

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE 2005

Martin Busch
Andrea Bodenwinkler
Charlotte Wirl

Wien, Juli 2006

BUNDEMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



IM AUFTRAG DES BUNDEMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT
UND FRAUEN

Kurzfassung

Der Indikator „direkt suchtgiftbezogene Todesfälle“ ist einer von derzeit insgesamt fünf sogenannten epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt wurden, um in ihrer Gesamtschau eine Einschätzung der Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums gewinnen zu können. Neben den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen liefern „indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle“ wichtige Zusatzinformationen unter anderem über gesundheitliche Langzeitfolgen des Drogenkonsums. Für das Jahr 2005 wurde das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) mit der Erstellung der suchtgiftbezogenen Todesfallanalyse beauftragt.

Im Jahr 2005 wurden 191 Fälle als direkt suchtgiftbezogene Todesopfer identifiziert. Im Jahresvergleich stieg die Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer von 2004 auf 2005 um drei Prozent. Schwankungen bezüglich der Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle müssen wegen der im statistischen Sinne geringen Anzahl mit Vorsicht interpretiert werden und dürfen keinesfalls mit der Entwicklung der Drogensituation insgesamt gleichgesetzt werden. Auch wird die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesopfer von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Anzuführen ist hier beispielsweise der nicht unerhebliche Einfluss der rechtzeitigen Inanspruchnahme von Rettungsambulanzen und Notfallstationen. Auch Vorkommnisse wie extrem riskanter Drogenkonsum in einer bestimmten Region bzw. Gruppe können kurzfristig zu einem Anstieg der suchtgiftbezogenen Todesfälle führen, ohne dass sich die Drogensituation insgesamt wesentlich geändert hat. Da jedoch im Jahr 2005 im dritten Jahr in Folge ein Anstieg der Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu beobachten und auch das Durchschnittsalter der suchtgiftbezogenen Todesfälle abermals leicht gesunken ist, muss auf Basis der vorliegenden Daten und in Zusammenschau mit anderen Informationen aus dem Drogenmonitoring von einer Verschärfung der Drogenproblematik ausgegangen werden.

In Hinblick auf die Todesursache wurden in 27 Prozent der direkten Todesfälle ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. In 38 Prozent der Fälle wies man zusätzlich zu den illegalen Suchtmitteln auch psychoaktive Medikamente nach, in 16 Prozent auch Alkohol und in 19 Prozent beides, sowohl Alkohol als auch psychoaktive Medikamente. Fast 80 Prozent der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle 2005 sind auf Mischintoxikationen durch mehrere psychoaktive Substanzen unter Beteiligung von Opiaten zurückzuführen. Der Anteil der reinen Opiatintoxikationen betrug 18 Prozent. Nach wie vor zeigen sich damit hochriskante polytoxikomane Konsummuster mit Beteiligung von Opiaten, bei denen sich die potenzierende Wirkung der einzelnen Substanzen schwer einschätzen lässt, als Hauptursache von tödlichen Überdosierungen.

Der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen geschieht in privaten Räumlichkeiten. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet, dieser Kontext aber möglicherweise das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeutet.

Insbesondere ist auch auf den stark angegriffenen allgemeinen Gesundheitszustand vieler Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten hinzuweisen. Dies zeigt eine entsprechende Analyse der gerichtsmedizinischen Befunde und die Analyse der 38 indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle.

Maßnahmen der Risikominimierung und Aufklärung über hochriskante Substanz-Konsummuster müssen unbedingt ein wesentlicher Bestandteil der Präventionsarbeit sein. Auch das räumliche Setting (größtenteils Privaträumlichkeiten), in dem tödliche Überdosierungen geschehen, ist in der Präventionsarbeit zu berücksichtigen. Neben suchtspezifischen Maßnahmen ist die begleitende allgemeinmedizinischen Versorgung zu optimieren, um auch durch die Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes auf ein Ansteigen der Lebenserwartung und Lebensqualität der Suchtkranken hinzuwirken. Es besteht dringender Bedarf an vertiefender wissenschaftlicher Erforschung der Drogenszene. Das würde einerseits Klarheit über die Dimension (quantitativer Anstieg der Konsumierenden und/oder risikoreicherer und intensiverer Konsum bei gleichbleibender Zahl der Konsumierenden) verschaffen und andererseits die Hintergründe des Konsumverhaltens, die psychische und soziale Situation sowie die gesundheitsbezogene Bedürfnislage der Betroffenen beleuchten. Daraus lassen sich dann weitere Vorschläge zur Adaption und Optimierung des Betreuungsangebots ableiten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Analyse.....	3
2.1	Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen).....	3
2.1.1	Todesursachenvergleich und Substanzbeteiligung.....	4
2.1.2	Bundesländervergleich.....	6
2.1.3	Altersgruppenvergleich	7
2.1.4	Verteilung der Geschlechter	7
2.1.5	Begleiterkrankungen.....	8
2.1.6	Auffindungsort.....	10
2.2	Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle	10
3	Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	12
4	Tabellenanhang.....	14

1 Einleitung

Im Rahmen einer jährlichen Statistik werden im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die suchtgiftbezogenen Todesfälle ausgewiesen. Mit der Erstellung der Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle 2005 wurde das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) betraut.

Bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Konnex zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden – es handelt sich dabei um Menschen, die an einer akuten Intoxikation mit Beteiligung eines Suchtgifts versterben. Diese Definition entspricht der Definition für „Drug related deaths“ der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) *„The EMCDDA definition of drug related death in the Key Indicator „Drug related deaths and mortality among drug users“ refers to those deaths that are caused directly by the consumption of drugs of abuse. These deaths occur shortly after the consumption of the substance(s)“* (EMCDDA 2002).

Bei den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit Beteiligung eines Suchtgiftes. Es ist aber aufgrund einer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte eine mögliche Beziehung zwischen dem Tod und einem Suchtgiftkonsum denkbar. Nach Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sind unter indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unter anderem Tod durch Krankheiten, bei denen ein Bezug zum Drogenkonsum angenommen wird (z. B. AIDS wenn die HIV-Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erfolgte), Unfälle unter Drogeneinfluss, Selbstmorde von Drogenabhängigen (nicht durch Überdosierung) zu verstehen. Der kausale Bezug zwischen Drogenkonsum und Tod ist indirekt und beruht auf Schlussfolgerungen.

In einigen europäischen Ländern, darunter auch in Österreich, wurde lange Zeit die Summe von direkt und indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen als offizielle Zahl der „Drogenopfer“ referiert. Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik in internationalen Arbeitsgruppen auf Ebene der EBDD hat dazu geführt, dass in allen EU-Ländern ausschließlich direkt suchtgiftbezogene Todesfälle im Rahmen des Indikators „suchtgiftbezogene Todesfälle“ erfasst werden. Dies hat mehrere Gründe:

- Die Aufsummierung von direkt und indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen ist höchst problematisch, da Indikatoren für unterschiedliche Sachverhalte vermischt werden. Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle können in Zusammenschau mit den anderen von der EBDD definierten epidemiologischen Schlüsselindikatoren „prevalence and patterns of drug use among the general population“, „prevalence and patterns of problem drug use“, „drug related infectious diseases“ und „demand for drug treatment“ zur Beschreibung der aktuellen Drogensituation herangezogen werden. Bei indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen liegt der Drogenkonsum oft weit zurück (z. B. bei Personen die an AIDS versterben und sich beim Drogenkonsum mit HIV infiziert haben). Ein Bezug zur aktuellen Drogensituation ist hier meist nicht gegeben.
- Die Zuordnung zu indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen beruht in den meisten Fällen auf Schlussfolgerungen und nicht auf direkten Belegen.
- Die Zahlen sind unvollständig. So ist zu vermuten, dass beispielsweise bei Tod durch eine durch intravenösen (i.v.) Drogenkonsum verursachte

Sekundärschädigung (z. B. Hepatitis) dieser Sachverhalt oft nicht erkannt und daher nicht als Verdachtsfall gemeldet wird.

Aus den angeführten Gründen wird in der Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle 2005 bei der Darstellung der Ergebnisse auf eine strikte Trennung von direkt und indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen geachtet.

Neben den (tödlichen) Überdosierungen stellt Suchtgiftkonsum auch ein Risiko hinsichtlich körperlicher Erkrankungen und Organschäden dar. Da im Rahmen der gerichtsmedizinischen Untersuchung in der Regel eine genaue Erhebung bezüglich körperlicher Komorbidität durchgeführt wird, können diese Befunde als Datenquelle für das Vorkommen gesundheitlicher Schädigungen herangezogen werden. Aus diesem Grund erfolgt für das Jahr 2005 erstmals eine systematische Aufarbeitung im Rahmen eines eigenen Kapitels.

Ebenfalls neu ist die Analyse der Todesfälle nach Auffindungsort der verstorbenen Person. Dieser liefert wichtige Kontextinformationen, die für präventive Maßnahmen relevant sind.

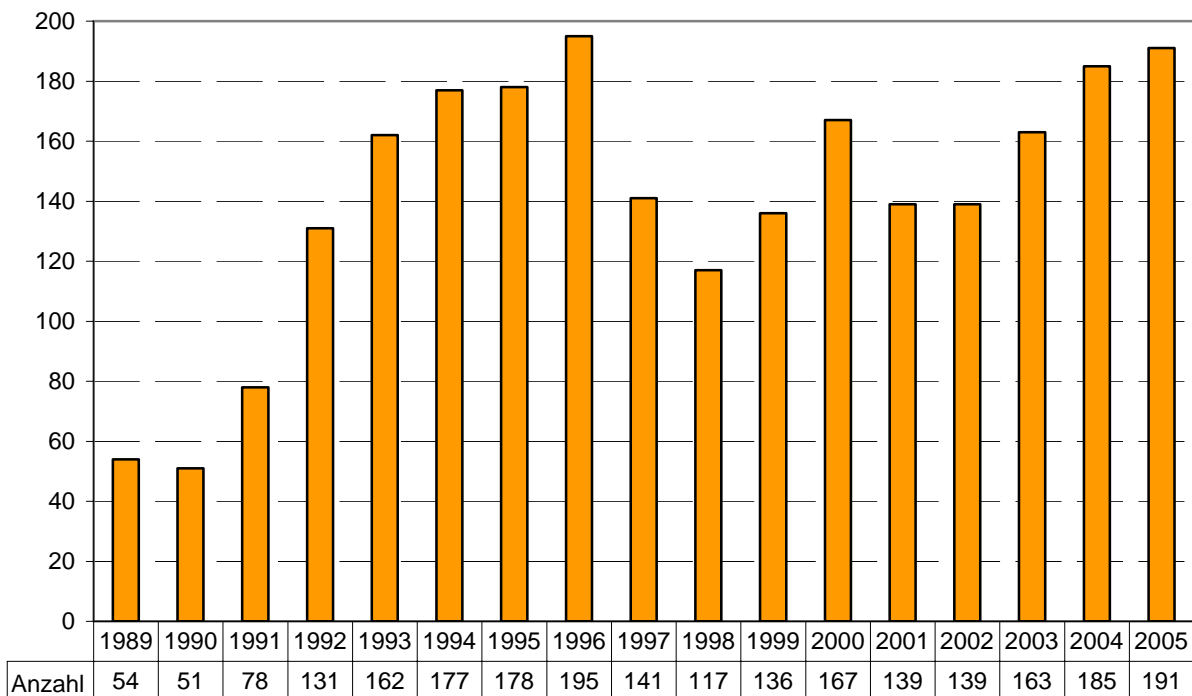
Die Daten der vorliegenden Statistik basieren auf Meldungen der Exekutive an das Bundesministerium für Inneres (BMI), welches diese Meldungen an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) weiterleitet sowie auf den von den Instituten für Gerichtsmedizin bzw. den zuständigen Landesstellen übermittelten Obduktionsbefunden und -gutachten.

2 Analyse

2.1 Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen)

Im Jahr 2005 wurden von den insgesamt 338 eingegangenen Verdachtsmeldungen 191 Fälle als direkt suchtgiftbezogene Todesopfer identifiziert. Damit ist ein Anstieg um sechs Personen, d. h. um drei Prozent im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (2000: 167, 2001: 139, 2002: 139, 2003: 163, 2004: 185).

Abbildung 1: Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle in den Jahren 1989 bis 2005



Schwankungen bezüglich der Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle müssen wegen der im statistischen Sinne geringen Anzahl mit Vorsicht interpretiert werden und dürfen keinesfalls mit der Entwicklung der Drogensituation insgesamt gleichgesetzt werden. Auch wird die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesopfer von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Anzuführen ist hier beispielsweise der nicht unerhebliche Einfluss der rechtzeitigen Inanspruchnahme von Rettungsambulanzen und Notfallstationen (siehe dazu auch Punkt 2.1.6.). Auch das Auftreten von wie extrem riskantem Drogenkonsum in einer bestimmten Region bzw. Gruppe können kurzfristig zu einem Anstieg der suchtgiftbezogenen Todesfälle führen, ohne dass sich die Drogensituation insgesamt wesentlich geändert hat. Da jedoch im Jahr 2005 im dritten Jahr in Folge ein Anstieg der Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu beobachten ist, muss (auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur – siehe Punkt 2.1.3) auf Basis der vorliegenden Daten von einer Verschärfung der Situation hinsichtlich direkt suchtgiftbezogener Todesfälle ausgegangen werden.

Von 169 der insgesamt 191 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle liegen vollständige Informationen (Obduktionsgutachten inklusive vollständiger toxikologischer Analyse) vor. In 22 Fällen wurde im Rahmen einer sanitätspolizeilichen Obduktion ein

immunologischer Vortest durchgeführt, eine genaue Todesursachenkategorisierung nach Substanzen ist in diesen Fällen nicht möglich. In 21 dieser 22 Fälle verlief der Vortest auf Opiode positiv, in einem Fall wurde Kokain gefunden. Die Beteiligung weiterer Substanzen wie Alkohol oder psychoaktive Arzneimittel ist jedoch unbekannt.

In fünf von der Polizei an das BMI gemeldeten Verdachtsfällen wurde keine Obduktion vorgenommen, obwohl laut Totenbeschauschein eine Suchtgiftintoxikation, Opiatintoxikation o. Ä. angenommen wurde. Diese Todesopfer finden keinen Eingang in die Statistik. Da der Totenbeschauschein nicht auf einer Obduktion basiert, kann der Drogenkonsum nicht als erwiesen angesehen werden.

2.1.1 Todesursachenvergleich und Substanzbeteiligung

Bei 157 Personen der insgesamt 191 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle (Intoxikationen) konnte auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten samt toxikologischer Analyse verifiziert werden, dass diese Personen unmittelbar an der Überdosierung verstarben, d. h., dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität des Suchtmittels zu einem funktionellen, protrahierten, zentralen „Erstickungssterbegeschehen“ gekommen ist, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herzkreislaufversagen) endete (Hirnödem, Lungenödem, etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 34 Fällen erfolgte der unmittelbare Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge) wie z. B. zentral ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zur tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). Details aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und Bundesland sind in den Tabellen A4 bis A7 im Anhang zu finden.

Zwei Prozent der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle waren nachweislich Selbstmorde, d. h. es wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen.

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene 169 der insgesamt 191 Fälle eingeschlossen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologische Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war. Bei diesen 169 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden im Rahmen der Obduktionen entweder ein einziges Suchtgift oder mehrere Suchtgifte oder eine Mischung aus Suchtgift(en) in Verbindung mit psychoaktiven Arzneimitteln und/oder Alkohol gefunden.

In 27 Prozent der 169 Fälle wurden ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich zu illegalen Drogen wurden in 38 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 16 Prozent der Fälle auch Alkohol, und in 19 Prozent beides – sowohl Alkohol als auch psychoaktive Medikamente – nachgewiesen.

Reine Opiat-Intoxikationen waren 31 zu verzeichnen, davon 15 ausschließlich mit Morphin. Die reinen Opiat-Intoxikationen sanken im Vergleich zum Jahr 2004 von 38 auf 31. Der Anteil der reinen Opiat-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt 18 Prozent (2001: 12,2 %, 2002: 12,2 %, 2003: 24,5 %, 2004: 22 %).

In nur vier direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle waren 2005 keine Opiate beteiligt. Bei drei dieser Fälle wurde Kokain nachgewiesen. In einem Fall führte der Konsum von Amphetamin und Alkohol ohne dem Beisein anderer illegaler Drogen zum Tod.

134 der 169 spezifizierten toxikologischen Analysen – 79 Prozent – zeigten **Mischintoxikationen mit Opiaten** (2001: 87 %, 2002: 86 %, 2003: 70,6 %, 2004: 76 %), d. h. es wurde(n) ein Suchtgift/mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt, und zwar: in zwölf Fällen mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), in 65 Fällen neben Suchtgift(en) - (inkl. Opiate) ausschließlich Psychopharmaka, in 25 Fällen neben Suchtgift(en) - (inkl. Opiate) ausschließlich Alkohol und in 32 Fällen neben Suchtgift(en) - (inkl. Opiate) sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka.

Die Beteiligung von Opiaten an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse betrug 2005 98 Prozent (2002: 98 %, 2003: 96 %, 2004: 98 %).

Am häufigsten wurde das Suchtgift Morphin gefolgt von psychoaktiven Arzneimittel und Alkohol nachgewiesen (vgl. Tabelle A10).

Morphin wurde im Jahr 2005 in insgesamt 125 Fällen nachgewiesen und ist somit mit 74 Prozent die am häufigsten nachgewiesene Substanz bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen. Von diesen 125 Fällen gehen 15 auf Morphin als einzig beteiligtes Suchtgift zurück, in sechs Fällen auf Morphin mit anderen Opiaten und 104 Fälle auf Mischintoxikationen, davon in neun Fällen in Kombination mit ausschließlich anderen illegalen Suchtgiften (ohne Alkohol bzw. psychoaktive Arzneimittel).

Heroin wurde in 16 Fällen eindeutig nachgewiesen, das sind neun Prozent der Fälle mit bekannter toxikologischer Analyse. Davon gehen drei auf Heroin als einzige beteiligte Substanz zurück, ein Fall mit ausschließlich einem anderen Opiat und die restlichen Fälle auf Mischintoxikationen mit Alkohol, psychoaktiven Medikamenten oder anderen Suchtgiften.

Heroin wird im Organismus in relativ kurzer Zeit zu 6-Acetyl-Morphin metabolisiert (verstoffwechselt) und dann im Wesentlichen zu Morphin hydrolisiert (umgewandelt). Die Angaben zu Heroin und Morphin sind mit einer gravierenden Unschärfe behaftet, da aus vielen toxikologischen Gutachten nicht klar ersichtlich ist, ob im Rahmen der toxikologischen Analyse nach den spezifischen Abbaustoffen von Heroin gesucht wurde. Einige Expertinnen und Experten vermuten jedoch, dass die Anzahl an tödlichen Überdosierungen mit Heroin zurückgeht und jene mit Morphin ansteigt. Eine entsprechende Studie, die auf toxikologische Detailanalysen zurückgreift, ist aber noch nicht publiziert.

Der hohe Anteil an Morphin in den vorliegenden toxikologischen Gutachten ermöglicht keinen direkten Rückschluss auf den Missbrauch von retardierten Morphinen, wie sie in der Substitutions- bzw. Schmerztherapie verwendet werden, zumal Morphin als Substanz, nicht jedoch die Retardform, in den Gutachten ausgewiesen werden kann.

Kokain wurde in 37 Fällen der suchtgiftbezogenen Todesfälle festgestellt (2001: 35, 2002: 49, 2003: 49, 2004: 52) und ist somit nach Morphin die zweithäufigst nachgewiesene illegale Substanz. Zwei Personen konsumierten Kokain mit Alkohol, eine Person nahm Kokain zusammen mit psychoaktiven Arzneimitteln. In 34 Fällen wurde Kokain mit Opiaten gemischt, das entspricht 83 Prozent der Mischintoxikationen von Opiaten mit einem anderen illegalen Suchtgift.

Manche Abhängige mischen Heroin und Kokain zu einem sogenannten „Speed-ball“. Da sich hierbei die verschiedenen Substanzen in ihrer Wirkung wechselseitig verstärken, gilt diese Mischung als besonders gefährlich.

Amphetaminderivate wurden in sieben Fällen nachgewiesen.

Alkohol wurde bei insgesamt 60 Suchtgiftintoxikationen festgestellt.

Bei 21 Todesfällen wurde ein Blutalkoholwert von 0,1 bis 0,49 Promille, bei zwölf Todesfällen von 0,5 bis 0,99 Promille, bei 13 Fällen von 1 bis 1,49 Promille, bei fünf Fällen von 1,5 bis 1,99 Promille, bei vier Fällen von 2 bis 2,49 Promille und in fünf Fällen von 2,5 bis 2,99 Promille festgestellt.

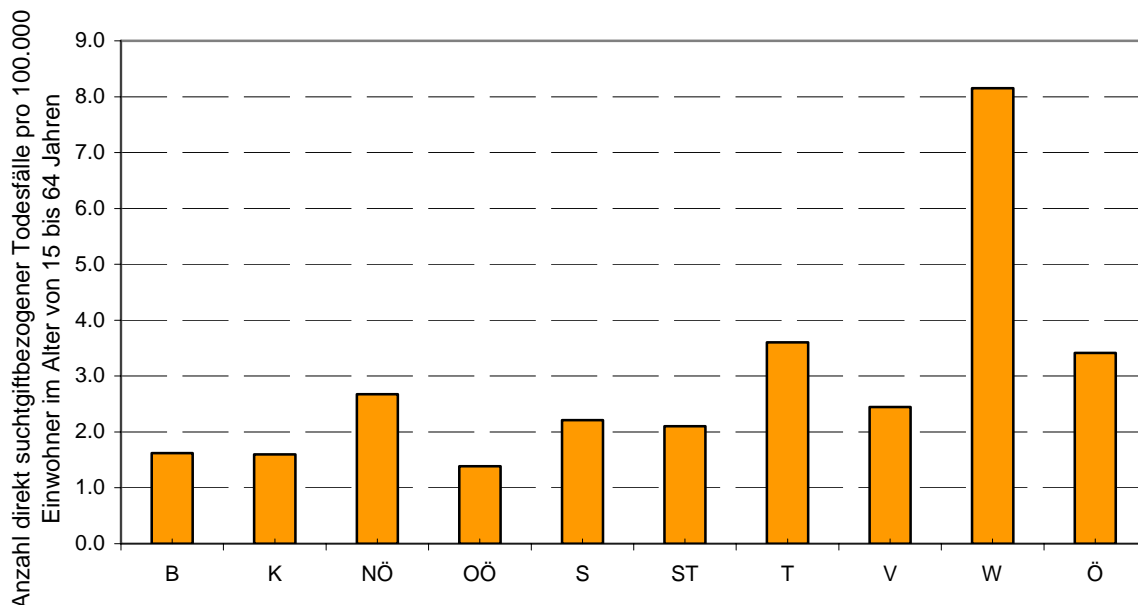
Psychoaktive Arzneimittel – in erster Linie Benzodiazepine - wurden in 100 Fällen festgestellt.

Detaillierte Tabellen, welche die beteiligten Substanzen nach Alter, Geschlecht und Bundesland auflisten befinden sich im Anhang (Tabelle A1 bis A3 und A7 bis A10)

2.1.2 Bundesländervergleich

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländer zu ermöglichen, wurde die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle auf die altersmäßig relevante Einwohnerzahl im entsprechenden Bundesland bezogen. Nach Empfehlungen der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde als relevante Altersgruppe die Gruppe der 15 bis 64-Jährigen ausgewählt. Abbildung 2 gibt die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner in dieser Altersgruppe wider. Am häufigsten verstarben Personen in der relevanten Altersgruppe in Wien. Im Österreich verstarben im Jahr 2005 3,4 Personen pro 100.000 15 bis 64-Jährige in der Bevölkerung.

Abbildung 2: Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle pro 100.000 Personen der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre nach Bundesländern 2005



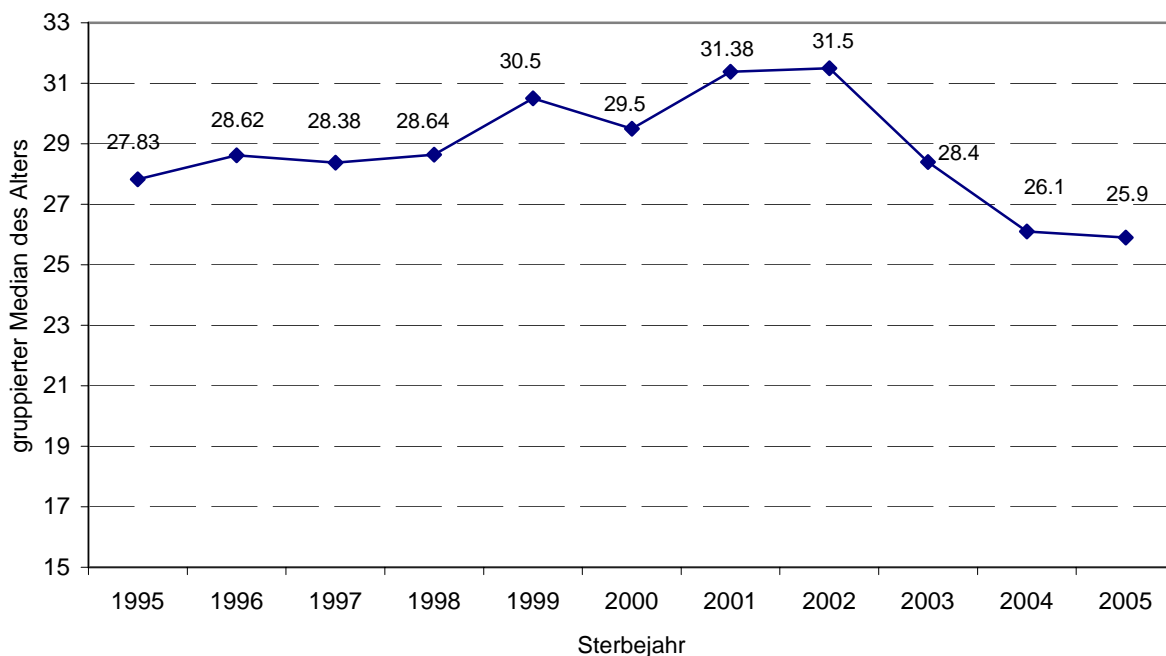
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Die Absolutzahlen aufgeschlüsselt nach Bundesland sind in den Tabellen A1 und A7 im Anhang zu finden.

2.1.3 Altersgruppenvergleich

Das Durchschnittsalter der in der Statistik erfassten Todesfälle beträgt 2005 29 Jahre (1993: 26 Jahre, 2000: 30,1 Jahre, 2001: 31,3, 2002: 31,9, 2003: 29,5, 2004: 29,7) und der gruppierte Median¹ liegt bei 25,9 Jahren (1993: 24,1 Jahre, 2000: 29,5, 2001: 31,4, 2002: 31,5, 2003: 28,4, 2004: 26,1). Der Median ist eine robustere Maßzahl als der Mittelwert und reagiert nicht stark auf extreme Werte wie ein sehr hohes Sterbealter einer einzelnen Person und eignet sich daher besser zum Vergleich der Altersverteilung über mehrer Jahre. Wie in Abbildung 3 ersichtlich sinkt das Alter bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen seit 2002 konstant und befindet sich 2005 auf dem selben Niveau wie 2004. Detaillierte altersspezifische Tabellen befinden sich im Anhang (Tabelle A2 und A8).

Abbildung 3: Gruppiertes Median des Alters der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle nach Sterbejahr



Die Entwicklung der Altersstruktur bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle liefert auch einen wichtigen Hinweis zur Interpretation der quantitativen Entwicklung der Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt. Der Anstieg der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in den jüngeren Altersgruppen kann als Hinweis interpretiert werden, dass die Zahl der jungen Problemkonsumentinnen und Problemkonsumenten im Steigen begriffen ist oder, dass hochriskante Konsummuster bei dieser Gruppe ansteigen.

2.1.4 Verteilung der Geschlechter

Der Anteil der direkt suchtgiftbezogenen weiblichen Todesfälle an den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen insgesamt beträgt 2005 22,5 Prozent und entspricht somit dem Durchschnitt der letzten Jahre (1998: 14 %, 1999: 28 %, 2000: 21 %, 2001: 16 %, 2002: 18 %, 2003: 18 %, 2004: 20 %).

¹ Der Median ist jener Wert bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

Es zeigt sich bei den weiblichen suchtgiftbezogenen Todesfällen eine andere Altersstruktur als bei den männlichen. Der gruppierte Median der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesfällen liegt bei nur 22,3 Jahren (2004: 24 Jahre) und jener der männlichen suchtgiftbezogenen Todesfälle bei 26,6 Jahren (2004: 26,5).

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, sind 23 Prozent der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesfälle jünger als 20 Jahre, während sich von den männlichen Suchtgiftopfern zwölf Prozent in dieser Altersgruppe befinden. Drogensüchtige Frauen und Männer sterben am häufigsten im Alter von 20 bis 24 Jahren. Der wesentlich niedrigere Median des Sterbealters bei Frauen, der auch bereits in den Vorjahren zu beobachten war, kann als ein Hinweis interpretiert werden, dass entweder der Frauenanteil bei jugendlichen Drogenkonsumierenden wesentlich höher ist als in den anderen Altersgruppen (für diese Interpretation gibt es auch Belege aus anderen Bereichen des Drogenmonitorings) oder, dass weibliche Risikokonsumentinnen früher versterben als männliche.

Tabelle 1: Direkt suchtgiftbezogene nach Alter und Geschlecht 2005

Alter	Geschlecht	
	weiblich	männlich
Unter 20 Jahre	10 (23,3 %)	18 (12,2 %)
20 bis 29 Jahre	17 (39,5 %)	67 (45,3 %)
30 bis 39 Jahre	8 (18,6 %)	36 (24,3 %)
40 bis 49 Jahre	7 (16,3 %)	20 (13,5 %)
50 Jahre und älter	1 (2,3 %)	7 (4,7 %)
Summe	43 (100%)	148 (100 %)

Bei den involvierten Substanzen zeigen sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die auf ein unterschiedliches Konsumverhalten schließen lassen könnten. Polytoxikomane Konsummuster sind bei weiblichen und männlichen suchtgiftbezogenen Todesfällen gleich häufig vorzufinden.

Detaillierte geschlechtsspezifische Tabellen befinden sich im Anhang (Tabelle A3 und A9).

2.1.5 Begleiterkrankungen

Neben den tödlichen Überdosierungen stellt Suchtgiftkonsum auch ein Risiko hinsichtlich körperlicher Erkrankungen und Organschäden dar. Die folgende Darstellung hinsichtlich körperlicher Komorbidität (begleitende Krankheiten) beschränkt sich auf insgesamt 120 Fälle. In 72 Fällen (38 % der insgesamt 191 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle) kann hinsichtlich körperlicher Komorbidität keine Aussage gemacht werden. In diese Gruppe fallen jene Personen, bei welchen in der Obduktion tatsächlich noch keine körperlichen Schädigungen nachweisbar waren. Aber auch jene Fälle, in welchen keine gerichtliche Obduktion beantragt wurde (es gab nur den Totenbeschauschein) oder jene Personen, bei denen im gerichtlichen Gutachten die begleitenden Organschäden nicht angeführt waren, oder stark verwesene Leichen gehören dieser Gruppe an. Bei 38 Personen fanden die Gerichtsmedizinerinnen und Gerichtsmediziner nur ein geschädigtes Organ. 68 Personen wiesen zwischen zwei und drei geschädigte Organe auf. Bei 13 Personen fanden die Gerichtsmedizinerinnen und Gerichtsmediziner bei der Leichenöffnung zwischen vier und fünf erkrankte Organe. Eine Person litt neben der Drogensucht an sechs geschädigten Organen.

Die Palette der identifizierten Begleitkrankheiten reicht von leichteren reversiblen Organschäden (z. B. Fettleber, Fettbauchspeicheldrüse, etc.) bis hin zu akut

lebensbedrohlichen Krankheitszuständen (z. B. Lungenentzündung = Pneumonie; Herzmuskelentzündung = Myokarditis; Herzklappenentzündung = Endokarditis, Blutvergiftung durch Aussaat von Bakterien von einem Herd aus in die Blutbahn = Sepsis).

Drogensüchtige, die das Suchtgift intravenös (i.v.) konsumieren stellen eine Hochrisikogruppe für **HIV- und Hepatitisinfektionen** dar. Durch die unsachgemäße Verwendung von Infektionsnadeln und Spritzen kommt es immer wieder zu Ansteckungen und Infektionen. In 14 Fällen war den verfügbaren Unterlagen eine Infektion mit dem HIV-Virus (Humanes Immunschwächevirus) zu entnehmen (siehe dazu Tabelle A7 bis A9 im Anhang). Davon litten vier Personen schon an AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). In 61 Fällen war eine Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus nachgewiesen. Verlässliche Zahlen über Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus lassen sich aufgrund mangelnder diesbezüglicher Dokumentation in den zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht darstellen.

Ein großer Teil der Drogensüchtigen beschränkt sich nicht auf die Einnahme einer bestimmten Substanz, sondern kombiniert verschiedene Suchtgifte. Teilweise geschieht das, um neue bzw. stärkere Wirkungen zu erzielen. Die Wechselwirkung zwischen den einzelnen eingenommenen Substanzen, aber auch die auf dem Suchtgiftmarkt verwendeten toxischen „Streckmittel“ erhöhen das Risiko von Organschäden (Leber, Niere, Lunge, Herz und Gefäßsystem, etc.). Häufiger Suchtmittelmissbrauch bzw. Dauermissbrauch zieht eine Reihe von organischen Folgeschäden mit sich. Die konsumierten Gifte schädigen die Organzellen, die daraufhin vermehrt Fett einlagern und so kommt es zunächst zur fettigen Degeneration (reversibel) des betroffenen Organs. Auf diese Weise entsteht z. B. die Fettleber. Bei der Leberentzündung (Hepatitis) kommt es durch den entzündlichen Prozess zum Absterben der Leberzellen, die dann durch inaktives Bindegewebe ersetzt werden (bindegewebige Degeneration des Organs = irreversibel). Im fortgeschrittenen Stadium geht die Hepatitis in vielen Fällen in eine Leberzirrhose oder einen Leberkrebs über. Analoge pathologische Abläufe spielen sich auch bei der toxischen Schädigung von Bauchspeicheldrüse, Niere und Herz ab.

Bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesopfern vom Jahr 2005 beschrieben die Gerichtsmedizinerinnen und Gerichtsmediziner in 100 der 120 Fälle mit vorhandenem Befund eine **Leberschädigung** als begleitende Erkrankung. In zehn dieser Fälle handelte es sich dabei um eine Leberzirrhose, die eine sehr ernste Erkrankung darstellt. In 69 Fällen war das **Herz** geschädigt (die Befunde reichen von der fettigen- und bindegewebige Degeneration, dem Schwielenherz, Infarktarnen, Coronarsklerose bis hin zur Herzmuskelentzündung = Myokarditis oder Herzklappenentzündung = Endokarditis). Die **Lungen** zeigten in 32 Fällen pathologische Begleitbefunde (am häufigsten wurden das Lungenemphysem bzw. die Lungenanthrakose befundet). **Nierenschäden** wurden in 17 Fällen beschrieben (das waren Nierenparenchymdegeneration, Nephrosklerose, Niereninfarkt). In zwölf Fällen ging aus den Obduktionsgutachten eine **Bauchspeicheldrüsenschädigung** hervor. In 21 Fällen waren **Milz** oder **Gaumenmandeln (Tonsillen)** oder **Lymphknoten** wahrscheinlich als Folge von Infektionen bei reduzierter Abwehrreaktion des Körpers erkrankt. Die Innenwände der **Arterien** zeigten in 17 Fällen wahrscheinlich aufgrund der chronischen Toxineinwirkungen vermehrte Auflagerungen (Atherosklerose). **Neurologische Veränderungen** (im Gehirn) wurden in sieben Fällen beschrieben. In zwei Fällen wurde bei der gerichtlichen Obduktion eine **Magen-Darmblutung** als begleitendes Leiden diagnostiziert.

In 18 Fällen ergab die Leichenobduktion einen **begleitenden, lebensbedrohlichen Gesundheitszustand**, der höchstwahrscheinlich aus einem Dauer-

missbrauch von Suchtgiften resultierte. Zwei dieser Personen wiesen ein begleitendes **septisches Zustandsbild** auf (Blutvergiftung durch Aussaat von Mikroorganismen von einem lokalen Herd aus). 13 weitere Personen litten an einer **begleitenden schweren Lungenentzündung** und in drei Fällen lag neben der akuten Suchtgiftintoxikation ein sogenannter körperlicher „Auszehrungszustand“ (Kachexie) vor. Bei derartigen Krankheitsbildern ist die Toleranz gegenüber den eingenommenen Suchtmitteln wesentlich herabgesetzt, sodass normalerweise noch tolerierte Dosen bereits eine tödliche Wirkung entfalten.

2.1.6 Auffindungsort

Zum ersten Mal wurde heuer auch der Auffindungsort der Personen systematisch erfasst. Dieser liefert wichtige Informationen über den räumlichen Kontext, in dem tödlich verlaufende Überdosierungen vorkommen und ist für präventive Maßnahmen relevant.

Es zeigte sich, dass die Mehrheit (81 Prozent) der Personen in einer Wohnung verstarben (siehe Tabelle 2). In Hotel, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheim verstarben zwei Prozent. Drei Prozent verstarben in Strafanstalten und vier Prozent an anderen Orten, davon fünf Personen im Krankenhaus. In rund drei Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte.

Tabelle 2: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Todesort in Prozent 2005

Todesort	Prozentanteil aller 191 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle
Eigene Wohnung	52,4 %
Wohnung (Ehe-)Partner	2,1 %
Andere Wohnung	26,2 %
Straße	2,6 %
Lokal/Bar	1,6 %
Hotel/Jugendherberge/Männerheim...	2,1 %
Anderer öffentlicher Ort (Toilette, Bahnhof...)	2,6 %
Strafanstalt	3,1 %
Anderer Ort (Krankenhaus,...)	4,7 %
Unbekannt	2,6 %
Summe	100 %

Der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen geschieht demnach in privaten Räumlichkeiten. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet, dieser Kontext aber möglicherweise das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeutet und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöht.

2.2 Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle

Bei indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit Beteiligung eines Suchtgiftes. Aufgrund einer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte ist jedoch eine Beziehung zwischen dem Tod und einem Suchtgiftkonsum denkbar. Als eindeutige suchtgiftbezogene Vorgeschichte zählt wenn sich jemand zum Zeitpunkt des Todes in Substitutionstherapie befand, illegale Suchgifte im Blut nachgewiesen wurden oder Todesursache eine eindeutig drogenassoziierten Krankheit war (z. B. Todesfall durch AIDS wenn die HIV-Infektion durch intra-

venösen Drogenkonsum erfolgte). Insgesamt ist bei den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen davon auszugehen, dass die Daten unvollständig sind, da eine Klassifizierung nur möglich ist, wenn ein entsprechender Verdacht gemeldet wird (siehe dazu auch Kapitel 1). Daher kann die Analyse der indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle lediglich einen qualitativen Einblick in die weitreichenden indirekten (Langzeit-) Folgen des Drogenkonsums geben. Eine verlässliche und vollständige Aussage über die Mortalität von Drogenkonsumierenden kann nur im Rahmen einer Kohortenstudie gemacht werden.

Die meisten indirekten suchtgiftbezogenen Todesfälle 2005 (18 Personen) starben an Krankheiten wie Myokarditis oder Leberzirrhose. Jeweils sieben Personen verstarben bei einem Selbstmord oder einem Unfall. Zwei Personen infizierten sich laut AIDS-Datenbank des BMGF infolge intravenöser Drogenapplikation mit dem HI-Virus. Sie erkrankten manifest an AIDS und starben 2005 an einer durch AIDS verursachten Erkrankung. Zwei weitere Personen starben an anderen Ursachen.

3 Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Der Indikator „direkt suchtgiftbezogene Todesfälle“ ist lediglich einer von derzeit insgesamt fünf sogenannten epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt wurden, um in ihrer Gesamtschau eine Einschätzung der Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums gewinnen zu können.

Aus nur einem einzigen dieser Indikatoren – das gilt insbesondere auch für die suchtgiftbezogenen Todesfälle – kann für sich allein kein verlässliches Bild über die Drogensituation abgeleitet werden.

Eine seriöse Einschätzung der Situation im Bereich des problematischen Suchtgiftkonsums ist vielmehr nur auf Basis von Statistiken über mehrere Jahre und im Zusammenhang mit den anderen Indikatoren Konsumerhebungen, Prävalenzschätzungen, Behandlungsdaten, drogenbezogene Infektionskrankheiten, etc. – ableitbar. Relevant ist in diesem Zusammenhang, dass es seit einigen Jahren Hinweise z. B. aus dem Bereich der Drogenhilfe gibt, dass sich wieder vermehrt junge Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten mit problematischem und risikoreichem Konsummuster finden. Dies steht im Einklang mit dem Anstieg der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle vor allem in den jüngeren Altersgruppen. Da auch die aktualisierten Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums einen Anstieg zeigen, muss von einer Verschärfung der Situation hinsichtlich des problematischen Drogenkonsums ausgegangen werden.

Bei mehr als der Hälfte der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden neben Suchtgift(en) auch Psychopharmaka und/oder Alkohol nachgewiesen. In 98 Prozent der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden Opiate nachgewiesen. Somit ist auch nach übereinstimmender Fachmeinung der **Mischkonsum unter Beteiligung von Opiaten** als das große Problem im Bereich des Suchtgiftmissbrauchs anzusehen, da die verschiedenen gleichzeitig konsumierten Substanzen in ihrer kombinierten Wirkung für den Betreffenden nicht mehr kontrollierbar sind. Die Kombination des Konsums von Suchtgift mit Alkohol und/oder Psychopharmaka ist infolge der gegenseitigen Wirkungsverstärkung besonders riskant. Aufklärung über hochriskante Substanz-Konsummuster muss daher unbedingt ein wesentlicher Bestandteil der Präventionsarbeit sein.

Der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen geschieht in **privaten Räumlichkeiten**. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet, dieser Kontext aber möglicherweise das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeutet. Dem ist bei der Konzeption entsprechender Präventionsmaßnahmen Rechnung zu tragen.

Insbesondere ist auch auf den stark angegriffenen **allgemeinen Gesundheitszustand** vieler Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten hinzuweisen. Dies zeigt sowohl eine entsprechende Analyse der gerichtsmedizinischen Befunde der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle als auch die Analyse der indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle. Neben suchtspezifischen Maßnahmen ist die begleitende allgemeinmedizinischen Versorgung im Rahmen niederschwelliger Angebote zu optimieren, um auch durch die Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes auf ein Ansteigen der Lebenserwartung und Lebensqualität der Suchtkranken hinzuwirken.

Es besteht dringender Bedarf an **vertiefender wissenschaftlicher Erforschung** der Drogenszene. Das würde einerseits Klarheit über die Dimension (quantitativer

Anstieg der Konsumierenden und/oder risikoreicherer und intensiverer Konsum bei gleichbleibender Zahl der Konsumierenden) verschaffen und andererseits die Hintergründe des Konsumverhaltens, die psychische und soziale Situation sowie die gesundheitsbezogene Bedürfnislage der Betroffenen beleuchten. Daraus lassen sich dann weitere Vorschläge zur Adaption und Optimierung des Betreuungsangebots ableiten.

4 Tabellenanhang

Tabelle A1

Suchtgiftbezogene Todesfälle 2005 nach Bundesländern	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten										
A1 Heroin	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3
A2 Morphin	1	0	4	0	1	3	0	0	6	15
A2a sonstige Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3 Methadon	1	0	1	1	0	0	0	0	3	6
A4 mehrere Opiate	0	0	1	2	0	0	0	0	4	7
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	2	1	6	3	1	4	1	0	13	31
B Mischintoxikationen mit Opiaten										
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	1	6	4	0	3	0	0	15	30
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	1	1	0	0	1	4
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	2	1	0	2	3	0	7	16
B5 Heroin mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
B6 Morphin mit Alkohol	0	1	0	0	0	3	0	0	5	9
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	1	1	2	4	0	5	14
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	1	1	2	1	2	8
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	0	0	2	0	0	0	2	1	7	12
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	1	3	1	1	1	0	1	6	14
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	2	0	1	0	0	0	6	9
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	1	1	1	0	1	0	2	6
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	1	5	19	9	6	13	15	6	60	134
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate										
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
C4 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C5 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C6 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) und Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4
Suchtgiftintoxikationen nicht näher spezifiziert	0	0	4	1	0	0	1	0	16	20
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	3	6	29	13	8	17	17	6	92	191

Tabelle A2

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2005 nach Altersgruppen	jünger als 15	15 bis 19	20 bis 24	25 bis 29	30 bis 34	35 bis 39	40 bis 44	45 bis 49	älter als 49	Gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten										
A1 Heroin	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3
A2 Morphin	0	3	5	5	2	0	0	0	0	15
A2a sonstige Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3 Methadon	0	2	0	1	0	3	0	0	0	6
A4 mehrere Opiate	0	1	0	1	1	2	0	0	2	7
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	8	5	7	3	6	0	0	2	31
B Mischintoxikationen mit Opiaten										
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	5	8	8	5	0	4	0	0	30
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	3	4	2	0	4	0	1	2	16
B5 Heroin mit Alkohol	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3
B6 Morphin mit Alkohol	0	2	0	4	2	1	0	0	0	9
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	2	2	1	2	1	5	0	1	14
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	3	1	0	1	0	1	1	8
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	0	1	3	3	2	1	0	1	1	12
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	2	5	3	2	2	0	0	0	14
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	6	1	1	0	1	0	0	9
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	1	2	1	0	1	1	0	0	6
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	1	17	36	25	17	13	14	6	5	134
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate										
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	1	0	0	2	0	0	0	0	3
C4 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C5 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C6 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) und Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	0	2	0	0	0	1	4
Suchtgiftintoxikationen nicht näher spezifiziert	0	1	7	4	3	0	1	6	0	22
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	1	27	48	36	25	19	15	12	8	191

Tabelle A3

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2005 nach Geschlecht	männlich	weiblich	Gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten			
A1 Heroin	3	0	3
A2 Morphin	13	2	15
A2a sonstige Opiate	0	0	0
A3 Methadon	5	1	6
A4 mehrere Opiate	5	2	7
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	26	5	31
B Mischintoxikationen mit Opiaten			
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	21	9	30
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	2	2	4
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	12	4	16
B5 Heroin mit Alkohol	3	0	3
B6 Morphin mit Alkohol	8	1	9
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0
B7 Methadon mit Alkohol	1	1	2
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	0
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	2	0	2
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	12	2	14
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	2	0	2
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	2	0	2
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	5	3	8
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	9	3	12
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	12	2	14
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	7	2	9
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	5	1	6
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	104	30	134
C (Misch-) Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate			
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	2	1	3
C4 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0
C5 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate)	0	0	0
C6 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) und Alkohol	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	1	4
Suchtgiftintoxikationen nicht näher spezifiziert	15	7	22
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	148	43	191

Tabelle A4

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Bundesländern 2005 davon Selbstmord und Sekundärfolgen	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	2	1	6	3	1	4	1	0	13	31
davon Selbstmord	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	1	1	1	0	0	0	2	5
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	1	5	19	9	6	13	15	6	60	134
davon Selbstmord	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	3	3	1	4	7	1	8	27
Summe C: (Misch-) Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4
davon Selbstmord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Summe A, B und C	3	6	25	12	8	17	16	6	76	169
davon Selbstmord	0	1	1	0	0	0	0	0	2	4
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	4	4	2	4	7	1	11	33

Tabelle A5

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Altersgruppen 2005 davon Selbstmord und Sekundärfolgen	jünger als 15	15 bis 19	20 bis 24	25 bis 29	30 bis 34	35 bis 39	40 bis 44	45 bis 49	älter als 49	Gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	8	5	7	3	6	0	0	2	31
davon Selbstmord	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	0	2	0	2	0	0	0	5
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	1	17	36	25	17	13	14	6	5	134
davon Selbstmord	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	4	6	6	6	2	1	1	1	27
Summe C: (Misch-) Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	0	2	0	0	0	1	4
davon Selbstmord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Summe A, B und C	1	26	41	32	22	19	14	6	8	169
davon Selbstmord	0	0	0	1	2	1	0	0	0	4
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	6	6	8	6	4	1	1	1	33

Tabelle A6

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Geschlecht 2005 davon Selbstmord und Sekundärfolgen	männlich	weiblich	Gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	26	5	31
davon Selbstmord	2	0	2
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	4	1	5
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	104	30	134
davon Selbstmord	1	1	2
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	21	6	27
Summe C: (Misch-) Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	1	4
davon Selbstmord	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	1
Summe A, B und C	133	36	169
davon Selbstmord	3	1	4
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	25	8	33

Tabelle A7

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Bundesländern 2005	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Gesamt	Prozentanteil Gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	3	6	29	13	8	17	17	6	92	191	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	2	1	6	3	1	4	1	0	13	31	16,2
B Mischintoxikationen mit Opiaten	1	5	19	9	6	13	15	6	60	134	70
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4	2,1
Suchtgiftintoxikationen nicht näher spezifiziert	0	0	4	1	0	0	1	0	16	20	11,5
Beteiligung von Heroin*	0	1	0	2	2	1	4	5	1	16	9,5
Beteiligung von Morphin*	2	2	23	8	4	14	9	0	63	125	74
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	0	2	4	2	2	4	4	1	13	32	18,9
Beteiligung von Methadon*	1	1	4	4	0	1	5	1	13	30	17,8
Beteiligung von Kokain*	0	1	8	0	2	0	3	2	21	37	21,9
Beteiligung von Amphetaminen*	0	0	0	1	1	1	0	0	4	7	4,1
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	1	4	15	9	5	10	12	3	41	100	59,2
HIV Infektionen (von 191)**	0	0	0	0	0	0	1	0	13	14	7,3
HIV Infektionen (von 118*)	0	0	0	0	0	0	1	0	13	14	11,9
Hepatitis C Infektionen (von 191)**	1	2	13	1	1	4	1	0	38	61	31,9
Hepatitis C Infektionen (von 127)**	1	2	13	1	1	4	1	0	38	61	48
in Substitutionsbehandlung	1	1	4	1	0	3	1	1	24	36	18,8

Tabelle A8

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 2005	jünger als 15	15 bis 19	20 bis 24	25 bis 29	30 bis 34	35 bis 39	40 bis 44	45 bis 49	älter als 49	Gesamt	Prozentanteil Gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	1	27	48	36	25	19	15	12	8	191	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	8	5	7	3	6	0	0	2	31	16,2
B Mischintoxikationen mit Opiaten	1	17	36	25	17	13	14	6	5	134	70
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	0	2	0	0	0	1	4	2,1
Suchtgiftintoxikationen nicht näher spezifiziert	0	1	7	4	3	0	1	6	0	22	11,5
Beteiligung von Heroin*	0	4	3	3	2	1	1	2	0	16	9,5
Beteiligung von Morphin*	0	19	34	25	17	11	10	2	7	125	74
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	1	4	6	4	1	8	0	3	5	32	18,9
Beteiligung von Methadon*	0	5	6	4	3	6	3	2	1	30	17,8
Beteiligung von Kokain*	0	3	14	6	6	3	2	1	2	37	21,9
Beteiligung von Amphetaminen*	0	1	2	1	1	1	0	1	0	7	4,1
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	1	14	25	17	11	11	13	3	5	100	59,2
HIV Infektionen (von 191)**	0	0	3	2	5	2	1	1	0	14	7,3
HIV Infektionen (von 118)**	0	0	3	2	5	2	1	1	0	14	11,9
Hepatitis C Infektionen (von 191)**	0	3	12	10	10	12	7	5	2	61	31,9
Hepatitis C Infektionen (von 127)**	0	3	12	10	10	12	7	5	2	61	48
in Substitutionsbehandlung	0	2	5	9	6	8	3	1	2	36	18,8

* Der Anteil der Substanzen bezieht sich auf die Anzahl vorliegender toxikologischer Analysen (169).

** Nur in 118 bzw. 127 von 191 Gutachten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV und HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben wurde oder ob er auf Grund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV und HIV dar.

Tabelle A9

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Geschlecht 2005	männlich	weiblich	Gesamt	Prozentanteil Gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	148	43	191	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	26	5	31	16,2
B Mischintoxikationen mit Opiaten	104	30	134	70
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	1	4	2,1
Suchtgiftintoxikationen nicht näher spezifiziert	15	7	22	11,5
Beteiligung von Heroin*	16	0	16	9,5
Beteiligung von Morphin*	96	29	125	74
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	23	9	32	18,9
Beteiligung von Methadon*	23	7	30	17,8
Beteiligung von Kokain*	28	9	37	21,9
Beteiligung von Amphetaminen*	7	0	7	4,1
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	77	23	100	59,2
HIV Infektionen (von 191)**	11	3	14	7,3
HIV Infektionen (von 118)**	11	3	14	11,9
Hepatitis C Infektionen (von 191)**	53	8	61	31,9
Hepatitis C Infektionen (von 127)**	53	8	61	48
in Substitutionsbehandlung	27	9	36	18,8

* Der Anteil der Substanzen bezieht sich auf die Anzahl vorliegender toxikologischer Analysen (169).

** Nur in 118 bzw. 127 von 191 Gutachten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV und HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben wurde oder ob er auf Grund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV und HIV dar.

Tabelle A10

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Substanzbeteiligung 2005	Heroin	Morphin	Summe: sonstige Opiate	Methadon	Kokain	Amphetamine	psychoaktive Arzneimittel	Alkohol	0,1-0,49 Promille	0,5-0,99 Promille	1,0-1,49 Promille	1,5-1,99 Promille	2-2,49 Promille	2,5-2,99 Promille	> 2,99 Promille
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	4	21	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B Mischintoxikationen mit Opiaten	13	104	29	21	34	6	99	57	19	11	13	5	4	5	0
Suchtgift(e) (B13)	2	9	1	1	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) mit psychoaktiven Arzneimitteln (B1; B2; B2a; B3; B4; B14)	2	54	19	11	10	2	65	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) mit Alkohol (B5; B6; B6a; B7; B8; B15)	4	17	0	2	5	2	0	23	5	5	7	3	3	0	0
Suchtgift(e) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln (B9; B10; B10a; B11; B12; B16)	4	24	9	7	5	1	34	34	14	6	6	2	1	5	0
C (Misch-) Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	3	1	1	3	2	1	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate (C1; C5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln (C2; C6)	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate mit Alkohol (C3; C7)	0	0	0	0	2	1	0	3	2	1	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln (C4; C8)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgiftintoxikationen unbekannter Art	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Summe A und B und C	16	125	32	30	37	7	100	60	21	12	13	5	4	5	0