

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE 2006

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

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE 2006

Charlotte Wirl
Martin Busch
Andrea Bodenwinkler

Wien, August 2007

**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 seitens der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt wurden, um in ihrer Gesamtschau eine Einschätzung der Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums geben zu können. Neben den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen liefern »indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle« wichtige Zusatzinformationen, unter anderem über gesundheitliche Langzeitfolgen des Drogenkonsums. Für das Jahr 2006 wurde die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) mit der Erstellung der suchtgiftbezogenen Todesfallanalyse beauftragt.

Im Jahr 2006 wurden 197 Fälle als direkt suchtgiftbezogene Todesopfer identifiziert. Im Jahresvergleich stieg die Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer von 2005 auf 2006 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 2006 nun das vierte Jahr in Folge ein Anstieg der Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu beobachten und auch das Durchschnittsalter der suchtgiftbezogenen Todesfälle auf den niedrigsten bisher erfassten Stand 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 zeigt sich, dass Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten die häufigste Todesursache sind. Opiate waren in 97 Prozent der Todesfälle beteiligt. Auch der Begleitkonsum von psychoaktiven Arzneimitteln (meist Benzodiazepine) ist weiterhin sehr hoch. Nach Morphin ist Kokain die zweithäufigste illegale Substanz. 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 -konsumenten hinzuweisen. Dies zeigt eine entsprechende Analyse der gerichtsmedizinischen Befunde.

Maßnahmen der Risikominimierung und Aufklärung über hochriskante Substanz-Konsummuster müssen unbedingt ein 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 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 gesundheitsbezogene Bedürfnislage 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	13
3	Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	14
4	Tabellenanhang	16

1 Einleitung

Im Rahmen einer jährlichen Statistik werden im Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend die suchtgiftbezogenen Todesfälle ausgewiesen. Mit der Erstellung der Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle 2006 wurde die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich 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 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 Beziehung zwischen dem Tod und einem 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 gesundheitliche Schädigungen durch Drogenkonsum herangezogen werden. Aus diesem Grund erfolgt für das Jahr 2006 zum zweiten Mal eine systematische Aufarbeitung der Begleiterkrankungen im Rahmen eines eigenen Kapitels (2.1.5).

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

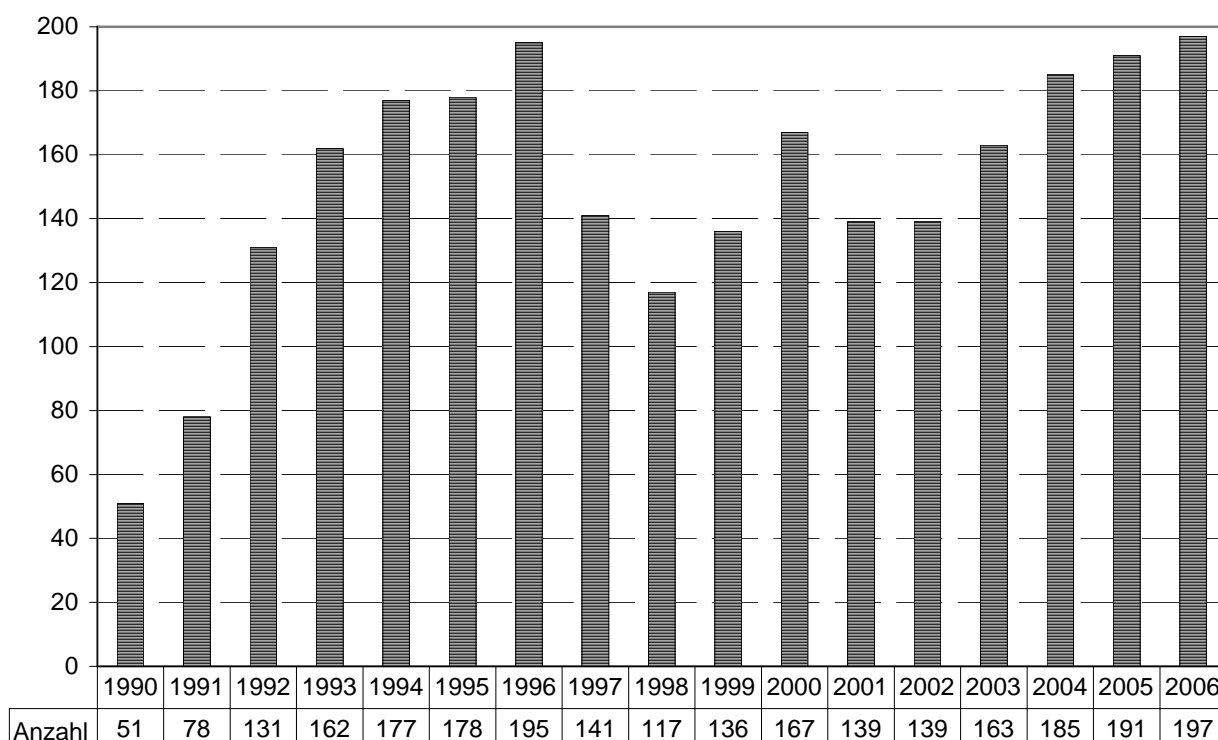
Die Daten der vorliegenden Statistik basieren auf Meldungen der Exekutive an das Bundesministerium für Inneres (BMI), das diese Meldungen an das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) weiterleitet, sowie auf den von den Instituten für Gerichtsmedizin bzw. den zuständigen Landesstellen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

2 Analyse

2.1 Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen)

Im Jahr 2006 wurden von den insgesamt 360 eingegangenen Verdachtsmeldungen 197 Fälle als direkt suchtgiftbezogene Todesopfer identifiziert. Damit ist ein Anstieg um sechs Personen, d. h. um drei Prozent, im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (2001: 139, 2002: 139, 2003: 163, 2004: 185, 2005: 191).

Abbildung 1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in den Jahren 1989 bis 2006



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. Da jedoch im Jahr 2006 bereits das vierte Jahr in Folge ein Anstieg der Zahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu beobachten ist, muss (auch unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Alters; vgl. 2.1.3) auf Basis der vorliegenden Daten von einer Verschärfung der Situation hinsichtlich direkt suchtgiftbezogener Todesfälle ausgegangen werden.

Von 169 der insgesamt 197 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle liegen vollständige Informationen vor (Obduktionsgutachten inklusive vollständiger toxikolo-

gischer Analyse). In 28 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 24 dieser Fälle verlief der Vortest auf Opioide positiv. In zehn 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 sich die Anzahl dieser nicht untersuchten Fälle im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt hat.

2.1.1 Todesursachenvergleich und Substanzbeteiligung

Bei 176 Personen der insgesamt 197 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 21 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.

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

In die nun folgende Analyse nach beteiligten Substanzen werden nur jene 169 der insgesamt 197 Fälle eingeschlossen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war. Bei diesen 169 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 23 Prozent der 169 Fälle wurden ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich zu illegalen Drogen wurden in 44 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 15 Prozent der Fälle auch Alkohol und in 17 Prozent beides – sowohl Alkohol als auch psychoaktive Medikamente – nachgewiesen.

Reine Opiat-Intoxikationen waren 27 zu verzeichnen, davon 23 ausschließlich mit Morphin. Die reinen Opiat-Intoxikationen sanken im Vergleich zum Jahr 2005 von 31 auf 27. Der Anteil der reinen Opiat-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt 16 Prozent (2002: 12,2 %, 2003: 24,5 %, 2004: 22 %, 2005: 18 %).

In nur fünf direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen waren 2006 keine Opiate beteiligt. Bei drei dieser Fälle wurde Kokain nachgewiesen. In jeweils einem Fall war Ecstasy und Amphetamin beteiligt.

137 der 169 spezifizierten toxikologischen Analysen – 81 Prozent – zeigten **Mischintoxikationen mit Opiaten** (2002: 86 %, 2003: 70,6 %, 2004: 76 %, 2005: 79 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift/mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt, und zwar: in 11 Fällen mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), in 77 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiate) ausschließlich Psychopharmaka, in 21 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiate) ausschließlich Alkohol und in 28 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiate) sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka.

Die Beteiligung von Opiaten an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse betrug 2006 97 Prozent (2002: 98 %, 2003: 96 %, 2004: 98 %, 2005: 98 %).

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

Morphin wurde im Jahr 2006 in insgesamt 124 Fällen nachgewiesen und ist somit mit 73 Prozent die am häufigsten nachgewiesene Substanz bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen. Von diesen 124 Fällen gehen 23 auf Morphin als einzig beteiligtes Suchtgift zurück, 101 Fälle auf Mischintoxikationen, davon in zehn Fällen in Kombination mit ausschließlich anderen illegalen Suchtgiften (ohne Alkohol bzw. psychoaktive Arzneimittel).

Heroin wurde in 11 Fällen eindeutig nachgewiesen, das sind 7 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 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 im Laufen 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 in Retardform in den Gutachten ausgewiesen ist.

Kokain wurde in 38 Fällen der suchtgiftbezogenen Todesfälle festgestellt (2001: 35, 2002: 49, 2003: 49, 2004: 52, 2005: 37) und ist somit nach Morphin die zweithäufigst nachgewiesene illegale Substanz. In einem Fall wurde Kokain als einzige Substanz nachgewiesen. Eine Person konsumierten Kokain mit Alkohol, eine Person nahm Kokain zusammen mit psychoaktiven Arzneimitteln. In 35 Fällen wurde Kokain mit Opiaten gemischt, das entspricht 90 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 sechs Fällen nachgewiesen.

Alkohol wurde bei insgesamt 51 Suchtgiftintoxikationen festgestellt.

Bei 16 Todesfällen wurde ein Blutalkoholwert von 0,1 bis 0,49 Promille, bei 15 Todesfällen von 0,5 bis 0,99 Promille, bei neun 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 einem Fall von 2,5 bis 2,99 Promille festgestellt.

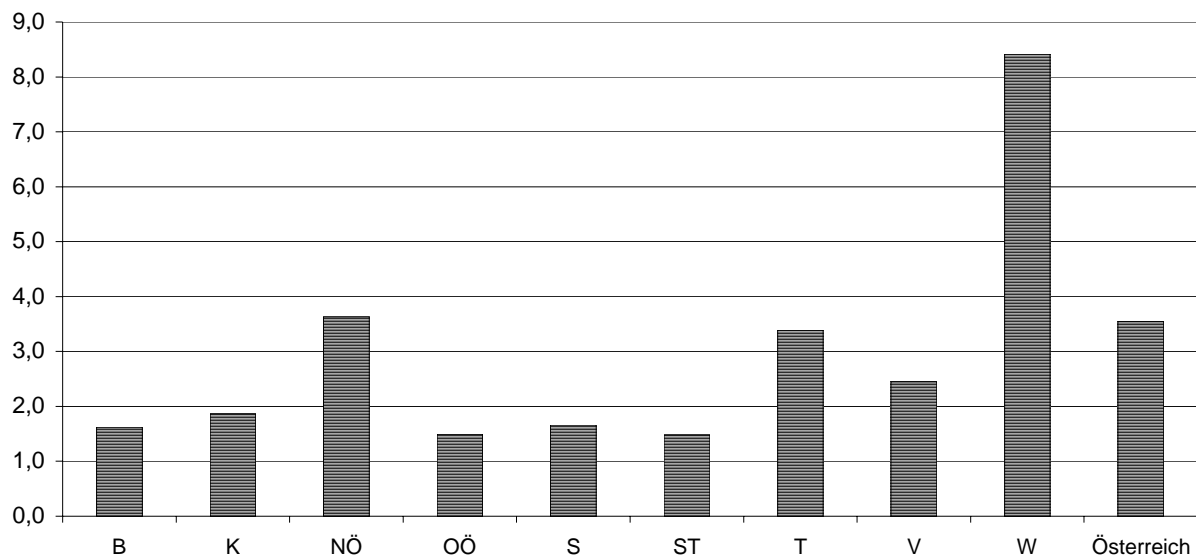
Psychoaktive Arzneimittel – in erster Linie Benzodiazepine – wurden in 107 Fällen festgestellt.

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 2006 3,5 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 2006



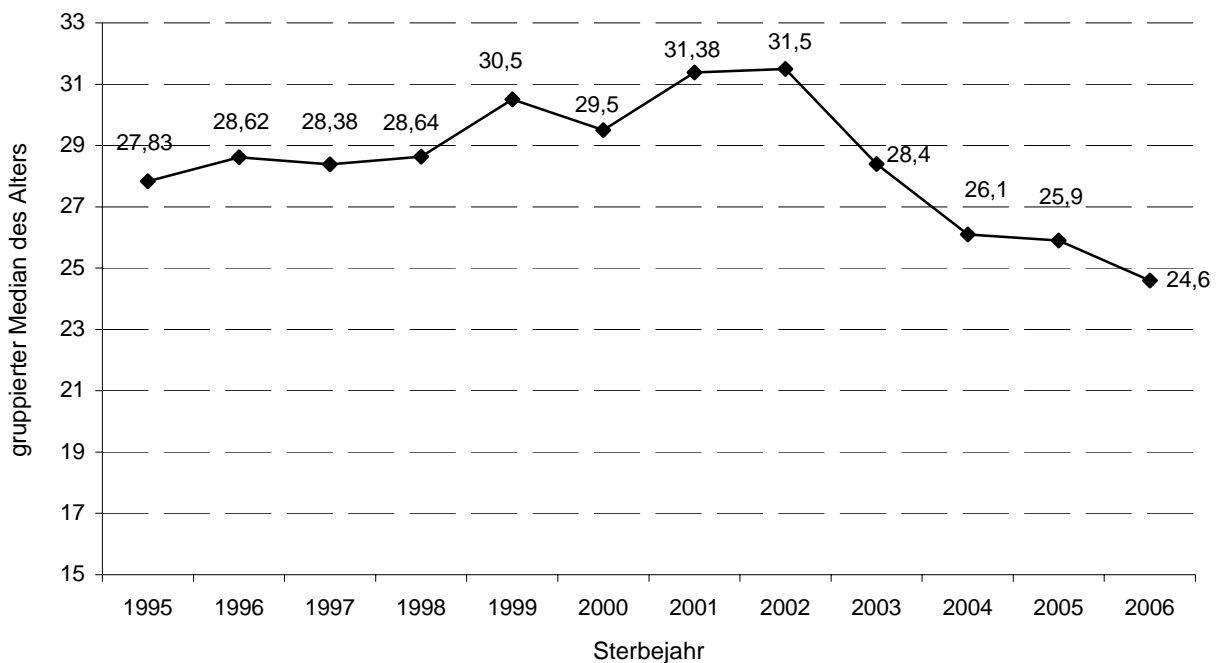
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

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 2006 29 Jahre (2001: 31,3 Jahre, 2002: 31,9 Jahre, 2003: 29,5 Jahre, 2004: 29,7 Jahre, 2005: 29 Jahre), und der gruppierte Median¹ liegt bei 24,6 Jahren (2000: 29,5 Jahre, 2001: 31,4 Jahre, 2002: 31,5 Jahre, 2003: 28,4 Jahre, 2004: 26,1 Jahre, 2005: 25,9). Der Median ist eine robustere Maßzahl als der Mittelwert, reagiert nicht stark auf extreme Werte wie ein sehr hohes Sterbealter einer einzelnen Person und eignet sich daher besser zum Vergleich der Altersverteilung über mehrere Jahre. Wie in Abbildung 3 ersichtlich, sinkt das durchschnittliche Alter bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen seit 2002 konstant und befindet sich 2006 auf dem bisherigen Tiefststand. 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 1995 bis 2006



Die Entwicklung der Altersstruktur bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen liefert auch einen wichtigen Hinweis zur Interpretation der quantitativen Entwicklung der Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt. Der Anteil der unter 20-Jährigen an den suchtgiftbezogenen Todesfällen insgesamt beträgt im Jahr 2006 bereits 20 Prozent. Der Anstieg der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in den jüngeren Altersgruppen kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die Zahl der jungen Problemkonsumentinnen und -konsumenten 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 2006 21 Prozent und ent-

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

spricht somit dem Durchschnitt der letzten Jahre (1999: 28 %, 2000: 21 %, 2001: 16 %, 2002: 18 %, 2003: 18 %, 2004: 20 %, 2005: 23 %).

Es zeigt sich bei den weiblichen suchtgiftbezogenen Todesfällen eine andere Altersstruktur als bei den männlichen. Der gruppierte Median der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesfälle liegt bei nur 23 Jahren (2005: 22,3 Jahre) und jener der männlichen suchtgiftbezogenen Todesfälle bei 25,4 Jahren (2005: 26,6).

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, sind 24 Prozent der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesfälle jünger als 20 Jahre, während sich von den männlichen Suchtgiftopfern 19 Prozent in dieser Altersgruppe befinden. Bei den Männern bedeutet dies einen Anstieg von 7 Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2005. Drogensüchtige Frauen und Männer sterben am häufigsten im Alter von 20 bis 24 Jahren. Der wesentlich niedrigere Median des Sterbealters bei drogensüchtigen Frauen, der bereits in den Vorjahren zu beobachten war, kann als ein Hinweis darauf 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 er ist ein Indiz dafür, dass weibliche Risikokonsumentinnen früher versterben als männliche.

Tabelle 1: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Alter und Geschlecht 2006

Alter	Geschlecht	
	weiblich	männlich
Unter 20 Jahre	10 (24 %)	30 (19%)
20 bis 29 Jahre	21 (50 %)	64 (41 %)
30 bis 39 Jahre	6 (14 %)	28 (18 %)
40 bis 49 Jahre	4 (10 %)	29 (19 %)
50 Jahre und älter	1 (2 %)	4 (3 %)
Summe	42 (100%)	155 (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 (Tabellen A3 und A9).

2.1.5 Begleiterkrankungen

Neben der Gefahr tödlicher Überdosierungen stellt Suchtgiftkonsum auch ein Risiko hinsichtlich körperlicher Erkrankungen und Organschäden dar. Die folgende Darstellung bezüglich körperlicher Komorbidität (begleitende Organerkrankungen) basiert auf den Befunden (makroskopische bzw. mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) von 197 gerichtsmedizinischen Gutachten bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen. In sechs Prozent aller bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer des Jahres 2006 durchgeführten gerichtlichen Obduktionen (11 Fälle) liegt keine genauere makroskopischen bzw. mikroskopisch-histologischen Beschreibung 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 erhoben werden.

Die Beschreibung der körperlichen Komorbidität bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen erfolgt anhand von Angaben zur Vorkommenshäufigkeit von begleitenden krankhaften Veränderungen an den verschiedenen körperlichen Organsystemen (in Prozent der insgesamt 186 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 22 Prozent dieser Gutachten (41 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 drei Viertel (78 %) jener direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle, bei denen die gerichtsmedizinischen Gutachter und Gutachterinnen die Organe befundeten, mindestens ein geschädigtes Organ auf. Bei 22 Prozent (in 40 Fällen) der insgesamt 186 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle mit gerichtlichen Gutachten war nur ein Organ betroffen. Weitere 41 Prozent (77 Fälle) hatten zwischen zwei und drei erkrankte Organe, und bei zusätzlichen 13 Prozent (24 Fälle) fanden die Gerichtsmediziner/ -medizinerinnen bei der Leichenöffnung zwischen vier und fünf pathologisch veränderte Organe. Bei vier 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). Schwere »allgemeine Erkrankungen« (den ganzen Körper betreffend) kamen bei drei Prozent der direkten Suchtgifttoten vor. In drei Fällen litten die an akuter Suchtgiftintoxikation verstorbenen Personen an einer begleitenden schweren Stoffwechselerkrankung (Diabetes mellitus), in zwei Fällen legte das gerichtliche Gutachten eine begleitende Krebserkrankung offen, und in zusätzlichen zwei Fällen wurde im Rahmen der gerichtlichen Obduktion der Organe 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 **54 Prozent** der 186 Fälle mit gerichtsmmedizinischem Gutachten beschrieben die Obduzentinnen und Obduzenten eine begleitende degenerative Erkrankung der **Leber** (Fettleber, Hepatitis). In acht Prozent der Fälle 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 **50 Prozent** der Fälle mit gerichtlichem Gutachten geschädigt. Dabei reichen die Befunde von der fettigen und bindegewebigen Degeneration des Herzmuskelgewebes über Schwielenherz, Infarktarnen, Coronarsklerose bis hin zur lebensgefährlichen Herzmuskelentzündung (Myokarditis) oder Herzklappenentzündung (Endokarditis). Die **Lungen** zeigten in **42 Prozent** aller direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle mit gerichtsmmedizinischen Gutachten pathologische Begleitbefunde. Am häufigsten wurden dabei jedoch leichte, degenerative Lungengewebsveränderungen wie Lungenemphysem und Lungenanthrakose beschrieben. **Nierenschäden** stellten die Medizinerinnen und Mediziner in **9 Prozent** der Obduktionen fest (Nierenparenchymdegeneration, Nephrosklerose, Niereninfarkt), und wiederum **9 Prozent** machten jene begleitenden Veränderungen des **lymphatischen Organsystems** (Milz, Gaumenmande, Lymphknoten) aus, die als Reaktionen des Körpers auf verschiedenen Infektionen zu werten sind. Eine begleitende **Gastritis** (Magenschleimhautentzündung) wurde in **7 Prozent** der gerichtsmmedizinischen Obduktionsgutachten beschrieben, und in **6 Prozent** lag eine Schädigung der **Bauchspeicheldrüse** (fettige Degeneration, chronische Pankreatitis) vor. Die Innenwände der **Körperarterien** zeigten in **12 Prozent** des gerichtsmmedizinischen Obduktionsgutes wahrscheinlich aufgrund der chronischen Toxinwirkungen vermehrte Auflagerungen (Atherosklerose). **Neurologische Veränderungen** (im Gehirn) liegen in **8 Prozent** der gerichtlich obduzierten direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle vor. Das Knochen/Gliedmaßen-System war lediglich zu 1 Prozent von Komorbidität betroffen (dabei handelt es sich um Gewebnekrosen = abgestorbenes Gewebe infolge von Durchblutungsstörungen der Beine; kommt häufig bei diabetischer Stoffwechsellage als diabetisches Gangrän vor).

In **15 Prozent** der insgesamt 186 gerichtlichen Obduktionsfälle wiesen die Gutachter und Gutachterinnen bei der Leichenöffnung eine begleitende **Lungenentzündung** (Pneumonie) aus, und in **11 Prozent** der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle ergab der Obduktionsbefund einen sogenannten körperlichen **»Aus-zehrungszustand«** (schwerwiegende krankhafte Veränderungen an mehreren lebenswichtigen Organen). Derartige akut lebensbedrohliche Gesundheitszustände, die höchstwahrscheinlich aus einem Dauermisbrauch von Suchtgiften resultieren, reichen meist an sich schon aus, um den Tod herbeizuführen. 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.

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 gerichtsmmedizinischen 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 und -medizinerinnen 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. Jedoch ist die Vorgangsweise der Gerichtsmedizinischen Institute bundesweit nicht einheitlich und 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. Nach den verfügbaren gerichtsmedizinischen Gutachten erfolgte eine gesicherte Infektion mit HIV in rund 4 Prozent (8 Fälle) der insgesamt 197 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle (siehe dazu Tabellen A7 bis A9 im Anhang). Davon war eine Person bereits manifest an AIDS erkrankt. Eine gesicherte Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus weisen die verfügbaren gerichtlichen Gutachten in 19 Prozent (37 Fälle) aller direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle nach. Eine gesicherte Hepatitis-B-Infektion wurde lediglich in zwei Fällen identifiziert. 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 197 direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen beträgt bei HIV 43 Prozent (85 Fälle), bei Hepatitis C 41 Prozent (81 Fälle) und bei Hepatitis B 57 Prozent (113 Fälle).

2.1.6 Auffindungsort

Zum zweiten 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 bei der ersten Analyse 2005 zeigte sich, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarben, dies setzt sich auch 2006 fort (79 Prozent). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheim verstarben zwei Prozent. Sechs Personen verstarben in Strafanstalten, 13 in der Rettungsambulanz oder im Krankenhaus. In einem Fall war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte.

Tabelle 2: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Auffindungsort in Prozent 2006

Todesort	Prozentanteil an allen 197 direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen
Eigene Wohnung	50 %
Wohnung der (Ehe-)Partnerin oder des (Ehe-)Partners	6 %
Anderer Wohnung	23 %
Straße	2 %
Lokal/Bar	0 %
Hotel/Jugendherberge/Männerheim ...	2 %
Anderer öffentlicher Ort (Toilette, Bahnhof ...)	7 %
Strafanstalt	3 %
Krankenhaus	7 %
Anderer Ort	1 %
Unbekannt	1 %
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 Tod und Suchtgiftkonsum denkbar. 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 Daten unvollständig sind, da eine Klassifizierung nur möglich ist, wenn ein entsprechender Verdacht gekannt 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 indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle 2006 (18 Personen) starben an Krankheiten wie Krebs, Myokarditis oder Leberzirrhose. Sieben Personen begingen Suizid. Fünf Personen kamen bei Unfällen ums Leben (vier davon bei Verkehrsunfällen). Eine weitere Person wurde erstochen.

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 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. Eine vertiefende Analyse der suchtgiftbezogenen Todesfällen im Zusammenschau mit anderen Daten wie Prävalenzschätzungen finden im jährlichen Drogenbericht statt. 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 -konsumenten mit problematischem und risikoreichem Konsummuster finden. Diese Informationen einerseits, der Anstieg der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle vor allem in den jüngeren Altersgruppen andererseits und darüber hinaus die Ergebnisse der aktuellen Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums geben insgesamt Anlass, von einer Verschärfung der Situation hinsichtlich des problematischen Drogenkonsums auszugehen.

Bei mehr als der Hälfte der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden neben Suchtgift(en) auch Psychopharmaka und/oder Alkohol nachgewiesen. In 97 Prozent der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle 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 unbedingter 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 -konsumenten 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 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 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 ließen sich dann weitere Vorschläge zur Adaption und Optimierung des Betreuungsangebots ableiten.

4 Tabellenanhang

Tabelle A1

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2006 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	0	0
A2 Morphin	1	0	6	2	1	0	0	0	13	23
A2a sonstige Opiate	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
A3 Methadon	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
A4 mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	0	7	2	1	0	0	0	16	27
B Mischintoxikationen mit Opiaten										
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	1	0	0	0	0	3	5
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	8	4	0	3	1	0	14	31
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	2	0	0	0	0	0	1	1	4
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	1	2	0	2	6
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	1	2	1	1	5	2	0	3	16
B5 Heroin mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
B6 Morphin mit Alkohol	1	0	3	0	0	0	3	1	3	11
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
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	0	0	1
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	1	2		1	1	1	5	12
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	0	0	1	0	1	0	0	1	8	11
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	0	5	0	2	0	1	0	7	15
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	1	1	0	0	0	0	3	5
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	4	1	1	0	1	1	0	8
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	2	7	30	11	5	11	16	6	49	137
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate										
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
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	1	1
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	1	1
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	0	0	0	0	5	5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert²	0	0	1	1	0	1	0	0	25	28
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	3	7	38	14	6	12	16	6	95	197

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

Tabelle A2

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2006 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	0	0	0	0	0	0	0	0
A2 Morphin	0	10	4	4	0	2	1	1	1	23
A2a sonstige Opiate	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
A3 Methadon	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
A4 mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	11	5	4	0	2	1	2	2	27
B Mischintoxikationen mit Opiaten										
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	2	1	0	0	1	1	0	0	5
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	7	8	9	3	1	0	2	1	31
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	2	3	0	0	0	0	0	6
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	8	2	4	0	0	1	1	0	16
B5 Heroin mit Alkohol	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
B6 Morphin mit Alkohol	0	1	1	5	1	1	2	0	0	11
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
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	0	0	1
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	2	2	1	2	2	2	0	12
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	0	2	5	0	1	1	0	1	1	11
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	2	5	2	2	1	1	2	0	15
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	2	0	0	1	1	1	0	5
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	1	2	0	2	1	1	1	0	8
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	0	25	37	26	14	10	11	12	2	137
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate										
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
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	1	0	0	0	0	0	1
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	1	1	0	1	0	1	1	5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	0	4	8	3	5	2	4	2	0	28
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	0	40	51	34	19	15	16	17	5	197

Tabelle A3

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2006 nach Geschlecht	männlich	weiblich	Gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten			
A1 Heroin	0	0	0
A2 Morphin	17	6	23
A2a sonstige Opiate	1	1	2
A3 Methadon	1	0	1
A4 mehrere Opiate	1	0	1
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	20	7	27
B Mischintoxikationen mit Opiaten			
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	3	2	5
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	20	11	31
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	2	2	4
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	6	0	6
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	12	4	16
B5 Heroin mit Alkohol	3	0	3
B6 Morphin mit Alkohol	10	1	11
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	1	0	1
B7 Methadon mit Alkohol	1	0	1
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	0
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	10	2	12
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	1	2	3
B13 mehrere Suchtgifte inkl. Opiate	8	3	11
B14 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	10	5	15
B15 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate) und Alkohol	4	1	5
B16 mehrere Suchtgifte (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	8	0	8
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	104	33	137
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate			
C1 1 Suchtgift (z. B. Kokain) allein	1	0	1
C2 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	2	0	2
C3 1 Suchtgift (z. B. Kokain) mit Alkohol	1	0	1
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	1	0	1
C8 mehrere Suchtgifte (ohne Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	5	0	5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	26	2	28
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	155	42	197

Tabelle A4

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Bundesländern 2006 davon Suizid und Sekundärfolgen	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	0	7	2	1	0	0	0	16	27
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	3	0	0	0	0	0	1	4
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	2	7	30	11	5	11	16	6	49	137
davon Suizid	1	1	0	1	0	0	1	0	2	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	1	2	1	2	3	3	5	17
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	1	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe A, B und C	3	7	37	13	6	11	16	6	70	169
davon Suizid	1	1	0	1	0	0	1	0	4	8
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	4	2	1	2	3	3	6	21

Tabelle A5

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Altersgruppen 2006 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	11	5	4	0	2	1	2	2	27
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	0	25	37	26	14	10	11	12	2	137
davon Suizid	0	3	1	0	0	1	1	0	0	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	4	9	1	1	1	0	0	1	17
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	1	1	0	1	0	1	1	5
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe A, B und C	0	36	43	31	14	13	12	15	5	169
davon Suizid	0	3	1	0	0	1	2	0	1	8
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	7	10	1	1	1	0	0	1	21

Tabelle A6

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Geschlecht 2006 davon Suizid und Sekundärfolgen	männlich	weiblich	Gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	20	7	27
davon Suizid	1	0	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	4	0	4
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	104	33	137
davon Suizid	6	0	6
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	13	4	17
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	5	0	5
davon Suizid	1	0	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	0
Summe A, B und C	129	40	169
davon Suizid	8	0	8
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	17	4	21

Tabelle A7

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Bundesländern 2006	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Gesamt	Prozentanteil Gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	3	7	38	14	6	12	16	6	95	197	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	0	7	2	1	0	0	0	16	27	13,8
B Mischintoxikationen mit Opiaten	2	7	30	11	5	11	16	6	49	137	69,5
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	2,6
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	0	0	1	1	0	1	0	0	25	28	14,2
Beteiligung von Heroin*	0	0	1	3	0	4	0	0	3	11	6,5
Beteiligung von Morphin*	3	3	31	9	5	9	9	2	53	124	73,4
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	0	2	7	1	3	5	1	2	8	29	17,2
Beteiligung von Methadon*	1	2	5	1	1	2	3	2	8	25	14,8
Beteiligung von Kokain*	0	0	9	1	4	0	2	2	20	38	22,5
Beteiligung von Amphetaminen*	0	0	1	1	2	0	0	0	4	8	4,7
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	1	7	24	10	4	11	9	4	37	107	63,3
HIV-Infektionen (von 197)**	0	0	1	0	0	1	0	0	6	8	4,1
HIV-Infektionen (von 112)**	0	0	1	0	0	1	0	0	6	8	7,1
Hepatitis-C-Infektionen (von 197)**	0	1	9	2	1	1	0	0	23	37	18,8
Hepatitis-C-Infektionen (von 116)**	0	1	9	2	1	1	0	0	23	37	31,9
In Substitutionsbehandlung	0	2	3	3	0	1	1	0	24	34	17,3

Tabelle A8

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 2006	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	0	40	51	34	19	15	16	17	5	197	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	12	5	4	0	2	1	2	2	27	13,8
B Mischintoxikationen mit Opiaten	0	24	37	26	14	10	11	12	1	137	69,5
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	1	0	1	1	0	1	0	0	5	2,6
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,2
Beteiligung von Heroin*	0	2	1	2	0	1	3	2	0	11	6,5
Beteiligung von Morphin*	0	29	28	24	10	11	8	11	3	124	73,4
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	0	4	11	1	4	2	1	4	2	29	17,2
Beteiligung von Methadon*	0	8	7	7	1	0	1	1	0	25	14,8
Beteiligung von Kokain*	0	5	12	2	5	4	3	6	1	38	22,5
Beteiligung von Amphetaminen*	0	1	4	1	0	1	0	0	1	8	4,7
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	0	22	30	20	10	7	7	9	2	107	63,3
HIV-Infektionen (von 197)**	0	0	2	1	1	1	2	1	0	8	4,1
HIV-Infektionen (von 112)**	0	0	2	1	1	1	2	1	0	8	7,1
Hepatitis-C Infektionen (von 197)**	0	2	11	7	4	4	5	4	0	37	18,8
Hepatitis-C Infektionen (von 116)**	0	2	11	7	4	4	5	4	0	37	31,9
in Substitutionsbehandlung	0	4	9	6	3	4	1	6	1	34	17,3

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

** Nur in 112 bzw. 116 von 197 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 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 2006	männlich	weiblich	Gesamt	Prozentanteil Gesamt
Summe: direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	155	42	197	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	20	7	27	13,8
B Mischintoxikationen mit Opiaten	104	33	137	69,5
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	5	0	5	2,6
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	26	2	28	14,2
Beteiligung von Heroin*	8	3	11	6,5
Beteiligung von Morphin*	91	33	124	73,4
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	20	9	29	17,2
Beteiligung von Methadon*	22	3	25	14,8
Beteiligung von Kokain*	30	8	38	22,5
Beteiligung von Amphetaminen*	7	1	8	4,7
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	79	28	107	63,3
HIV-Infektionen (von 197)**	6	2	8	4,1
HIV-Infektionen (von 112)**	6	2	8	7,1
Hepatitis-C-Infektionen (von 197)**	29	8	37	18,8
Hepatitis-C-Infektionen (von 116)**	29	8	37	31,9
In Substitutionsbehandlung	28	6	34	17,3

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

** Nur in 112 bzw. 116 von 197 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 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 2006	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	0	23	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B Mischintoxikationen mit Opiaten	11	101	26	23	35	6	105	49	15	15	8	6	4	1	0
Suchtgift(e) (B13)	5	10	2	1	10	3	0	0	0						
Suchtgift(e) mit psychoaktiven Arzneimitteln (B1; B2; B2a; B3; B4; B14)	1	56	16	18	14	2	77	0	0	0	0	0	0	0	
Suchtgift(e) mit Alkohol (B5; B6; B6a; B7; B8; B15)	3	16	1	1	4	1	0	21	8	5	0	4	3	1	0
Suchtgift(e) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln (B9; B10; B10a; B11; B12; B16)	2	19	7	3	7	0	28	28	7	10	8	2	1	0	0
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) ohne Opiate	0	0	0	0	3	2	2	2	1	0	1	0	0	0	
Suchtgift(e) ohne Opiate (C1; C5)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Suchtgift(e) ohne Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln (C2; C6)	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
Suchtgift(e) ohne Opiate mit Alkohol (C3; C7)	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	1	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	
Suchtgiftintoxikationen unbekannter Art	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Summe A und B und C	11	124	28	25	38	8	107	51	16	15	9	6	4	1	0