötung einen Streit mit dem Opfer	8	2	6

Tabelle 14: Information über die Tatverdächtigen

3.4.3.6 Einteilung der Tötungsdelikte

Für die Auswertung der einzelnen Fälle ist es sinnvoll, die Tötungsdelikte zunächst nach der Art der Gewalteinwirkung einzuteilen. Diese Einteilung ist in der Abbildung 2 dargestellt. In den folgenden Abschnitten wird auf jede Gruppe im Einzelnen eingegangen. Am häufigsten (in neun Fällen) wurde das Tötungsdelikt durch scharfe Gewalt verübt, wobei man hier zwischen Stich-, Schnitt,- und Hiebverletzungen unterscheidet. In vier Fällen handelte es sich um stumpfe Gewalteinwirkung. Jeweils ein/e Obdachlose/r wurde Opfer einer Brandstiftung, einer Vergiftung und einer Schussverletzung durch fremde Hand.

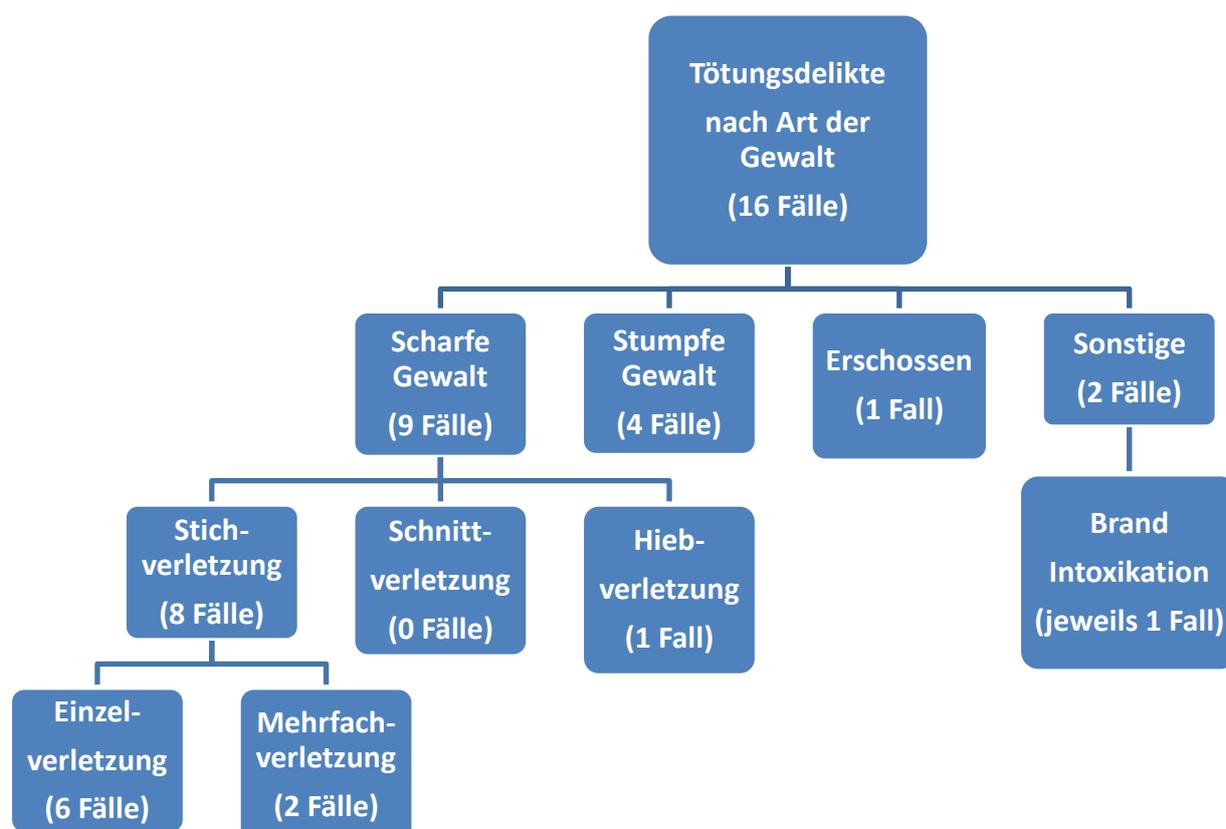


Abbildung 2: Einteilung nach Gewalteinwirkung

3.4.3.6.1 Scharfe und halbscharfe Gewalteinwirkung

In dem untersuchten Zeitraum wurden neun Obdachlose durch scharfe Gewalteinwirkung getötet. Alle Opfer waren männlich. Bei der Differenzierung zwischen tödlichen Stich-, Schnitt- und Hiebverletzungen hat sich herausgestellt, dass acht von den Opfern einer Stichverletzung erlagen und eine Person infolge einer Hiebverletzung starb. Die acht Fälle wurden nach der Anzahl der tödlichen Verletzungen in zwei Gruppen eingeteilt, nämlich „Einzelstichverletzung“ (sechs Fälle) und „multiple Stichverletzungen“ (zwei Fälle). Alle neun Fälle werden in Form von Kasuistiken dieses Kapitel abschließen. Zunächst werden aber in den folgenden Abschnitten die Ergebnisse im Hinblick auf die Lokalisation der Verletzungen, die Todesursache und das Tatwerkzeug vorgestellt.

3.4.3.6.1.1 Lokalisation der Verletzungen

Am häufigsten (in fünf Fällen) hat der Täter in die Brust- bzw. Rumpfregeion gestochen. Daraus resultierten neben den letalen auch weitere Organverletzungen wie bspw. der Leber, der Lunge, des Magens, des Dünndarms, der Weichteile und der Muskulatur. In jeweils einem Fall war der tödliche Stich auf den Kopf und auf die Leiste und in zwei Fällen in den Hals gerichtet.

3.4.3.6.1.2 Todesursachen

In neun Fällen führte das Einwirken von scharfer Gewalt bei den Betroffenen zu letalen Verletzungen. In der Tabelle 15 sind die daraus resultierenden Todesursachen vorgestellt. Am häufigsten ist das Opfer infolge eines massiven Blutverlustes gestorben, der durch die Verletzung des Herzens, der Halsgefäße oder anderer großer Gefäße (Aorta, Arteria femoralis) verursacht wurde, wobei es sich in Einzelfällen auch um Pneumothorax, Luftembolie und Blutaspiration handelte

Todesursache	Fallzahl
Verbluten	6
Pneumothorax	1
Luftembolie	1
Blutaspiration	1

Tabelle 15: Todesursachen Verletzungen durch scharfe Gewalt

3.4.3.6.1.3 Tatwerkzeug

In manchen Fällen wurde die mutmaßliche Waffe am Leichenfundort gefunden, z.B. ein Küchenmesser. In einigen Fällen konnte autoptisch auch zwischen einer einschneidigen und einer zweischneidigen Klinge differenziert werden. Ausführlichere Informationen über die Tatwaffen sind den Sektionsprotokollen jedoch nicht zu entnehmen.

3.4.3.6.1.4 Einzelstichverletzungen

Diese Gruppe zählt insgesamt sechs Fälle, die im Folgenden zusammengefasst werden.

Fall 1:

Ein 39-jähriger Mann, mongolischer Staatsbürger, ohne festen Wohnsitz in Deutschland wurde in einer aufgebrochenen Wohnung in Berlin-Lichtenberg, in einem Hochhaus, in dem gemäß Angaben viele Studenten wohnen würden, tot aufgefunden. Der Mann befand sich in der Bauchlage auf dem Boden, auf dem streifenförmige Blutspuren gefunden wurden, die auf ein Schleifen über den Boden schließen ließen. Beim Umdrehen wurde ein Küchenmesser unter der Leiche gefunden. Die Obduktion erbrachte folgende Todesursache: Verbluten aus einem Herzstich mit Durchstich des Herzbeutels, der Mündungsstelle der Hohlvene und des rechten Herzes. Außerdem sei ein Riss der Oberlippe, eine übermäßige Beweglichkeit der Zähne 1.1; 1.2; 1.3 der oberen Zahnreihe und vertrocknete Blutspuren im Brustkorbbereich festgestellt. Dem toxikologischen Befund zufolge war der Betroffene zum Todeseintritt alkoholisiert (2,6 ‰). Der mutmaßliche Täter wurde in derselben Wohnung ebenfalls tot aufgefunden (siehe Fall 2).

Fall 2:

Ein 37-jähriger Mann, mongolischer Staatsbürger, ohne festen Wohnsitz in Deutschland wurde in Berlin-Lichtenberg in einer aufgebrochenen Wohnung, in einem Hochhaus, in dem viele Studenten wohnen würden, tot aufgefunden (siehe Fall 1). Laut dem Obduktionsbefund sei der Betroffene an folgender Todesursache verstorben: Luftembolie am Herzen, Pneumothorax links und Blutung in die Bauchhöhle (600 ml) infolge einer Stichverletzung mit Eröffnen der Bauch- und Brusthöhle. Außerdem wurden Verletzungen der Leber, des Magens und des Dünndarms festgestellt. Als Werkzeug sei ein einschneidiges Küchenmesser vermutet worden. Zunächst sei keine genaue Differenzierung zwischen Fremd- und Selbstbeibringung möglich gewesen. Es fanden sich außerdem Zeichen der Abwehr von stumpfer Gewalt wie Hautein- und -unterblutungen an den Unterarmen, aber keine Hinweise auf aktive Abwehr. Frischere und ältere Einstichstellen an den Unterarmen deuteten auf einen Drogenkonsum hin, darüber hinaus ergaben es sich Hinweise auf einen chronischen Alkoholmissbrauch. Abschürfungen auf der Stirn und am Kinn wiesen auch auf einen Sturz hin. An den Außenseiten der Unterarme befanden sich oberflächliche Schnittverletzungen der Haut,

die weder auf eine Abwehr zurückzuführen noch selbst beigebracht sind. Die toxikologische Untersuchung fehlte. Zunächst wurde ein Dritter als mutmaßlicher Täter gesucht, aber nach ausführlichen Ermittlungen stellte die Polizei fest, dass die Opfer der Fälle 1 und 2 sich gegenseitig erstochen hätten.

Fall 3:

Ein 33-jähriger Mann deutscher Staatsangehörigkeit ohne festen Wohnsitz wurde leblos an einem öffentlichen Platz in der Nähe eines Kleingartenvereins in Berlin-Pankow gefunden. Dem Obduktionsbefund zufolge verstarb der Betroffene an einem massiven Blutverlust aus der Femoralisarterie infolge einer Stichverletzung in der rechten Leiste. Bei der inneren Besichtigung zeigte sich eine ausgeprägte Blässe der inneren Organe als Zeichen eines massiven Blutverlustes. Es fanden sich keine Anzeichen eines vorher stattgefundenen Kampfes und keine Spuren der Abwehr. Der Betroffene war zum Todeseintritt nicht alkoholisiert, aber bei der toxikologischen Untersuchung ergaben sich Hinweise auf einen Drogenkonsum (Marihuana), womit auch die Motive der Tötung des Betroffenen in Verbindung stehen. Bei den Tatverdächtigen handele es sich um zwei Männer, wobei der eine libanesischer und der andere deutscher Staatsbürger sei. Beide hätten eine abgeschlossene Berufsausbildung, seien jedoch seit Längerem arbeitslos und bereits wegen Diebstahl, Körperverletzung und Sachbeschädigung vorbestraft. Die Täter und das Opfer hätten sich gekannt. Der Verstorbene habe bei einem der Tatverdächtigen Marihuana erworben und habe seine Schulden bei ihm nicht beglichen. Es sei geplant gewesen, das Opfer ins Auto zu locken und es zu Zahlung zu „zwingen“, aber nicht zu töten. Der Betroffene habe sich geweigert, aus dem Auto auszusteigen, woraufhin die Täter ihm aus Wut die Verletzung zugeführt hätten.

Fall 4:

Ein 48-jähriger deutscher Mann ohne festen Wohnsitz wurde am Abend in der Öffentlichkeit in Neukölln mit einem Messerstich in den Hals verletzt und verstarb im Krankenhaus. Als Todesursache ergab die Obduktion eine scharfe Durchtrennung großer Halsgefäße. Es zeigte sich ein Stichkanal mit dem Einstich an der linken Unterkieferseite sowie ein Ausstich aus der rechten Kieferseite. Die Länge des Stichkanals betrug 14 cm. Der Stich führte zur Durchtrennung von Mundbodenweichteilen, des Zungengrundes, der Rachenschleimhaut, des Kehldeckels, der Drosselvene sowie der inneren und der äußeren Karotiden der rechten Seite. Die Blässe der Schleimhäute und der inneren

Organe ist als Folge eines massiven Blutverlustes zu werten. Die Vernarbungen von Unterhautgewebe und oberflächlichen Venen beider Ellenbeugen deuteten einen zurückliegenden Drogenabusus an. Es fanden sich keine frischen Injektionsstellen. Die Alkoholkonzentration im Blut betrug zum Zeitpunkt des Todeseintritts 2,2 ‰. Es seien zwei Tatverdächtige festgenommen worden. Beide hätten keine deutsche Staatsangehörigkeit. Es wurde berichtet, dass zwischen dem Opfer und den mutmaßlichen Tätern eine Auseinandersetzung stattgefunden habe, die soweit eskaliert sei, dass es zum Messerstich gekommen sei.

Fall 5:

Ein 19-jähriger Mann asiatischer Ethnie ohne festen Wohnsitz sei niedergestochen von der Polizei gefunden worden, nachdem sie von einem Bürger (dem mutmaßlichen Täter) alarmiert worden wäre, der angeblich einen illegalen Zigarettendealer festgehalten habe. Als die Beamten zu der genannten Adresse (diese ist unbekannt) kamen, war der Anrufer verschwunden und der Betroffene lag in einer Blutlache. Er verstarb im Unfallkrankenhaus in Berlin-Marzahn trotz medizinischer Versorgung. Über den Täter ist nichts bekannt. Der Obduktionsbefund bestätigte den Todeseintritt durch scharfe Gewalteinwirkung im Bereich des oberen rechten Brustbereiches mit einem Stich in die Hauptschlagader, was zum Verbluten des Opfers führte. Der Stichkanal verlief annähernd horizontal von vorne rechts nach vorne links und hatte zum Sektionszeitpunkt eine Länge von 4 cm. Am Gesicht und an den Händen fanden sich zahlreiche unregelmäßig angeordnete glattrandige Kratzer, die auf das Einwirken von scharfer/halbscharfer Gewalt schließen lassen, aber nicht eindeutig als Abwehrverletzungen eingestuft werden konnten. Der toxikologische Befund war unauffällig. Über den Täter ist nichts bekannt.

Fall 6:

Ein 72-jähriger Mann, deutsch, ohne festen Wohnsitz, wurde auf einer Parkbank am Savignyplatz in Berlin-Wilmersdorf/-Charlottenburg leblos aufgefunden. Er hätte sich im reduzierten Pflegezustand befunden, neben ihm hätte ein Rollator gestanden und auf der Oberkleidung waren kleinere Blutspuren. Dann erkannte man seine Verletzung im Brustbereich. Dem Obduktionsbefund zufolge sind das Verbluten aus dem Bruststich und die Aspiration des Blutes todesursächlich gewesen. Im Bereich der oberen linken Brust zeigte sich ein von außen vorne nach innen hinten horizontal verlaufender Stich – ein

Durchstich des linken Lungenoberlappens. Außerdem kamen weitere Folgen dieser Stichverletzung zum Vorschein: Hämatothorax, blutiger Inhalt im Bronchialsystem als Folge von retrograder Einatmung von Blut, Blässe der inneren Organe und spärliche Ausbildung von Totenflecken als Zeichen des Verblutens. Die toxikologische Untersuchung ergab eine Alkoholkonzentration im Blut von 1,1 ‰. Von den zwei Verdächtigen hätte einer gestanden, den Mann infolge eines Streites getötet zu haben. Der mutmaßliche Täter sei 38 Jahre alt und würde ebenfalls dem Obdachlosenmilieu angehören.

3.4.3.6.1.5 Multiple Stichverletzungen

Diese Gruppe zählt insgesamt zwei unten zusammengefasste Fälle (Fall 7– 8), bei denen mehrmals auf das Opfer eingestochen wurde. Dabei unterscheidet man zwischen solchen Fällen, bei denen die Verletzungen in ihrer Summe tödlich waren, und solchen, bei denen auf das Opfer eingeschlagen/eingestochen wurde, als es bereits tot war (sog. Overkill).

Fall 7:

Ein 34-jähriger Mann, deutsch, ohne festen Wohnsitz, sei im Rohbau eines Einfamilienhauses in Berlin-Moabit tot aufgefunden worden. Es sei bekannt, dass sich in diesem Rohbau oft Obdachlose versammeln. Dem Obduktionsbericht zufolge verstarb der Mann infolge von mehreren Stichverletzungen am Hinterkopf und Körperstamm. Der toxikologische Befund legte einen chronischen Alkoholmissbrauch beim Betroffenen nahe und zeigt, dass er zum Zeitpunkt des Todeseintritts stark alkoholisiert war (4 ‰). Der mutmaßliche Täter sei bekannt und würde ebenfalls dem Obdachlosenmilieu angehören. Er könnte sich nach eigenen Angaben an die Tat nicht erinnern, da er sich selbst auch unter starkem Alkoholeinfluss befunden habe. Er streitet jedoch nicht ab, den Betroffenen erstochen zu haben, und habe berichtet, dass es vorher zu Streitigkeiten und Auseinandersetzungen wegen Kleinigkeiten gekommen sei. Die Situation sei im Laufe des Konflikts eskaliert.

Fall 8:

Ein 40-jähriger wohnungsloser Mann, deutsch, sei in der Wohnung eines Bekannten in Berlin-Kreuzberg untergekommen, wo auch andere Wohnungslose genächtigt hätten.

Dort sei es zu Streitigkeiten zwischen dem Betroffenen und einem „Mitbewohner“ gekommen. Die Situation sei offensichtlich eskaliert und der 40-Jährige sei niedergestochen worden. Es konnten mehrere Stichverletzungen festgestellt werden, davon führte eine zur Eröffnung von Drosselvene und Halsschlagader und anschließend zum Verbluten des Opfers. Der Tatverdächtige sei bekannt, 1969 geboren, er habe den Getöteten gekannt und ebenfalls dem Obdachlosenmilieu angehört. Laut Anklageschrift bestünden Zweifel an seiner Schuldfähigkeit, da er an einer paranoiden Schizophrenie/wahnhaften Störung leide.

3.4.3.6.1.6 Hiebverletzungen

In dem untersuchten Zeitraum wurde ein Obdachloser auf brutale Art und Weise mit einer Axt getötet und darauf hat der Täter die Leiche in acht Teile zerlegt. Die Informationen über den Tatverdächtigen, die Waffe(n) und die eigentliche Todesursache sind hier zusammengefasst.

Fall 9:

Ein 42-jähriger obdachloser Mann, deutsch, wurde ermordet und in acht Teile zerstückelt. Der mutmaßliche Täter habe die Polizei selbst darüber informiert, wo er die Leichenteile versteckt hat, nämlich an einem stillgelegten Güterbahnhof und in der Tiefkühltruhe seiner Wohnung. Der Tatverdächtige sei ein 28-jähriger Germanistikstudent, der wohl schon seit Längerem die Tötung eines Obdachlosen geplant habe, angeblich, um herauszufinden, ob es einen perfekten Mord gäbe. Er habe den Betroffenen vom Bahnhof Zoo zu sich in die Wohnung geholt, mit einer Axt seinen Schädel zertrümmert, mehrmals auf ihn eingestochen und schließlich die Leiche in Stücke zerlegt, diese versteckt, um Spuren zu beseitigen. Der Obduktionsbefund beschreibt eine erschwerte Präparation einer zerstückelten Leiche eines unbekanntes Mannes. Insgesamt waren acht Leichenteile vorhanden: Kopf, Torso, zwei Arme, zwei Beine, zwei abgetrennte Füße. Die Gliedmaßen waren tiefgefroren. Es fanden sich Fäulnisveränderungen am Kopf und am Torso. Der Kopf wurde glattrandig in Höhe des HWK 7 abgetrennt. Die Abtrennung der Gliedmaßen erfolgte ohne Knochendurchtrennung. Es zeigen sich zum Teil gezackte, zum Teil wellenartige Wundränder an den Abtrennungsebenen. Ebenfalls abgetrennt wurden die Endglieder des Zeige-, Mittel- und Ringfingers der rechten Hand und der linke Ringfinger. Es zeigte sich außerdem eine großflächige Abtrennung der Rückenhaut,

wobei abgetrennte Hautpartien fehlen. Am Kopf fanden sich eine klaffende Wunde des Schädels mit Öffnung der Schädelhöhle und Verletzung des Hirngewebes, Brüche des Schädeldaches in den angrenzenden Bereichen, ausgedehnte Verletzungen des Gesichtsschädels. Als Todesursache wurde eine ausgedehnte Zertrümmerung des Schädels festgestellt. Zusätzlich wurden mehrfache Schnitt- und Hiebverletzungen des Halses mit glattrandiger Durchtrennung von Halsorganen und Einkerbung an der Vorderseite der Halswirbelsäule identifiziert. Insgesamt fanden sich drei Stichverletzungen der Rumpfvorderseite mit Eröffnung der linken Brusthöhle sowie der Bauchhöhle mit Durchtrennung der Rippen des Zwerchfells und des Magens sowie Verletzungen der Leber, der linken Lunge und mehrfach des Herzens. Dem toxikologischen Befund nach hatte der Betroffene zum Zeitpunkt des Todeseintrittes eine BAK von 3,8 ‰

3.4.3.6.2 Stumpfe Gewalt

Es gab vier Fälle, bei denen die Obdachlosen an den Folgen einer stumpfen Gewalteinwirkung verstorben sind. Im Folgenden werden diese (Fälle 10–13) zusammengefasst vorgestellt.

3.4.3.6.2.1 Lokalisation der Verletzung

In drei von vier Fällen lagen die tödlichen Verletzungen im Gesichtsbereich des Betroffenen. Einer Person von ihnen wurden zusätzlich Verletzungen in der Rumpf- und Gesäßregion beigebracht. Zwar wies auch das vierte Opfer Verletzungen in der Gesichtsregion auf, die infolge von stumpfer Gewalteinwirkung entstanden. Als todesursächlich wurde jedoch ein schweres Brustkorbtrauma festgestellt.

3.4.3.6.2.2 Todesursachen

Das Einwirken von stumpfer Gewalt im Gesicht- und Halsbereich verursachte bei den Betroffenen lebensgefährliche Verletzungen (Trümmerfrakturen, subdurale Blutungen), führte zur Bewusstseinsstrübung oder sogar zu dessen Verlust und versetzte sie in den Zustand der Hilflosigkeit. Dadurch kam es bei den Verletzten zur Blutaspiration, zum Sauerstoffmangel und schlussendlich zum Tode.

3.4.3.6.2.3 Tatwerkzeug

Nur in einem Fall wurde über die Tatwaffe berichtet. Sie wurde nahe dem Leichenfundort entdeckt und anhand von korrespondierend geformten Unterblutungen an der Leiche identifiziert. Dabei handelte es sich um ein Metallrohr. In den restlichen Sektionsprotokollen fand man keine genauen Aussagen bezüglich des Tatwerkzeugs.

Fall 10:

Ein 33-jähriger Mann ohne festen Wohnsitz in Berlin, litauischer Bürger, wurde tot auf einer mit Blut durchtränkten Matratze in einer Wohnung gefunden, die bereits seit Tagen im polizeilichen Visier gestanden hätte, weil dort Körperverletzungen gemeldet worden seien. Der Gesichtsbereich des Betroffenen war blutverschmiert, die Augenlider beidseits oben und unten blau livide verfärbt und geschwollen. Zwei litauische Männer hätten die Polizei darüber informiert, dass sich in der besagten Wohnung eine Leiche befinden würde. In der Hosentasche des Verstorbenen fanden sich Papiere des Verstorbenen. In derselben Wohnung (am Klingelschild stand kein Name) sei zwei Tage zuvor eine Körperverletzung gemeldet worden, in die der Betroffene verwickelt gewesen sei. Über den Tatverdächtigen ist weiter nichts bekannt, es wird aber vermutet, dass der mutmaßliche Täter und das Opfer sich gekannt hätten. Laut dem Obduktionsbefund war die Beurteilbarkeit durch die mäßig fortgeschrittene Fäulnis eingeschränkt. Der Betroffene starb infolge erheblicher stumpfer Gewalteinwirkung im Bereich des Gesichtsschädels durch fremde Hand. Es fanden sich Unterblutungen in den Gesichtsschädelsweichteilen, in beiden Augenregionen und besonders in der Schläfenmuskulatur. Es konnten diverse Brüche im Bereich des knöchernen Augenhöhlenbodens und des Nasenbeins sowie geringgradige subdurale Hämatome festgestellt werden. Die Befunde, die sich durch das Einwirken der stumpfen Gewalt durch fremde Hand ergeben, können aber allein den Eintritt des Todes nicht erklären. Sie hätten lediglich zum Zustand der Bewusstlosigkeit und der Hilflosigkeit geführt. Es kam zu einem erheblichen Blutverlust und Sauerstoffmangel, die zusammen mit der Alkoholisierung über eine längere Sterbephase zum Tode führten. Am rechten Handrücken wurden Zeichen einer relativ frischen chirurgischen Versorgung im Bereich des vierten Mittelhandknochens entdeckt. Die BAK betrug 0,6 ‰. Es fanden sich keine Spuren von Drogenkonsum (weder frische noch vernarbte Injektionsstellen).

Fall 11:

Ein 46-jähriger deutscher Mann ohne festen Wohnsitz wurde von einem Passanten leblos auf dem Gehweg in Berlin-Lichtenberg/Friedrichsfelde gegenüber einem Friedhof aufgefunden. Als Todesursache wurde stumpfe Gewalteinwirkung gegen den Hals und den Kopf mit Zertrümmerung von Gesichtsknochen und massive Blutaspiration festgestellt. Der Obduktionsbefund ergab im Gesicht eine massiv ausgeprägte Schwellung, Einblutungen, mehrfache Einrisse und Einblutungen der Lippen sowie Hautabschürfungen. Es fanden sich Trümmerfrakturen im Bereich des Nasenbeines, des Oberkiefers und des Jochbeins. Außerdem waren Schildknorpel und Zungenbein gebrochen. Drei vordere Zähne des Oberkiefers sind ausgebrochen und ein Zahn wurde bei der Präparation der Lunge gefunden. Außerdem zeigten sich in allen Lungenabschnitten ausgeprägte Bluteinatmungsherde. Im Magen konnte ebenfalls blutiger Inhalt festgestellt werden, was auf ein Verschlucken von Blut hinweist. Es wurden keine Hinweise auf Abwehrverletzungen gefunden. Die BAK im Venenblut betrug 4,7 ‰. Eine Spur hätte zu einer Wohnung geführt, in der zwei Männer gelebt hätten, die dem Alkoholikermilieu zugerechnet werden. Diese seien der Tat verdächtigt worden, da berichtet worden, dass es zwischen ihnen und dem Betroffenen zu Streitigkeiten gekommen sei.

Fall 12:

Ein 66-jähriger Mann, der dem Obdachlosenmilieu zugeordnet werden kann, wurde leblos in seinem Wohncontainer (Wohnanschrift) gefunden. Es gab Anzeichen massiver stumpfer Gewalteinwirkung und auch Hinweise auf einen Einbruch: Die Jalousien seien geknickt, die Knickmuster würden zur Metallstange passen, die in dem Müllcontainer gefunden wurde. Es wurde der Verdacht auf Tötung geäußert. Dem Obduktionsbefund zufolge ergaben sich mehrfache, einzeitige, massive stumpfe Gewalteinwirkungen im Bereich des Gesichtes, der Brust, des Rückens, des Gesäßes, außerdem Quetschungen und Einreißen des Unterhautgewebes, der Muskulatur und mehrfache Rippenbrüche. Die geformten Blutunterlaufungen gaben Hinweise auf Gewalteinwirkung mit einem aufgebundenen Rohr oder mit Fußtritten. Abwehrverletzungen waren nicht auszumachen. Die Toxikologie ergab 2,5 ‰ zum Zeitpunkt des Todeseintrittes. Über den Tatverdächtigen sei nichts bekannt.

Fall 13:

Ein 37-jähriger, obdachloser Mann wurde leblos in der Öffentlichkeit am Leopoldplatz gefunden. Es sei ein Notruf abgesetzt worden und Reanimationsmaßnahmen seien eingeleitet worden, aber erfolglos. Laut polizeilichen Ermittlungen hätte kurz vor seinem Tod eine körperliche Auseinandersetzung mit dem Tatverdächtigen stattgefunden. Der Obduktionsbefund bestätigte den Tod aus nicht natürlicher Todesursache. Der Betroffene starb infolge eines schweren Brustkorbtraumas und Herzprellung, was zur Herzkontusion und Herzrhythmusstörung führte. Außerdem fanden sich weitere Zeichen der massiven Gewalteinwirkung wie Quetschungen und Einblutungen der Brustwand, Rippenfrakturen mit Unterblutungen im Rippenfell, Unterblutungen im Lungenfell sowie Unterblutungen der Herzaußenhaut. Es gab auch Anzeichen der oberen Einflusstauung: ausgeprägte Totenfleckbildung am Kopf, Hals, Brust, punktförmige Einblutungen der Lidbindehäute. Auch diverse Hautabschürfungen kamen zum Vorschein. Die toxikologische Untersuchung ergab einen chronischen exzessiven Alkoholabusus. Der Tatverdächtige, sei 1946 geboren, deutsch, mehrfach wegen Diebstahl und Körperverletzungen auffällig gewesen und zur Jugendstrafe und Gefängnisstrafe verurteilt gewesen. Er habe die Tat zwar abgestritten, die Zeugenaussagen seien aber überzeugend gewesen.

3.4.3.6.3 Weitere Tötungsdelikte

Diese heterogene Gruppe umfasst drei Einzelfälle, die den oben beschriebenen Tötungsarten nicht zugeordnet werden können. Die wichtigsten Fakten zu jedem einzelnen Fall werden nun in Form von kurzen Kasuistiken hier vorgestellt.

Fall 14: „Erschossen“

Ein 59-jähriger Mann, deutsch, wohl obdachlos, wurde in der Nähe des Spreeganges in Berlin-Mitte leblos von einem Passanten gefunden, der angegeben hätte, kurz davor drei Schussgeräusche gehört zu haben. Er habe keine weiteren Personen gesehen. Der alarmierte Notarzt konnte nur den Tod aus nicht natürlicher Ursache feststellen. Dem Obduktionsbericht zufolge sei der Betroffene aufgrund eines Herzdurchschusses gestorben, wobei insgesamt zwei Schussverletzungen festgestellt wurden. Eine der beiden Schussverletzungen lag in der linken Schläfenregion, die ebenfalls als

todesursächlich gelten konnte. Es wurden ein Einschussdefekt im Bereich des linken Jochbeins festgestellt sowie dessen Zertrümmerung, Unterblutung der Kopfschwarteninnenfläche, Einreißen der harten Hirnhaut und Zerstörung des Hirngewebes. Die zweite Schussverletzung führte zum Einschussdefekt an der linken Rückenseite mit Unterblutung des Unterhautfettgewebes, der Rücken- und Rippenmuskulatur, des linken Lungenunterlappens. Außerdem kam es zu Verletzungen des Herzbeutels an der Rück- und Vorderseite, in dem sich außerdem 190 ml Blut befanden, des linken Vorhofs und der rechten Herzkammer und zum Hämatothorax. Der Ausschussdefekt befindet sich an der linken Brustseite mit entsprechender Gewebeverletzung. Ein Gewebedefekt mit Wundschorf und Unterblutung des Fettgewebes gaben Hinweise auf eine Verletzung durch Querschläger. Anzeichen für eine Abwehr waren nicht zu sehen. Die Toxikologie war unauffällig. Über den mutmaßlichen Täter sei nichts bekannt.

Fall 15: „Brandstiftung“

Ein 43-jähriger Obdachloser, deutsch, wurde vom alarmierten Rettungsdienst liegend hinter der verschlossenen Tür seines Zimmers im Obdachlosenheim in Neukölln leblos aufgefunden. Er sei infolge einer Rauchgasvergiftung und ausgedehnten Verbrennungen verstorben. Es handele sich hier wohl um eine fahrlässige Tötung, denn der Brand sei von einem Bewohner des Heimes gelegt worden. Die Motive blieben unbekannt. Der Tatverdächtige, deutscher Staatsbürger, dessen Name bekannt sei, habe die Tat zugegeben. Dem Obduktionsbefund zufolge handele es sich um eine erschwerte Präparation einer Brandleiche. Es zeigten sich ausgedehnte Verbrennungen des Grades 2–3 am Kopf, Rumpf und Gliedmaßen, Einatmung von Ruß, kirschrotes Leichenblut. Die toxikologische Untersuchung zeigte, dass der Verstorbene neben Alkohol (2,9 ‰ im Venenblut) auch Betäubungsmittel – Heroin/Morphin (0,11 µg/ml im Venenblut) – konsumierte und die verschreibungspflichtigen Medikamente Diazepam und Doxepin eingenommen hat. Näheres zu der Beziehung zwischen dem mutmaßlichen Täter und dem Opfer außer der Tatsache, dass beide auf derselben Etage des Obdachlosenheims wohnten, und zu den Motiven der Brandstiftung ist nicht bekannt.

Fall 16: „Intoxikation“

Eine 71-jährige Frau, Deutsche, ohne festen Wohnsitz, starb im Krankenhaus, wie man später festgestellt hat, an einer Medikamentenintoxikation durch Amiodaron und

Lidocain. Sechs Monate nach dem Tod der Patientin wurde die Leiche exhumiert, da ein Pfleger des Krankenhauses, in dem die Frau verstorben ist, eines Serienmordes beschuldigt wurde. Dem Pfleger sei vorgeworfen, mehrere Patienten (einschließlich der hier aufgeführten Frau) vorsätzlich vergiftet zu haben. Es stellte sich die Frage eines Verstoßes gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst bei der Behandlung der Patientin mit Lidocain und Amiodaron. Die erhöhten Konzentrationen könnten auf postmortale Veränderungen zurückgeführt werden.

4 Diskussion

Bevor im weiteren Verlauf dieses Kapitels die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erörtert und mit den anderen Arbeiten verglichen werden, folgt an dieser Stelle ein Überblick über die Obdachlosigkeit in Deutschland, der auch die Ergebnisse dieser Arbeit möglicherweise in einen anderen Blickwinkel rücken lässt.

4.1 Obdachlosigkeit in Deutschland

Die hohen Mietpreise und der Mangel an bezahlbarem Wohnraum sind laut der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. Folgen der fehlerhaften Sozialpolitik und gleichzeitig die Ursachen der Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit in Deutschland (BAG W, 2018). Die Bundesregierung hat es trotz Aufforderung der Organisation noch nicht geschafft, ein Gesetz zu entwerfen, welches eine bundesweite statistische Erfassung der Wohnungslosigkeit ermöglicht (BAG W, 2016). Der Grund dafür ist das Fehlen von einheitlicher Definition und Kriterien, die bei einer allgemeinen Datenerhebung notwendig sind (Wolf, 2016). Derzeit kann man bei der Untersuchung dieses Problemkreises mit den Schätzungsstatistiken der BAG W und anderer Organisationen, die sich für die wohnungslosen Menschen engagieren, arbeiten. Das Diagramm 7 präsentiert eine Zusammenfassung der geschätzten Wohnungslosenzahlen für den in dieser Arbeit untersuchten Zeitraum (2005–2012). Für die Erstellung dieses Diagramms wurden Statistikberichte der BAG W aus den Jahren 2005-2012 verwendet. Daran wird deutlich, dass innerhalb von acht Jahren die Zahl der Wohnungslosen in Deutschland um 33% zugenommen hat. Im Jahr 2005 waren knapp 18 000 Menschen wohnungslos und ca. 80% davon waren Männer (Schröder, 2008). Der Frauenanteil und der Anteil der Jugendlichen und Kinder in der Szene unterliegen ebenfalls einer steigenden Tendenz (Trabert, 1997). Man beobachtet im Jahr 2012 weiterhin, dass der Anteil der Frauen zwar immer noch viel geringer blieb, in den acht Jahren jedoch um vier Prozent zugenommen hat. Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Anzahl der Betroffenen im Jahr 2014 auf 335 000 (um 18%) gestiegen. Für das Jahr 2018 prognostizierte die BAG W einen Anstieg auf eine halbe Million (Paegelow, 2009).

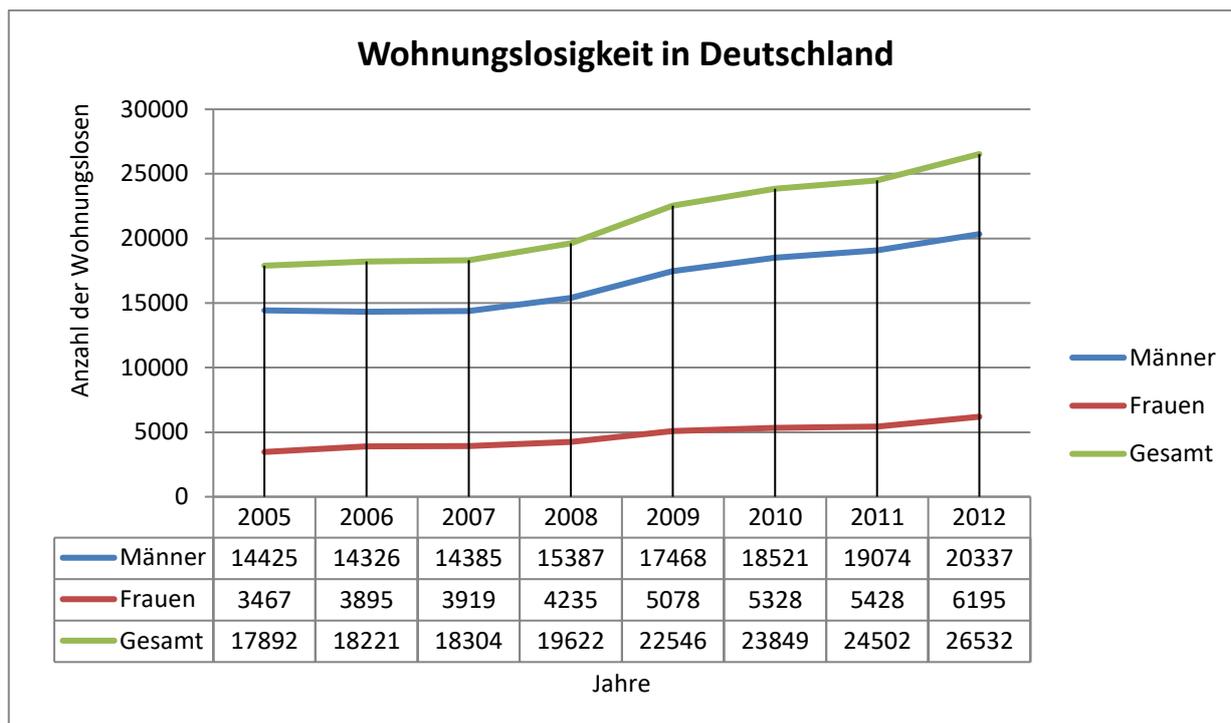


Diagramm 7: Wohnungslosigkeit in Deutschland (aus Statistikberichten 2005–2012 der BAG Wohnungslosenhilfe)

Das Fehlen von genauen Zahlen und eindeutigen, allgemein geltenden Definitionen erschwert nicht nur die Arbeit der zuständigen Verbände, sondern auch die Datensammlung der vorliegenden Dissertation. Außerdem enthielten die Sektionsprotokolle häufig nicht ausreichend Informationen über den Verstorbenen, um ihn sicher dem Obdachlosenkreis zuordnen zu können. Da fragliche und nicht eindeutige Fälle nicht in die Auswertung aufgenommen wurden, sind möglicherweise auch nicht alle Todesfälle im Berliner Obdachlosenmilieu erfasst worden. Leider gibt es auch keine Zahlen zu den Todesfällen im Berliner Obdachlosenmilieu, die man ins Verhältnis mit den hier vorliegenden Ergebnissen setzen könnte.

4.2 Phänomenologie

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand zunächst darin, eine Übersicht der Todesursachen im Berliner Obdachlosenmilieu zu erarbeiten. Nun werden in diesem Kapitel die Ergebnisse zusammenfassend im Vergleich mit den Ergebnissen von Riße

vorgelegt. In den weiteren Abschnitten werden die ausgewählten Todesursachen, die den Schwerpunkt der vorliegenden Analyse bilden, im Detail erläutert.

In der Tabelle 16 werden die Ergebnisse für die Gebiete Hamburg, Mittelhessen und Berlin miteinander verglichen. Zu Beginn der Auswertung stand die Frage, ob die Hauptstadt Übereinstimmungen mit Hamburg und Mittelhessen aufweist oder sich abhebt.

Es wurde vermutet, dass die beiden deutschen Metropolen Berlin und Hamburg mehr Gemeinsamkeiten in dieser Problematik zeigen als mit dem ländlich strukturierten Hessen. Da Berlin viel Grünflächen und viele Gewässer bietet, wäre es aber auch nicht überraschend, wenn die Ergebnisse für die Hauptstadt und für Mittelhessen durchaus viele Überschneidungen liefern.

	Fallzahl (Prozent) Hamburg	Fallzahl (Prozent) Mittelhessen	Fallzahl (%) Berlin
Fallzahl gesamt	23	23	235
Sektionsgutanteil	2,2%	1,6%	1,5%
Männer	96%	100%	87%
Frauen	4%	0%	13%
Altersdurchschnitt	42 Jahre	45 Jahre	44 Jahre
<u>Todesart</u>	-	-	-
Natürlich	21%	34%	32%
Nicht natürlich:	78%	65%	56%
Tötungsdelikte	8,7%	17,4%	6,8%
Drogentote	30%	26%	20%
Hypothermie	0%	17%	2,5%
Ertrinken	17%	0%	3,8%

Tabelle 16: Berlin, Hamburg, Mittelhessen im Vergleich

Betrachtet man zunächst den Anteil der Obdachlosen an dem Gesamtsektionsgut der drei Regionen im Vergleich, so stellt man fest, dass diese in Berlin (1,5 Prozent) und Mittelhessen (1,6 Prozent) nahezu gleich hoch sind, während sich Hamburg mit 2,2 Prozent etwas davon abhebt. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung und das Durchschnittsalter gibt es kaum Unterschiede. Die meisten Betroffenen waren männlich und Mitte Vierzig. Der geringe Frauenanteil hängt möglicherweise mit den Ursachen der weiblichen Obdachlosigkeit zusammen, die sich von denen der Männer unterscheiden. So leben viele Frauen auf der Straße, um der häuslichen Gewalt zu entkommen (Gurell, 2014). Manche wohnen in speziellen Einrichtungen und melden sich aus Schamgefühl bei den zuständigen Behörden nicht als wohnungslos (Gurell, 2014). Betrachtet man die Tabelle 16, so fällt auf, dass man hier nur zwischen natürlicher und nicht natürlicher

Todesart unterscheidet. In der Arbeit von Riße wird auf die ungeklärte Todesart nicht eingegangen und die prozentualen Anteile der natürlichen und nicht natürlichen Todesarten ergeben addiert fast 100%. In Berlin jedoch konnte bei 12% der erfassten Fälle die Todesursache nicht abschließend geklärt werden, zum Teil aufgrund der fortgeschrittenen Leichenfäulnis. Folglich ergeben die Anteile der natürlichen und nicht natürlichen Todesarten zusammen 88%. In der zu Vergleichszwecken konzipierten Tabelle 16 wurden nur natürliche und nicht natürliche Todesart berücksichtigt.

Nun werden in den folgenden Abschnitten die Todesarten im Detail betrachtet.

4.3 Todesfälle mit natürlicher Todesart

Beim natürlichen Tod handelt es sich um einen Tod aus innerer, krankhafter Ursache, der unabhängig von (rechtlich bedeutsamen) äußeren Faktoren eingetreten ist (Madea, 2009). Unter den untersuchten Todesfällen handelt es sich bei 76 (32%) um einen natürlichen Tod. Über ähnliche Zahlen berichten auch Riße et al. für Hamburg (21%) und Mittelhessen (34%) (Riße et al., 2009) Die Ergebnisse für Berlin liegen genau dazwischen. In der vorliegenden Arbeit wurden die natürlichen Todesfälle im Hinblick auf die Krankheiten ausgewertet. In der Gruppe der Lungenerkrankungen liegt die Pneumonie eindeutig in Führung. Dies lässt sich auf den unzureichenden Kälte- und Nässeschutz im Obdachlosenmilieu zurückführen. Eine Erkältung und Infekte des Respirationstraktes können hierbei bei ausbleibender Schonung in eine lebensgefährliche Pneumonie übergehen. Werden die medizinischen Maßnahmen nicht rechtzeitig ergriffen, führt die Lungenentzündung zum Tod. Andere häufige Erkrankungen wie COPD, KHK, Ulzera und auch Blutungen im Gastrointestinaltrakt lassen sich durch die ungesunde Lebensführung der Betroffenen erklären. Eine Charité-Studie hat gezeigt, dass „von den 440 obdachlosen Patienten 315 mindestens eine Abhängigkeit aufweisen. 58 Prozent von ihnen sind nikotinabhängig und 42% alkoholsüchtig“ (Meyer, 2009). Es überrascht nicht, dass diese Probleme die Obdachlosenszene prägen, aber es ist auffällig, dass trotzdem bei den untersuchten Fällen nur eine Tumorerkrankung auftaucht. Dieses Phänomen ist offensichtlich weder einer gesünderen Lebensweise noch einer besseren Krebsvorsorge zuzuschreiben. So berichten Asgary et al. in ihrer Arbeit über eine rare Teilnahme der Obdachlosen an den Vorsorgeuntersuchungen (Asgary et al., 2015). Eine weitere Studie hat sogar erwiesen, dass die Krebserkrankungen im Obdachlosenmilieu häufiger vorkommen als in der Normalbevölkerung. Besonders die

Karzinome, die mit Tabak- und Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden, treten auffällig oft auf (Baggett et al., 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können die Resultate dieser Studien aber nicht bestätigen. Die Frage nach dem Grund dieses Phänomens könnte einen weiteren Forschungsansatz darstellen. Eine mögliche Erklärung wäre das junge Durchschnittsalter, nämlich 44 Jahre, wobei die Krebserkrankungen häufiger im höheren Lebensalter auftreten. Außerdem muss man in Betracht ziehen, dass bei der Auswertung des rechtsmedizinischen Sektionsgutes die natürliche Todesart unvollständig erfasst werden konnten. Hier handelte es sich um 76 Todesfälle (32%), bei denen zunächst ein nicht natürlicher Tod vermutet wurde, die Obduktion jedoch einen Tod aus natürlicher Ursache bewies. Diese Zahl erfasst nicht alle krankheitsbedingte Todesfälle im Berliner Obdachlosenmilieu in den Jahren 2005–2012.

4.4 Todesfälle mit nicht natürlicher Todesart

Wie in der Tabelle 17 gezeigt, starben 56% der in Berlin gerichtlich obduzierten Obdachlosen eines nicht natürlichen Todes. Verglichen mit Hamburg (78,2%) und mit Mittelhessen (65%), liegt Berlin mit 20% bzw. zehn Prozentpunkten weniger in dieser Kategorie auf dem letzten Platz. Neben den Tötungsdelikten haben die Unterkühlung und die Intoxikationen eine besondere Stellung in dieser Arbeit eingenommen

Nicht natürliche Todesart	Hamburg	Mittelhessen	Berlin
Gesamt	78 %	65 %	56 %
Tötungsdelikte	8,7 %	17,4 %	6,8 %
Drogentote	30 %	26 %	20 %
Unterkühlung	0 %	17 %	2,5 %
Ertrinken	17 %	0 %	3,8 %

Tabelle 17: Nicht natürliche Todesart: Überblick und Vergleich

4.4.1 Unterkühlung

Die Hypothermie ist besonders im Zusammenhang mit der Obdachlosigkeit sowohl in den Studien, die in der Einleitung bereits erwähnt wurden, als auch in den Medien ein relevantes Thema. Laut der BAG W starben im Jahr 2016 in Deutschland über 90 Obdachlose an einer Unterkühlung (BAG W, 2016). Die durch die Hypothermie bedingte Todesfälle machen in ländlichen Gegenden 2% des Sektionsgutes und in den rechtsmedizinischen Instituten der Großstädte nur ein Prozent des Sektionsgutes aus (Madea, 2009). In dem ausgewählten Sektionsgut der deutschen Hauptstadt betrug der Anteil der Unterkühlungen im Obdachlosenmilieu im Untersuchungszeitraum 2,5%. Im ländlichen Mittelhessen waren es dagegen 17%, während in Hamburger Obdachlosenkreisen kein einziger Todesfall infolge einer Unterkühlung bekannt wurde. Zum einen ist die geringe Gesamtfallzahl (23 Fälle) eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen. Zum anderen ist die auffällig hohe Zahl an Kältetoten in Hessen auf die ländliche Stadtstruktur zurückzuführen, die nur wenige Einrichtungen für obdachlose Menschen bereitstellt. Die Ergebnisse für Berlin sind hingegen nicht überraschend und wie die Studie von Asgary et al. aus Frankreich zeigen sie, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Unterkühlung zu sterben, im Obdachlosenmilieu höher ist als in der Normalbevölkerung (Asgary et al., 2015). Bei der Hypothermie handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose, denn die Befunde, die auf eine Unterkühlung als Todesursache hindeuten, sind einzeln unspezifisch und lassen nur in ihrer Gesamtheit auf den durch

die Kälte verursachten Tod schließen. Die typischen Obduktionsbefunde sind bereits in der „Einleitung“ zusammengefasst. Bei 50 Prozent der Personen, die an Hypothermie versterben, wird im Durchschnitt eine Alkoholkonzentration von 1,3 ‰ nachgewiesen (Madea, 2009). Zu der Risikogruppe zählen aber nicht nur die Alkoholkonsumenten, sondern auch ältere Personen, geistig kranke Menschen und nicht zuletzt die Obdachlosen. Die Analyse erbrachte sechs Hypothermie bedingte Todesfälle (2,5%) im Berliner Obdachlosenmilieu. Überraschenderweise war keine der Personen zum Todeseintritt alkoholisiert und nur eine von ihnen wies eine toxische Konzentration eines Psychopharmakons auf, was den Verdacht eines Suizids aufkommen ließ. Fast alle Todesfälle geschahen in den Wintermonaten. Das lässt darauf schließen, dass bei nicht vorhandenen oder nicht genutzten Unterkünften der unzureichende Kälteschutz zum Erfrieren führt. Auch die auffällig hohe Zahl der Kältetoten in Hessen lässt sich dadurch erklären, dass die ländlich strukturierte Region im Gegensatz zu Großstädten wenig öffentlichen Schutzraum (Bahnhöfe, U-Bahn-Stationen, Züge, Brücken, Toiletten, Cafés) bietet und die Obdachlosen sich hauptsächlich im Freien aufhalten müssen.

4.4.2 Die Intoxikationen

Der Alkohol- und besonders der Drogenmissbrauch im Obdachlosenmilieu ist ein bislang wenig untersuchtes Thema (Reuhl und Lutz, 1996). Dabei kann dies, wie die Abbildung 4 zeigt, gleichzeitig als Ursache und Folge der Wohnungslosigkeit gesehen werden. Das Trinkermilieu und die Drogenkreise sind dabei sehr dicht mit der Obdachlosenszene vernetzt. Häufig haben die Betroffenen bereits vor dem Verlust ihres Obdachs Berührungspunkte mit der Drogen- bzw. Trinkerszene und entwickeln eine Sucht. Diese Erkrankung führt zum Verlust von finanziellen Mitteln, Arbeit, Familie, letztendlich des Wohnsitzes und zur sozialen Ausgrenzung (Obdachlosigkeit Diakonie, 2015). Durch exzessiven Alkohol -und Drogenkonsum versuchen die Menschen, dem durch das Leben auf der Straße bedingten emotionalen Stress und der Depression entgegenzuwirken.

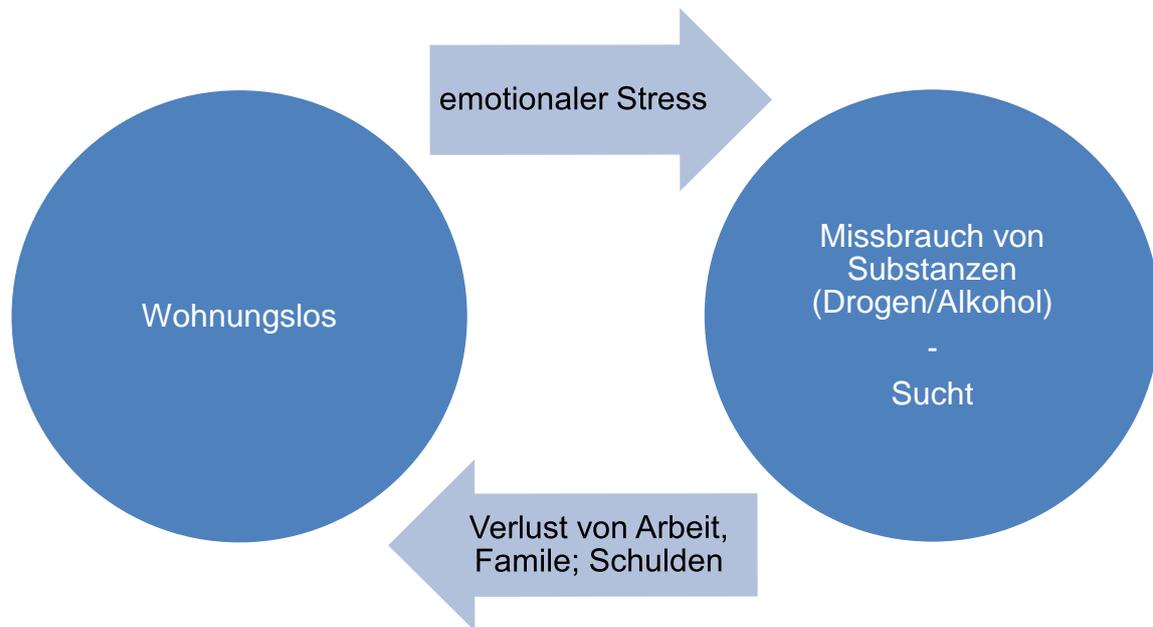


Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Sucht und Obdachlosigkeit

Betrachtet man die Alkoholintoxikationen, so stellt man fest, dass die nach den Literaturangaben häufigste Vergiftung im Obdachlosenmilieu (Obdachlosigkeit Diakonie, 2015) im untersuchten Fallgut erst an zweiter Stelle steht. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass es fast dreimal mehr Todesfälle infolge eines Drogenkonsums als infolge des Alkoholmissbrauches gab. Ähnliche Zahlen wurden auch für Hamburg und Mittelhessen postuliert. Diese Tatsache wirkt überraschend, zumal man sich fragt, wie ein mittelloser Mensch ohne festen Wohnsitz sich den Drogenkonsum leisten kann, denn sicherlich ist Alkohol preiswerter und leichter zugänglich. Mögliche Erklärungsansätze findet man, wenn man sich zunächst die Alkoholintoxikation genauer anschaut. Sie lässt sich in vier Stadien einteilen. In Stadium 1 handelt es sich um das sogenannte Exzitationsstadium, das mit Euphorie, Erregung, Enthemmung, aber auch mit Hyperventilation und Aggressivität einhergeht. Dabei kann die Blutkonzentration des Ethanols bis 2,0 ‰ betragen. Liegt die Blutkonzentration zwischen 2,0 ‰ und 2,5 ‰, spricht man häufig vom sogenannten Rauschstadium, das von Bewusstseinstäubung, heißer und trockener Haut, vermindertem Schmerzempfinden und Hypoglykämie gekennzeichnet ist. Beim Auftreten von Bewusstlosigkeit und Schocksymptomatik spricht

man bereits vom Narkosestadium. Dabei beträgt die Ethanolkonzentration im Blut 2,5–4 ‰. Sobald sie über diesem Wert liegt, befindet sich der Betroffene meistens im vierten Stadium, dem sogenannten Asphyxiestadium, das mit einem tiefen Koma, Areflexie, Zyanose und Schock einhergeht. Der Tod tritt höchst wahrscheinlich durch zentrales Atemversagen ein, wobei die genauen Mechanismen noch nicht genau geklärt sind. Die genannten Konzentrationen, die den jeweiligen Stadien zugeschrieben werden, sind nur durchschnittliche Richtwerte, denn die individuelle Schwelle hängt vom Geschlecht, der Konstitution und auch von der Alkoholgewöhnung ab (Karow, 2016; Madea, 2009). So kann eine Person, die kaum oder nie Alkohol konsumiert hat, bei einer Blutkonzentration von 2 ‰ an einer Alkoholvergiftung sterben, während Personen, die dem Trinkermilieu zugerechnet werden, an höhere Konzentrationen gewöhnt sind (Penning, 2005). Das Letztere scheint auch für die Menschen aus dem Obdachlosenmilieu zu gelten. Bei 12 der Betroffenen (6%), die an einer Alkoholintoxikation verstorben sind, betrug die Alkoholkonzentration im Durchschnitt 3,5 ‰. Dabei lag sie bei drei Personen über 3 ‰ und bei vier Menschen über 4 ‰. Es kann anhand dieser Konzentrationen eine Gewöhnung unterstellt werden, was u.a. zur Folge hat, dass zum Erreichen der intendierten Wirkung des Alkohols entsprechend große Mengen konsumiert werden mussten. Möglicherweise rentiert sich vor diesem Hintergrund eine kleine Dosis an Drogen für einen ähnlichen oder sogar besseren Effekt mehr als große Mengen Alkohol. In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die nächste Frage, wie die Menschen ohne finanzielle Mittel und ohne festen Wohnsitz an die Drogen herankommen. Wie bereits erörtert besteht häufig eine wechselseitige Beziehung zwischen Sucht und Obdachlosigkeit (s. Abbildung 3). Menschen, die ihr Obdach aufgrund der Sucht verlieren, behalten ihre „Kontakte“ in der Drogenszene und damit wahrscheinlich auch den Zugang zu den illegalen Substanzen. Berlin stellt mit diesem Ergebnis keine Ausnahme dar, denn auch die Arbeit von Riße et al. zeigt eine hohe Inzidenz von Drogenintoxikationen (Hamburg 30%, Hessen 26%) mit Todesfolge. Mehr als jeder vierte Obdachlose starb hier infolge einer Drogenintoxikation.

In der vorliegenden Arbeit wurden die BtM-Intoxikationen im Hinblick auf die einzelnen Substanzen ausgewertet und dabei in Mono- und kombinierten Intoxikationen aufgeteilt. Die erste Gruppe zählt 14 Fälle und dabei handelt es sich um Heroin-/Morphinintoxikationen. Zusätzlich war Heroin/Morphin im Blut von 20 weiteren an Intoxikation verstorbenen Obdachlosen nachweisbar.

Heroin (Diacetylmorphin), auch „Stoff“ und in Kombination mit Kokain „Speedball“ genannt, ist in Deutschland die am häufigsten konsumierte harte Droge. Es handelt sich dabei um ein halbsynthetisches Opioid, das aus Morphin oder Rohopium hergestellt werden kann. Was jedoch seine Wirkung auf das zentrale Nervensystem und sein Suchtpotenzial anbelangt, ist es dem Morphin um ein Vielfaches überlegen, da es eine bessere Bioverfügbarkeit hat. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde Heroin als Schmerzmittel, Hustenstiller und sogar bei der Entwöhnungstherapie bei Morphinabhängigkeit verwendet. Heute findet Heroin aufgrund des hohen Suchtpotenzials keine Anwendung in der Medizin und ist hauptsächlich auf dem Schwarzmarkt erhältlich. Der Preis hängt vom Herkunftsland und von der Reinheit des Heroins ab. Man unterscheidet braunes, graues und weißes Pulver, wobei das weiße das reinste und folglich das teuerste ist. Eine Gefahr bei dem Konsum von „nicht reinen“ Stoffen besteht nicht nur wegen der möglicherweise vorhandenen gefährlichen Giftstoffe, sondern auch aufgrund der erschwerten Kalkulation der Dosierung. In der Drogenszene werden vorsätzliche Tötungsdelikte durch den Verkauf von besonders reinem Heroin verübt. Heroin kann auf verschiedene Arten konsumiert werden: durch Schnupfen, intravenöse Injektionen, Inhalation. Beim Letztgenannten wird das Heroin auf einem Stück Folie verdampft und der Dampf mithilfe eines Metallröhrchens inhaliert (Penning, 2005).

Wirkung: Wenige Minuten nach der Injektion kommt es zu dem sogenannten „Flash“ und der darauffolgende Rausch dauert ca. drei Stunden. Der Konsument verspürt dabei eine Euphorie, Enthemmung, subjektive Leistungssteigerung und es kommt zur Bewusstseinstrübung. Bei einer Überdosis kommt es zu einer mehrstündigen Agonie und zur Dämpfung des zentralen Nervensystems und damit des Atemzentrums, was zum Atemstillstand führen kann. Andere Substanzen wie Alkohol, Kokain und Psychopharmaka verstärken die Wirkung des Heroins (Penning, 2005).

Obduktion und Toxikologie: Außer den „szenetypischen“ Utensilien, die an eine akute Intoxikation denken lassen, findet man bei der äußeren Inspektion der Leiche Narbenstraßen und Einstichstellen. Bei der inneren Besichtigung können eine Verstopfung, eine prall gefüllte Harnblase, ein hämorrhagisches Lungenödem und Hirnschwellungen auffallen. Heroin hat eine Halbwertszeit von drei bis vier Stunden. Selbst die kleinste Dosis kann bis zu 24 Stunden nach der Einnahme im Blut und bis zu drei Tagen im Urin nachgewiesen werden. Außerdem kann mithilfe der Gallenflüssigkeit

die Heroinkonzentration bis zu vier Tage nach dem Konsum bestimmt werden. Das Problem bei der toxikologischen Analyse besteht darin, eine Heroin- und Morphinintoxikation auseinanderzuhalten, denn das Heroin wird über Monoacetylmorphin zu Morphin verstoffwechselt (Penning, 2005).

4.4.3 Tötungsdelikte

Menschen, die auf der Straße oder im Freien übernachten, sind immer wieder Ziele gewalttätiger Übergriffe (Obdachlosigkeit Diakonie, 2015). Diese enden manchmal in Tötungen. Den Statistikberichten der BAG Wohnungslosenhilfe zufolge wurden in den Jahren 2005–2012 in der Bundesrepublik Deutschland 124 Obdachlose getötet (BAG W, 2016), davon 16 in Berlin. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Auswertung dieser Tötungsdelikte. In diesem Zusammenhang stellte sich vorrangig die Frage nach dem Täter bzw. Tatverdächtigen und seinen Motiven. Für ein vollständiges Bild des Tötungsdeliktes sind weitaus mehr Informationen vonnöten als jene, die die Sektionsprotokolle, beigefügte Fallakten und die toxikologischen Befunde liefern. Dennoch deuten die Ergebnisse dieser Arbeit auf bestimmte Tendenzen hin und liefern Ansätze, an die weitere Forschung anknüpfen kann.

4.4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei den Opfern handelt es sich fast ausschließlich um männliche Personen, die im Durchschnitt 43 Jahre alt waren. In den meisten Fällen (9 von 16 Fällen) wurden die Obdachlosen durch scharfe Gewalteinwirkung getötet. Als Tatwaffe dienten leicht zu beschaffende, handelsübliche Gegenstände wie ein Messer oder eine Axt. In neun Fällen handelte es sich um Stichverletzungen und in einem Fall um eine Hiebverletzung mit einer Axt. Die meisten tödlichen Verletzungen fanden sich in der Brust- und Halsregion, was zum Tod durch Verbluten, Pneumothorax oder Luftembolie führte. Vier Opfer starben an den Folgen massiver stumpfer Gewalteinwirkung, meistens in der Gesichtsregion. In einem Fall diente ein Metallrohr als Tatwaffe, während in den anderen Fällen der Täter mit Fäusten und Füßen auf sein Opfer einschlug bzw. eintrat. In Einzelfällen handelte es sich jeweils um ein erschossenes, verbranntes (fahrlässige Tötung) und vergiftetes Opfer. Die Betroffenen wurden sowohl im Freien an öffentlichen Plätzen als auch in den Wohnungen, in denen sie sich aufgehalten haben, gefunden. Eine fahrlässige Tötung

infolge eines Brandes wurde in einem Obdachlosenheim begangen. Näheres über die Leichenfundorte wird im folgenden Abschnitt präsentiert.

4.4.3.2 Fund-/Tatorte

Schaut man sich den Kriminalatlas des Landeskriminalamtes Berlin (Kriminalitätsatlas Berlin, 2011), so kann man erkennen, in welchen Stadtbezirken der Hauptstadt am häufigsten schwere Körperverletzungen vorkommen. Wie die Tabelle 18 zusammenfassend zeigt, belegt Berlin-Mitte in dieser Hinsicht im Jahr 2011 mit insgesamt 2031 Fällen den ersten Platz, gefolgt von den Stadtteilen Friedrichshain/Kreuzberg, Neukölln und Charlottenburg.

Stadtbezirk	Schwere Körperverletzungen (2011)
Berlin-Mitte	2031 Fälle
Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg	1393 Fälle
Berlin-Neukölln	1172 Fälle
Berlin-Charlottenburg	1092 Fälle

Tabelle 18: Schwere Körperverletzungen

In der vorliegenden Arbeit wurden die Fund- bzw. Tatorte ebenfalls den Berliner Stadtbezirken zugeordnet und dabei rücken Berlin-Mitte, Berlin-Lichtenberg und Berlin-Neukölln mit jeweils drei Opfern und Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg mit zwei Getöteten in den Mittelpunkt. Die Leichenfundorte decken sich teilweise mit den „Problembezirken“ und daraus lässt sich schließen, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Tötungsdelikte an Obdachlosen und der Kriminalitätsrate des jeweiligen Stadtteils bestehen könnte. Man könnte außerdem vermuten, dass die meisten Tötungsdelikte in dieser Szene dort passieren, wo die Obdachlosen sich bevorzugt aufhalten. Es gibt jedoch keine mit Zahlen untermauerte Antwort auf die Frage, in welchen Teilen der Hauptstadt sich die Obdachlosen bevorzugt aufhalten, aber man kann vermuten, dass

man eher in den Gebieten auf diese Menschen trifft, wo es besonders viele Einrichtungen für Menschen in Wohnungsnot gibt. Der „Wegweiser“ der Kältehilfe-Berlin (Wegweiser, 2016–2017) in der Abbildung 4 zeigt die Verteilung solcher Einrichtungen in Berlin.

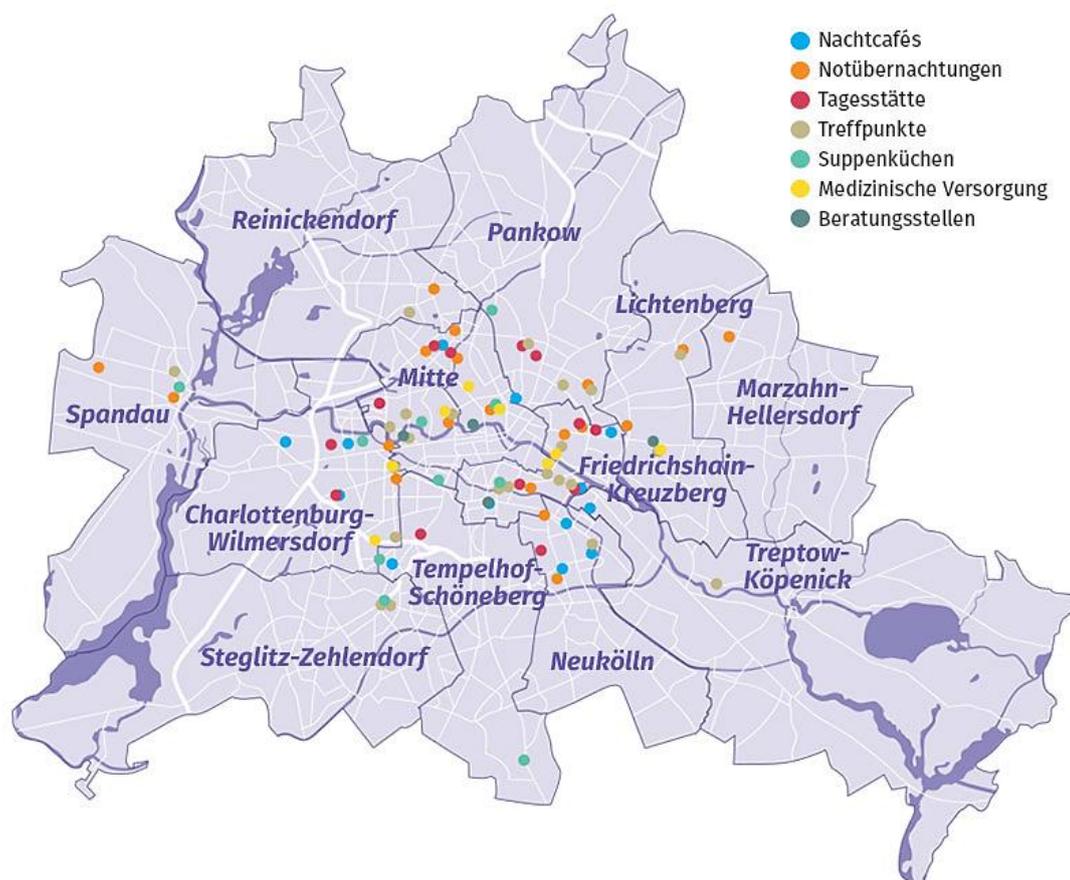


Abbildung 4: Einrichtungen für Menschen in Wohnungsnot

Hier wird deutlich, dass diese in einer besonders hohen Dichte in Stadtmitte, in Kreuzberg, Lichtenberg, Neukölln und Charlottenburg vorkommen. Es ist vermutlich kein Zufall, dass auch in diesen Stadteilen die meisten Opfer gefunden wurden, während in Bezirken wie Treptow/Köpenick, Steglitz und Pankow mit nur wenigen Einrichtungen für Menschen in Wohnungsnot insgesamt „nur“ zwei Obdachlose getötet wurden.

4.4.3.3 Herkunft der Opfer

Anhand der mitgeführten Papiere und der Vorgeschichte konnte man auf die Herkunft mancher Opfer schließen. Von 16 Opfern waren zehn deutscher Herkunft. Dies überrascht nicht, wenn man eine Studie der Charité in Betracht zieht, die erstmalig die Obdachlosigkeit in der Hauptstadt untersuchte. Sie zeigte, dass drei Viertel der untersuchten Obdachlosen aus Deutschland stammen (Meyer, 2009). Weitere Opfer waren asiatischer oder osteuropäischer Herkunft. Dabei fiel auf, dass es sich bei keinem Opfer Hinweise auf arabische oder türkische Wurzeln ergaben. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Anzahl der Obdachlosen aus dem nahöstlichen Raum gering ist. Dies könnte auf ein dichtes soziales Netzwerk sowie auf den starken sozialen und familiären Zusammenhalt zurückgeführt werden, die für diese Kulturkreise besonders prägend sind (Gerull, 2014).

4.4.3.4 Frage nach Abwehr und Handlungsfähigkeit des Opfers

Die Möglichkeit, sich gegen den Täter zu wehren, ihm zu entkommen und auch die Dauer der Sterbephase hängen nicht nur von der Schwere und der Art der Verletzungen ab, sondern auch von dem Einfluss der zentralwirkenden Substanzen wie Alkohol, Medikamenten und Drogen. Zehn Personen waren zum Zeitpunkt des Todeseintrittes alkoholisiert. Da die mittlere Alkoholkonzentration in dieser Gruppe bei 2,5 ‰ lag, kann man daraus schließen, dass die meisten Opfer in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt waren. Außerdem liefern die Obduktionsbefunde kaum Hinweise auf Abwehrverletzungen, was ein möglicher Hinweis dafür ist, dass die meisten Opfer weder Widerstand leisteten noch Fluchtmöglichkeiten ergriffen. Stattdessen fanden sich in manchen Fällen Verletzungen, die Hinweise auf eine vorher stattgefundene körperliche Auseinandersetzung liefern.

4.4.3.5 Tatverdächtige-Opfer-Beziehung und Tatmotive

Hier ist hervorzuheben, dass in mindestens der Hälfte der Fälle der Tatverdächtige selbst zur Obdachlosenszene gehörte. Diese Tatsache spiegelt sich in der Statistik der BAG Wohnungslosenhilfe zum Thema „Gewalt gegen und unter den Wohnungslosen“ wider. Von 123 Tötungsdelikten an Obdachlosen wurden 69 (56 Prozent) durch einen Obdachlosen begangen (BAG W, 2016). Außerdem stellte sich heraus, dass in mindestens der Hälfte der Fälle der Tatverdächtige und das Opfer sich bereits kannten

und unmittelbar vor dem Totschlag ein Streit stattgefunden hat. Aus dem oben Genannten lassen sich nun die Motive für die Gewalttaten unter den Obdachlosen erahnen. Im Kampf ums Überleben auf der Straße führt höchstwahrscheinlich die Knappheit an Lebensmitteln und anderen Gütern zu Streitigkeiten und zu körperlicher Gewalt (Spiegel online, 2017). Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, trägt sodann der Alkohol- und Drogenkonsum zur Eskalation der anfangs banal erscheinenden Auseinandersetzungen bei.

Die Gruppe der Tötungsdelikte, bei denen der Täter nicht zur Obdachlosenszene gehörte, ist so heterogen, dass daraus keine Tendenzen abgeleitet werden können, sondern jeder Fall im Einzelnen betrachtet werden muss. Allerdings springt ein Fall besonders ins Auge, der sich durch seine Grausamkeit und Unmenschlichkeit auszeichnet und als Overkill (Übertöten) definiert werden kann. Ein Student lockte einen Obdachlosen zu sich in die Wohnung und tötete ihn. Daraufhin zerlegte er seine Leiche in acht Teile und versteckte sie. Nach einiger Zeit stellte er sich der Polizei. Es existieren viele Meinungen bezüglich der Hintergründe und der Motive dieses Täters. Ein möglicher und in der Obdachlosenszene häufig anzutreffendes Motiv ist die sogenannte „Menschenverachtung“ (BAG W, 2016). Laut BAG finden „Menschenverachtende Motive der Täterinnen und Täter [...] dabei viel zu häufig unzureichende Beachtung im Rechtssystem und in der Öffentlichkeit“ (BAG W, 2016). Allerdings ist dies der einzige Fall, bei dem diese Problematik diskutiert werden kann. Andere Fälle lieferten keinen eindeutigen Anhaltspunkt für Menschenverachtung als Tötungsmotiv. Vielleicht ist unsere Gesellschaft mehr von Gleichgültigkeit als von Hass dieser sozialen Randgruppe gegenüber geprägt.

Literaturverzeichnis

Asgary, R., Sckell, B., Alcabes, A., Naderi, R., Ogedegbe G. (2015): Perspectives of cancer and cancer screening among homeless adults of New York City shelter-based clinics: a qualitative approach. In: Cancer Causes Control. 2015 Oct; 26(10):1429–38.

BAG Wohnungslosenhilfe e.V., unter <http://www.bagw.de> (Stand: 12.12.2016).

BAG Wohnungslosenhilfe: Armut und Wohnungsnot (2018), unter https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/

BAG Wohnungslosenhilfe begrüßt Gesetzentwurf zu menschenverachtender Gewalt (10.07.2014). Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., unter http://www.bagw.de/de/themen/gewalt/presse_gewalt_ (Stand: 03.01.2017)

BAG Wohnungslosenhilfe unter https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/wnf_be.html (Stand: 04.12.2019)

Baggett, T.P., Chang, Y., Porneala, B.C., Bharel, M., Singer, D.E., Rigotti, N.A. (2015): Disparities in Cancer Incidence, Stage, and Mortality at Boston Health Care for the Homeless Program. In: Am J Prev Med. 2015 Nov; 49(5):694–702.

Creifelds, C (2017): Rechtswörterbuch, 22. Auflage, C.H. Beck München (S.1314-1315)

FEANTSA (2015): ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung, unter https://www.feantsa.org/download/at___6864666519241181714.pdf (Stand: 20.11.2016).

Gerull, S. (2014): Wohnungslosigkeit in Deutschland, 05.05.2014. Bundeszentrale für politische Bildung (2014), unter <http://www.bpb.de/apuz/183448/wohnungslosigkeit-in-deutschland?p=0> (Stand: 04.02.2017).

Hunderte Kältetote seit 1991 (2017). Deutsches Ärzteblatt, 21.01.2017, unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Obdachlose?nid=72592> (Stand: 22.01.2017).

Karow, T., Lang-Roth, R. (2016): Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, (S. 1227–1258).

Kriminalitätsbelastung in öffentlichen Räumen (Kriminalitätsatlas Berlin 2011), unter <https://www.berlin.de/polizei/verschiedenes/polizeiliche-kriminalstatistik> (Stand: 18.12.2016).

Labor Karlsruhe Bioscienta: Labordiagnostik-Analyte, unter <https://www.labor-karlsruhe.de/lv/?module=analyte&action=einzel&id=1651>

Lier, A. (2016): Obdachloser in Berlin angezündet: Das sind die Verdächtigen! BZ, 27.12.2016, unter <http://www.bz-berlin.de/berlin/friedrichshain-kreuzberg/obdachloser-in-berlin-angezuendet-das-sind-die-verdaechtigen> (Stand: 12.01.2017).

Lignitz, E. (2006): Kälte. In: Madea, Burkhard (Hrsg.): Praxis Rechtsmedizin, 2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg (S. 185–190).

Meyer, P. (2009): Diagnose: Obdachlosigkeit. Deutsches Ärzteblatt Jg. 106 Heft 9, 27.02.2009, unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf/106/9/a400.pdf> (Stand: 01.02.2017).

Mielke, M. (2010): Perfekter Mord Berliner Student zerstückelte Obdachlosen. Berliner Morgenpost, 23.03.2010, unter <http://www.morgenpost.de/berlin/article104057172/Berliner-Student-zerstueckelte-Obdachlosen.html> (Stand: 20.11.2016).

- Mindestens 17 Obdachlose in Deutschland getötet (2017). Spiegel Online, 11.01.2017, unter <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/wohnungslosenhilfe-meldet-17-getoetete-obdachlose-in-deutschland-a-1129565.html> (Stand: 12.01.2017).
- Mord am Savignyplatz – Toter identifiziert (2008). Die Welt, 30.08.2008, unter <https://www.welt.de/regionales/berlin/article2374005/Mord-am-Savignyplatz-Toter-identifiziert.html> (Stand: 20.11.2016).
- Mortalität von Obdachlosen doppelt bis fünffach erhöht (2014). Deutsches Ärzteblatt, 28.10.2014, unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60640/Mortalitaet-von-Obdachlosen-doppelt-bis-fuenffach-erhoeht> (Stand: 30.01.2017).
- Mußhof, F., Madea, B. (2006): Toxikologie. In: Madea, B. (Hrsg.): Praxis Rechtsmedizin, 2. Auflage, Springer Verlag, S. 339–350.
- Obdachlosigkeit (2015). In: Wissen kompakt, Diakonie Deutschland, 08.06.2015, unter <https://info.diakonie.de/infothek/wissen-kompakt/detail/obdachlosigkeit> (Stand: 03.02.2017).
- Paegelow, C. (2009): Handbuch Wohnungsnot und Obdachlosigkeit: Einführung zur Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe, Bremen.
- Penning, R. (2005): Rechtsmedizin systematisch, Uni-Med Verlag AG
- Dealer strecken Drogen mit Lidocain (1998) Pharmazeutische Zeitung, 17.08.1998, unter <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/inhalt-34-1998/pol3-34-1998/#:~:text=Nach%20Angaben%20der%20Beh%C3%B6rde%20wird,Profitgier%20der%20Drogenh%C3%A4ndler%20zum%20Opfer.>
- Reuhl, J., Lutz, F.-U. (1996): Pathologische anatomische Befunde bei Obdachlosen. Vortrag auf dem Symposium „Medizinische Probleme bei Obdachlosen“, Frankfurt am Main, 07.12.1996

Riße, M., Tsokos, M., Weiler, G., Püschel, K. (1998): Tod im Obdachlosenmilieu. Vergleichende retrospektive Analyse eines Sektionsgutes unterschiedlicher regionaler Bevölkerungsstrukturen (Mittelhessen/Hamburg). Arch Kriminol 202: S. 95–99.

Schröder, H. (2008): Statistikbericht 2004-2006, Verlag Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Bielefeld, unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Specht, T. (2010): Statistikbericht 2007, Verlag Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Bielefeld, unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Stadtbezirke von Berlin (Abbildung 2), <http://www.stadtentwicklung.berlin.de/bauen/bauaufsicht> (Stand: 20.12.2016).

Statistikbericht 2008 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Statistikbericht 2009 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Statistikbericht 2010 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Statistikbericht 2011 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Statistikbericht 2012 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. unter http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html (Stand: 20.12.2016).

Trabert, G. (1997): Gesundheitsstatus und medizinische Versorgungssituation von alleinstehend, wohnungslosen Menschen. *Gesundheitswesen* 59: 378-386

Vuillermoz, C., Aouba, A., Grout, L., Vandentorren, S, Tassin, F., Moreno-Betancur, M., Jouglu, É, Rey, G. (2016): Mortality among homeless people in France 2008-2010. In: *European Journal of public Health Public Health*, 2016 Dec; 26(6):1028–1033.

Wegweiser 2016–2017 (2016). Berliner Kältehilfe, 27.11.2016, unter http://www.kaeltehilfe-berlin.de/images/PDF/Kaltehilfe_2016_Web (Stand: 12.02.2017).

Wolf, S. (2016): „Über die Wahrnehmung von und den Umgang mit obdachlosen Personen im öffentlichen“ unter <https://www.kagw.de/themen-und-inhalte/wissenswertes/ueber-die-wahrnehmung> (Stand:12.12.2019)

Zahl der Kältetoten in Europa steigt (2017). *Deutsches Ärzteblatt*, 17.01.2017, unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72402/Zahl-der-Kaeltetoten-in-Europa-steigt> (Stand: 19.01.2017).

Zahlen zur Gewalt gegen wohnungslose Menschen Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., unter http://www.bagw.de/de/themen/gewalt/statistik_gewalt.html (Stand: 20.02.2017).

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Mischintoxikationen	31
Abbildung 2: Einteilung nach Gewalteinwirkung	39
Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Sucht und Obdachlosigkeit.....	60
Abbildung 4: Einrichtungen für Menschen in Wohnungsnot	65
Tabelle 1: Allgemein	12
Tabelle 2: Todesarten.....	13
Tabelle 3: Fälle mit nicht -natürlicher Todesart weiter differenziert nach Todesursachen bzw. -umständen.....	19
Tabelle 4: Unterkühlungen.....	21
Tabelle 5: Alkoholintoxikationen allgemein	24
Tabelle 6: Alkoholintoxikationen	25
Tabelle 7: Kombinierte BtM-Intoxikationen	27
Tabelle 8: Kombinationen	30
Tabelle 9: Mischintoxikationen.....	32
Tabelle 10: Fund-/Tatorte	33
Tabelle 11: Herkunft der Opfer	35
Tabelle 12: Toxikologische Befunde der Opfer.....	35
Tabelle 13: Alkoholeinfluss beim Opfer	36
Tabelle 14: Information über die Tatverdächtigen	38
Tabelle 15: Todesursachen Verletzungen durch scharfe Gewalt	40
Tabelle 16: Berlin, Hamburg, Mittelhessen im Vergleich	55
Tabelle 17: Nicht natürliche Todesart: Überblick und Vergleich	58
Tabelle 18: Schwere Körperverletzungen.....	64
Diagramm 1: Intoxikationen Gliederung	10
Diagramm 2: Die Fälle mit natürlicher Todesart aufgeschlüsselt nach den betroffenen Organsystemen betreffend die Todesursache	15
Diagramm 3: Lungenerkrankungen	16
Diagramm 4: Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes	17
Diagramm 5: Intoxikationen	23
Diagramm 6: Kombinierte Substanzen-Häufigkeit	29

Diagramm 7: Wohnungslosigkeit in Deutschland (aus Statistikberichten 2005–2012 der BAG Wohnungslosenhilfe)53

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Katerina Panikarova, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Retrospektive Analyse des Sektionsgutes im Hinblick auf die Todesursachen im Obdachlosenmilieu in Berlin 2005–2012“ mit einem Augenmerk auf den Tötungsdelikten selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE, unter www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Lebenslauf

(Aus Datenschutzgründen entfernt)

Danksagung

Hier möchte ich mich an erster Stelle bei Herrn Prof. Dr. med. Michael Tsokos für seine konsequente wissenschaftliche Betreuung, für seine Hilfe und Geduld beim Erstellen dieser Dissertation bedanken. Ein herzlicher Dank geht an Herrn Dr. Marc Windgassen für seine Unterstützung.

Mein Dank gilt an alle Mitarbeiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin und des Landesinstitutes für gerichtliche und soziale Medizin Berlin.

Außerdem bedanke ich mich bei allen Mitgliedern meiner Arbeitsgruppe für die gegenseitige Hilfe und Motivation – ich wünsche ihnen viel Erfolg für die Zukunft.

Ein besonderer Dank geht an meine Eltern Olga und Yury, an meine Großeltern Rosa und Alexander und an meinen Ehemann Roberto, deren Unterstützung für mich stets unverzichtbar und unbezahlbar ist.