

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE 2007

**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT,
FAMILIE UND JUGEND**

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE 2007

Charlotte Wirl
Martin Busch
Andrea Bodenwinkler

Wien, August 2008

**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT,
FAMILIE UND JUGEND**

Kurzfassung

Der Indikator »direkt suchtgiftbezogene Todesfälle« ist einer von derzeit insgesamt fünf sogenannten epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die die Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt hat, um die Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums einschätzen zu können. Der Indikator indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle liefert Informationen über gesundheitliche Langzeitfolgen wie z. B. Aids und Selbstmord. Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) beauftragte die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) Verdachtsfälle suchtgiftbezogener Todesfälle, die im Jahr 2007 registriert wurden, zu analysieren.

Im Jahr 2007 wurden 175 Fälle als direkt suchtgiftbezogene Todesopfer identifiziert. Im Jahresvergleich 2006 und 2007 sank die Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer um elf Prozent. Schwankungen bezüglich der Anzahl an direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen 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. Hier sind beispielsweise die rechtzeitige Inanspruchnahme von Rettungsambulanzen und Notfallstationen eine mitentscheidende Größe. Auch ohne insgesamte Veränderung der Drogensituation können Vorkommnisse wie extrem riskanter Drogenkonsum in einer bestimmten Region bzw. Gruppe kurzfristig zu einem Anstieg suchtgiftbezogener Todesfälle führen.

Es zeigt sich, dass Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten die häufigste Todesursache sind. Opiate wurden in 97 Prozent der Todesfälle festgestellt. Auch der Begleitkonsum von psychoaktiven Arzneimitteln (meist Benzodiazepine) und Alkohol ist weiterhin sehr hoch. Als zweithäufigste illegale Substanz wurde Kokain festgestellt. Nach wie vor zeigen sich damit hochriskante polytoxikomane Konsummuster (einschließlich Opiaten) als Hauptursache von tödlichen Überdosierungen, bei denen sich die potenzierende Wirkung der einzelnen Substanzen schwer einschätzen lässt.

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, diese Tatsache aber möglicherweise das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen nachsichzieht.

Insbesondere ist auch auf den stark angegriffenen allgemeinen Gesundheitszustand vieler Drogenkonsumentinnen und -konsumenten hinzuweisen. Dies zeigt eine entsprechende Analyse der gerichtsmedizinischen Befunde.

Maßnahmen der Risikominimierung und Aufklärung über hochriskante Substanz-Konsummuster müssen unbedingt Bestandteile 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 allgemeinmedizinische 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) schaffen und andererseits die Hintergründe des Konsumverhaltens, die psychische und soziale Situation sowie die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Betroffenen beleuchten. Daraus ließen sich dann weitere Vorschläge zur Adaption und Optimierung des Betreuungsangebots ableiten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Analyse	4
2.1	Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen).....	4
2.1.1	Todesursachenvergleich und Substanzbeteiligung	5
2.1.2	Bundesländervergleich.....	7
2.1.3	Altersgruppenvergleich.....	8
2.1.4	Verteilung der Geschlechter	8
2.1.5	Begleiterkrankungen	9
2.1.6	Auffindungsort	12
2.2	Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle	12
3	Zusammenfassung und gesundheitspolitische Schlussfolgerung	14
4	Tabellenanhang	15

1 Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend weist die suchtgiftbezogenen Todesfälle jährlich in einer Statistik aus, die von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) erstellt wird.

Bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden. Die Personen verstarben an einer akuten Intoxikation. Diese Definition entspricht der 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).

Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle wurden nicht durch eine akute Intoxikation wegen Suchtgiftkonsums verursacht. Die Todesopfer waren im Laufe ihres Lebens Drogenkonsumierende und starben möglicherweise an den Langzeitfolgen. Aufgrund ihrer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte ist eine Verbindung zwischen Tod und Suchtgiftkonsum denkbar. Nach Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht sind unter indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unter anderem Tod durch Krankheiten, bei denen ein Bezug zum Drogenkonsum angenommen wird (z. B. Todesfall durch AIDS, wenn die HIV-Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erfolgte), durch Unfälle unter Drogeneinfluss und Suizide von Drogenabhängigen (nicht durch Überdosierung) zu verstehen. Der Bezug zwischen Drogenkonsum und Tod ist somit indirekt und beruht auf Schlussfolgerungen, während Überdosierungen an Hand der verfügbaren Belege erfasst werden.

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 (Tod infolge von Überdosierung versus Langzeitfolgen von Drogenkonsum).
- 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.

Die Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle trägt dieser Problematik in den letzten Jahren verstärkt Rechnung und stellt direkt und indirekt suchtgiftbezogene Todesfällen klar von einander abgegrenzt dar.

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 durch Drogenkonsum herangezogen werden. Aus diesem Grund erfolgt seit 2006 jährlich die systematische Aufarbeitung der Begleiterkrankungen.

Im Jahr 2005 wurde erstmals eine Analyse der Auffindungsorte der Verstorbenen und seither routinemäßig jedes Jahr durchgeführt, um etwaige Veränderungen möglichst rasch zu erkennen und in der Präventionsarbeit zu berücksichtigen.

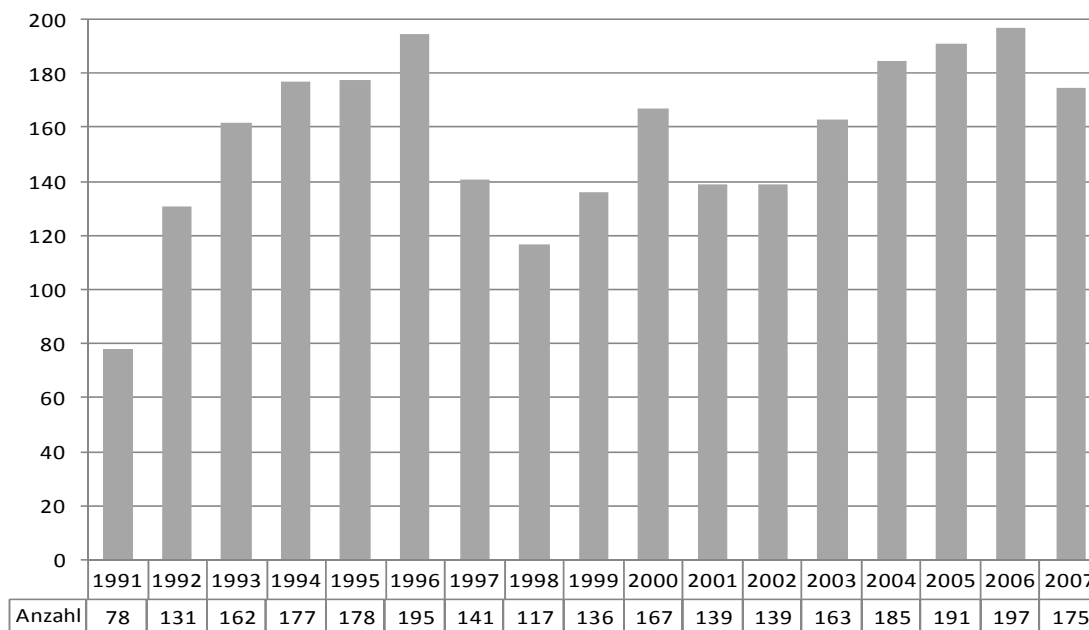
Die Daten der vorliegenden Statistik basieren auf Meldungen der Exekutive an das Bundesministerium für Inneres (BMI), das diese Meldungen an das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) weiterleitet, sowie auf den von den Instituten für Gerichtsmedizin und den zuständigen Landesstellen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

2 Analyse

2.1 Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen)

Im Jahr 2007 wurden von den insgesamt 335 eingegangenen Verdachtsmeldungen 175 Fälle als direkt suchtgiftbezogene Todesopfer identifiziert. Damit ist ein Abstieg um 22 Personen, d. h. um elf Prozent im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (2002: 139, 2003: 163, 2004: 185, 2005: 191, 2006: 197).

Abbildung 1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in den Jahren 1991 bis 2007



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 einer rechtzeitigen Inanspruchnahme von Rettungsambulanzen und Notfallstationen (siehe dazu auch Punkt 2.1.6.). Auch das Auftreten von extrem riskantem Drogenkonsum in einer bestimmten Region bzw. Gruppe kann kurzfristig zu einem Anstieg der suchtgiftbezogenen Todesfälle führen, ohne dass sich die Drogensituation insgesamt wesentlich geändert hat. Weshalb eine geringe Fallzahl direkt suchtgiftbezogener Tode keinen Rückschluss auf eine allgemein verbesserte Situation erlaubt.

Von 152 der insgesamt 175 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle liegen vollständige Informationen vor (Obduktionsgutachten inklusive vollständiger toxikologischer Analyse). In 23 Fällen wurde im Rahmen einer sanitätspolizeilichen Obduktion ein immunologischer Vortest durchgeführt, oder die Person ist im Krankenhaus nach entsprechender notfallmedizinischer Behandlung verstorben; eine genaue Todesursachenkategorisierung nach Substanzen ist in diesen Fällen nicht möglich.

In 15 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 Drogenkonsum nicht als erwiesen angesehen werden. Es ist jedoch anzumerken, dass die Anzahl dieser nicht untersuchten Fälle im Vergleich zum Vorjahr angestiegen ist.

2.1.1 Todesursachenvergleich und Substanzbeteiligung

Bei 152 Personen der insgesamt 175 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 Erstickungssterben gekommen ist, das mit Herz- und Atemstillstand (zentrales Herz-Kreislauf-Versagen) endete (Hirnödem, Lungenödem etc. im Obduktionsbefund und entsprechende toxikologische Analyse). In 23 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.

In sechs Fällen handelt es sich nachweislich um Suizide, d. h. es wurde ein Abschiedsbrief hinterlassen.

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene 152 der insgesamt 175 Fälle eingeschlossen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzenzuweisung möglich war. Bei diesen 152 direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen wurde/n 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 14 Prozent der 152 Fälle wurden ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich zu illegalen Drogen wurden in 47 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 14 Prozent der Fälle auch Alkohol und in 25 Prozent beides – sowohl Alkohol als auch psychoaktive Medikamente – nachgewiesen.

Reine Opiat-Intoxikationen waren neun zu verzeichnen, davon fünf ausschließlich mit Morphin. Die reinen Opiat-Intoxikationen sanken im Vergleich zum Jahr 2006 von 27 auf neun. Der Anteil der reinen Opiat-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt sechs Prozent (2002: 12,2 %, 2003: 24,5 %, 2004: 22 %, 2005: 18 %, 2006: 16 %).

In nur fünf direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen waren 2007 keine Opiate beteiligt. In jedem dieser Fälle wurde Kokain nachgewiesen.

138 der 152 spezifizierten toxikologischen Analysen – 91 Prozent – zeigten **Mischintoxikationen mit Opiaten** (2003: 70,6 %, 2004: 76 %, 2005: 79 %, 2006: 81 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opiaten) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt, und zwar: in neun Fällen mehrere Suchtgifte (inkl. Opiaten), in 70 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiaten) ausschließlich Psychopharmaka, in 21 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiaten) ausschließlich Alkohol und in 38 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiaten) sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka.

Die Beteiligung von Opiaten an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse betrug im Jahr 2007 97 Prozent (2003: 96 %, 2004: 98 %, 2005: 98 %, 2007: 97 %).

Morphin wurde im Jahr 2007 in insgesamt 97 Fällen nachgewiesen und ist somit mit 64 Prozent die am häufigsten nachgewiesene illegale Substanz bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen (Vgl. Tabelle A10). Von diesen 97 Fällen gehen sechs Fälle auf Morphin als einzig beteiligtes Suchtgift zurück, 91 Fälle auf Mischintoxikationen, davon in fünf Fällen in Kombination mit ausschließlich anderen illegalen Suchtgiften (ohne Alkohol bzw. psychoaktive Arzneimittel).

Heroin wurde in 27 Fällen eindeutig nachgewiesen, das sind 18 Prozent der Fälle mit bekannter toxikologischer Analyse. Bei diesen Fällen handelt es sich um 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 hydrolysiert (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.

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 in Retardform in den Gutachten ausgewiesen ist.

Kokain wurde in 38 Fällen der suchtgiftbezogenen Todesfälle festgestellt (2002: 49, 2003: 49, 2004: 52, 2005: 37, 2006: 38) und ist somit nach Morphin die zweithäufigst nachgewiesene illegale Substanz. In drei Fällen wurde Kokain als einzige Substanz nachgewiesen. Zwei Personen konsumierten Kokain mit psychoaktiven Arzneimitteln. In 33 Fällen wurde Kokain mit Opiaten gemischt, das entspricht 80 Prozent der Mischintoxikationen von Opiaten mit einem anderen illegalen Suchtgift.

Manche Abhängige mischen Heroin und Kokain zu einem sogenannten »Speedball«. Da sich hierbei die verschiedenen Substanzen in ihrer Wirkung wechselseitig verstärken, gilt diese Mischung als besonders gefährlich.

Amphetaminderivate wurden in acht Fällen nachgewiesen, stets in Kombination mit Opiaten.

Alkohol wurde bei insgesamt 55 Suchtgiftintoxikationen festgestellt.

Bei 19 Todesfällen wurde ein Blutalkoholwert von 0,1 bis 0,49 Promille, bei 12 Todesfällen von 0,5 bis 0,99 Promille, bei acht Fällen von 1 bis 1,49 Promille, bei sechs Fällen von 1,5 bis 1,99 Promille, bei vier Fällen von 2 bis 2,49 Promille und in sechs Fällen von 2,5 bis 2,99 Promille festgestellt.

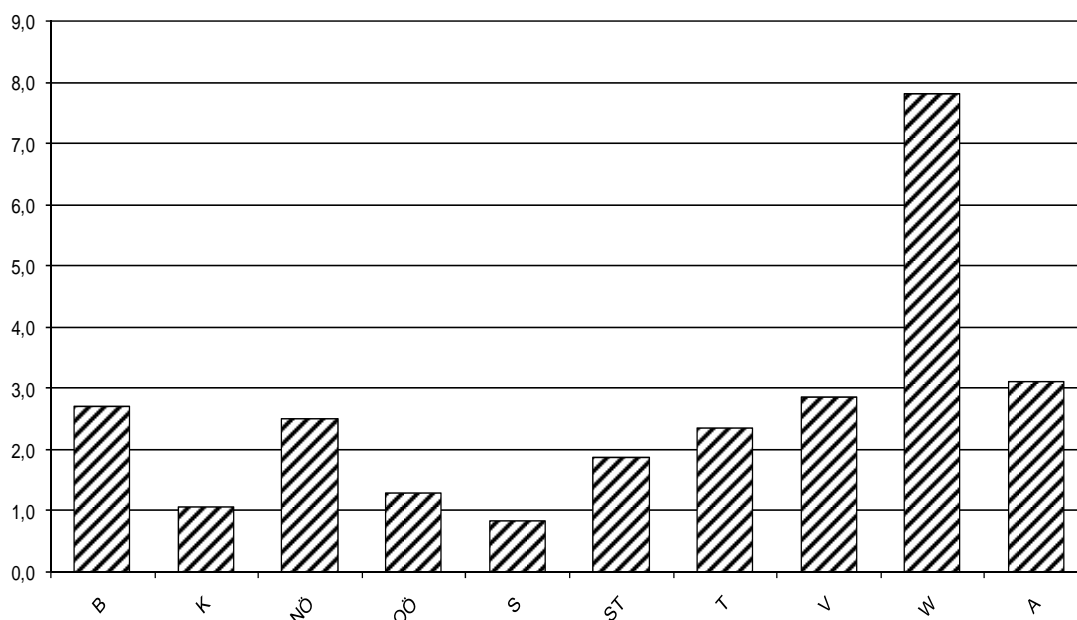
Psychoaktive Arzneimittel – in erster Linie Benzodiazepine – wurden in 110 Fällen festgestellt. Psychoaktive Arzneimittel sind somit die häufigste festgestellte Substanz bei suchtgiftbezogenen Todesfällen, und zwar in 72 Prozent der Fälle.

Detaillierte Tabellen, die die beteiligten Substanzen nach Alter, Geschlecht und Bundesland auflisten, befinden sich im Anhang (Tabellen 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 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner in dieser Altersgruppe wieder. Am häufigsten verstarben Personen in der relevanten Altersgruppe in Wien. In Gesamtösterreich verstarben im Jahr 2007 3,1 Personen pro 100.000 15- bis 64-Jährige in der Bevölkerung.

Abbildung 2: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle pro 100.000 Personen der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre nach Bundesländern 2007



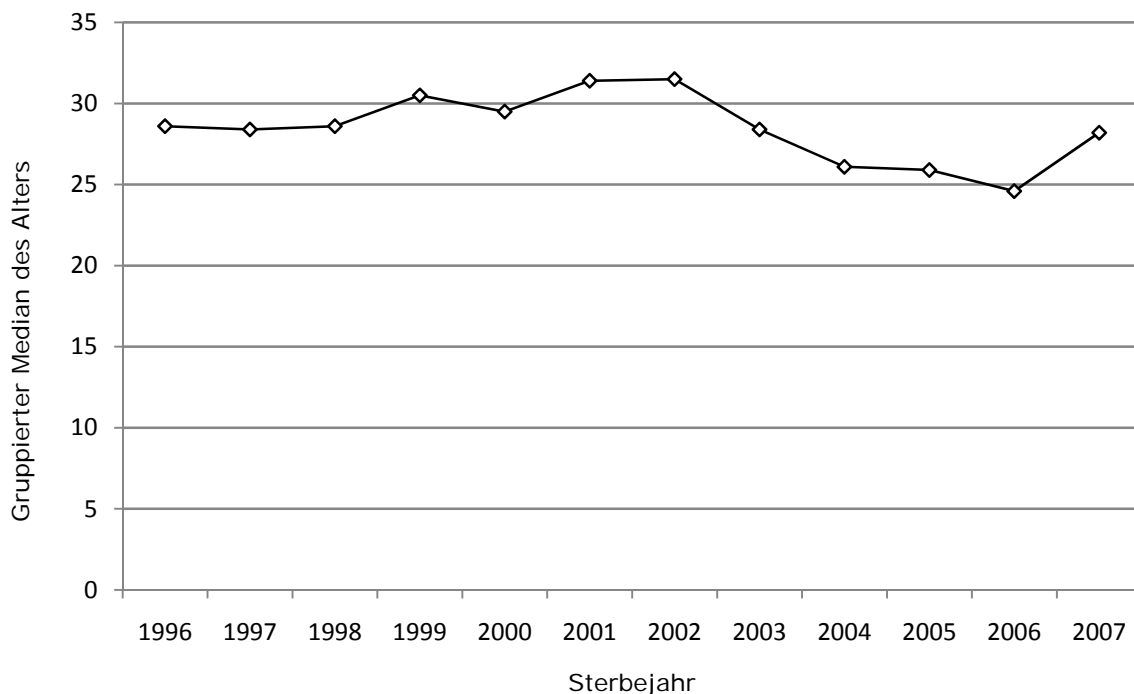
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, A = Österreich

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 Todesopfer beträgt im Jahr 2007 30 Jahre (2002: 31,9 Jahre, 2003: 29,5 Jahre, 2004: 29,7 Jahre, 2005: 29 Jahre, 2006: 29 Jahre), und der gruppierte Median¹ liegt bei 28,2 Jahren (2001: 31,4 Jahre, 2002: 31,5 Jahre, 2003: 28,4 Jahre, 2004: 26,1 Jahre, 2005: 25,9, 2006: 24,6 Jahre). Der Median ist eine robustere Maßzahl als der Mittelwert, reagiert nicht stark auf extreme Werte wie z. B. ein sehr hohes Sterbealter einer einzelnen Person und eignet sich daher besser zum Vergleich der Altersverteilung über mehrere Jahre. Wie in Abbildung 3 ersichtlich, sank das durchschnittliche Alter bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen seit 2002 konstant und zeigt 2007 erstmals wieder einen Anstieg. Detaillierte altersspezifische Tabellen befinden sich im Anhang (Tabellen A2 und A8).

Abbildung 3: Gruppiertes Median des Alters der als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle klassifizierten Personen nach Sterbejahr 1996 bis 2007



2.1.4 Verteilung der Geschlechter

Der Anteil der direkt suchtgiftbezogenen weiblichen Todesopfer an den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen insgesamt beträgt im Jahr 2007 22 Prozent und entspricht somit dem Durchschnitt der letzten Jahre (2000: 21 %, 2001: 16 %, 2002: 18 %, 2003: 18 %, 2004: 20 %, 2005: 23 %, 2006: 21 %).

Es zeigt sich bei den weiblichen suchtgiftbezogenen Todesopfern eine andere Altersstruktur als bei den männlichen. In den letzten Jahren lag der gruppierte Median der suchtgiftbezogenen Todesopfer bei Frauen unter dem der Männer. Im Jahre 2007 zeigt sich das Gegenteil, der gruppierte Median der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesopfer liegt bei 29,5 Jahren (2005: 22,3 Jahre, 2006: 26 Jahre) und jener der männlichen suchtgiftbezogenen Todesopfer bei nur 28,1 Jahren (2005: 26,6, 2006: 25,4 Jahre).

¹ Der Median ist jener Wert, von dem aus 50 Prozent der Fälle darunter und 50 Prozent der Fälle darüber liegen.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, sind 28 Prozent der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesopfer jünger als 20 Jahre, während sich von den männlichen Suchtgiftopfern zehn Prozent in dieser Altersgruppe befinden. Bei den Männern bedeutet dies eine Senkung um neun Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2006. Drogensüchtige Männer sterben am häufigsten im Alter von 20 bis 29 Jahren, Frauen in der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre. In den letzten Jahren lag stets ein niedriger Median des Sterbealters bei Frauen gegenüber jenem der Männer vor, in diesem Jahr findet sich dieses Muster nicht wieder. Die einmalige Veränderung soll jedoch nicht überinterpretiert werden.

Tabelle 1: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Alter und Geschlecht 2007

Alter in Jahren	Geschlecht	
	weiblich	männlich
Unter 20	11 (28 %)	13 (10%)
20 bis 29	8 (20 %)	61 (45 %)
30 bis 39	14 (36 %)	43 (32 %)
40 bis 49	4 (10 %)	16 (12 %)
50 und älter	2 (5 %)	3 (2 %)
Summe	39 (100%)	136 (100 %)

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

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

2.1.5 Begleiterkrankungen

Neben der Gefahr tödlicher Überdosierungen kann Suchtgiftkonsum auch körperliche Erkrankungen und Organschäden verursachen. Die folgende Auswertung bezüglich körperlicher Komorbidität (begleitende Organerkrankungen) basiert auf den Befunden (makroskopische bzw. mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) von 175 gerichtsmedizinischen Gutachten bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen. In 24 Fällen liegen keine genaueren makroskopischen bzw. mikroskopisch-histologischen Beschreibungen der inneren Organe vor. In diesen Fällen konnten entweder aufgrund der Infektiosität der verstorbenen Personen oder wegen der starken Verwesung der Leichen keine aussagekräftigen Organbefunde mehr erstellt werden.

Die körperlichen Komorbidität der direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer wird anhand der Angaben zur Vorkommenshäufigkeit von begleitenden krankhaften Veränderungen an den verschiedenen körperlichen Organsystemen beschrieben (in Prozent der insgesamt 155 verfügbaren gerichtsmedizinischen Gutachten mit Obduktionsergebnissen der Organe). Von körperlicher Komorbidität waren das neurologische Organsystem (Gehirn), das Herz, die Lungen, die Leber, die Bauchspeicheldrüse, der Magen-Darm-Trakt, die Nieren, das Knochen-Gliedmaßensystem, das lymphatische System und das Gefäßsystem betroffen.

In 17 Prozent der Gutachten (27 Fälle) beschrieben die Gerichtsmedizinerinnen und die -mediziner keinerlei abnorme Veränderungen an den körperlichen Organen. Diese Personen waren trotz ihrer Drogensucht nicht von körperlicher Komorbidität betroffen. Demgegenüber wiesen mehr als 80 Prozent jener direkten suchtgiftbezogenen Todesopfer, für die gerichtsmedizinische Gutachten vorlie-

gen, mindestens ein geschädigtes Organ auf. In 18 Prozent der insgesamt 155 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle mit gerichtlichem Gutachten lag nur ein betroffenes Organ vor. Weitere 47 Prozent der Opfer hatten zwischen zwei und drei erkrankte Organe, und bei zusätzlichen 14 Prozent fanden die Gerichtsmediziner bei der Leichenöffnung zwischen vier und fünf pathologisch veränderte Organe. Bei drei Personen (ca. 2 %) waren sogar sechs Organe in Mitleidenschaft gezogen.

Die Palette der identifizierten Begleiterkrankungen reicht von leichteren reversiblen Organschäden (z. B. Fettleber, Fettbauchspeicheldrüse etc.) bis hin zu akut lebensbedrohlichen Krankheitszuständen (z. B. Leberzirrhose, Lungenentzündung = Pneumonie, Herzmuskelentzündung = Myokarditis, Herzklappenentzündung = Endokarditis, Blutvergiftung durch Aussaat von Bakterien von einem Herd aus in die Blutbahn = Sepsis). In einem Fall wurde im Rahmen der gerichtlichen Obduktion eine begleitende Lungentuberkulose diagnostiziert.

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 eingenommen Substanzen, aber auch die auf dem Suchtgiftmarkt verwendeten toxischen »Streckmittel« erhöhen das Risiko von Organschäden (Leber, Herz und Gefäßsystem, Niere, Lunge etc.). Häufiger Suchtmittelmissbrauch bzw. intravenöse Suchtmittelapplikationen ziehen eine Reihe von organischen Folgeschäden nach sich. Z. B. gilt die »mäßiggradige Leberverfettung mit geringen entzündlichen Infiltraten der Portalfelder« als ein relativ typischer Befund bei intravenös Drogenabhängigen. Die konsumierten Suchtgifte 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. Durch nicht sterile intravenöse Suchtgiftbeibringungen dringen Krankheitserreger in die Blutbahn und weiter in die einzelnen Organe und führen dort zu Entzündungen. Bei der Leberentzündung (Hepatitis) z. B. kommt es durch den entzündlichen Prozess zum Absterben der Leberzellen, die dann durch inaktives Bindegewebe ersetzt werden (bindegewebige Degeneration des Organs ist irreversibel). Im fortgeschrittenen Stadium geht die Hepatitis in vielen Fällen in Leberzirrhose oder Leberkrebs über. Analoge pathologische Abläufe spielen sich auch bei der toxischen Schädigung von Bauchspeicheldrüse, Niere und Herz ab.

Die Gutachten offenbaren, dass bei Drogenabhängigkeit am häufigsten die Leber von begleitender Komorbidität betroffen ist. In **57 Prozent** der 155 Fälle beschreiben die gerichtsmedizinischen Gutachten eine begleitende degenerative Erkrankung der **Leber** (Fettleber, Hepatitis). In einigen Fällen handelt es sich dabei bereits um eine Leberzirrhose, das ist jene schwere, irreversible Organdegeneration, die für die betroffene Person einen lebensbedrohlichen Gesundheitszustand darstellt. Das **Herz** war in **55 Prozent** der Fälle geschädigt. Dabei reichen die Befunde von der fettiger und bindegewebiger Degeneration des Herzmuskelgewebes über Schwielenherz, Infarktarnarben, Coronarsklerose bis hin zur lebensgefährlichen Herzmuskelentzündung (Myokarditis) oder Herzklappenentzündung (Endokarditis). Die **Lungen** zeigten in **42 Prozent** aller direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle mit gerichtsmedizinischem Gutachten pathologische Begleitbefunde. Am häufigsten wurden dabei jedoch leichte, degenerative Lungengewebsveränderungen wie Lungenemphysem und Lungenanthrakose beschrieben. **Nierenschäden** stellten die Medizinerinnen und Mediziner in **zehn Prozent** der Obduktionen fest (Nierenparenchymdegeneration, Nephrosklerose, Niereninfarkt), und wiederum **zehn Prozent** machten jene begleitenden Veränderungen des **lymphatischen Organsystems** (Milz, Gaumenmandel, Lymphknoten)

aus, die als Reaktionen des Körpers auf verschiedenen Infektionen zu werten sind. Eine begleitende **Gastritis** (Magenschleimhautentzündung) wurde in **vier Prozent** der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten beschrieben, und in **zwölf Prozent** lag eine Schädigung der **Bauchspeicheldrüse** (fettige Degeneration, chronische Pankreatitis) vor. Die Innenwände der **Körperarterien** zeigten in **zwölf Prozent** der Fälle wahrscheinlich aufgrund der chronischen Toxineinwirkungen vermehrte Ablagerungen (Atherosklerose). **Neurologische Veränderungen** (im Gehirn) lagen in **sieben Prozent** der gerichtlich obduzierten direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle vor.

In **19 Prozent** der insgesamt 155 gerichtlichen Obduktionsfälle fanden die Gutachter/innen bei der Leichenöffnung eine begleitende **Lungenentzündung** (Pneumonie), und in **dreißig Prozent** ergab der Obduktionsbefund einen schwer beeinträchtigten Allgemeingesundheitszustand (schwerwiegende Erkrankungen an einem bzw. an mehreren lebenswichtigen Organen). Derartige akut lebensbedrohliche Gesundheitszustände, die höchstwahrscheinlich aus einem langjährigen Missbrauch von Suchtgiften resultieren, fördern in ganz erheblichen Maße den Todeseintritt. Zudem ist bei Vorliegen eines derartigen schweren körperlichen Krankheitsbildes die Toleranzgrenze gegenüber eingenommenen Suchtmitteln wesentlich herabgesetzt, sodass normalerweise noch tolerierte Dosen bereits eine tödliche Wirkung entfalten. Im Vergleich zum Vorjahr sind wesentlich mehr Personen von einem schwer beeinträchtigten Allgemeinzustand betroffen. Eine mögliche Ursache für diesen Anstieg könnte im erhöhten durchschnittlichen Alter der verstorbenen Personen begründet sein.

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. Im Rahmen der gerichtsmedizinischen Obduktionen werden auch Tests und Analysen auf HIV- und Hepatitis-C- sowie Hepatitis-B-Infektionen durchgeführt. Am Department für gerichtliche Medizin in Wien z. B. nehmen die Gerichtsmediziner/-innen vor Beginn einer Obduktion jeder unter 50-jährigen Person Blut für die genannten Tests ab und senden die Proben an ein mikrobakteriologisches und virologisches Institut. Erst nach den Auswertungen der Blutproben werden die Obduktionen durchgeführt. Die Vorgangsweise der Gerichtsmedizinischen Institute ist bundesweit nicht einheitlich, daher lassen sich auf Basis der gerichtsmedizinischen Gutachten keine absolut zuverlässigen Zahlen über die Infektionshäufigkeit mit Hepatitis-C- oder Hepatitis-B-Viren oder HIV bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesopfern darstellen. Laut den verfügbaren gerichtsmedizinischen Gutachten der insgesamt 175 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle lag eine gesicherte Infektion mit HIV in rund drei Prozent (6 Fälle) vor (siehe dazu Tabellen A7 bis A9 im Anhang). Davon waren vier Personen bereits manifest an AIDS erkrankt. Eine gesicherte Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus weisen die verfügbaren gerichtlichen Gutachten in 23 Prozent (40 Fälle) aller direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle nach. Einen großen Anteil machen die nicht eindeutig gesicherten Infektionen aus (das sind jene Fälle, in denen kein Test durchgeführt wurde, oder jene Fälle, in denen das Testergebnis im gerichtlichen Gutachten nicht ausgewiesen wurde, bzw. jene Fälle, in welchen die durchgeführten Tests kein eindeutiges Ergebnis lieferten). Der Anteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle, in denen eine Infektion mit HIV, Hepatitis C bzw. Hepatitis B weder eindeutig ausgeschlossen noch sicher bestätigt wurde (das heißt, ein positives Testergebnis liegt im Gutachten nicht vor), an den insgesamt 175 direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen beträgt bei HIV 38 Prozent (67 Fälle), bei Hepatitis C 43 Prozent (75 Fälle).

2.1.6 Auffindungsort

Zum dritten 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.

Bereits die erste Analyse 2005 zeigte, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarben, dies setzte sich auch 2007 fort (76 Prozent). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarben zwei Prozent. In zehn Fällen war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte.

Tabelle 2: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Auffindungsort der Verstorbenen in Prozent 2007

Todesort	Prozentanteil an allen 175 direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen
Eigene Wohnung	53
Wohnung der (Ehe-)Partnerin oder des (Ehe-)Partners	3
Andere Wohnung	20
Straße	5
Lokal/Bar	2
Hotel/Jugendherberge/Männerheim ...	2
Anderer öffentlicher Ort (Toilette, Bahnhof ...)	5
Strafanstalt	1
Krankenhaus	2
Anderer Ort	3
Unbekannt	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, dies 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 einem Suchtgift. Es besteht aber mit großer Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit der suchtgiftbezogenen Vergangenheit und dem Tod des Opfers. Von einer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte wird ausgegangen, wenn sich jemand zum Zeitpunkt des Todes in Substitutionstherapie befand, illegale Suchtgifte im Blut nachgewiesen wurden oder die Todesursache eine eindeutig drogenassoziierte Krankheit war (z. B. Todesfall durch AIDS, wenn die HIV-Infektion durch intravenösen Drogenkonsum erfolgte). Insgesamt ist bei den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen davon auszugehen, dass die Meldung von Verdachtsfällen unvollständig ist. Daher kann die Analyse der indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle lediglich einen qualitativen Einblick in die weitreichenden indirekten (Langzeit-)Folgen des Drogenkonsums geben. Verlässliche und vollständige Aussagen zur Mortalität von Drogenkonsumierenden können nur im Rahmen einer Kohortenstudie gemacht werden.

Bei den meisten indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen erlagen die Opfer (12 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose oder Krebs. Sechs kamen bei Unfällen ums Leben. Zwei Personen begingen Selbstmord.

3 Zusammenfassung und gesundheitspolitische Schlussfolgerung

Eine seriöse Einschätzung der Situation im Bereich des problematischen Suchtgiftkonsums ist nur auf Basis von Statistiken über mehrere Jahre und im Zusammenhang aller Indikatoren – suchtgiftbezogene Todesfälle, Konsumerhebungen, Prävalenzschätzungen, Behandlungsdaten, drogenbezogene Infektionskrankheiten etc. – ableitbar. Eine solche vertiefende Analyse aller Daten wie Prävalenzschätzungen fasst der jährliche Drogenbericht zusammen. Eine sinnvolle Interpretation der gesunkenen Anzahl an suchtgiftbezogenen Todesfällen kann erst durch die Beobachtung mehrerer Jahre erfolgen. Ein weiteres Absinken der Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfällen in den nächsten Jahren könnte auf eine Stabilisierung der Situation hindeuten.

Bei mehr als der Hälfte der direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer wurden neben Suchtgift(en) auch Psychopharmaka und/oder Alkohol nachgewiesen. In 97 Prozent der Obduktionen wurden Opiate nachgewiesen. Somit ist 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 Betroffenen 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 ein unabdingbarer 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, dies aber möglicherweise das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeutet. Dem ist bei der Konzeption entsprechender Präventionsmaßnahmen Rechnung zu tragen.

Besonders auffällig ist der stark angegriffene **allgemeine Gesundheitszustand** vieler Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. 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 allgemeinmedizinische Versorgung im Rahmen niederschwelliger Angebote zu optimieren, um auch über die Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes auf eine Erhöhung 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 intensiver Konsum bei gleichbleibender Zahl der Konsumierenden) schaffen und andererseits die Hintergründe des Konsumverhaltens, die psychische und soziale Situation sowie die gesundheitsbezogene Bedürfnislage der Betroffenen beleuchten. Daraus ließen sich dann weitere Vorschläge zur Adaption und Optimierung des Betreuungsangebots ableiten.

4 Tabellenanhang

Tabelle A1

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2007 nach Bundesländern	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten										
A1 Heroin	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
A2 Morphin	0	0	1	0	0	0	1	0	3	5
A2a sonstige Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3 Methadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A4 mehrere Opiate	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	0	2	0	0	0	1	0	5	9
B Mischintoxikationen mit Opiaten										
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	4	3	0	4	0	0	11	23
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	1	0	0	1	0	1	4	8
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	4	1	1	2	0	0	7	15
B5 Heroin mit Alkohol	0	0	2	0	0	1	2	0	0	5
B6 Morphin mit Alkohol	0	0	1	0	0	0	1	0	2	4
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	1	0	3	1	0	9	14
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	2	2	1	3	9
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	1	1	3	1	0	0	0	1	2	9
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	1	0	4	0	1	1	0	1	11	19
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	2	1	1	1	0	0	2	7
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0	2	0	0	1	1	2	6
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	3	4	23	10	3	16	10	7	62	138
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate										
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert²	1	0	2	2	0	0	0	0	18	23
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	5	4	27	12	3	16	11	7	90	175

² Dies sind jene Fälle ohne aussagekräftige toxikologische Analysen (vgl. Kapitel 2.1)

Tabelle A2

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2007 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	0	1	0	0	0	0	0	0	1
A2 Morphin	0	1	1	0	2	0	0	0	1	5
A2a sonstige Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3 Methadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A4 mehrere Opiate	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	2	4	0	2	0	0	0	1	9
B Mischintoxikationen mit Opiaten										
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	5	8	2	4	3	0	1	0	23
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	2	2	0	2	0	1	1	8
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	3	3	3	4	1	1	0	0	15
B5 Heroin mit Alkohol	0	0	1	0	3	1	0	0	0	5
B6 Morphin mit Alkohol	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	2	0	0	1	0	0	0	3
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	1	6	2	0	1	3	14
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	6	1	1	0	0	9
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	0	0	4	2	1	0	0	2	0	9
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	1	2	8	1	1	2	4	0	0	19
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	0	1	3	2	0	0	1	0	0	7
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	1	2	0	1	0	2	0	6
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	2	14	40	16	30	17	8	7	4	138
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate										
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	1	2	1	0	0	0	5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	1	4	2	6	1	4	1	4	0	23
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	3	21	46	23	35	22	9	11	5	175

Tabelle A3

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2007 nach Geschlecht	männlich	weiblich	gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten			
A1 Heroin	1	0	1
A2 Morphin	2	3	5
A2a sonstige Opiate	0	0	0
A3 Methadon	0	0	0
A4 mehrere Opiate	2	1	3
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	5	4	9
B Mischintoxikationen mit Opiaten			
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	3	0	3
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	18	5	23
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	2	0	2
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	5	3	8
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	12	3	15
B5 Heroin mit Alkohol	4	1	5
B6 Morphin mit Alkohol	4	0	4
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	1	0	1
B7 Methadon mit Alkohol	1	1	2
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	2	0	2
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	3	0	3
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	10	4	14
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	2	1	3
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	3	0	3
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	8	1	9
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	8	1	9
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	13	6	19
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	6	1	7
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	4	2	6
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	109	29	138
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate			
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	2	1	3
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	1	2
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0
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) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), mit Alkohol	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	2	5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	19	4	23
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	136	39	175

Tabelle A4

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Bundesländern 2007 davon Suizid und Sekundärfolgen	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	0	2	0	0	0	1	0	5	9
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	3	4	23	10	3	16	10	7	62	138
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	1	5	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	4	2	2	0	1	2	8	20
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
davon Suizid	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	4	4	25	10	3	16	11	7	72	152
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	1	5	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	5	2	2	0	1	2	10	23

Tabelle A5

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Altersgruppen 2007 davon Suizid 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	2	4	0	2	0	0	0	1	9
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	2	14	40	16	30	17	8	7	4	138
davon Suizid	0	0	1	0	3	0	1	0	1	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	3	8	3	2	1	1	1	1	20
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	1	2	1	0	0	0	5
davon Suizid	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	2	17	44	17	34	18	8	7	5	152
davon Suizid	0	0	1	0	3	0	1	0	1	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	4	9	3	3	1	1	1	1	23

Tabelle A6

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Geschlecht 2007 davon Suizid und Sekundärfolgen	männlich	weiblich	gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	5	4	9
davon Suizid	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	2	0	2
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	109	29	138
davon Suizid	4	2	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	16	4	20
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	2	5
davon Suizid	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	1
Summe A, B und C	117	35	152
davon Suizid	4	2	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	18	5	23

Tabelle A7

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Bundesländern 2007	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	gesamt	Prozentanteil gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	5	4	27	12	3	16	11	7	90	175	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	0	2	0	0	0	1	0	5	9	5,1
B Mischintoxikationen mit Opiaten	3	4	23	10	3	16	10	7	62	138	78,9
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	2,9
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	1	0	2	2	0	0	0	0	18	23	13,1
Beteiligung von Heroin*	0	0	7	2	0	2	5	3	8	27	17,8
Beteiligung von Morphin*	3	1	16	6	3	12	5	3	48	97	63,8
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	1	2	8	3	0	5	2	3	10	34	22,4
Beteiligung von Methadon*	1	1	3	2	1	2	2	3	15	30	19,7
Beteiligung von Kokain*	1	1	5	2	1	2	1	3	22	38	25,0
Beteiligung von Amphetaminen*	1	3	2	1	0	0	0	0	1	8	5,3
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	2	2	15	7	2	14	6	5	57	110	72,4
HIV-Infektionen (von 108)**	0	0	0	0	0	0	1	0	5	6	5,6
HIV-Infektionen (von 175)**	0	0	0	0	0	0	1	0	5	6	3,4
Hepatitis-C-Infektionen (von 100)**	0	1	6	1	1	1	0	1	29	40	40
Hepatitis-C-Infektionen (von 175)**	0	1	6	1	1	1	0	1	29	40	22,9
in Substitutionsbehandlung	0	0	4	3	1	2	2	3	4	19	10,9

Tabelle A8

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 2007	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	3	21	46	23	35	22	9	11	5	175	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	2	4	0	2	0	0	0	1	9	5,1
B Mischintoxikationen mit Opiaten	2	14	40	16	30	17	8	7	4	138	78,9
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	1	2	1	0	0	0	5	2,9
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	1	4	2	6	1	4	1	4	0	23	13,1
Beteiligung von Heroin*	0	4	9	4	5	3	2	0	0	27	17,8
Beteiligung von Morphin*	1	11	26	11	23	11	5	5	4	97	63,8
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	2	4	10	3	8	3	3	1	0	34	22,4
Beteiligung von Methadon*	0	2	11	6	5	4	1	1	0	30	19,7
Beteiligung von Kokain*	0	4	11	6	4	4	5	4	0	38	25,0
Beteiligung von Amphetaminen*	0	0	6	2	0	0	0	0	0	8	5,3
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	2	13	30	12	24	14	6	5	4	110	72,4
HIV-Infektionen (von 108)**	0	0	1	0	2	2	0	0	1	6	5,6
HIV-Infektionen (von 175)**	0	0	1	0	2	2	0	0	1	6	3,4
Hepatitis-C-Infektionen (von 100)**	0	2	4	5	10	7	4	4	4	40	40
Hepatitis-C-Infektionen (von 175)**	0	2	4	5	10	7	4	4	4	40	22,9
in Substitutionsbehandlung	0	2	5	2	3	2	1	3	1	19	10,9

* Der Anteil der Substanzen bezieht sich auf die Anzahl vorliegender toxikologischer Analysen (152).

** Nur in 100 bzw. 108 von 175 Gutachten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV und HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder ob er aufgrund 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 2007	männlich	weiblich	gesamt	Prozentanteil gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	136	39	175	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	5	4	9	5,1
B Mischintoxikationen mit Opiaten	109	29	138	78,9
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	2	5	2,9
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	19	4	23	13,1
Beteiligung von Heroin*	25	2	27	17,8
Beteiligung von Morphin*	74	23	97	63,8
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	27	7	34	22,4
Beteiligung von Methadon*	22	8	30	19,7
Beteiligung von Kokain*	27	11	38	25,0
Beteiligung von Amphetaminen*	8	0	8	5,3
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	84	26	110	72,4
HIV-Infektionen (von 108)**	2	4	6	5,6
HIV-Infektionen (von 175)**	2	4	6	3,4
Hepatitis-C-Infektionen (von 100)**	26	14	40	40
Hepatitis-C-Infektionen (von 175)**	26	14	40	22,9
in Substitutionsbehandlung	12	7	19	10,9

* Der Anteil der Substanzen bezieht sich auf die Anzahl vorliegender toxikologischer Analysen (152).

** Nur in 100 bzw. 108 von 175 Gutachten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV und HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder ob er aufgrund 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 2007	Heroin	Morphin	Summe: sonstige Opiate (inkl. Buprenorphin)	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	2	6	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B Mischintoxikationen mit Opiaten	25	91	31	28	33	8	108	55	19	12	8	6	4	6	0
Suchtgift(e) (B13)	4	5	1	1	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) mit psychoaktiven Arzneimitteln (B1; B2; B2a; B3; B4; B14)	6	52	16	18	17	2	70	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) mit Alkohol (B5; B6; B6a; B7; B8; B15)	10	8	3	2	5	2	0	20	6	4	3	3	2	2	0
Suchtgift(e) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln (B9; B10; B10a; B11; B12; B16)	5	26	11	7	5	1	38	35	13	8	5	3	2	4	0
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate (C1; C5)	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln (C2; C6)	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) ohne Opiate mit Alkohol (C3; C7)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	27	97	34	30	38	8	110	55	19	12	8	6	4	6	0