

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

K.-o.-TROPFEN

Knock-out-Mittel für Raub- und Sexualdelikte?

Beim Begriff „K.-o.-Tropfen“, also Knock-out-Mittel, um jemand zu Raubzwecken zu betäuben oder für sexuelle Übergriffe willfährig zu machen, da horcht jeder auf. So etwas regt die Phantasie an – aber leider nicht die Vorsicht, vor allem in entsprechenden Kreisen, zu entsprechenden Zeiten in entsprechenden Lokalitäten.

Was aber sagen diejenigen, die mit solchen Untersuchungen befasst sind: Polizei, Ärzte, vor allem Rechtsmediziner? Was besagt ihre Statistik? D.h. was weiß man wirklich: wen, wann, wo und wie trifft es die ahnungslosen Opfer? Und mit welchen seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen? Vor allem: was wird missbräuchlich eingesetzt, früher und heute? Und schließlich, weil nicht unerheblich: Ist auch Alkohol mit im Spiel, dadurch kommt es zu einer Potenzierung, also vielfach verstärkter Wirkung? Und zuletzt: Was ist im Verdachtsfall zu tun, und zwar möglichst früh, denn sonst werden die Beweismittel immer schwächer?

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu einem schockierenden Phänomen, das aber offenbar immer wieder seine Opfer findet, wenngleich selten genug geahndet.

Erwähnte Fachbegriffe:

K.-o.-Tropfen – K.-o.-Mittel – Knock-out-Mittel – K.-o.-Tropfen in der Disco-Szene – K.-o.-Tropfen in der Rave-Szene – Alkohol und K.-o.-Tropfen – frühere K.-o.-Mittel – heutige K.-o.-Mittel – K.-o.-Mittel und Eigentumsdelikte – K.-o.-Mittel und Raub – K.-o.-Mittel und Sexual-Delikte – drug facilitated sexual assault – DFSA – Häufigkeit von K.-o.-Mittel-Einsatz – Folgen von K.-o.-Mitteln – Vorsichtsmaßnahmen gegen K.-o.-Mittel: Geschmack, Geruch, Getränke, Lebensmittel, Ort, Zeit, Umfeld, seelische, geistige und körperliche Veränderungen u. a. – Beschwerdebild nach K.-o.-Mitteln: Sprachstörungen,

Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kälteschauer, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Herzbeschwerden, Muskelschwäche, Erinnerungsstörungen, Benommenheit, Verwirrtheit, Schläfrigkeit, Bewusstlosigkeit u. a. – K.-o.-Mittel und Sexualität: sexuell getönte Phantasien, scheinbare Lust-Steigerung, Ent-hemmung usf. – K.-o.-Mittel-Einsatz und körperliche Folgen: Blutergüsse an Schulter, Becken und Schienbein, an der Innenseite der Oberschenkel, Kratzspuren an den Brüsten usf. – K.-o.-Tropfen und toxikologische Analyse: Körperflüssigkeiten, Haarprobe, DNA-Spuren u. a. – die häufigsten K.-o.-Wirkstoffgruppen: Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine, Schlafmittel vom Typ der Nicht-Benzodiazepin-Hypnotika – Gamma-Hydroxy-Buttersäure (GHS) – 1,4 Butandiol – Butyro-1,4-lacton – Party-Drogen – Liquid-Ecstasy – Liquid E – Liquid X – Fantasy – Antihistaminika – Muskelrelaxanzien – Äther – Chloroform – Lachgas – Ketamin – Anticholinergika – Barbiturate – Neuroleptika – Kokain-Amphetamine – Aphrodisiaka – Boppers – K.-o.-Mittel und juristische Konsequenzen – u.a.m.

Es gibt Phänomene in unserer Zeit und Gesellschaft, die gehören zwar zu sehr speziellen Fragestellungen der dafür zuständigen Experten – sind aber in aller Munde. Das liegt zwar auch am Informations-Stil der Medien („nur eine schlechte Nachricht ist ...“), in einigen Fällen aber auch an der dunklen Faszination des Geschehens. Dazu gehören die K.-o.-Tropfen durch Knock-out-Mittel. Was sind nun die realen Fakten von Häufigkeit, Wirkungsweise und vor allem Beweismittel-Sicherung?

Dazu äußerten sich die Professoren Dr. med. Burkhard Madea und Dr. rer. nat. Frank Mußhoff vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn im Deutschen Ärzteblatt 20 (2009) 341.

K.-o.-Tropfen werden zumeist aus zwielichtigen Beweggründen eingesetzt. So die Meinung der Allgemeinheit, und da ist was dran. Hier droht eine anschließende Straftat. Vor Jahren standen dabei Eigentums- und Raub-Delikte im Vordergrund. Heute sind es im Umfeld der Disco- und Rave-Szene vor allem Sexualstraftaten. Das ist mehr als übel, verwerflich, strafwürdig. Aber der Nachweis ist auch schwierig. Damit steht und fällt natürlich alles, was man den Tätern an Konsequenzen wünscht.

Das beginnt mit dem Problem, dass sich nach Verabreichung solcher K.-o.-Mittel (Einzelheiten s. später) die Opfer nach einer mehr oder weniger langen Phase der Bewusstlosigkeit oder zumindest anterograden Amnesie (also Erinnerungslosigkeit für die Zeit *vor* der Tat) nicht an den Vorfall erinnern können. Dies betrifft nicht nur Bekannte, Freunde oder Angehörige, sondern auch Arzt oder Polizei. Für Letztere wird es deshalb zum schier unüberwindbaren Problem, weil sich auf Grund des dazwischen liegenden längeren Zeitraums der chemisch-toxikologische Nachweis der verdächtigen Substanzen immer

schlechter, wenn gar überhaupt nicht mehr erbringen lässt (zu lange zwischen Vorfall und Blut- bzw. Urinprobe).

Für den analytischen Nachweis im Labor kommt noch hinzu, dass K.-o.-Mittel in der Regel in möglichst kleiner Dosierung eingesetzt werden, was zumeist reicht, um das Opfer so zu dämpfen oder orientierungslos zu machen, dass es ausgeraubt oder sexuell missbraucht werden kann. Und dass Substanzen mit möglichst kurzer Eliminations-Halbwertszeit eingesetzt werden, d.h. die relativ schnell wieder aus dem Körper ausgeschieden sind (und damit nicht mehr nachgewiesen werden können).

Auch sind die Opfer deshalb lange Zeit ratlos und ohne Argwohn, weil die verwendeten Substanzen in der Regel geruch-, farb- und geschmacklos sind – und damit weitgehend unbemerkt in ein Getränk, seltener auch in ein Nahrungsmittel gemischt werden können.

Und schließlich ein Faktor, der die schwer überbrückbare Ungewissheit nicht nur inhaltlich, sondern auch zahlenmäßig erhöht. Gemeint ist der bereits vorliegende Alkoholisierungs-Grad des Opfers, meist höhergradig, als es in der Regel verträgt. Und – wie erwähnt – nicht selten ist (in wissenschaftlichen Untersuchungen um die 40%!).

In manchen Fällen können die Fachleute die Erinnerungslosigkeit zum Vorfalls-Zeitpunkt mit vollständigem Verlust der so genannten Erlebnis-Kontinuität („Filmriss“) schon durch die errechnete Blutalkohol-Konzentration erklären, die sich aus den Trink-Angaben des Opfers ergibt. Oder kurz: Hier kann schon „sowohl als auch“ gegeben sein, wobei der Alkoholkonsum in der Regel eine eigene Entscheidung ist. Sollte dann noch ein K.-o.-Mittel beigemischt sein, dann kann man sich die Folgen doppelter Belastung ausrechnen (Fachbegriff: Potenzierung, also nicht eins plus eins, sondern ein Mehrfaches davon).

K.-o.-Mittel einst und heute

K.-o.-Tropfen (besser als K.-o.-Mittel bezeichnet, denn es wurden und werden ja auch leicht lösliche Tabletten eingesetzt) waren schon früher im Einsatz, um die erwähnten „Anschluss-Straftaten“ zu ermöglichen. Früher waren es zumeist die als flüchtig bezeichneten Substanzen (die sich also auch schnell verflüchtigen) Chloroform, Äther, Halothan u. a.

Inzwischen hat sich das Spektrum möglicher Substanzen deutlich erweitert, warnen die Experten. Hier ist vor allem das allseits bekannte Liquid-Ecstasy (Gamma-Hydroxy-Buttersäure – GHB) zu nennen. Ein übrigens sehr schwer fassbares Mittel, da nur acht Stunden im Blut und zwölf Stunden im Urin nachweisbar. Und diese sind schnell verflossen, wenn man das Ausschlafen am nächsten Tag, die Erinnerungs- und Ratlosigkeit und den Gang zu Arzt oder Polizei einrechnet; was will man also noch nachgewiesen haben?

Was will der Täter?

Was will nun eigentlich ein Täter, wenn er das Bewusstsein seines Opfers zu beeinträchtigen versucht, bis hin zur Bewusstlosigkeit? Hier muss man unterscheiden zwischen Eigentums-Delikten (Raub) und Sexual-Delikten. Letztere nennt man in Fachkreisen Drug Faciliated Sexual Assault (DFSA). Dabei soll das Opfer sediert (gedämpft), wenn nicht gar in Schlaf versetzt werden (hypnotischer, d.h. schlaf-induzierender Effekt). Und wenn möglich soll sein Verhalten durch die Droge und damit chemisch verändert werden.

Anschließend ist die erwähnte anterograde Amnesie, also ein Erinnerungsverlust für die kritische Zeit vor der Tat erwünscht, d. h. man weiß nicht mehr, mit wem man bis zum „Wegtreten“ wirklich in Kontakt stand. Und insgesamt geht es natürlich um eine hilflose Lage, die vom Täter gezielt ausgenutzt werden kann.

Allerdings werden im Zusammenhang mit Sexualdelikten teilweise auch Mittel zur Steigerung der sexuellen Appetenz (Libido, d. h. Lust) und zur Herabsetzung des Hemmungs-Vermögens verabreicht. Dem dienen vor allem Weckmittel oder Psychostimulanzien wie die Amphetamine sowie das Halluzinogen Kokain.

Wie häufig sind drogen-assoziierte Sexualdelikte?

Während – wie erwähnt – die Eigentums- und Raubdelikte offenbar an Bedeutung verlieren, ist es mit den Sexual-Delikten gerade umgekehrt, vor allem in den USA. Leider gibt es keine exakten Häufigkeits-Daten. Schuld daran ist das hohe Dunkelfeld, wie es die Experten nennen, d. h. eine große Zahl oder gar die Mehrzahl kommt nicht zur Anzeige, zur Untersuchung, geschweige denn zur Verurteilung. Damit steht und fällt natürlich auch die Statistik; was man nicht weiß, geht nicht in die Statistik ein, kann höchstens geschätzt werden, und das ist natürlich ein hinderlicher Unsicherheits-Faktor.

Außerdem werden viele nachgewiesene Drogen durchaus freiwillig konsumiert – mit den gleichen Ergebnissen (s. o.). Dagegen sei der Nachweis heimlich beigebrachter Mittel nur selten möglich (in den USA beispielsweise nur in 3% der Fälle mit dem Benzodiazepin Flunitrazepam – s. später).

Für deutsche Verhältnisse gibt es eine Untersuchung des Münchener Instituts für Rechtsmedizin von 1995 bis 1998 mit insgesamt 92 Fällen von Verdacht auf K.-o.-Mittel-Einsatz. Als Anschluss-Straftaten standen also vor rund zehn Jahren noch Raub an erster Stelle (48%), vor Sexualdelikten (Vergewaltigung: 13%) oder gar Tötung (5%) bzw. sonstigen Delikten. Das Bonner Institut für Rechtsmedizin registrierte zwischen 1997 und 2006 einen Anstieg zu berau-

schenden Mitteln bei Sexualstraftaten um das 10-fache, nämlich auf derzeit ca. 40 bis 50 Fälle pro Jahr. Dabei handelt es sich – wohl gemerkt – nicht um die Häufigkeit solcher Straftaten, sondern um einen Anstieg der chemisch-toxikologischen Untersuchungen dazu, also lediglich was erfasst werden konnte (bei dem erwähnten hohen Dunkelfeld).

Aus anderen Nationen, z. B. Großbritannien, sind ebenfalls nur unbefriedigende Daten verfügbar, was noch durch die Erkenntnis verstärkt wird, dass selbst bei positivem Nachweis nur selten eine Gerichtsverhandlung oder gar Verurteilung folgte, weil entweder kein Tatverdächtiger ermittelt werden konnte, nicht greifbar war oder die Beweislage nicht ausreichend schien.

Wie äußern sich K.-o.-Mittel?

Wenn sich ein (mutmaßliches) Opfer an einen (Fach-)Arzt wendet, dann wird er in der Regel folgende Fragen stellen:

- Wurde erst einmal wissentlich Alkohol eingenommen, und wenn ja, wie viel? Wurden Medikamente wissentlich eingenommen, und wenn ja, was und wie viel? Wurden auch Rauschdrogen eingenommen, und wenn ja, was und wie viel? Und vor allem in allen Fällen: möglichst genauer Zeitpunkt und möglichst exakte Dosis – möglichst
- Fiel ein irgendwie veränderter Geschmack des Getränkes auf?
- Sind Getränke oder Lebensmittel irgendwelcher Art angeboten worden?
- Von wem wurden Getränke oder Lebensmittel serviert?
- Wurde das Getränk unbeaufsichtigt gelassen (Gang zur Toilette, Tanz, Besuch eines Nachbartisches u. a.)?
- Gab es eine plötzliche Zustands-Änderung, d. h. hat sich irgendetwas verändert im Kopf, im Körper, im Umfeld, d. h. optisch, akustisch, wie erwähnt geschmacklich usf?
- Kam es plötzlich zu einer Art Dämmerzustand, „wie in Watte gehüllt“?
- Folgten Gefühle der Willenlosigkeit, wenn nicht gar Reglosigkeit?
- Fiel dem Betreffenden selber oder seinem Umfeld eine Sprachstörung auf (z. B. „schleifende Aussprache“, Lallen u. a.).
- Wirkte der Betreffende plötzlich irgendwie benommen?

- Gab es psychovegetative Auffälligkeiten, z. B. Schweißausbrüche, Hitze- wallungen, Kälteschauer u. ä.?
- Kam es plötzlich zu Erinnerungsstörungen: wer, wo, wie, warum?
- Kam es nachträglich zu Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, zu Herzbeschwer- den, Muskelschwäche u. ä.?
- Welche Zeit ist vergangen von der mutmaßlichen Tat bis zur Meldung bei der Polizei, bis zur Vorstellung beim Arzt, bis eine Blut- und/oder Urin-Pro- be genommen werden konnte?

Zusammenfassung nach B. Madea und F. Mußhoff aus der Fachliteratur, z. B. W. Luck u. Mitarb., 2008 und H. Andresen u. Mitarb. 2008

Die Antworten sind natürlich sehr unterschiedlich, man kann es sich denken. Am häufigsten aber finden sich **folgende Beschwerden**, und zwar in Abhän- gigkeit von der jeweiligen Substanz (Fachbegriff: Pharmakodynamik, schlicht übersetzt: Was macht die Substanz mit dem Organismus?):

- Ekliger, bitterer Geschmack eines vorher unauffälligen Getränkes
- Verwirrtheit
- Schwindel
- Benommenheit
- Schläfrigkeit
- Bewusstseinsstörung
- Bewusstlosigkeit
- Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens
- Gefühl, seine Handlungen nicht entsprechend dem Willen ausrichten zu können
- erniedrigte Herzschlagfolge, Blutdruckabfall
- Verlust der Kontrolle über die Muskulatur
- Übelkeit
- Enthemmung

Wichtig zu wissen: Eine Erinnerungslosigkeit kann auch auftreten, ohne dass der Betreffende benommen, bewusstseinsgestört oder gar bewusstlos war. Hier spielen vor allem Ecstasy und die Beruhigungsmittel vom Typ der Benzo- diazepine eine Rolle. In manchen Fällen kommt es auch zu sexuell getönten Phantasien, was ebenfalls nicht selten bei einem Tranquilizer vorzukommen scheint.

Bei den körperlichen Untersuchungen achtet der Arzt vor allem auf bestimmte Verletzungen, die einerseits durch Benommenheit oder gar Bewusstseinsstörungen vorkommen können (z. B. Blutergüsse an Schulter, Becken und Schienbein), andererseits auch durch Verletzungen (z. B. Blutergüsse an der Innenseite der Oberschenkel oder Kratzspuren an den Brüsten), die auch durch sexuellen Kontakt hervorgerufen werden können.

Auch so genannte Bagatell-Verletzungen sind sorgfältig zu dokumentieren (also, was „jedem alltäglich passieren kann“, hier aber seinen eigenen Stellenwert hat). Und natürlich entsprechende Proben für eine toxikologische Analyse (Körperflüssigkeiten), ggf. eine Haarprobe (wozu nicht nur Kopf-, sondern auch Schamhaar gehören kann), die Sicherung möglicher DNA-Spuren/Abstriche u. a. (Einzelheiten siehe Fachliteratur).

Die häufigsten K.-o.-Wirkstoffgruppen

In ihrem Fachbeitrag im deutschen Ärzteblatt (s. o.), vor allem in der eTabelle (www.aerzteblatt.de/lit.2009) sowie in anderen wissenschaftlichen und Fortbildungs-Publikationen geben die Experten B. Madea und F. Mußhoff vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn detaillierte Hinweise über die gängigsten Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe, die potenziell als K.-o.-Mittel in Betracht kommen. Nachfolgend nur eine komprimierte Übersicht. Im Einzelnen:

- **Benzodiazepine**, seit einem halben Jahrhundert als Tranquilizer (Beruhigungsmittel), Antikonvulsiva (antiepileptisch wirksame Medikamente), Hypnotika (Schlafmittel) oder Sedativa (erregungs-dämpfende Arzneimittel) bzw. Anxiolytika (angstlösende Substanzen) bekannt und bei einzelnen Heilanzeigen weltweit am häufigsten eingesetzt, sind auch bei Missbrauch als K.-o.-Mittel führend. Im Einzelfall schon für sich genommen, vor allem aber in Kombination mit Alkohol oder Opioiden (chemisch hergestellte Opiate) kann es zu einer Amnesie, also einer Erinnerungslosigkeit kommen. Hier war vor allem in früheren Jahren die Substanz Flunitrazepam berüchtigt („Date-Rape-Droge“). Besonders in den 1990-er Jahren wurde sie als damals farb- und geschmacklose Tablette mit dunkler Absicht in Getränke gemischt, wobei hierzu bereits vorher Tabletten in Wasser aufgelöst wurden. Deshalb änderte 1999 der Hersteller die Zusammensetzung, so dass die Tabletten seitdem eine bläuliche Farbe aufweisen, Flüssigkeiten verfärben, klumpen und leicht bitter schmecken. Das hat gewirkt, aber sie sind in einigen Ländern nach wie vor in früherer Form verfügbar, nicht zuletzt als Nachahmer-Präparate. Also keine vollständige Entwarnung möglich.

Im Untersuchungs-Code der Bonner Rechtsmedizin überwiegen - wie in früheren Studien auch - die Benzodiazepine (am häufigsten Diazepam, gefolgt von Temazepam und Lorazepam, Präparate-Namen bitte beim Arzt oder Apotheker erfragen).

- **Hypnotika**, also Schlafmittel, die heute am häufigsten eingesetzt werden, sind die Substanzen Zopiclon, Zolpidem sowie Zoliplon. Sie zählen zu den Nicht-Benzodiazepin-Hypnotika der neueren Generation mit relativ raschem Wirkungseintritt innerhalb von zehn bis 30 Minuten. Deshalb sind sie auch als K.o.-Mittel geeignet; und weil sie wegen ihrer kurzen Halbwertszeit (wenige Stunden wirksam und damit nachweisbar) auch kaum sauber nachgewiesen werden können. Auch bei ihnen sind Amnesien möglich. Im Untersuchungsgut der Bonner Rechtsmedizin ist vor allem Zopiclon aufgefallen.

- Die **Gamma-Hydroxy-Buttersäure - GHB**, ferner 1,4-Butandiol und Butyro-1,4-lacton können ebenfalls missbraucht werden, zumal seit den 1990-er Jahren verstärkt als Partydroge („Liquid-Ecstasy“, „Liquid E“, „Liquid X“, „Fantasy“) genutzt und missbraucht. Auf dem Schwarzmarkt ist **GHB** (s. o.) als fester Stoff oder farblose bzw. gefärbte Flüssigkeit erhältlich.

In niedrigen Dosen überwiegt der anregende Effekt, zusätzlich angstlösend, leicht euphorisierend (also ein künstliches Wohlgefühl auslösend) und zwischenmenschlich anregend („sozial öffnend ...“). Die Motorik (Bewegung) kann beeinträchtigt sein. In höheren Dosen sind Stimmungs- und Antriebssteigerung möglich, u. U. sogar eine Art aphrodisierende (sexuell anregende) Wirkung. In noch höheren Dosen droht schließlich Schlaf und in Überdosierung ein sogar plötzlich einsetzender narkose-ähnlicher Schlaf, aus dem das Opfer kaum mehr zu wecken ist.

Gefährlich ist die Kombination mit Alkohol und Medikamenten, die zu einer Atem-Störung führen können (Fachbegriff: Atemdepression), was auch bei Benzodiazepinen (s. o.) nicht auszuschließen ist. Kaum bekannt ist das ggf. tödliche Aspirieren (Ansaugen von Flüssigkeit oder festen Stoffen in die Lungenleiter, z. B. nach Erbrechen), was einen Erstickungstod auslösen kann. Auch Herzrhythmusstörungen sind möglich.

Die anderen beiden Substanzen sind entweder ein weit verbreitetes Lösungsmittel, auch als Farbentferner, Reinigungsmittel und Nagellackentferner, aber auch in der Landwirtschaft verwendet sowie als industrieller Weichmacher genutzt. Auch hier drohen ähnliche Folgen und bei starker Überdosierung der Tod.

Diese Substanzen finden sich in der Bonner Untersuchung selten, was auch etwas mit der Szene zu tun hat, wo man vor allem Ecstasy u. ä. gerne, gedankenlos und ohne Kenntnis der ggf. tödlichen Folgen auch freiwillig einnimmt.

- **Antihistaminika** werden in ihren verschiedenen chemischen Zusammensetzungen heute vor allem als Antiemetika (gegen Erbrechen) zur Behandlung der Reisekrankheit und als eher mildes Schlafmittel angewendet. Wegen der

einfachen Verfügbarkeit sind sie prinzipiell als K.-o.-Mittel geeignet und in den entsprechenden Rechtsmedizinischen Instituten auch bekannt.

- Weitere Substanzen, von denen eine entsprechende Gefährdung als K.-o.-Mittel ausgehen kann, sind bestimmte Muskelrelaxanzien (muskel-erschlafende Wirkung), die „alten“ Substanzen (s. o.) Äther, Chloroform, Lachgas, ferner Ketamin in der Anästhesie zu Narkosezwecken und zu anderen Heilanzeigen genutzt, die Anticholinergika (leicht beruhigend bis dämpfend und damit auch gegen Brechreiz) u.a.m.

Und schließlich die früher häufig eingesetzten Barbiturate (vor allem als Schlafmittel, aber auch gegen Epilepsie), eine Reihe von Neuroleptika (Antipsychotika, also gegen Geisteskrankheiten, die so genannten niederpotenten Neuroleptika auch zur Beruhigung und Schlafförderung), eine Reihe ebenfalls älterer und kaum mehr im Gebrauch befindlichen Schlafmittel, selbstverständlich auch Rauschdrogen wie Kokain, Amphetamine u. a.

Einige Substanzen werden „nur“ zur sexuellen Stimulation als Aphrodisiakum geschluckt (in der Party-Szene als „Poppers“ bekannt). Diese und eine Reihe weiterer entsprechend aktivierender Stoffe wirken – ohne dass dies dem Opfer bewusst ist – erst einmal enthemmend, woran sich dann aber eine Erschöpfungsphase anschließen kann. Diese wartet der Täter ab, um sich nach der folgenden großen Müdigkeit und Schläfrigkeit sexuell leichter zu vergehen.

K.-o.-Mittel aus juristischer Sicht

Zum Abschluss ihres aufschlussreichen Beitrags kommen die Rechtsmediziner Professor Drs. B. Madea und F. Mußhoff noch auf die möglichen Rechtsfolgen zu sprechen. Dies in Stichworten (Einzelheiten siehe die Fachliteratur):

- § 179 StGB (Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen)
- § 177 StGB (Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung)
- § 224 StGB (Gefährliche Körperverletzung)
- § 250 StGB (Schwerer Raub)

Nach § 177 Abs. 3 StGB stellt das Mitsichführen eines Werkzeuges oder eines Mittels, um den Widerstand einer anderen Person durch Gewalt oder Drohung mit Gewalt zu verhindern oder zu überwinden, einen strafverschärfenden Tatbestand dar.

Vom BGH wurde der Einsatz von K.-o.-Mitteln mit dem Ziel, einen zu erwartenden Widerstand eines Raubopfers zu verhindern, sogar als der klassische Fall des „Beisichführens“ hervorgehoben. Demzufolge wäre bei entsprechenden Fällen für einen schweren Raub eine Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren anzunehmen.

Ähnliches gilt in Analogie für die sexuelle Nötigung (§ 177 Abs.3).

Schlussfolgerung

Auch wenn – wie erwähnt – exakte Angaben zu Häufigkeit so genannter drogen-assoziiierter Sexualdelikte fehlen, lassen die bisher vorliegenden Untersuchungszahlen der entsprechenden Institutionen den Schluss zu, dass diese in den letzten Jahren eindeutig zugenommen haben.

Leider ist der Nachweis von K.-o.-Mitteln häufig deshalb so schwierig, weil sich die Opfer nach einer mehr oder weniger langen Bewusstlosigkeit oder anterograden Amnesie (das Geschehen beispielsweise vor dem Trinken des verdächtigen Getränkes nicht mehr erinnernd) mit keinen weiterführenden Hinweisen dienen können; vor allem weil sie sich erst verzögert einem Arzt oder der Polizei anvertrauen.

Häufigste, bei Sexualdelikten nachgewiesene Substanz ist aber nach wie vor der Alkohol, d.h. in 40 bis 60% der Fälle. Danach folgen illegale Drogen (z. B. Cannabis = Haschisch/Marihuana oder Kokain).

Nur in einem vergleichsweise geringen Prozentsatz können bei Routine-Untersuchungen unfreiwillig eingenommene Medikamente und Drogen nachgewiesen werden. Das sagt allerdings nichts über die tatsächliche Gefahr aus.

Was jedoch nachweisbar ist, ist die Reihenfolge der Gefährdung, nämlich an erster Stelle Benzodiazepine, gefolgt von anderen Schlafmitteln, den Antihistaminika u. a. Problematisch vor allem der Einsatz von Ecstasy und vergleichbaren Substanzen mit entsprechendem Sicherheitsrisiko.

Gelingt bei begründetem Verdacht durch Urin- und Blut-Proben kein Substanz-Nachweis, bietet sich auch die Analyse einer Haarprobe an, was noch vier Wochen nach dem Vorfall möglich ist (bei entsprechender Haarlänge sogar noch länger zurückliegend).

Juristische Verurteilungen nach Einsatz von K.-o.-Mitteln mit Anschluss-Straftaten sind in Europa vergleichsweise selten, was aber nichts über Häufigkeit und kriminelle Energie aussagt, sondern nur die vorwiegend im Strafverfahren auftretenden Beweis-Probleme beleuchtet.

Deshalb sollten diejenigen, die zumindest rein theoretisch in eine solche Situation geraten könnten, wenigstens die wichtigsten Abwehr-Maßnahmen kennen und nutzen. Einzelheiten siehe die Hinweise im Verdachtsfall.

LITERATUR

Grundlage dieses Beitrages ist der Fachartikel von B. Madea und F. Mußhoff über *K.-o.-Mittel: Häufigkeit, Wirkungsweise, Beweismittelsicherung* im Deutschen Ärzteblatt 20 (2009) 341. Dort und vor allem in der von den Autoren angegebenen weiterführenden Literatur (eTabelle in www.aerzteblatt.de/lit2009) zusätzliche Informationen.