



**BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**

(Herausgeber)

SUCHTGIFTBEZOGENE TODESFÄLLE 2011

Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●

Wien, im August 2012

Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG:

Charlotte Wirl, Andrea Bodenwinkler, Martin Busch

Projektkoordination:

Charlotte Wirl

Projektsekretariat:

Monika Löbau

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit –

Technische Gestaltung: Hausdruckerei des BMG – Alle: 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Kurzfassung

Ergebnisse

Der Indikator »direkt suchtgiftbezogene Todesfälle« ist einer von derzeit insgesamt fünf sogenannten epidemiologischen Schlüsselindikatoren, die die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt hat, um die Situation im Bereich des problematischen Drogenkonsums einschätzen zu können. Als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchmittelgesetz -SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) versterben. Mit einbezogen wurden erstmals auch Überdosierungen nach Konsum neuer psychoaktiver Substanzen im Sinne des mit 1.1.2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011). Die Klassifizierung der Todesfälle basiert auf gerichtsmedizinischen Unterlagen oder amtlichen Totenbeschauscheinen.

Gleichbleibend hohes Niveau bei Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle

Insgesamt wurden für das Jahr 2011 auf Basis von Obduktionsbefunden 177 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 24, allerdings nicht obduzierte, Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche). In Summe wird daher für das Jahr 2011 von 201 direkt auf eine Überdosierung zurück zu führenden Todesfällen ausgegangen. Eine Aussage zu kurzfristigen Trends ist nicht möglich. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nach einem erkennbaren Anstieg zwischen 2003 und 2006, die Anzahl der tödlichen Überdosierungen in den letzten Jahren nicht zurückgegangen ist. 24 Prozent der Verstorbenen (verifizierte Fälle) sind weiblich, 32 Prozent waren zum Zeitpunkt des Todes unter 25 Jahre alt. Die meisten suchtgiftbezogenen Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren verzeichnete Wien.

Lebensgefahr bei Mischkonsum mit Opiaten

Die häufigste Todesursache sind Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten. Reine Opiat-Intoxikationen sind seit Jahren rückläufig und der Begleitkonsum von psychoaktiven Arzneimitteln (zumeist Benzodiazepine) und Alkohol ist weiterhin sehr hoch. Als Hauptursache von tödlichen Überdosierungen zeigen sich damit nach wie vor hochriskante polytoxikomane Konsummuster (einschließlich Opiaten), bei denen sich die potenzierende Wirkung der einzelnen Substanzen schwer einschätzen lässt.

Schlussfolgerungen

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.

Gute Datenqualität, jedoch Rückgang der Obduktionsrate

Aufgrund der fundierten Datenlage (vergleichsweise hohe Obduktionsquote inklusive aussagekräftiger Toxikologie) weist die österreichische Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle im europäischen Vergleich eine überdurchschnittlich gute Qualität auf, wodurch Vergleiche mit anderen euro-

päischen Ländern nur im Rahmen von vertiefenden Begleitanalysen möglich sind. Allerdings ist seit dem Jahr 2008 (32 Fälle) die Zahl jener Fälle, in denen bei Verdacht auf Überdosierung mit Suchtgiftbeteiligung eine für Verifizierung und Analyse der Überdosierung notwendige Leichenöffnung einschließlich toxikologischer Untersuchung durchgeführt wurde, etwas zurückgegangen und betrug im Jahr 2011 24 Fälle (2010: 17 Fälle). Es gilt, dem Trend sinkender Obduktionsraten bei Verdacht auf einen suchtgiftbezogenen Todesfall entgegenzuwirken. Eine Obduktion mit einheitlichen Qualitätsstandards (flächendeckende Umsetzung der Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Gerichtsmedizin für Obduktionen und chemisch-toxikologische Analysen bei suchtgiftbezogenen Todesfälle) bei möglichst allen Verdachtsfällen in Österreich ist aus gesundheitspolitischer Sicht anzustreben, da eine möglichst vollständige und aussagekräftige Statistik und Analyse die beste Grundlage für präventive Maßnahmen liefert. Ein einheitliches Vorgehen bei der chemisch-toxikologischen Analyse (z. B. zur Differenzierung von Heroin und Morphin) und eine verpflichtende Erhebung von HIV und HCV liefern wichtige epidemiologische Ausgangspunkte für die Präventionsarbeit.

Präventionsmaßnahmen

Neben dem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (hohe körperliche Komorbidität) der meisten an einer Überdosierung verstorbenen Personen zeigt die Erfahrung, dass auch der Kontext, in dem solche Todesfälle passieren, aus präventiver Sicht relevant ist. **Risikosituationen** stellen beispielsweise Haftentlassungen oder der Abbruch einer Therapie (auch aufgrund der verringerten Opiattoleranz) dar. Die Statistik zeigt, dass der weitaus größte Teil tödlicher Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Es wird auf Bundesebene bereits der Frage nach Barrieren nachgegangen, die eventuell dem Rufen der Rettung bei Drogennotfällen entgegen stehen.

Bestandteil der Präventionsarbeit müssen auch Maßnahmen der Risikominimierung sowie die Aufklärung über hochriskante Substanz-Konsummuster sein. Neben dem Angebot suchtspezifischer Maßnahmen ist die begleitende allgemeinmedizinische Versorgung im Rahmen niederschwelliger Angebote zu optimieren, um auch über die Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes auf eine Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität der Suchtkranken hinzuwirken. Die Auswirkungen eines stark reduzierten Allgemeinzustandes auf die Opiattoleranz sollten im niederschweligen Bereich thematisiert werden. Neben den psychosozialen und suchtmmedizinischen Maßnahmen bedarf es auch verstärkt Verbesserungen im allgemeinmedizinischen Bereich, um die hochgefährdeten Personengruppen länger und kontinuierlich in Betreuungsverhältnissen zu halten.

Dringender Bedarf besteht an vertiefender wissenschaftlicher Erforschung von Personen mit problematischem Drogenkonsum. Dadurch würde einerseits Klarheit über die Dimension geschaffen werden und andererseits könnten die Hintergründe des Konsumverhaltens, die psychischen und sozialen Situationen sowie die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Betroffenen beleuchtet werden. Eine Analyse von Personen mit letaler Überdosierung in Bezug auf ihre psychische und soziale Lage (psycho-soziale Autopsie) ist anzustreben. Daraus ließen sich dann weitere Vorschläge zur Adaption und Optimierung des Betreuungsangebots ableiten. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf junge Suchtgiftkonsumierende gelegt werden. Aber auch die Zielgruppe der älteren Drogenkonsumierenden – insbesondere in Substitutionsbehandlung – sollte erforscht werden (z. B. Lebensumstände, Gesundheitssituation, Behandlungs- und Versorgungsbedarf).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
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	9
2.1.5	Begleiterkrankungen	10
2.1.6	Auffindungsort	12
2.2	Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle	13
3	Tabellenanhang	14

1 Einleitung

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Die Daten der jährlichen Statistik und Analyse basieren auf der Meldepflicht gemäß § 24c des Suchtmittelgesetzes, wonach dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unverzüglich folgende Informationen zu übermitteln sind:

- vom Bundesministerium für Inneres (BMI) die einschlägigen polizeilichen Verdachtsmeldungen
- von den Instituten für Gerichtsmedizin bzw. den im Einzelfall beauftragten gerichtsmedizinischen Sachverständigen die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung
- von den Sanitätsbehörden und den Krankenanstalten die Ergebnisse einer durchgeführten Leichenöffnung bzw. Obduktion samt den Ergebnissen einer allfälligen chemisch-toxikologischen Untersuchung;
- in Fällen, in denen keine Leichenöffnung oder Obduktion vorgenommen wurde, werden vom BMG bei der Statistik Österreich die Totenbeschauscheine eingeholt.

Die Zahl jener Fälle, in denen bei Verdacht auf Überdosierung mit Suchtgiftbeteiligung eine Leichenöffnung einschließlich toxikologischer Untersuchung durchgeführt wird, ist in den letzten Jahren rückläufig. Besonders deutlich zeigte sich dies im Jahr 2008, in dem in 32 Fällen, in denen auf dem Totenbeschauschein eine Suchtgiftintoxikation vermerkt war, keine gerichtliche Obduktion oder sanitätspolizeiliche Leichenöffnung veranlasst wurde. Aber auch im Jahr 2011 wurde in 24 Verdachtsfällen keine Leichenöffnung durchgeführt, jedoch vom Totenbeschauerarzt nach äußerer Besichtigung der Leiche eine Suchtgiftintoxikation als Todesursache vermerkt¹. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). Obwohl bei diesen Fällen somit nicht durch Obduktionsergebnisse abgesichert, sondern (nur) höchstwahrscheinlich von einer todesursächlichen Suchtgiftüberdosierungen ausgegangen werden kann, werden sie, dem europäischen Standard entsprechend, den suchtgiftbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf suchtgiftbezogene Überdosierung obduziert).

Das Bundesministerium für Gesundheit weist die suchtgiftbezogenen Todesfälle jährlich in einer Statistik und Analyse aus, die von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG erstellt wird.

Bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Suchtgiftkonsum² angenommen werden. Die Personen verstarben an einer akuten Intoxikation. Diese Definition entspricht der für »Drug related deaths« der Europäischen Beobachtungsstelle

¹ Bei diesen Fällen wurde von der Staatsanwaltschaft keine gerichtliche Obduktion zur Klärung der Todesursache angeordnet, sondern aufgrund von Indizien und Umständen am Auffindungsort der Leiche von einer tödlichen Überdosierung ohne Fremdverschulden ausgegangen.

² §2 Suchtmittelgesetz -SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung

für Drogen und Drogensucht (EBDD). Bei diesen Fällen steht der Tod somit in ursächlichem und zeitlich nahem Zusammenhang mit dem Substanzkonsum („akute Intoxikation“).

In den letzten Jahren hat sich in Österreich das Angebot an psychoaktiv wirkenden Substanzen verbreitert und in rascher Abfolge wurden immer neue, u. a. als „research chemicals“ synthetisch erzeugte Wirkstoffe in Verkehr gesetzt, die ähnliche Wirkungen hervorrufen können wie manche international als Suchtgift oder psychotrope Substanzen klassifizierte Substanzen. Diesen Entwicklungen wurde mit dem am 1.1.2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG)³ entgegengetreten und dies schlägt sich nun erstmals auch in der gegenständlichen Statistik nieder. Aufgrund der chemisch-toxikologischen Analyseergebnisse war bei einzelnen der 2011 an einer akuten Überdosierung Verstorbenen davon auszugehen, dass im Zuge des zum Tod führenden Substanzkonsums entweder ausschließlich oder im Zusammenhang mit Suchtgiften oder psychotropen Stoffen (auch) neue psychoaktive Substanzen konsumiert worden waren. Analog zu den suchtgiftbezogenen Todesfällen ließen die Obduktionsergebnisse auch in diesen Fällen auf ein Konsumverhalten schließen, das auf bewussteinverändernde Substanzen abzielte und letztlich infolge Intoxikation zum Tod führte, sodass auch diese Fälle in die gegenständliche Statistik und Analyse mit einbezogen wurden.

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.

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), Tod durch Unfälle unter Drogeneinfluss und Suizide von Drogenabhängigen (nicht durch Überdosierung) zu verstehen. 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.

Neben den (tödlichen) Überdosierungen stellt Suchtgiftkonsum auch hinsichtlich körperlicher Erkrankungen und Organschäden ein Risiko dar. Da im Rahmen der gerichtsmedizinischen Untersuchung in der Regel eine genaue Erhebung bezüglich körperlicher Komorbidität durchgeführt wird, können diese Befunde als Datenquellen für das Vorkommen gesundheitlicher Schädigungen durch Drogenkonsum herangezogen werden. Aus diesem Grund erfolgt seit 2006 jährlich die systematische Aufarbeitung der Begleiterkrankungen.

³ BGBl I Nr. 146/2011

Im Jahr 2005 wurde erstmals eine Analyse der Auffindungsorte der Verstorbenen erstellt, die seither routinemäßig jedes Jahr durchgeführt wird, um etwaige Veränderungen bei den Konsumorten zu erkennen und in der Präventionsarbeit zu berücksichtigen.

Die Daten der vorliegenden Statistik und Analyse basieren auf dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelten polizeilichen Meldungen (über mutmaßliche suchtgiftbezogene Todesfälle), Obduktionsergebnissen und Totenbeschauscheinen. Insgesamt wurden 375 polizeiliche Meldungen, Obduktionsergebnisse oder Totenbeschauscheine gesichtet. In die Statistik und Analyse der direkten suchtgiftbezogenen Todesfälle fließen nur jene Fälle ein, in denen aufgrund einer durchgeführten Obduktion oder Totenbeschau von einem Kausalzusammenhang zwischen Substanzkonsum und Tod infolge von Überdosierung auszugehen ist.

2 Analyse

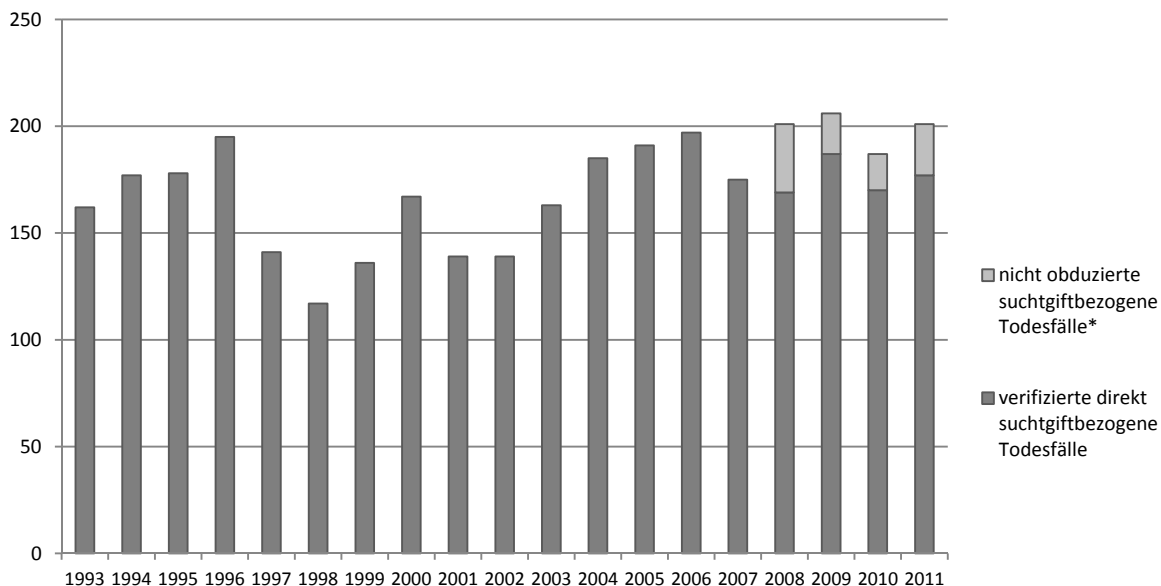
2.1 Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen)

Insgesamt wurden für das Jahr 2011 auf Basis von Obduktionsbefunden 177 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 24, allerdings nicht obduzierte, Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2011 von 201 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2010: 187 Fälle). Eine Aussage zu kurzfristigen Trends ist nicht möglich. Es muss jedoch angenommen werden, dass nach einem erkennbaren Anstieg zwischen 2003 und 2006 die Anzahl der tödlichen Überdosierungen in den letzten Jahren nicht zurückgegangen ist.

Eine Person, die 2011 an einer Suchtmittelintoxikation verstarb, war nicht in Österreich gemeldet. Dieser Fall geht daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein.

In zwei Todesfällen war Butangas geschnüffelt worden und in zwei weiteren Todesfällen Propofol und Ätylätber im Blut festgestellt worden. Darüberhinaus wurde in zwei Fällen in der chemisch-toxologischen Analyse keine legale oder illegale Substanz festgestellt und die Todesursache blieb laut Obduktionsgutachten ungeklärt. Diese insgesamt sechs Fälle sind nicht in die Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle eingeflossen, da kein Zusammenhang mit Drogenkonsum nachweislich war.

Abbildung 1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in den Jahren 1993 bis 2011



* In diesen Fällen wurde keine Leichenöffnung durchgeführt, sondern vom Totenbeschauer nach äußerer Besichtigung der Leiche eine Suchtmittelintoxikation als Todesursache vermerkt. Da die Anzahl der durchgeführten Obduktionen/Leichenöffnungen tendenziell rückläufig ist, werden seit 2008 auch diese nicht obduzierten Fälle getrennt ausgewiesen.

Von 170 der insgesamt 177 durch eine Obduktion bestätigten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle liegen vollständige Informationen vor (Obduktionsgutachten inklusive vollständiger toxikologischer Analyse). In sieben Fällen wurden die Gutachten nicht übermittelt, das Ergebnis der Obduktion fand jedoch Eingang in den Totenbeschauschein, eine genaue Todesursachenkategorisierung nach Substanzen ist in diesen Fällen nicht möglich.

2.1.1 Todesursachenvergleich und Substanzbeteiligung

Bei 131 der insgesamt 170 durch ein Obduktionsgutachten inklusive ausführlicher toxikologischer Analyse verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle wurde auf Basis der gerichtsmedizinischen Obduktionsgutachten festgestellt, dass diese Personen unmittelbar an einer Überdosierung verstarben. Das heißt, dass es bei diesen Menschen infolge der hohen Toxizität der Substanz(en) 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 39 Fällen erfolgte der unmittelbare Tod durch eine im Zuge des Suchtmittelkonsums hervorgerufene weitere tödliche Ursache (Sekundärfolge) wie z. B. vom zentralen Nervensystem ausgelöstes Erbrechen mit Ersticken am Erbrochenen (die Hauptbronchien wurden verschlossen) oder es kam infolge des Einatmens von Mageninhalt zu einer tödlichen Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). Details, aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und Bundesland, sind in den Tabellen A4 bis A7 im Anhang zu finden.

In fünf 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 170 Fälle eingeschlossen, in denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war. Im Rahmen der Obduktionen gefunden wurde/n bei diesen 170 direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen entweder ein einziges Suchtgift oder mehrere Suchtgifte oder eine Mischung aus Suchtgift(en) in Verbindung mit psychoaktiven Arzneimitteln und/oder Alkohol.

In 11 Prozent der 170 Fälle wurden ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich zu illegalen Drogen wurden in 56 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 8 Prozent der Fälle auch Alkohol und in 25 Prozent sowohl Alkohol als auch psychoaktive Medikamente nachgewiesen.

Reine Opiat-Intoxikationen (d.h. keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen) waren 11 zu verzeichnen, davon acht ausschließlich mit Morphin. Der Anteil der reinen Opiat-Intoxikationen an den direkten Drogentodesfällen beträgt sechs Prozent (2006: 16 %, 2007: 9 %, 2008: 8 %, 2009: 10 %, 2010: 8 %). Die reinen Opiat-Intoxikationen sind somit weiterhin rückläufig und stellen nur mehr einen sehr kleinen Teil der suchtgiftbezogenen Todesfälle dar.

2011 waren in 95 Prozent der Fälle Opiate beteiligt (Beteiligung von Opiaten an den Intoxikationen mit bekannter toxikologischer Analyse 2007: 97 %, 2008: 98 %, 2009: 99 %; 2010: 100 %).

151 der 170 spezifizierten toxikologischen Analysen –89 Prozent – zeigten **Mischintoxikationen mit Opiaten** (2007: 91 %, 2008: 89 %, 2009: 89 %, 2010: 92 %), d. h., es wurde(n) ein Suchtgift / mehrere Suchtgifte (inkl. Opiaten) in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt, und zwar: in vier Fällen mehrere Suchtgifte (inkl. Opiaten), in 93 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiaten)

ausschließlich Psychopharmaka, in 13 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiaten) ausschließlich Alkohol und in 41 Fällen neben Suchtgift(en) (inkl. Opiaten) sowohl Alkohol als auch Psychopharmaka.

Morphin wurde im Jahr 2011 in insgesamt 122 Fällen nachgewiesen und ist somit mit 72 Prozent die am häufigsten nachgewiesene illegale Substanz bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen (vgl. Tabelle A10). Von diesen 122 Fällen gehen acht auf Morphin als einziges beteiligtes Suchtgift oder Suchtmittel zurück, in einem Fall fand eine Mischintoxikation von mehreren Opiaten statt. 113 Fälle gehen auf Mischintoxikationen zurück, davon in zwei Fällen in Kombination mit ausschließlich anderen illegalen Suchtgiften (ohne Alkohol bzw. psychoaktive Arzneimittel).

Heroin wurde in 7 Fällen eindeutig nachgewiesen, das sind vier Prozent der Fälle mit bekannter toxikologischer Analyse. In keinem Fall wurde Heroin als einzige Substanz nachgewiesen. Es handelt sich daher 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.

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

Methadon wurde in 30 Fällen nachgewiesen und **sonstige Opiate** (wie z. B. Codein, Buprenorphin) in 39 Fällen.

Kokain wurde bei 25 der suchtgiftbezogenen Todesfälle festgestellt (2006: 38, 2007: 38, 2008: 34, 2009: 22, 2010: 26). Kokain war in den letzten Jahren nach Morphin die am zweithäufigsten nachgewiesene illegale Substanz, der Anteil von Kokain an den nachgewiesenen illegalen Substanzen ist in den letzten Jahren gesunken und andere Opiate und Methadon werden häufiger nachgewiesen.

In fünf Fällen wurde Kokain ohne Opiate nachgewiesen, in zwei Fällen verstarben Personen an einer Intoxikation ausschließlich mit Kokain.

Amphetaminderivate wurden in elf Fällen nachgewiesen, davon in neun Fällen in Kombination mit Opiaten.

Alkohol wurde bei insgesamt 55 Suchtgiftintoxikationen festgestellt. Davon wurde bei 14 Personen ein hoher Promillewert (über 1,5 Promille) im Blut nachgewiesen.

Psychoaktive Arzneimittel – in erster Linie Benzodiazepine – wurden in 138 Fällen festgestellt. Psychoaktive Arzneimittel sind somit die am häufigsten festgestellte Substanz bei suchtgiftbezogenen Todesfällen, und zwar in 81 Prozent der Fälle. Eine Aussage darüber, ob die nachgewiesenen Substanzen unter ärztlicher Aufsicht bzw. nach ärztlicher Verschreibung eingenommen wurden, ist nicht möglich.

In insgesamt neun Fällen wurden die folgenden **weiteren Substanzen** identifiziert:

In einem Fall wurde ausschließlich das wenig erforschte **4-MEC** (4-Methyl-N-ethylcathinon)⁴, in drei Fällen neben Opiaten (Morphin und Buprenorphin) **4-MEC** nachgewiesen. In einem Fall wurde das Suchtgift **4-MMC** (4-Methylmethcathinon oder Mephedron)⁵ ebenfalls in Kombination mit Opiaten nachgewiesen.

Bei einer Person wurde neben **GHB** (γ-Hydroxy-Buttersäure)⁶ die neue psychoaktive Substanz **GBL** (γ-Butyrolacton)⁷ im Blut in letaler Konzentration nachgewiesen, bei einer weiteren Person wurde die Einnahme von **GHB** in Kombination mit Opiaten als todesursächlich ausgewiesen.

Eine Person verstarb nach Einnahme einer Mischung aus **PMMA** (para-Methoxymetamphetamin)⁸ und **MDPBP** (3',4'-Methylendioxy-alpha-pyrrolidinbutiophenon, eine zu den Cathinonderivaten zählende Substanz aus der Gruppe der Amphetamine)⁹.

In einem weiteren Todesfall wurde neben Morphin **Brucin**¹⁰ nachgewiesen.

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

2.1.2 Bundesländervergleich

Um einen sinnvollen Vergleich der Bundesländerzahlen 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 der relevanten Altersgruppe in Wien. In Gesamtösterreich verstarben im Jahr 2011 zwischen 3,2 und 3,6 Personen pro 100.000 15- bis 64-Jährige in der Bevölkerung. Die Obergrenze liegt damit im Wert der letzten Jahre (2008: 3,6; 2009: 3,7; 2010: 3,3).

⁴ Anlage II Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung – NPSV, BGBl. II Nr. 468/2011

⁵ Anhang V der Suchtgiftverordnung -SV, BGBl. II Nr. 374/1997 in der geltenden Fassung

⁶ Psychotropenverordnung – PV, BGBl. II Nr. 375/1997 in der geltenden Fassung

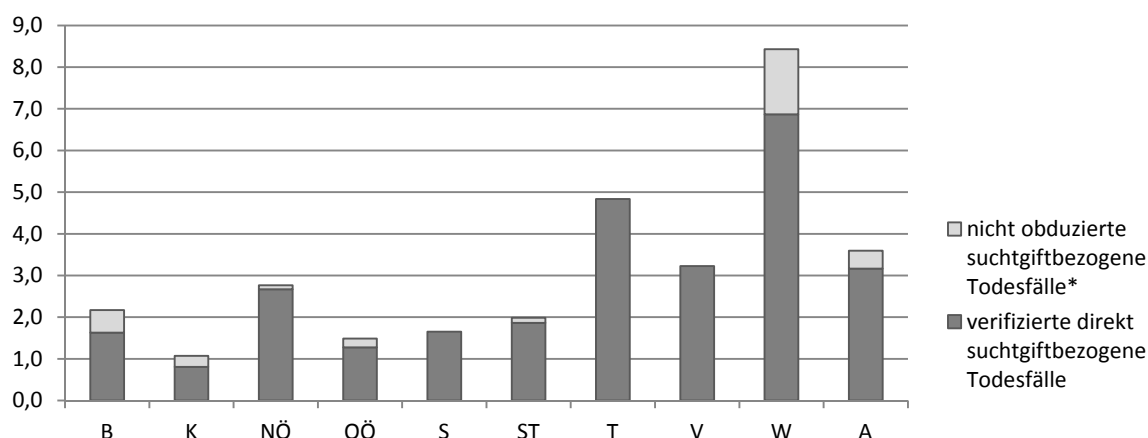
⁷ Anlage I NPSV

⁸ Anhang V SV

⁹ Anlage I NPSV

¹⁰ ein ähnlich wie Strychnin wirkendes, natürlich in der Brechnuss vorkommendes starkes Nervengift.

Abbildung 2: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle pro 100.000 Personen der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre nach Bundesländern 2011



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

*In diesen Fällen wurde keine Leichenöffnung durchgeführt, sondern vom Totenbeschauerarzt nach äußerer Besichtigung der Leiche eine Suchtmittelintoxikation als Todesursache vermerkt. Da die Anzahl der durchgeführten Obduktionen/Leichenöffnungen tendenziell rückläufig ist, werden seit 2008 auch diese nicht obduzierten Fälle getrennt ausgewiesen.

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

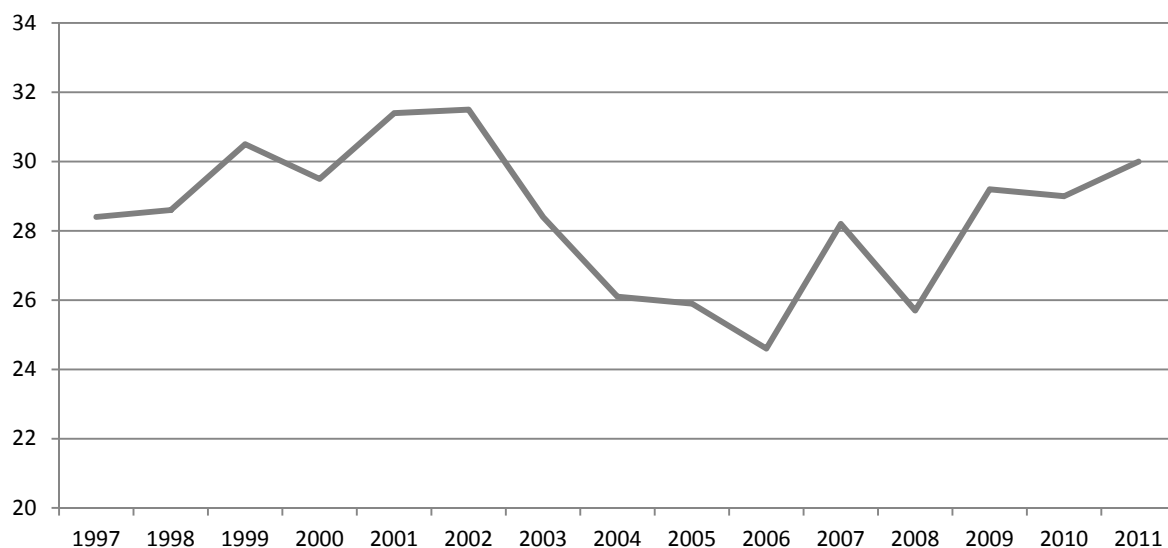
2.1.3 Altersgruppenvergleich

Das Durchschnittsalter der in der Statistik erfassten Todesopfer beträgt im Jahr 2011 31,8 Jahre (2006: 29 Jahre, 2007: 30 Jahre, 2008: 29,5 Jahre, 2009: 31,8 Jahre, 2010 32,4). Der gruppierte Median¹¹ liegt bei 30,0 Jahren (2006: 24,6 Jahre, 2007: 28,2 2008: 25,7 Jahre, 2009: 29,2, 2010: 29,0). 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, schwankt das durchschnittliche Alter der suchtgiftbezogenen Todesfälle in den letzten fünf Jahren zwischen 25,7 und 30 Jahre und es zeigt sich weiterhin ein Anstieg des Medianalters. Bezüglich der jüngeren Altersgruppen setzt sich der rückläufige Trend der letzten Jahre jedoch nicht fort und der Anteil der unter 20-Jährigen an den suchtgiftbezogenen Todesfällen beträgt für 2011 13 Prozent (2010: 7 %).

Detaillierte altersspezifische Tabellen befinden sich im Anhang (Tabellen A2 und A8).

¹¹ Der Median ist jener Wert, von dem aus 50 Prozent der Fälle darunter und 50 Prozent der Fälle darüber liegen.

Abbildung 3: Gruppiertes Median des Alters der als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle klassifizierten Personen nach Sterbejahren 1997 bis 2011



2.1.4 Verteilung der Geschlechter

Der Anteil der Frauen an den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen beträgt im Jahr 2011 24 Prozent und liegt leicht über dem Durchschnitt der letzten Jahre (2006: 21 %, 2007: 22%, 2008: 21 %, 2009: 20 %, 2010: 18 %).

Bei den weiblichen suchtgiftbezogenen Todesopfern zeigt sich eine andere Altersstruktur als bei den männlichen. Wie in den letzten Jahren (mit einer Ausnahme im Jahr 2007) liegt der gruppierte Median der suchtgiftbezogenen Todesopfer bei Frauen unter dem der Männer. Im Jahr 2011 beträgt der gruppierte Median der weiblichen suchtgiftbezogenen Todesopfer 28,5 Jahre (2007: 29,5 Jahre, 2008: 21,5 Jahre, 2009: 26,2 Jahre, 2010: 26,0) und jener der männlichen suchtgiftbezogenen Todesopfer 30,0 Jahre (2007: 28,1 Jahre, 2008: 26,3 Jahre, 2009: 30,0 Jahre, 2010: 29,5).

Wie aus nachfolgender Tabelle 1 ersichtlich ist, ist circa die Hälfte der weiblichen und männlichen suchtgiftbezogenen Todesopfer jünger als 30 Jahre. Drogensüchtige Männer und Frauen sterben am häufigsten im Alter von 20 bis 29 Jahren. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich die meisten Personen mit problematischem Drogenkonsum in dieser Altersgruppe befinden.

Tabelle 1: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Alter und Geschlecht 2011

Alter in Jahren	Geschlecht		Gesamt
	weiblich	männlich	
Unter 20	10 (24 %)	13 (10 %)	23 (13 %)
20 bis 29	12 (29 %)	52 (39 %)	64 (36 %)
30 bis 39	7 (17 %)	35 (26 %)	42 (24 %)
40 bis 49	11 (26 %)	27 (20 %)	38 (22 %)
50 und älter	2 (5 %)	8 (6 %)	10 (6 %)
Summe	42 (100 %)	135 (100 %)	177 (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 geschlechterspezifische Auswertungen befinden sich im Anhang (Tabellen A3 und A9).

2.1.5 Begleiterkrankungen

Neben der Gefahr tödlicher Überdosierungen verursacht riskanter Suchtgiftkonsum häufig auch Organschäden und körperliche Erkrankungen. Die folgende Analyse hinsichtlich körperlicher Komorbidität (begleitender Organerkrankungen) bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen basiert auf Informationen (makroskopische bzw. mikroskopisch-histologische Befunde) von 164 Obduktionsgutachten. In den übrigen 6 Fällen der insgesamt 170 Fälle mit toxikologischer Befundung liegen keine 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 körperliche Komorbidität der direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer wird anhand der Angaben zum Vorkommen von krankhaften Diagnosen an körperlichen Organsystemen dargestellt (in Prozent der insgesamt 164 verfügbaren gerichtsmedizinischen Gutachten). Von körperlicher Komorbidität sind Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Magen-Darm-Trakt, Nieren, neurologisches Organsystem (Gehirn), Knochen-Gliedmaßen-System, lymphatisches System und Gefäßsystem betroffen.

In 12 Prozent der Gutachten beschreiben die Gerichtsmediziner/innen unauffällige, altersentsprechende Organe. In diesen Fällen waren die Personen trotz ihrer hochriskanten Drogensucht nicht von körperlicher Komorbidität betroffen. Demgegenüber weisen 88 Prozent jener direkt suchtgiftbezogenen Todesopfer, für die gerichtsmedizinische Gutachten vorliegen, zumindest ein geschädigtes Organ auf. In 23 Prozent der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle mit gerichtsmedizinischen Befunden liegt nur ein krankhaftes Organ vor. Weitere 44 Prozent der direkt an Drogenkonsum Verstorbenen haben zwischen zwei und drei erkrankte Organe. Bei zusätzlichen 21 Prozent der Gutachten beschreiben die Gerichtsmediziner/innen bei der Leichenöffnung mehr als vier pathologisch veränderte Organe.

Die Palette der identifizierten Begleiterkrankungen reicht von leichteren reversiblen Organschäden (z. B. Fettleber, Fettbauchspeicheldrüse, fettige Herzmuskeldegeneration etc.) bis hin zu akut lebens-

bedrohlichen Krankheitszuständen (z. B. Lungenentzündung = Pneumonie, Herzmuskelentzündung = Myokarditis, Herzklappenentzündung = Endokarditis).

Ein großer Teil der Drogenabhängigen beschränkt sich nicht auf die Einnahme einer bestimmten Substanz, sondern kombiniert verschiedene Suchtgifte, Alkohol und Psychopharmaka. Teilweise geschieht das, um neue bzw. stärkere Wirkungen zu erzielen. Die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen eingenommenen Substanzen, aber auch die auf dem Suchtgiftmarkt verwendeten toxischen »Streckmittel«, erhöhen das Risiko von Organschäden (Leber, Herz und Gefäßsystem, Niere, Lunge etc.). Häufiger und über eine längere Zeitspanne praktizierter Suchtmittelmissbrauch bzw. intravenöse Suchtmittelapplikationen ziehen eine Reihe von organischen Folgeschäden nach sich. So gilt etwa die »mäßiggradige Leberverfettung mit geringen entzündlichen Infiltraten der Portalfelder« als ein relativ typischer Befund bei intravenös Drogenabhängigen. Die konsumierten Suchtmittel 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 gefährliche Keime in die Blutbahn und weiter in die einzelnen Organe und führen dort zu entzündlichen Gewebsreaktionen. Bei der Leberentzündung (Hepatitis) z. B. kommt es durch intermittierende akute Erkrankungsphasen letztendlich zum Absterben von Lebergewebe, das dann durch inaktives Bindegewebe ersetzt wird (bindegewebige Degeneration des Organs ist irreversibel). Daher endet die Hepatitis C in vielen Fällen letztendlich in der Leberzirrhose oder dem Leberkrebs. Analoge pathologische Abläufe (Organverfettung und bindegewebige Organdegeneration) zeigen sich auch bei der toxischen Schädigung von Herz, Bauchspeicheldrüse und Nieren.

In **64 Prozent** der Fälle ergibt die Auswertung der gerichtsmedizinischen Gutachten eine begleitende degenerative Erkrankung der **Leber** (fettige oder bindegewebige Degeneration, Hepatitis). In schwersten Fällen handelt es sich dabei bereits um eine Leberzirrhose; das ist jene irreversible Leberdegeneration, die für die betroffene Person einen lebensbedrohlichen Gesundheitszustand darstellt. Das **Herz** ist ebenfalls in **64 Prozent** der Fälle mitgeschädigt. Dabei reichen die Diagnosen von fettiger und bindegewebiger Degeneration des Herzmuskelgewebes über Schwielenherz, Infarkt Narben, Coronarsklerose bis hin zur lebensgefährlichen Herzmuskelentzündung (Myokarditis) oder Herzklappenentzündung (Endokarditis). Die **Lungen** zeigen in **48 Prozent** aller direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle mit gerichtsmedizinischem Gutachten pathologische Begleitbefunde. In der Mehrheit der Fälle handelt es sich dabei um leichte, degenerative Lungengewebsveränderungen wie Lungenemphysem und Lungenanthrakose.

In **12 Prozent** der gerichtlichen Obduktionsfälle fanden die Gutachter/innen bei der Leichenöffnung eine begleitende **Lungenentzündung** (Pneumonie). **24 Prozent** hatten neben der Drogensucht auch an einem **schwer beeinträchtigten Allgemeingesundheitszustand** (schwerwiegende Erkrankungen an einem bzw. an mehreren lebenswichtigen Organ(en)) zu leiden. Derartige lebensbedrohliche Gesundheitszustände, die höchstwahrscheinlich durch langjährigen Missbrauch von Suchtgiften mit verursacht sind, fördern in ganz erheblichem Maße den Todeseintritt. Zudem ist bei Vorliegen eines derart 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 konsumieren, stellen auch eine Hochrisikogruppe für **HIV- und Hepatitisinfektionen** dar. Durch unsachgemäße Verwendung von Injektionsnadeln und Spritzen kommt es immer wieder zu 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, um die Proben an einem mikrobiologischen und virologischen Institut prüfen zu lassen. Erst nach Auswertung der Blutproben werden die Obduktionen durchgeführt. Die Vorgehensweise der Gerichtsmedizinischen Institute ist bundesweit aber nicht einheitlich, daher lassen sich auf Basis der gerichtsmmedizinischen Gutachten keine aussagekräftigen Zahlen über die Prävalenz von Hepatitis-C oder Hepatitis-B oder HIV bei den direkt suchtgiftbezogenen Todesopfern darstellen. In der vorliegenden Analyse der suchtgiftbezogenen Todesfälle fand der Infektionsstatus von HCV, HBV und HIV nur in 79 bzw. 76 Gutachten Erwähnung (d. s. 50 % der Gutachten). In den restlichen Fällen ist nicht ersichtlich, ob aufgrund eines negativen Ergebnisses keine Angaben bezüglich einer Infektion gemacht wurden oder ob der Infektionsstatus überhaupt nicht erhoben wurde. Eine gesicherte Infektion mit HIV war den Gutachten in zwei Prozent der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle zu entnehmen (siehe dazu Tabellen A7 bis A9 im Anhang). Davon war keine Person manifest an AIDS erkrankt. Bei 16 Prozent der direkt an Suchtgiftkonsum Verstorbenen wurde eine Infektion mit Hepatitis-C-Virus nachgewiesen. Die dargestellten Zahlen zum Vorkommen von HIV- und Hepatitis-Infektionen sind aber lediglich als untere Grenzwerte zu interpretieren und dürfen keinesfalls als tatsächliche Prävalenzraten angesehen werden.

2.1.6 Auffindungsort

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

Bereits die erste Analyse im Jahr 2005 zeigte, dass die Mehrheit der Personen in einer Wohnung verstarb. Dies setzte sich auch 2011 fort (79 %). In Hotels, Jugendherbergen oder Notunterkünften wie Männerheimen verstarben sechs Prozent. In vier Prozent der Fälle war keine Kategorisierung möglich, weil der Auffindungsort nicht eruiert werden konnte (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Auffindungsort der Verstorbenen in Prozent 2011

Todesort	Prozentanteil an allen 177 bestätigten direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen
Eigene Wohnung	53
Wohnung der (Ehe-)Partnerin oder des (Ehe-)Partners	2
Andere Wohnung	24
Straße	1
Lokal/Bar	1
Hotel/Jugendherberge/Männerheim ...	6
Anderer öffentlicher Ort (Toilette, Bahnhof ...)	4
Strafanstalt	1
Krankenhaus	3
Anderer Ort	3
Unbekannt	4
Summe	100 ¹²

¹² Eventuelle Abweichungen ergeben sich durch Rundungsdifferenzen

Dass der weitaus größte Teil der tödlichen Überdosierungen in privaten Räumlichkeiten geschieht, kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Großteil des hochriskanten Drogenkonsums im (scheinbar) geschützten privaten Rahmen stattfindet. Unter Umständen aber kann dieser Rahmen das Ausbleiben von rascher Hilfe bei Intoxikationen bedeuten und damit das Risiko einer tödlich verlaufenden Überdosierung erhöhen¹³.

2.2 Indirekt suchtgiftbezogene Todesfälle

Bei indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit einem Suchtgift. Mit großer Wahrscheinlichkeit besteht aber ein Zusammenhang zwischen der suchtgiftbezogenen Vergangenheit und dem Tod des Opfers. Von einer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte wird ausgegangen, wenn sich jemand zum Zeitpunkt des Todes in Substitutionstherapie befand, wenn 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 von Drogenkonsum 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 (18 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose (teilweise bedingt durch Hepatitis C) oder Krebs. Zwei Personen verstarben an Aids. Sechs Personen kamen bei einem Unfall ums Leben. Vier Personen begingen Suizid (nicht durch eine Suchtgiftvergiftung) und drei starben aus anderen Gründen (z. B. Mord).

¹³ Ein Faktor, der dies mitbedingt, ist sicher die gute Wohnversorgung der Personen mit problematischem Drogenkonsum in Österreich. Dennoch ist dieses Setting für präventive Maßnahmen zur Verhinderung suchtgiftbezogener Todesfälle (z. B. rechtzeitiges Rufen der Rettung bei intoxikationsbedingten Notfällen) relevant.

3 Tabellenanhang

Tabelle A1

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2011 nach Bundesländern		Burgenland ¹⁴	Kärnten ¹⁵	NÖ ¹⁶	Oberösterreich ¹⁷	Salzburg	Steiermark ¹⁸	Tirol	Vorarlberg	Wien ¹⁹	gesamt ²⁰
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten											
A1	Heroin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A2	Morphin	1	0	2	0	0	1	1	0	3	8
A2a	sonstige Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3	Methadon	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
A4	mehrere Opiate	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten		1	1	2	0	0	2	1	0	4	11
B Mischintoxikationen mit Opiaten											
B1	Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
B2	Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	9	4	0	6	7	0	15	41
B2a	sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
B3	Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	1	0	0	3	0	5	10
B4	mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	2	3	0	0	0	5	3	9	23
B5	Heroin mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
B6	Morphin mit Alkohol	1	0	1	0	1	0	0	0	4	7
B6a	sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B7	Methadon mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B8	mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
B9	Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
B10	Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	3	2	0	2	0	10	18
B10a	sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	1	1	2	0	0	4
B11	Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	1	0	0	0	2	2	5
B12	mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
B13	mehrere Suchtgifte oder NPS ²¹ inkl. Opiate	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4
B14	mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	0	2	0	1	4	0	1	7	15
B15	mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
B16	mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	0	3	1	0	0	0	0	6	10
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten		2	2	22	11	6	11	22	8	67	151
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate											
C1	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) allein	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
C2	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
C3	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C4	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
C5	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
C6	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate		0	0	1	1	0	1	0	0	5	8
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert²²		0	0	3	0	0	1	0	0	3	7
Summe: verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		3	3	28	12	6	15	23	8	79	177

¹⁴ Im Burgenland gab es einen nicht obduzierten suchtgiftbezogenen Todesfall.

¹⁵ In Kärnten gab es einen nicht obduzierten suchtgiftbezogenen Todesfall.

¹⁶ In Niederösterreich gab es einen nicht obduzierten suchtgiftbezogenen Todesfall.

¹⁷ In Oberösterreich gab es zwei nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

¹⁸ In der Steiermark gab es einen nicht obduzierten suchtgiftbezogenen Todesfall.

¹⁹ In Wien gab es achtzehn nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

²⁰ Insgesamt gab es 24 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

²¹ NPS= neue psychoaktive Substanz(en)

²² Fälle ohne aussagekräftige toxikologische Analysen (vgl. Kapitel 2.1)

Tabelle A2

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2011 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	1	3	0	3	0	0	0	1	8
A2a	sonstige Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3	Methadon	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
A4	mehrere Opiate	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten		0	2	3	1	3	0	0	0	2	11
B Mischintoxikationen mit Opiaten											
B1	Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
B2	Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	6	7	12	5	2	4	4	1	41
B2a	sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3
B3	Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	5	1	1	0	0	1	1	10
B4	mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	4	5	3	2	1	5	3	0	23
B5	Heroin mit Alkohol	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
B6	Morphin mit Alkohol	0	1	1	2	0	0	0	2	1	7
B6a	sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B7	Methadon mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B8	mehrere Opiate mit Alkohol	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
B9	Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
B10	Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	1	0	3	7	3	4	0	0	18
B10a	sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4
B11	Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	3	0	0	1	5
B12	mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
B13	mehrere Suchtgifte oder NPS ²³ inkl. Opiate	0	0	3	0	1	0	0	0	0	4
B14	mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	0	5	1	1	3	0	3	2	0	15
B15	mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate) und Alkohol	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
B16	mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	0	1	2	3	2	0	0	1	1	10
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten		0	20	27	27	24	11	19	16	7	151
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate											
C1	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) allein	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3
C2	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
C3	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C4	1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
C5	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
C6	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C7	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C8	mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate		0	1	1	1	0	1	2	1	1	8
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert		0	0	2	2	2	1	0	0	0	7
Summe: verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		0	23	33	31	29	13	21	17	10	177

²³ NPS= neue psychoaktive Substanz(en)

Tabelle A3

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle 2011 nach Geschlecht	männlich	weiblich	gesamt
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten			
A1 Heroin	0	0	0
A2 Morphin	6	2	8
A2a sonstige Opiate	0	0	0
A3 Methadon	1	1	2
A4 mehrere Opiate	1	0	1
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	8	3	11
B Mischintoxikationen mit Opiaten			
B1 Heroin mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1
B2 Morphin mit psychoaktiven Arzneimitteln	31	10	41
B2a sonstige Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	2	1	3
B3 Methadon mit psychoaktiven Arzneimitteln	9	1	10
B4 mehrere Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln	15	8	23
B5 Heroin mit Alkohol	1	0	1
B6 Morphin mit Alkohol	6	1	7
B6a sonstige Opiate mit Alkohol	0	0	0
B7 Methadon mit Alkohol	0	0	0
B8 mehrere Opiate mit Alkohol	2	0	2
B9 Heroin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	1	1	2
B10 Morphin mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	12	6	18
B10a sonstige Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	4	0	4
B11 Methadon mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	5	0	5
B12 mehrere Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	2	0	2
B13 mehrere Suchtgifte oder NPS ²⁴ inkl. Opiate	4	0	4
B14 mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate) und psychoaktive Arzneimittel	10	5	15
B15 mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate) und Alkohol	3	0	3
B16 mehrere Suchtgifte oder NPS (inkl. Opiate), Alkohol und psychoaktive Arzneimittel	8	2	10
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	116	35	151
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate			
C1 1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) allein	3	0	3
C2 1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit psychoaktiven Arzneimitteln	1	2	3
C3 1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit Alkohol	0	0	0
C4 1 Suchtgift oder NPS (z. B. Kokain) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	1	0	1
C5 mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate)	1	0	1
C6 mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0
C7 mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit Alkohol	0	0	0
C8 mehrere Suchtgifte oder NPS (ohne Opiate) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln	0	0	0
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	6	2	8
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	5	2	7
Summe: verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	135	42	177

²⁴ NPS= neue psychoaktive Substanz(en)

Tabelle A4

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Bundesländern 2011 davon Suizid und Sekundärfolgen	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	gesamt
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	1	2	0	0	2	1	0	4	11
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	2	2	22	11	6	11	22	8	67	151
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	1	0	5	4	2	0	7	4	11	34
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	0	0	1	1	0	1	0	0	5	8
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	2	2
Summe A, B und C	3	3	25	12	6	14	23	8	76	170
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	1	0	6	4	2	0	8	4	14	39

Tabelle A5

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Altersgruppen 2011 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	3	1	3	0	0	0	2	11
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	0	20	27	27	24	11	19	16	7	151
davon Suizid	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	2	9	6	4	4	4	5	0	34
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	0	1	1	1	0	1	2	1	1	8
davon Suizid	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Summe A, B und C	0	23	31	29	27	12	21	17	10	170
davon Suizid	0	0	0	0	1	1	1	2	0	5
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	0	3	10	6	6	4	5	5	0	39

Tabelle A6

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle mit vorhandener toxikologischer Analyse nach Geschlecht 2011	männlich	weiblich	gesamt
davon Suizid und Sekundärfolgen			
Summe A: Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	8	3	11
davon Suizid	0	0	0
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	3	0	3
Summe B: Mischintoxikationen mit Opiaten	116	35	151
davon Suizid	3	1	4
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	25	9	34
Summe C: (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	6	2	8
davon Suizid	0	1	1
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	2	0	2
Summe A, B und C	130	40	170
davon Suizid	3	2	5
davon Sekundärfolgen (z. B. Speisebreiaspiration)	30	9	39

Tabelle A7

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Bundesländern 2011	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	gesamt	Prozentanteil gesamt
Summe: verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	3	3	28	12	6	15	23	8	79	177	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	1	1	2	0	0	2	1	0	4	11	6,2
B Mischintoxikationen mit Opiaten	2	2	22	11	6	11	22	8	67	151	85,3
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	0	0	1	1	0	1	0	0	5	8	4,5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	0	0	3	0	0	1	0	0	3	7	4,0
Beteiligung von Heroin*	0	0	1	0	0	0	1	2	3	7	4,1
Beteiligung von Morphin*	2	2	20	8	4	12	16	2	56	122	71,8
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	1	1	6	1	2	2	8	5	13	39	22,9
Beteiligung von Methadon*	0	2	2	2	0	0	7	3	14	30	17,6
Beteiligung von Kokain*	0	0	5	0	0	1	0	2	17	25	14,7
Beteiligung von Amphetaminen*	0	0	2	1	1	2	0	0	5	11	6,5
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	1	2	20	11	4	11	21	7	61	138	81,2
HIV-Infektionen (von 76)**	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	3,9
HIV-Infektionen (von 170)**	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	1,8
Hepatitis-C-Infektionen (von 79)**	2	0	3	5	3	0	1	0	13	27	34,2
Hepatitis-C-Infektionen (von 170)**	2	0	3	5	3	0	1	0	13	27	15,9
in Substitutionsbehandlung	0	0	4	1	0	3	7	0	19	34	19,2

Tabelle A8

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 2011	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: verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	0	23	33	31	29	13	21	17	10	177	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	0	2	3	1	3	0	0	0	2	11	6,2
B Mischintoxikationen mit Opiaten	0	20	27	27	24	11	19	16	7	151	85,3
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	0	1	1	1	0	1	2	1	1	8	4,5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	0	0	2	2	2	1	0	0	0	7	4,0
Beteiligung von Heroin*	0	1	1	1	2	0	1	0	1	7	4,1
Beteiligung von Morphin*	0	17	21	24	22	7	15	12	4	122	71,8
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	0	5	8	3	6	2	7	6	2	39	22,9
Beteiligung von Methadon*	0	4	9	5	2	4	0	3	3	30	17,6
Beteiligung von Kokain*	0	2	3	4	4	1	5	4	2	25	14,7
Beteiligung von Amphetaminen*	0	3	3	2	2	0	1	0	0	11	6,5
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	0	18	24	23	22	10	20	15	6	138	81,2
HIV-Infektionen (von 76)**	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	3,9
HIV-Infektionen (von 170)**	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	1,8
Hepatitis-C-Infektionen (von 79)**	0	2	2	5	4	4	3	6	1	27	34,2
Hepatitis-C-Infektionen (von 170)**	0	2	2	5	4	4	3	6	1	27	15,9
in Substitutionsbehandlung	0	1	1	11	3	4	8	5	1	34	19,2

* Der Anteil der Substanzen bezieht sich auf die Anzahl vorliegender toxikologischer Analysen (170).

** Nur in 76 bzw. 79 von 170 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. Untergrenzen der Prävalenzraten zu HCV und HIV dar.

Tabelle A9

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Geschlecht 2011	männlich	weiblich	gesamt	Prozentanteil gesamt
Summe: verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	135	42	177	100
A Intoxikationen ausschließlich mit Opiaten	8	3	11	6,2
B Mischintoxikationen mit Opiaten	116	35	151	85,3
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	6	2	8	4,5
Suchtgiftintoxikationen, nicht näher spezifiziert	5	2	7	4,0
Beteiligung von Heroin*	4	3	7	4,1
Beteiligung von Morphin*	92	30	122	71,8
Beteiligung von sonstigen Opiaten*	28	11	39	22,9
Beteiligung von Methadon*	27	3	30	17,6
Beteiligung von Kokain*	18	7	25	14,7
Beteiligung von Amphetaminen*	10	1	11	6,5
Beteiligung von psychoaktiven Arzneimitteln*	102	36	138	81,2
HIV-Infektionen (von 76)**	3	0	3	3,9
HIV-Infektionen (von 170)**	3	0	3	1,8
Hepatitis-C-Infektionen (von 79)**	19	8	27	34,2
Hepatitis-C-Infektionen (von 170)**	19	8	27	15,9
in Substitutionsbehandlung	25	9	34	19,2

* Der Anteil der Substanzen bezieht sich auf die Anzahl vorliegender toxikologischer Analysen (170).

** Nur in 76 bzw. 79 von 170 Gutachten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HIV und HCV 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. Untergrenzen der Prävalenzraten zu HCV und HIV dar.

Tabelle A10

Verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle nach Substanzbeteiligung 2011	Heroin	Morphin	Summe: sonstige Opiate (inkl. Buprenorphin)	Methadon	Kokain	Amphetamine	psychoaktive Arzneimittel	Alkohol ²⁵	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	9	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B Mischintoxikationen mit Opiaten	7	113	38	28	20	9	134	54	24	10	5	10	2	2	0
Suchtgift(e) (B13)	1	2	2	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) mit psychoaktiven Arzneimitteln (B1; B2; B2a; B3; B4; B14)	3	74	22	19	9	4	93	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) mit Alkohol (B5; B6; B6a; B7; B8; B15)	1	12	3	0	2	1	0	13	6	1	2	3	0	1	0
Suchtgift(e) mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln (B9; B10; B10a; B11; B12; B16)	2	25	11	8	8	1	41	41	18	9	3	7	2	1	0
C (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgift(en) oder neuen psychoaktiven Substanzen ohne Opiate	0	0	0	0	5	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) oder neue psychoaktive Substanzen ohne Opiate (C1; C5)	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) oder neue psychoaktive Substanzen ohne Opiate mit psychoaktiven Arzneimitteln (C2; C6)	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) oder neue psychoaktive Substanzen ohne Opiate mit Alkohol (C3; C7)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suchtgift(e) oder neue psychoaktive Substanzen ohne Opiate mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln (C4; C8)	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Suchtgiftintoxikationen unbekannter Art	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe A und B und C	7	122	39	30	25	11	138	55	25	10	5	10	2	2	0

²⁵ Bei einem suchtgiftbezogenen Todesfall sind die Promille unbekannt