UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Prof. Dr. med. K. Püschel

K.-o.-Tropfen – Datenerhebung in Hamburg bezüglich des Wissensstandes, der Prävalenz und des Präventionsbedarfs

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin /Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Katja Julia Stephanie Gaffke aus Aachen

Hamburg 2014

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 10.12.2015

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Klaus Püschel

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Peer Briken

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis I

Abbildungsverzeichnis III

Tabellenverzeichnis V

1. Einleitung 1

1.1 Einführung 1

1.2 Fallbeispiel 2

1.3 Substanzen 3

1.3.1 Benzodiazepine 4

1.3.2 Ketamin und andere rezeptpflichtige Medikamente 5

1.3.3 Gamma-Hydroxybuttersäure und ihre Derivate 7

1.3.4 Illegale Rauschmittel 8

1.4 Symptome 9

1.4.1 Amnesie 9

1.4.2 Allgemeine Symptomatik 10

1.4.3 Substanzspezifische Symptome 11

1.4.3.1 Benzodiazepine 11

1.4.3.2 GHB 11

1.4.3.3 Anticholinergika 12

1.4.3.4 Illegale Stimulanzien 13

1.5 Beweismittelsicherung 13

1.5.1 Chemisch-toxikologische Untersuchung 13

1.5.2 Körperliche Untersuchung und Beweissicherung 17

1.6 Prävalenz 18

2. Fragestellung 22

3. Methode 23

3.1 Umfrageerhebung 23

3.2 Statistik 25

4. Ergebnisse 27

4.1 Epidemiologische Daten 27
4.2 Spezifische Angaben bezüglich K.-o.-Tropfen 31
5. Diskussion 47
5.1 Interpretation der Ergebnisse 47
5.2 Vergleich mit Literaturdaten 66
5.2.1 Vergleich der Literaturdaten hinsichtlich der Fragestellung 66
5.2.2 Vergleich der Studien hinsichtlich des Studiendesign 71
5.2.3 Vergleich der Studien hinsichtlich der Ergebnisse 81
5.2.4 Vergleich der Literaturdaten hinsichtlich der Alkoholproblematik 105
5.2.5 Präventionskampagnen 108
6. Schlussfolgerung 113
7. Zusammenfassung 115
8. Summary 117
9. Literaturverzeichnis 119
10. Anhang 130
10.1 Darstellung des Flyers (Vorderseite) 130
10.2 Darstellung des Flyers (Rückseite) 131
10.3 Darstellung der Fragebogenmaske 132
10.4 Übersicht der Standorte der Flyerverteilung 141
11. Danksagung 142
12. Lebenslauf 143
13. Eidesstattliche Versicherung 144

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Altersverteilung innerhalb der Teilnehmerschaft (n=61) 27

Abbildung 2 Häufigkeitsverteilung des derzeitigen Familienstandes der Teilnehmer (n=61)..... 28

Abbildung 3 Häufigkeitsverteilung der aktuellen Wohnsituation der Teilnehmer (n=61) 29

Abbildung 4 Häufigkeitsverteilung des höchsten Schul- oder Studienabschlusses der Teilnehmer (n=61) 30

Abbildung 5 Häufigkeitsverteilung der aktuellen beruflichen Situation der Teilnehmer (n=61)..... 31

Abbildung 6 Häufigkeitsverteilung der Situationen, in denen Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen getroffen werden (n=38) 33

Abbildung 7 Häufigkeitsverteilung der Vorsichtsmaßnahmen, die gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen getroffen werden (n=38)..... 34

Abbildung 8 Häufigkeitsverteilung der Situationen, in denen den Teilnehmern ihrer Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht worden waren (n=23)..... 35

Abbildung 9 Häufigkeitsverteilung der vermuteten Täter, die den Teilnehmern deren Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht haben (n=23)..... 36

Abbildung 10 Häufigkeitsverteilung der Personen, denen die Teilnehmer von ihrem Verdacht berichtet haben (n=21) 37

Abbildung 11 Häufigkeitsverteilung der Symptome, die die Teilnehmer im Zusammenhang mit deren Verdacht beobachtet haben (n=23) 38

Abbildung 12 Häufigkeitsverteilung der Filmrisslängen (in Stunden) der Teilnehmer (n=21)..... 39

Abbildung 13 Häufigkeitsverteilung der Ereignisse, die sich laut der Teilnehmer während ihres Filmrisses ereignet haben (n=15)..... 40

Abbildung 14 Häufigkeitsverteilung der Folgeprobleme der Teilnehmer nach den Ereignissen (n=4)..... 41

Abbildung 15 Häufigkeitsverteilung der von den Teilnehmern gewünschten Informationen zum Thema K.-o.-Tropfen (n=46) 42

Abbildung 16 Häufigkeitsverteilung der von den Teilnehmern gewünschten Informationswege zu K.-o.-Tropfen (n=46) 43

Abbildung 17 Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Diskotheken/Clubs (n=60)..... 44

Abbildung 18 Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Bars/Kneipen (n=61) 44

Abbildung 19 Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Konzerte/Festivals (n=58) ... 45

Abbildung 20 Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Privatpartys (n=60)..... 45

Abbildung 21 Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich des Treffens im privatem Kreis (n=60)..... 46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenhang der Variablen „Angst vor Verabreichung“ und „Vorsichtsmaßnahmen“ 48

Tabelle 2: Zusammenhang der Variablen „Ausrede“ und „Verdacht“ 49

Tabelle 3: Zusammenhang der Variablen „Angst vor Verabreichung“ und „Unbekannte/Unbekannter“ 51

Tabelle 4: Zusammenhang der Variablen „Verdacht“ und „Vorsichtsmaßnahmen“ 51

Tabelle 5: Zusammenhang der Variablen „Gefühl von 'Aufgedreht sein' “ und „Hemmungsloses Verhalten“ 54

Tabelle 6: Zusammenhang der Variablen „Sexuelle Enthemmung“ und „Hemmungsloses Verhalten“ 55

Tabelle 7: Zusammenhang der Variablen „Kopfschmerzen“ und „Schwindelgefühl“ 55

Tabelle 8: Zusammenhang der Variablen „Folgeprobleme“ und „Inanspruchnahme von Unterstützung“ 57

Tabelle 9: Zusammenhang der Variablen „Angst vor Verabreichung“ und „Wunsch nach Unterstützung“ 58

Tabelle 10: Zusammenhang der Variablen „Verdacht“ und „Wunsch nach Informationen“ 60

Tabelle 11: Zusammenhang der Variablen „Verdacht“ und „Geschlecht“ 63

Tabelle 12: Zusammenhang der Variablen „Geschlecht“ und „Wunsch nach Informationen“ 64

Einleitung

1.1 Einführung

Knockout- oder auch K.-o.-Mittel (Mußhoff und Madea 2008) haben schon immer in der gesamten Menschheitsgeschichte eine Rolle gespielt. Man verwendete meist Alkohol, dem mitunter weitere betäubende Substanzen zugesetzt wurden. Eine weitere Substanz, der ebenfalls K.-o.-Tropfen-ähnliche Eigenschaften zugesprochen wird und die in der Mitte des 19. Jahrhunderts als Narkosemittel bekannt wurde, ist das sogenannte Chloroform. Dieses wurde erstmals 1831 von Justus Liebig hergestellt und wurde von dem schottischen Arzt James Young Simpson zuerst nur zur Unterhaltung seiner Gäste auf Dinnerparties eingesetzt. Da Simpson beobachten konnte, dass jede Person, die die Dämpfe der Substanz intensiv einatmete, auf den Boden sank und einschlief, wagte er es schließlich am 9. November 1847, Chloroform als Narkosemittel während einer Entbindung bei einer schwangeren Frau einzusetzen, die schmerzfrei ein gesundes Kind gebar (Schütz et al. 2011 A).

Als K.-o.-Mittel wurden in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts zahlreiche neu entwickelte synthetische Arzneistoffe, wie zum Beispiel nichtbenzodiazepinartige Psychopharmaka oder Neuroleptika, eingesetzt.

Danach begann der unaufhaltsame Siegeszug der Benzodiazepine, der sich auch im Missbrauch als Knockout-Substanzen widerspiegelte (Schütz et alt. 2011 B). In seiner Dissertation „Zum Vorkommen von K.-o.-Fällen im Untersuchungsgut des Rechtsmedizinischen Instituts der Universität München in den Jahren 1995-1998“ stellte J. Christmann fest, dass bereits damals der Einsatz von Benzodiazepinen einen Anteil von über 60% an der Gesamtheit von K.-o.-Fällen hatte (Christmann 2003).

Laut Mußhoff und Madea (2008) versteht man unter K.-o.-Mitteln zentral wirksame Drogen- oder Medikamentenwirkstoffe, die in der Regel eine narkotisierende Wirkung haben und therapeutisch häufig als Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingesetzt werden. Im Rahmen von Straftaten wie Sexual – oder Eigentumsdelikten werden solche Substanzen genutzt, um die Opfer zu betäuben (Bechtel und Holstege 2007, LeBeau et al. 1999, Papadodima et al. 2007). Man spricht von drogenassoziierten Straftaten („drug faciliated crimes“ : DFC) oder drogenassoziierten sexuellen Übergriffen („drug faciliated sexual assault“ : DFSA). Klassischerweise werden potenziellen Opfern entsprechende Substan-

zen unbemerkt in Nahrung oder Getränke gemischt, damit sie späteren Übergriffen gegenüber wehrlos ausgeliefert sind (Mußhoff und Madea 2008). Dabei sollten die Rauschmittel möglichst geruch-, farb- und geschmacklos sein, damit das potentielle Opfer keinen Verdacht schöpft (Madea und Mußhoff 2009). Das aber immer noch beliebteste und meist verwendete Rauschmittel, welches schon seit Jahrhunderten bei entsprechenden Vorfällen Verwendung findet, ist der Alkohol. Diese Tatsache wird an Hand einer in Großbritannien durchgeführten Analyse über 1014 Fälle von DFSA deutlich, die die Jahre 2000 bis 2002 umfasst (Mußhoff und Madea 2008). Innerhalb dieser Analyse lag in 470 Fällen (46%) ein positiver Alkoholnachweis vor, in 344 Fällen (34%) handelte es sich um illegale Drogen (Scott-Ham und Burton 2006). Nur in 21 von 1014 Fällen (2%) konnten unfreiwillig eingenommene Medikamente festgestellt werden (Mußhoff und Madea 2008). Aber gerade auch die Kombination aus alkoholischen Getränken und anderen medikamentösen oder illegalen Rauschmitteln kommt bei Straftaten wie DFC oder DFSA zum Einsatz; heimlich in ein (Mix-) Getränk gegeben, werden die Knockout-Substanzen gezielt eingesetzt, um das potentielle Opfer zu betäuben, es willenlos zu machen und auszurauben, an diesem Gewaltverbrechen auszuüben oder es sexuell zu misshandeln (Willwacher 2007).

Zur besseren Veranschaulichung eines klassischen, drogenassoziierten sexuellen Übergriffes sei der folgende Erfahrungsbericht der 17jährigen Auszubildenden Lisa aus dem Internet zitiert.

1.2 Fallbeispiel

„Die 17jährige Lisa geht am Wochenende mit ihren Freundinnen auf eine große Party in einen bekannten Club. Sie trinkt dort zwei Gläser Sekt, da eine Freundin Geburtstag hat.

Nach Mitternacht merkt sie, dass sie sich komisch fühlt; sie kippt um und kommt nach einigen Augenblicken wieder zu sich. Ihre Freundinnen begleiten sie nach draußen, es geht ihr schnell wieder besser und sie beschließt, nach Hause zu gehen.

Daraufhin macht sie sich alleine auf den Weg zur S-Bahn, die etwa 10 Minuten entfernt ist. An das, was danach passiert, kann sie sich nur bruchstückhaft erinnern: Sie verliert plötzlich das Bewusstsein und wacht nach einiger Zeit auf der Straße liegend auf. Menschen, die sie umgeben, diskutieren, was zu tun sei. Ein Mann aus der Menge behauptet, dass er sie kennen und sie mit einem Taxi nach Hause bringen würde. Davon bekommt Lisa nichts mit, da sie wieder in einen Tiefschlaf gefallen ist.

Stunden später erwacht sie unbekleidet neben einem ihr fremden Mann in einer unbekannten Wohnung. Dieser will sie nicht gehen lassen; stattdessen benimmt er sich so, als seien die beiden ein Liebespaar. Daraufhin rennt Lisa aus der Wohnung auf die Straße und ruft mit dem Handy ihre Mutter an, die sofort zu ihr fährt, um sie abzuholen.

Lisa ist komplett durcheinander und kann sich nicht im Geringsten daran erinnern, was in der letzten Nacht vorgefallen ist; sie stellt fest, dass sie ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte.

Am folgenden Montag, also etwa 48 Stunden später, lässt sie sich von einer Frauenärztin untersuchen; diese kann aber keine gynäkologischen Verletzungen feststellen.

Es sind bereits einige Tage vergangen, bis Lisa sich für eine Anzeige bei der Polizei entscheidet, zumal sie die Adresse des Mannes bereits kennt. Daher ist es relativ einfach, den Tatverdächtigen und dessen Daten bei der Polizei ausfindig zu machen; es stellt sich heraus, dass der 28-Jährige Mann auf der gleichen Party war wie Lisa und bei der Polizei bereits bekannt ist aufgrund von Anzeigen wegen diversen Drogendelikten, Gewalt sowie Körperverletzung.

Dennoch werden die Ermittlungen eingestellt, da nicht nachweisbar ist, ob Lisa tatsächlich einem Verbrechen zum Opfer gefallen oder doch freiwillig mitgegangen ist.“

1.3 Substanzen

Mit welchem K.-o.-Mittel Lisa nun genau intoxikiert worden ist, bleibt in diesem Fallbeispiel offen.

Es gibt eine Vielzahl an Substanzen, die als sogenannte Date-Rape-Drugs Verwendung finden. Dieser Begriff umfasst alle Mittel, die dazu benutzt werden, um eine sexuelle Annäherung zu unterstützen, beziehungsweise die Möglichkeit eines wahrscheinlich unerwünschten Sexualkontakts zu erhöhen. Daher bezeichnet man diese im Volksmund auch als „Liebesdrogen“ oder auch als „Vergewaltigungsdrogen“ (Mußhoff und Madea l,2008).

Es existieren eine Vielzahl an Substanzen, die als Knockout-Mittel Verwendung finden; die Spannbreite reicht von Alkohol über legale rezeptpflichtige Medikamente mit und ohne Betäubungsmittelauflage bis hin zu illegalen Drogen.

In Bezug auf alkoholische Getränke gibt es keine Alkoholsorte, die bei drogen- und alkoholinduzierten sexuellen Straftaten besonders häufig zur Anwendung kommen.

Verwendet wird, was dem Straftäter gerade zur Verfügung steht oder was das potentielle Opfer geschmacklich bevorzugt.

1.3.1 Benzodiazepine

Bei den rezeptpflichtigen Medikamenten kann zwischen Benzodiazepinen und Nichtbenzodiazepinen unterschieden werden; bei der erstgenannten Gruppe handelt es sich um Stoffe, die ihre Wirkung durch Modulation auf die Bindungsstelle des Neurotransmitters Gamma-Aminobuttersäure (GABA) am GABA-A-Rezeptor, einem Chloridionenkanal, vermitteln. Gamma-Aminobuttersäure fungiert hierbei als primärer inhibitorischer Neurotransmitter im Zentralnervensystem (Mußhoff und Madea 2008).

Unter dem Einfluss GABA-erger Neuronen kommen dämpfende Effekte im Zentralnervensystem wie Beruhigung, Schlaf und Senkung des Muskeltonus zustande. Zusätzlich wirken Benzodiazepine anxiolytisch (angstlösend), amnestisch (die Erinnerung für die Zeit der Wirkdauer fehlt) und leicht stimmungsaufhellend. Alle Vertreter aus dieser Wirkstoffgruppe unterliegen in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), wo sie in der Anlage III (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) aufgenommen sind. Der Gesetzgeber hat jedoch Höchstmengen pro abgeteilter Form zugelassen, bis zu denen die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) nicht gilt. Diese Höchstmengen sind für jeden einzelnen Wirkstoff individuell festgelegt und werden bei Bedarf angepasst. Als Vertreter von Benzodiazepinen können zum Beispiel Diazepam, Bromazepam, Clonazepam und Flunitrazepam genannt werden. Auch wenn die große Gruppe der Benzodiazepine in Form von Tranquilizern, Antikonvulsiva, Hypnotika oder Sedativa in weiten Behandlungsbereichen der Medizin Verwendung findet, werden auch Substanzen eingesetzt, die nicht der BtMVV unterliegen. Diese zählen zu der Gattung der nichtbenzodiazepinen Hypnotika der neueren Generation und wirken anxiolytisch, Schlaf anstoßend und Muskel relaxierend. Zopiclon und Zolpidem sind beispielsweise Vertreter dieser Wirkstoffgruppe. Die nichtbenzodiazepinen Hypnotika werden schnell vom Körper absorbiert und besitzen eine sehr kurze Halbwertszeit. Die Wirkungsvermittlung erfolgt ebenfalls über die Benzodiazepinrezeptoren des GABA-A-Rezeptor-Komplexes. Auf Grund ihres raschen Wirkungseintritts innerhalb von 10-30 Minuten, aber auch durch die Auslösung von Amnesien und durch ihre begrenzte Nachweisbarkeitsdauer, welche auf die kurzen Halbwertszeiten zurückzuführen ist, sind sie zur Verwendung als K.-o.-Mittel geeignet (Mußhoff und Madea 2008).

Abgesehen von Benzodiazepinen und den nichtbenzodiazepinen Hypnotika gibt es noch eine große Anzahl weiterer rezeptpflichtiger Medikamente, die als potentielle Date-Rape-Drugs eingesetzt werden können wie sedierende Antidepressiva oder Anticholinergika, von denen besonders die Wirkstoffe Scopolamin und Atropin von Bedeutung sind, sowie die Gruppe der Antihistaminika (Mußhoff und Madea 2008).

Zu den weiteren verschreibungspflichtigen Medikamenten, die aber ebenfalls nicht dem BtMG unterliegen, zählen sowohl die Gruppe der Muskelrelaxanzien und das Ketamin, als auch die drei Wirkstoffe Clonidin aus der Gattung der Imidazoline, Clozapin als atypisches Neuroleptikum sowie das Chloralhydrat (Mußhoff und Madea 2008).

1.3.2 Ketamin und andere rezeptpflichtige Medikamente

Der Wirkstoff Ketamin ist in Deutschland unter dem Handelsnamen Ketanest® S bekannt. Dieser findet zum Beispiel in der Anästhesie zu Narkosezwecken sowie bei der Schmerzbehandlung (Analgesie) in der Notfallmedizin Anwendung. Außerdem fungiert es als Hypnotikum.

Gegenüber anderen Analgetika und Narkotika nimmt Ketamin eine Ausnahmestellung durch die Erzeugung einer so genannten „dissoziativen Anästhesie“ ein. Darunter wird die Erzeugung von Schlaf und Schmerzfreiheit unter weitgehender Erhaltung der Reflextätigkeit verstanden. Der relevanteste Wirkort befindet sich am Glutamat-NMDA-Reszeptor-Komplex (NMDA: „N-methyl-D-aspartic-acid“), an dem Ketamin eine antagonistische Wirkung aufweist. Weiterhin scheint Ketamin eine antidepressive Wirkkomponente zu besitzen und führt zudem zu Pseudohalluzinationen. Aufgrund seiner dissoziativen, bewusstseinsverändernden Wirkung wird das Ketamin auch als Rauschdroge, beziehungsweise als Partydroge, mit Streetnames wie zum Beispiel K, Kate, Ket, Kitty, Kiti, Special K, Vitamin K, Ketamin C, Fiction, Keta bezeichnet; auch der Einsatz als K.O.-Mittel wird beschrieben. Nebenwirkungen wie das „Ketamin-Loch“, das relativ häufige Auftreten von so genannten Horrortrips, schränken seine Beliebtheit jedoch ein (Mußhoff und Madea 2008).

Im Vergleich zu Ketamin, welches in der Medizin auf Grund seiner eben beschriebenen Nebenwirkungen nur sehr behutsam eingesetzt wird, wird der Wirkstoff Clonidin in verschiedenen medizinischen Bereichen häufig verwendet. Dieser zählt trotz seines adrenergen Wirkmechanismus zur Gruppe der Sympatholytika und wird sowohl bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie, bei der Ausleitung von Langzeitnarkosen, als

auch bei der Dämpfung von Entzugserscheinungen eingesetzt. Der Gebrauch von Clonidin als K.-o.-Mittel, auch bekannt unter dem Handelsnamen Catapresan®, ist mehrfach beschrieben und wurde erstmals publik im Rahmen eines Falles, bei dem eine Amsterdamer Prostituierte diesen Wirkstoff gezielt eingesetzt und mehrere Kunden bewusstlos gemacht hatte, um diese im Anschluss daran ausrauben zu können (Mußhoff und Madea 2008).

Bei Clozapin hingegen handelt es sich um ein atypisches Neuroleptikum, welches stark lipophil ist und eine gute ZNS-Gängigkeit besitzt. Es interagiert mit dem dopaminergen, adrenergen, cholinergen, serotonergen und histaminergen Transmittersystem. Auch bei dieser Substanz, die unter anderem unter dem Handelsnamen Leponex® aufgeführt wird und sowohl in Tablettenform als auch als Injektionslösung erhältlich ist, wurde der Einsatz als Knockout-Mittel bereits mehrfach beschrieben (Mußhoff und Madea 2008).

Anders als Clonidin und Clozapin, welche als gängige Substanzen in der Medizin immer noch Anwendung finden, handelt es sich bei Chloralhydrat um ein verschreibungspflichtiges Mittel, dem heute im medizinischen Bereich keine große Bedeutung mehr zukommt. In den James Bond Filmen wie „Liebesgrüße aus Moskau“ und „Der Hauch des Todes“ wurde der Wirkstoff als einschläferndes Mittel verwendet und heimlich in Getränke gemischt. Chloralhydrat wird im Körper in 2,2,2-Trichlorethanol umgewandelt, welches den Hauptwirkstoff dieser Substanz bildet und als alkoholische Verbindung für die Schlaf induzierende Wirkung größtenteils verantwortlich ist (Mußhoff und Madea 2008).

Unter dem Begriff der Barbiturate sind alle Derivate (Abkömmlinge) der Barbitursäure zusammengefasst. Diese, bei denen die Wirkungsvermittlung via GABA-A-Rezeptor-Komplex stattfindet, waren für viele Jahrzehnte die gängigsten Schlafmittel. Seit 1992 sind sie in Deutschland und der Schweiz als solche nicht mehr zugelassen und unterliegen bis auf einige Ausnahmen der BtMVV. Lediglich Thiopental, ein kurzwirksames Mittel zur Narkoseeinleitung, Methohexital, welches ebenfalls in der Anästhesie eingesetzt wird (Schwilden et al. 1987), als auch Phenobarbital mit dem Handelsnamen Luminal® oder Luminaletten® zur Behandlung von Erregungszuständen, Epilepsie und Spasmen, finden heute noch Verwendung innerhalb des medizinischen Bereichs. Ein weiterer Barbitursäure-Abkömmling mit Namen Pentobarbital wird vermehrt im Bereich der Sterbehilfe eingesetzt, hat aber ansonsten für die Humanmedizin keinerlei Bedeutung (Mußhoff und Madea 2008). Barbiturate sind des Öfteren Bestandteile von Knockout-Mitteln (Madea und Mußhoff 2009).

1.3.3 Gamma-Hydroxybuttersäure und ihre Derivate

Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) unterliegt in Deutschland seit dem 01.03.2002 den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, da sie seit einigen Jahren als K.-o.-Mittel bei Fällen von DFC (drogenassoziierten Straftaten) Anwendung findet und als Partydroge missbraucht wird. Die Substanz ist eng verwandt mit dem Neurotransmitter GABA und zugleich ein eigenständiger Neurotransmitter im menschlichen Organismus (Mußhoff und Madea 2008). GHB wurde in den 1960er-Jahren erstmals synthetisch hergestellt (Glaum et al. 2009) und wurde in der Medizin für längere Zeit unter dem Handelsnamen Somsanit® (D) zum Beispiel als i.v. Narkotikum bei Kaiserschnittentbindungen und in der Geburtsanästhesie eingesetzt. Zudem hat GHB die Zulassung als Medikament Xyrem® zur symptomatischen Behandlung der Narkolepsie, ein medizinischer Fachbegriff für zwanghafte Schlafanfälle am Tag (Pschyrembel 2004), welche bis zu einigen Minuten anhalten können (Mußhoff und Madea 2008). Eine weitere Verwendung fand GHB auch als Stimulans in Bodybuilderkreisen, da es unter anderem auch eine gesteigerte Produktion der Wachstumshormone herbeiführt. Dadurch wurde GHB bald darauffolgend auch in dieser Branche verboten, da es sich zum Dopingmittel unter Sportlern entwickelt hatte (Glaum et al. 2009). Seit Ende der 1990er Jahre wird die Substanz verstärkt als Partydroge (Liquid Ecstasy, Liquid E, Liquid X, Fantasy) genutzt (Mußhoff und Madea 2008), wobei deren chemische Struktur eine ganz andere ist, als die des „üblichen Ecstasys“ (MDMA) oder der wirkungsähnlichen Drogen MDA, MDEA oder MDE (Glaum et al. 2009). Abhängig von der Dosierung wirkt GHB entweder als Entaktogen (laut Saunders 1994 ein Begriff für eine neue Klassifizierung von psychoaktiven Substanzen wie MDMA und MDEA) oder Hypnotikum (Mußhoff und Madea 2008).

Ausgehend von GHB gibt es zwei andere Stoffverbindungen, die rechtlich gesehen Sonderfälle darstellen. Es handelt sich hierbei um die beiden Vorläufersubstanzen der GHB mit Namen Gamma-Butyrolakton (GBL) und 1,4-Butandiol (BDO).

GBL hat bei Raumtemperatur das Aussehen einer farblosen Flüssigkeit, die einen schwachen Eigengeruch besitzt und wird sowohl als weit verbreitetes Lösungsmittel in der Industrie als auch in Form von Farb- und Graffitientfernern, Reinigungsmitteln und Nagellackentfernern verwendet. Darüber hinaus dient die Vorläufersubstanz von GHB auch als Ausgangsstoff zur Herstellung von Pharmazeutika und Chemikalien für die Landwirtschaft.

Dagegen wird BDO als Weichmacher anstelle von Glyzerin verwendet und ist auch ein wichtiges Zwischenprodukt bei der Synthese anderer Substanzen, u.a. von GBL.

Während GBL durch die 1,4-Laktonase, BDO hingegen mit Hilfe einer anderen Alkoholdehydrogenase im Körper physiologisch metabolisiert wird, entsteht aus beiden Vorläufersubstanzen schließlich die Gamma-Hydroxybuttersäure. Daher können GBL und BDO ebenfalls als Droge und/oder K.O.-Mittel verwendet werden.

Dennoch ist eine Aufnahme der beiden GHB-Vorläufersubstanzen GBL und BDO in das Betäubungsmittelgesetz bisher aufgrund der verbreiteten Anwendung als Lösungsmittel und der damit verbundenen Konsequenzen für die chemische Industrie nicht erfolgt. Sie können somit straffrei gehandelt und konsumiert werden (Andresen et al. 2008). Der Besitz ist dabei nicht strafbar, ist aber durch das Chemikaliengesetz (ChemG) und die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) geregelt Der Missbrauch von GBL zur Synthese von GHB stellt dagegen eine Straftat dar und wird demzufolge strafrechtlich verfolgt (Mußhoff und Madea 2008). Seit 2002 besteht jedoch ein freiwilliges Monitoringsystem des Bundeskriminalamtes. Da sich jedoch nicht alle Vertreiber dieser Chemikalien daran beteiligen, ist es für potenzielle Konsumenten immer noch verhältnismäßig einfach, GBL oder 1,4-BD zu erwerben (Andresen et al. 2008). Daher ist in den letzten Jahren aufgrund des Verbots von GHB der GBL-Konsum deutlich gestiegen (Mußhoff und Madea 2008).

1.3.4 Illegale Rauschmittel

Neben den vielen Knockout-Substanzen, die als Medikamente eingesetzt werden oder als Stoffgemische legal erworben werden können, existieren noch einige Substanzklassen, die in Deutschland als illegale Rauschmittel gelten. Bei diesen ist sowohl Handel, Erwerb und Besitz dieser Substanzen verboten und wird nach deutschem Recht strafrechtlich verfolgt. Hierzu zählen alle Arten von Cannabisprodukten und Stimulantien, wie zum Beispiel Cocain, Ecstasy oder Amphetamine, welche primär wach und aufputschend wirken (Mußhoff und Madea 2008), Opioide, wie beispielsweise das Heroin (Hurley et al. 2006) als auch Hallozinogene, wie das LSD (Lawyer et al. 2010). Diese gelten seit mehreren Jahren als typische Drogen, die nicht nur zum Eigenbedarf konsumiert werden, sondern im Rahmen von drogenassoziierten sexuellen Übergriffen (DFSA) späteren Opfern angeboten oder unbemerkt verabreicht werden (Mußhoff und Madea 2008).

1.4 Symptome

Der Begriff DFSA hat seinen Ursprung im englischsprachigen Raum und steht wörtlich für Drug Faciliated Sexual Assault. Er hat sich mittlerweile als internationaler Terminus durchgesetzt und bezeichnet die Beibringung von bewusstseinsbeeinträchtigenden Substanzen, mit dem Ziel, anschließend sexuelle Handlungen durchzuführen (Madea und Mußhoff 2009).

Zu denen von den Tätern erwünschten Wirkungen gehören zum einen ein sedativer, hypnotischer und schlafinduzierender Effekt. Darüber hinaus kann bei dem potentiellen Opfer eine Verhaltensänderung im Sinne einer zunehmenden Enthemmtheit und Freizügigkeit gegenüber Unbekannten herbeigeführt werden. Einige Rauschmittel werden verwendet, um die sexuelle Appetenz bei potentiellen Opfern zu steigern; dies ist zum Beispiel bei Amphetaminen und Cocain der Fall (Madea und Mußhoff 2009).

Zum anderen soll die K.-o.-Substanz die betreffende Person in eine hilfslose Lage (Madea und Mußhoff 2009) und in einen Zustand der Willenlosigkeit (Willwacher 2007) versetzen.

1.4.1 Amnesie

Eine weitere Eigenschaft einer Vergewaltigungsdroge ist laut Mußhoff und Madea (2008) das Auslösen einer anterograden Amnesie. Darunter wird ein Erinnerungsverlust für eine bestimmte Zeitspanne nach einem auslösenden Ereignis verstanden. Die Betroffenen können oftmals völlig „normal“ erscheinen, vergessen aber neue Ereignisse binnen weniger Minuten wieder; dabei wird meistens auch diese Vergesslichkeit von der betreffenden Person selbst vergessen. Die Amnesie kann auftreten, ohne dass es zu einem Bewusstseinsverlust kommen muss. In Fällen von sexuellem Missbrauch bedeutet dies, dass Menschen, denen K.O.-Mittel verabreicht wurden, nicht bis zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit sediert sein müssen, sondern im Rahmen eines hypnotischen Zustandes zu sexuellen Handlungen zumindest in gewissem Umfang noch in der Lage sind, aber im Nachhinein keine Erinnerung daran besitzen. Für die Betroffenen entsteht zunächst unter Umständen kein unmittelbarer Leidensdruck. Doch kann die fehlende Gewissheit über das Geschehene oder die noch brückstückhaften Erinnerungen von den Opfern als sehr quälend und belastend empfunden werden. Aus diesem Grund entscheiden sich die Betroffenen oftmals gegen eine polizeiliche Anzeige, weil sie sich hinsichtlich eines

späteren Gerichtsverfahrens bei fehlender expliziter Darstellungsmöglichkeit keine Erfolgsaussichten versprechen. Hinzu kommt, dass eine K.-o.-Mittel-Gabe häufig in Kombination mit alkoholischen Getränken erfolgt, so dass die Erinnerungslücken von den Opfern selbst und eventuell von anderen Personen nicht selten auf einen übermäßigen Alkoholkonsum zurückgeführt werden (Mußhoff und Madea 2008).

1.4.2 Allgemeine Symptomatik

Obwohl das jeweilige Wirkspektrum von Date-Rape-Drugs primär von der Pharmakodynamik und dem betroffenen Individuum selbst abhängig ist, werden von den Personen, die einer K.-o.-Mittel-Gabe zum Opfer gefallen sind, häufig folgende Symptome beschrieben (Luck et al. 2008, Madea und Mußhoff 2009, Willwacher 2007):

- ein ekliger, bitterer Geschmack eines vorher unauffälligen Getränks
- zunehmende Verwirrtheit
- Schwindel- und Benommenheitsgefühle
- langsam einsetzende Schläfrigkeit
- der subjektive Eindruck, Handlungen nicht entsprechend seinem eigenen Willen ausrichten zu können
- das Gefühl „wie in Watte gepackt zu sein“
- gesteigerte sexuelle Enthemmtheit
- ein erhöhtes Kontaktbedürfnis
- zunehmende Einschränkung des Bewusstseins bis zur Bewusstlosigkeit
- Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens

Als typische pathophysiologische Beschwerden wurden von Madea und Mußhoff (2009) folgende Symptome genannt:

- Muskelkontrollverlust
- Übelkeit

Blutdruckabsenkung in Kombination mit einer Erniedrigung der Herzfrequenz.

1.4.3 Substanzspezifische Symptome

1.4.3.1 Benzodiazepine

Der gesundheitliche Zustand des Opfers kann sich noch weiter verschlechtern, wenn K.-o.-Mittel in sehr hoher Dosis oder in Verbindung mit Alkohol oder anderen Drogen aufgenommen oder verabreicht werden. Dabei können Krampfanfälle und Atemnot bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen in Form von Koma und Atemstillstand auftreten (Willwacher 2007).

Gerade Benzodiazepine können solche gesundheitsgefährdenden Auswirkungen hervorrufen, wenn diese in Kombination mit Alkohol eingenommen werden. Ein Beispiel für eine erhebliche Symptomzunahme in Kombination mit Alkohol ist Flunitrazepam, ein Benzodiazepin, welches in den 1990er Jahren als eine typische Date-Rape-Droge galt. Um diesem Image entgegenzuwirken, änderte 1999 der Hersteller die Zusammensetzung dieses Medikaments, so dass die seitdem hergestellten Tabletten eine bläuliche Farbe aufweisen, Flüssigkeiten verfärben, klumpen und einen leicht bitteren Geschmack besitzen. In einigen Ländern sind die Tabletten jedoch noch in veralteter Form, zum Beispiel als Generikum, zu erwerben (Mußhoff und Madea 2008).

1.4.3.2 GHB

Eine weitere Substanz, welche in den letzten Jahren zunehmend als K.-o.-Mittel eingesetzt wird, ist, wie schon bereits zuvor erwähnt wurde, die Gamma-Hydroxybuttersäure. Bei der Substanz GHB handelt es sich um eine geruchlose Flüssigkeit (Mußhoff und Madea 2008), sie ist farblos und relativ geschmacksneutral (Luck et al. 2008). Die Wirkung der Substanz setzt in der Regel 15 bis 30 Minuten nach oraler Aufnahme ein. GHB wirkt in Abhängigkeit von der Dosierung entweder als Entaktogen oder Hypnotikum. In niedrigen Dosen von etwa 0,5-1,5g überwiegt der stimulierende Effekt; das heißt, die Wirkung dieser Substanz kann in erster Linie als anxiolytisch, leicht euphorisierend und sozial öffnend beschrieben werden. Allerdings können, ähnlich wie bei einem Alkoholrausch, in diesem Stadium bereits motorische Beeinträchtigungen auftreten (Stein 2003). In höheren Dosen bis etwa 2,5g kommt es, genau wie beim Alkohol, zunächst zu einer Stimmungs- und Antriebssteigerung, in vereinzelten Fällen kann sogar eine aphrodisierende Wirkung hinzukommen (Madea und Mußhoff 2009). Bei einer weiteren Dosissteigerung wirkt GHB stark einschläfernd. Bei einer Überdosierung mit dieser Substanz kann es zu einem plötzlich einsetzenden narkotischen Schlaf kommen, aus dem

die betreffende Person kaum erweckbar ist (Mußhoff und Madea 2008). Nach dem Erwachen aus einer solchen Tiefschlafphase sind, verglichen mit den meisten anderen K.-o.-Mitteln (den Alkohol eingeschlossen), sogenannte Hangover-Symptome bei einer GHB-Verabreichung dagegen eher die Ausnahme (Schütz et al. 2011 C). Oftmals wird vielmehr der sogenannte „fast in / fast out effect“ beschrieben; dem zu Folge sollen sich GHB-Opfer nach dem Erwachen vollkommen frisch fühlen, so dass sie häufig sogar wieder zurück zur Party gehen wollen (Andresen et al. 2008). Sowohl alleine, als auch in Verbindung mit Alkohol, atemdepressiv wirkenden Medikamenten oder Benzodiazepinen kann GHB zu Übelkeit und Erbrechen führen, wodurch es im schlimmsten Fall aufgrund der narkotischen Eigenschaft der Droge zu einem Erstickungstod kommen kann. Außerdem können zusätzlich eine lebensbedrohliche Atemdepression sowie Herzrhythmusstörungen auftreten (Mußhoff und Madea 2008).

1.4.3.3 Anticholinergika

Eine weitere Medikamentengruppe, die unter 1.3 hinsichtlich ihrer Wirkweise bereits beschrieben wurde, sind die Anticholinergika. Die beiden wichtigsten Vertreter sind hierbei das Scopolamin und das Atropin.

Scopolamin hat bei niedriger Dosierung einen beruhigenden Effekt und wirkt hemmend auf das Brechzentrum im Gehirn. Bei höherer Dosierung ist es dämpfend und führt zu einem Zustand der Apathie. Zusätzlich kann es einen Zustand der Willenlosigkeit hervorrufen, weshalb der Wirkstoff bereits in den 1950er Jahren bis zum Aufkommen von Natriumpentothal als „Wahrheitsserum“ eingesetzt wurde. Da insbesondere Scopolamin über gute Resorptionseigenschaften verfügt, wird es den Opfern bevorzugt über Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade) oder Getränke (Erfrischungen, Kaffee, Schnaps) verabreicht. Daher stellt dieses Anticholinergikum ebenfalls ein geeignetes K.-o.-Mittel dar. Der Wirkungseintritt des Scopolamins erfolgt, wie auch bei GHB, innerhalb von 15 bis 30 Minuten. Die bekanntesten Symptome, die von den meisten Betroffenen geschildert werden, sind Lähmungen, Zustände völliger Willenlosigkeit sowie auch Amnesien (Mußhoff und Madea 2008).

Atropin hingegen, welches ebenfalls zu den Nachtschatten-Alkaloiden zählt, fand sich bereits des Öfteren in hohen Dosen in gefälschten Ecstasy-Tabletten. Der Alkaloidgehalt in den einzelnen Pflanzen kann stark variieren. Auf Grund einer relativ geringen therapeutischen Breite können beim Konsum Nebenwirkungen, wie eine Parasymphatikusblockade auftreten, welche sich zum Beispiel in Form von trockenen

Schleimhäuten oder einer Pupillenerweiterung mit einer daraus resultierenden Akkomodationsstörung äußern. Als „worst case“ kann die betreffende Person in eine tiefe Bewusstlosigkeit fallen oder auch an einer Atemlähmung versterben (Mußhoff und Madea 2008).

1.4.3.4 Illegale Stimulanzien

Anders dagegen verhält es sich bei den illegalen Stimulanzien wie Kokain, Amphetaminen oder Ecstasy. In den meisten Fällen von DFSA, in denen diese Rauschmittel von den jeweiligen Straftätern gezielt bei ihren Opfern eingesetzt werden, kommt es anfangs zu einer Steigerung der sexuellen Appetenz und zusätzlich zu einem enthemmten Verhalten. Personen, denen diese Drogen verabreicht wurden, berichten von sexuellen Kontakten oder Praktiken, mit denen sie sich im nüchternen Zustand nie als einverstanden erklärt hätten. Im Anschluss an den eigentlichen Rausch setzt in den meisten Fällen eine Erschöpfungsphase ein, welche in Form von sehr großer Müdigkeit und langen Tiefschlafphasen in Erscheinung tritt. Zudem kann es in dieser Phase bei einigen Personen zu depressiven Verstimmungen kommen. Orientierungslosigkeit und Verwirrtheit können hierbei begleitend auftreten. Diese beschriebenen Erschöpfungszustände der Opfer können dann von den Tätern noch einmal ausgenutzt werden (Mußhoff und Madea 2008).

1.5 Beweismittelsicherung

1.5.1 Chemisch-toxikologische Untersuchung

In Bezug auf einen analytischen Nachweis von K.-o.-Mitteln stellt das größte Problem nicht die Art der Substanz an sich dar, sondern die oftmals langen Zeitintervalle zwischen dem jeweiligen Vorfall beziehungsweise der Substanzeinnahme und der Sicherstellung des Untersuchungsmaterials.

Vor allem im Rahmen von DFSA-Fällen greifen die Täter bevorzugt auf Substanzen zurück, die einen relativ schnellen Wirkungseintritt aufweisen und umgekehrt dann auch wieder vom Körper in kurzer Zeit eliminiert werden, so dass diese nach einigen Stunden oder Tagen in den Körperflüssigkeiten der Opfer nicht mehr nachgewiesen werden können. Dennoch gilt im Rahmen herkömmlicher Screeningverfahren eine Blut- und Urinprobe mittlerweile als toxikologischer Standard, um bestimmte Metabolite nachweisen zu können. Die Nachweisbarkeitsdauer von Substanzen im Urin ist – wie im Blut –

dosisabhängig; diese kann bei regelmäßigem Konsum ansteigen und ist zusätzlich auch von der Entleerungsfrequenz der Harnblase und dem pH-Wert des Urins abhängig. Zusätzlich können ebenfalls verdächtige Getränke- oder Speisereste wie auch Anhaftungen an Gläsern und/oder Geschirr sowie alle anderen Bestandteile, die einen Hinweis auf ein verwendetes K.-o.-Mittel geben können, sichergestellt und für eine Analyse herangezogen werden (Mußhoff und Madea 2008). Wichtig dabei ist, das Material bis zur Analyse zu kühlen und in luftdicht verschlossenen Gefäßen aufzubewahren, um einen weiteren präanalytischen Substanzverlust oder eine durch bakterielle Aktivität hervorgerufene Konzentrationsveränderung zu verhindern (Madea und Mußhoff 2009). Im Jahre 2004 erschien im Spiegel online ein kurzer Bericht von Graß et al. vom Institut für Rechtsmedizin des Klinikums der Universität Köln, mit dem Titel „K.-o.-Tropfen – Ein rechtsmedizinischer Überblick“. Darin wurde unter anderem auch beschrieben, auf welche Weise das Material im Falle eines drogeninduzierten Sexualdelikts am besten sichergestellt werden kann und welche analytischen Methoden zur Manifestation von K.-o.-Substanzen gut geeignet sind: Grundsätzlich sollten die Asservate möglichst zeitnah nach dem Ereignis gewonnen und untersucht werden; bei den meisten Knockout-Mitteln ist dies bis zu 72 Stunden später möglich. Eine Ausnahme besteht bei der Substanz GHB, bei der nicht mehr als 6 bis 12 Stunden im Anschluss an den Vorfall vergangen sein dürfen, um noch eine möglichst genaue Aussage über die Substanzart und Dosierung treffen zu können. Gemäß Graß et al. (2004) sollte eine Blutprobe mit mindestens 2 ml (ohne Citratzusatz) sowie eine Urinprobe mit circa 100 ml gewonnen werden, welche bis zum Untersuchungszeitpunkt im Kühlschrank gelagert oder eingefroren werden sollte. Aus Sicht der Hamburger Rechtsmedizin stellen mindestens 10 ml Blut sowie 20 ml Urin eine ausreichend große Probenuntersuchungsmenge dar. Zusätzlich kann auch eine Haarprobe vom Kopf- oder gegebenenfalls vom Schamhaar entnommen werden; dies ist besonders dann sinnvoll, wenn zwischen dem Übergriff und der ärztlichen Untersuchung ein längeres Intervall bestanden hat oder die chemisch-toxikologischen Untersuchungen an Blut und Urin trotz begründetem Verdacht auf eine Beibringung von K.-o.-Mitteln negativ ausfielen. Hierzu wird circa 4 Wochen nach dem Vorfall eine Haarsträhne asserviert. Bei einem durchschnittlichen Wachstum des Kopfhaars von 1 cm pro Monat würde ein Substanznachweis im kopfnahen Segment bei fehlendem Nachweis in spitzennahen Segmenten auf eine Aufnahme zum Vorfallszeitraum hinweisen (Madea und Mußhoff 2009).

Eine weitere Möglichkeit der allgemeinen Beweismittelsicherung ist die Testung von Blut- und Urinproben auf verdächtige Stoffe, auch Screening genannt. Neben einem allgemeinen Substanzscreening, welches der Testung der Probe auf herkömmliche legale sowie illegale Substanzen inklusive Alkohol dient, sollte auch immer eine spezifische Analyse auf seltenere Substanzen wie zum Beispiel GHB durchgeführt werden. Diese ist besonders dann von großer Wichtigkeit, wenn sich bei der Testung der Probe auf die gängigeren Stoffe trotz auffallender Anamnese ein negatives Ergebnis herausstellt (Graß et al. 2004).

Da nicht jedes Kliniklabor alle als K.-o.-Mittel denkbaren Substanzen nachweisen kann, ist es sinnvoll, das Material zum Beispiel nach telefonischer Kontaktaufnahme an ein Institut für Rechtsmedizin zu schicken. Nur so kann von einer sicheren Erfassung aller möglichen Substanzen in der Probe ausgegangen werden (Luck et al. 2008).

Zusätzlich zu den allgemeinen toxikologischen Analyseverfahren gibt es für jede Substanzklasse bezüglich ihrer Nachweisbarkeit eigene Leitlinien und Kriterien.

Sowohl klassische Benzodiazepine, beispielsweise das Diazepam oder Oxazepam, als auch solche mit langer Halbwertszeit der Metabolite, wie zum Beispiel das Flurazepam, können im Urin unter Umständen mehrere Tage lang nachgewiesen werden. Benzodiazepinarten mit kurzer Halbwertszeit, wie zum Beispiel Triazolam, kann dagegen selbst im Harn nur wenige Stunden toxikologisch erfasst werden. Daraus lässt sich folgern, dass sich nicht alle Benzodiazepine mit immunchemischen Vortesten sensitiv genug erfassen lassen, so dass in Fällen, in denen ein Verdacht auf eine K.-o.-Mittel-Verabreichung besteht, unbedingt eine chromatographische Analyse nach Hydrolyse durchgeführt werden sollte, die möglichst umfassend alle Benzodiazepine selbst wie auch deren analytisch fassbare Metabolite mit einschließen sollte (Mußhoff und Madea 2008).

Nichtbenzodiazepine Hypnotika wiederum können nicht immer mittels gängiger Übersichtsanalysen nachgewiesen werden. Oftmals sind gezielte Testverfahren nötig, um diese Substanzen dann mit Hilfe der Gaschromatographie und Massenspektrometrie (GC/MS) oder per Hochleistungsflüssigkeitschromatographie („liquid chromatography“) in Verbindung mit der Massenspektrometrie (LC/MS) zu erfassen. Ein Benzodiazepinimmunoassay ist hierbei unwirksam, da dieser nicht auf die Wirkstoffe der Hypnotika reagiert (Mußhoff und Madea 2008).

Die Übersichtsanalysen GC/MS und LC/MS sind ebenfalls für den Nachweis von Tropanalkaloiden, H1-Antihistaminika als auch für die Detektion von Ketamin geeignet (Mußhoff und Madea 2008).

Anders verhält es sich bei den Wirkstoffen Clonidin und Clozapin. Auf Grund ihrer geringen Wirkstoffkonzentrationen in Körperflüssigkeiten kann es bei den üblichen Übersichtsanalysen dazu kommen, dass diese Substanzen nicht sensitiv genug erfasst werden können, beziehungsweise das Nachweisfenster unter Umständen methodisch bedingt verkleinert ist (Mußhoff und Madea 2008).

Die meisten der bisher genannten Substanzen sind im Blut bis etwa 24 Stunden und im Urin einschließlich ihrer Metabolite wenige Tage nachweisbar (Madea und Mußhoff 2009).

Die Gamma-Hydroxybuttersäure stellt hierbei eine Ausnahme dar.

GHB wird im Rahmen des Citratzyklus im menschlichen Körper physiologisch mit einer Halbwertszeit von ungefähr 30 Minuten vollständig zu Kohlendioxid und Wasser verstoffwechselt (Mußhoff und Madea 2008).

Aus diesem Grund können bei der Aufnahme von GHB im Vergleich zu anderen Drogen keine spezifischen Metabolite entstehen, welche als Beweis für eine Verabreichung dieser Substanz herangezogen werden könnten (Glaum et al. 2009).

Hinzu kommt, dass GHB als physiologische Substanz endogen im Körper vorkommt und es zum anderen durch exogene Einflüsse sehr leicht zu Veränderungen der GHB-Konzentrationen in Asservaten kommen kann. Daher ist es schwierig, eine Analytik, die eine sichere Interpretation der Ergebnisse darstellt, durchzuführen. Wegen der raschen Verstoffwechselung der Substanz muss eine Blut/Plasmaprobe innerhalb von 5, maximal 6-8 Stunden nach Aufnahme erfolgen, um eine exogene Aufnahme der GHB noch analytisch nachweisen zu können. Bei einem Nachweis mittels Urinprobe dürfen je nach aufgenommener Dosis 8-12 Stunden vergehen, um die Substanz noch vollständig detektieren zu können. Allerdings weist eine aktuelle Studie (Brailsford et al. 2012) darauf hin, dass nach Aufnahme relativ niedriger Dosen, ein Nachweis im Urin bereits nach 4 Stunden nicht mehr möglich sein kann. Für den Nachweis von GHB werden keine routinemäßigen Übersichtsanalysen durchgeführt, sondern Spezialanalysen wie die GC/MS oder LC/MS (Mußhoff und Madea 2008).

Derzeit werden verschiedene Grenzkonzentrationen zur analytischen Unterscheidung der physiologischen Werte von GHB diskutiert.

Bisher wurde eine GHB-Konzentration größer als 10 mg/l im Urin und über 4 mg/l im Blut/Plasma als Hinweis für eine exogene Aufnahme der Substanz angesehen (Elliot 2003, Erdmann et al. 2006). Besondere Schwierigkeiten bei dem Nachweis von GHB treten dann auf, wenn die Substanz bereits seit längerer Zeit in Proben gelagert worden ist und dadurch mit einer zeitlichen Verzögerung untersucht wird. Eine nicht erfolgte Kühlung der Proben kann hierbei zu Fehlern bei der Auswertung der Testergebnisse durch eine in vitro Produktion führen. Zur Abschätzung von Lagerungsartefakten empfiehlt es sich, unverdächtige Proben, welche unter gleichen Bedingungen aufbewahrt wurden, mit zu untersuchen (Mußhoff und Madea 2008).

1.5.2 Körperliche Untersuchung und Beweissicherung

Eine weitere, unumgängliche Maßnahme zur Beweismittelsicherung dafür, dass eine Person tatsächlich Opfer eines Sexualdelikts geworden ist, wäre Graß et al. zufolge eine eingehende körperliche Untersuchung. Im Fall, dass es sich bei dem Opfer um eine Frau handelt, sollte unbedingt ein genauer gynäkologische Status erhoben werden. Diese sollte nach folgenden Untersuchungskriterien erfolgen (nach Mußhoff und Madea 2008 und Madea und Mußhoff 2009):

- Inspektion des Körpers auf Verletzungen, Antragungen, Entzündungen, vor allem in Bezug auf Hämatome an der Innenseite der Oberschenkel, Kratzspuren an den Brüsten oder anderweitige Bagatellverletzungen
- Durchführung einer Spekulumuntersuchung wegen etwaiger Rötungen oder Verletzungen im Vaginalbereich
- Gynäkologischer Tastbefund wegen eventuell vorliegender Schmerzen
- Untersuchung von Analring und perianaler Region

Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, ob mögliche DNA-Spuren vorhanden sind, um diese dann für die Beweismittellage sicherzustellen (Graß et al. 2004). Hierbei beschreiben Mußhoff und Madea (2008) in ihrem Artikel drei allgemein gültige Schritte der Spurensicherung, um möglichst eindeutige Beweise für eine begangene Sexualstraftat zu erhalten:

- Epithelzellsicherung zum Erhalt von Kontaktspuren für eine spätere Untersuchung (zum Beispiel Blutgruppen-, DNA-Untersuchung) zur Identifizierung des Täters/der Täterin [Bauchdecke oberhalb der Schambehaarung und an den Oberschenkeln (innen) sowie sonstige (intime) Körperkontaktstellen]
- Sicherungsart: Mit unbepuderten Einmalhandschuhen einen Klebefilmstreifen (transparent) auf die Hautbereiche kleben, anschließend über eine Petrischale kleben und beschriften.
- Schamhaare auskämmen und verpacken; Vergleichsschamhaare abschneiden (kurz über der Haarwurzel, etwa 20 Haare) und verpacken
- Abstriche für den Nachweis von Spermien: Vagina 2 Abstriche, gegebenenfalls Mund, Anus und andere Körperbereiche nach Angaben des Opfers

Sicherungsart: Watteträger auf Holz, Spur aufnehmen, trocknen lassen und zum Beispiel in ein Glasröhrchen verpacken.

1.6 Prävalenz

Drogenassoziierte Sexualdelikte haben - vor allem US-amerikanischen Berichten zufolge – in den letzten Jahren signifikant zugenommen. Genaue epidemiologische Daten sind auf Grund der hohen Dunkelziffern jedoch nicht zu ermitteln (Madea und Mußhoff 2009).

Für den Zeitraum 1995 bis 1998 konnten im Münchner Institut für Rechtsmedizin insgesamt 92 Fälle mit Verdacht auf Gabe eines K.-o.-Mittels registriert werden. Als Anschlussstraftaten stand dabei Raub mit 47,8 % deutlich vor Sexualdelikten (Vergewaltigung 13 %), und Tötungen (5,4 %) sowie anderen sonstigen Delikten. Bezüglich der genauen Substanzart der nachgewiesenen K.-o.-Mittel betrug der Anteil an Benzodiazepinen über 60 % (in Verbindung mit anderen Arzneistoffen sogar 80 %). Erst mit größerem Abstand folgten andere psychotrop wirksame Fremdstoffe, wie zum Beispiel trizyklische Antidepressiva (6,7 %), Codein (4,4 %) sowie Clozapin, Ketamin, Haloperidol, Promethazin, Barbiturate, LSD und Sulpirid (jeweils 2,2 %). In 38 % der Fälle, bei denen keine K.-o.-Mittel nachgewiesen werden konnten, wurde Alkohol mit einem durchschnittlichen Blutalkoholspiegel von 1,3 ‰ festgestellt (Christmann 2003).

Dagegen konnte im Rahmen einer retrospektiven Analyse von 1014 DFSA-Fällen aus Großbritannien, welche in den Jahren 2000-2002 durchgeführt wurde, ein positiver Alkoholnachweis in sogar 470 Fällen belegt werden. Dies entspricht einem Anteil von 46 %. An zweiter Stelle wurden illegale Drogen in 344 Fällen (34 %) nachgewiesen. Dabei

handelte es sich zu 26 % um Cannabis und zu 11 % um Cocain. Nur in 21 von 1014 Fällen (2 %) konnten unfreiwillig eingenommene Medikamente nachgewiesen werden (Scott-Ham und Burton 2006).

Eine Studie von Slaughter (2000) bestätigt ebenfalls, dass es sich bei Alkohol in Fällen von DFSA um ein wichtiges und oft verwendetes Rauschmittel handelt.

Es wurden 2003 Fälle ausgewertet, in denen innerhalb von 72 Stunden Proben gewonnen wurden. In 60,9 % der Fälle ergab sich ein positiver Befund. Von diesem Anteil war zu 63% ein alkohol- und zu 30 % ein cannabispositives Ergebnis zu verzeichnen (Slaughter 2000).

Auch in einer jüngeren US-amerikanischen Studie wurde von einer sogenannten Dreistufigkeit berichtet, wonach Alkohol am häufigsten als Knockout-Substanz fungierte im Vergleich zu illegalen Drogen und Arzneimitteln mit sedierenden Eigenschaften, welche erst an zweiter und dritter Stelle nachzuweisen waren (Bechtel und Holstege 2007).

Laut Madea et al. haben Fälle von drogenassoziierten Sexualdelikten in den letzten Jahren eindeutig zugenommen. Für Bonn war in den Jahren 1997 bis 2006 eine Verzehnfachung der Fallzahlen zu verzeichnen; während im Jahr 1997 der Anteil an Opfern von Sexualdelikten lediglich 3,5 % betrug, registrierte man 2006 einen Prozentanteil von ungefähr 13 %. Bezüglich der Fallzahlen der Sexualstraftäter konnte im Jahr 1997 ein Prozentanteil von circa 1 % verzeichnet werden, 2006 hingegen stieg der Prozentanteil auf 26,5 % an. Insgesamt sind die Fallzahlen von Tätern und Opfern im Zeitintervall von 1997 und 2006 von 4 % auf 40 % angestiegen. Im Rahmen dieser Statistik wurden jedoch mehr Tatverdächtige (n=130) als Opfer (n=86) untersucht (Madea et al. 2008).

Im Rahmen dieser Bonner Studie wurde bei den Tatverdächtigen der Alkohol mit einem Anteil von 72,3 % als die am häufigste nachgewiesene Fremdsubstanz nachgewiesen, während seitens der Opfer Alkohol nur zu 44,2 % der Fälle detektiert werden konnte (Madea et al. 2008).

Bezüglich der nachgewiesenen Wirkstoffgruppen bei den Tatverdächtigen ergaben sich folgende Ergebnisse:

Bei den mutmaßlichen Straftätern stand in 22 von 130 Fällen eine Urinprobe zur Verfügung, woraus sich 16 positive Befunde ergaben. In 123 Fällen wurde eine Blutprobe untersucht, die in 71 Fällen positive toxikologische Befunde aufwies.

Bei den Substanzgruppen handelte es sich primär um THC, gefolgt von Cocain, Amphetaminen und Sedativa (Madea et al. 2008).

Bei den Opfern wurde lediglich in 36 von 86 Fällen eine Urinprobe abgegeben, die in 19 Fällen positive Ergebnisse erbrachte. In 76 Fällen wurden bei den Opfern Blutproben entnommen, deren Untersuchung in 32 Fällen positiv ausfiel. Hinsichtlich der eingenommenen Wirkstoffgruppen konnte bei den Personen, die einer Sexualstraftat zum Opfer fielen, an erster Stelle sedierende Substanzen wie Benzodiazepine und THC nachgewiesen werden. Nachrangig konnten auch Cocain und Amphetamine detektiert werden (Madea et al. 2008).

Diese Daten decken sich mit internationalen Erfahrungen (ElSohly und Salamone 1999, Hurley et al. 2006, Scott-Ham und Burton 2006).

Zusätzlich beinhaltet die Bonner Studie Angaben über Substanzgruppen, welche Opfern und Tätern gegen ihren Willen verabreicht wurden; an erster Stelle sind dabei Benzodiazepine zu verzeichnen (n=12), gefolgt von anderen Hypnotika (Zopiclon, GHB > 10 µg/ml im Urin (n=3)), Antihistaminika (Diphenhydramin, n=2), sedierende Antidepressiva (n=1) sowie andere illegale Drogen (Ecstasy, n=3) (Madea et al. 2008).

Eine weitere Studie, die sich ebenfalls mit der Epidemiologie von DFSA-Fällen auseinandersetzt, trägt den Titel „The epidemiology of drug facilitated sexual assault“ und wurde in Australien erhoben (Hurley et al. 2006).

Hierbei wurden alle Akten aus dem Victorian Institute of Forensic Medicine, die die Fälle von angeblichen drogenassoziierten sexuellen Übergriffen im Zeitraum von April 2002 bis April 2003 beinhalteten, herausgesucht und durchgesehen (Hurley et al. 2008).

Dabei konnten von 434 sexuellen Übergriffen auf erwachsene Personen 76 DFSA-Fälle nachgewiesen werden. Die verzögerte Zeitspanne zwischen dem angeblichen Vorfall bis zur Untersuchung betrug im Durchschnitt 20 Stunden (Hurley et al. 2006).

In 77 % dieser DFSA-Fälle wurde ein Alkoholkonsum in den Stunden vor dem Übergriff von den Betroffenen angegeben. Zum Zeitpunkt der Untersuchung konnte immer noch zu 37 % der Fälle eine Blutalkoholkonzentration von 0,11 % nachgewiesen werden (Hurley et al. 2006).

Im Rahmen dieser Studie gaben 49 % der Personen, die einem DFSA zum Opfer gefallen sind, an, dass diese zum Zeitpunkt des sexuellen Übergriffs Medikamente eingenommen hatten, welche ihnen ärztlich verordnet worden waren. 26 % der Betroffenen gaben dage-

gen an, zum Zeitpunkt des Vorfalls Drogen zur Entspannung und Stimmungsaufhellung wie zum Beispiel Cannabis, Heroin, Ecstasy, Diazepam oder Fluvoxamin konsumiert zu haben (Hurley et al. 2006).

Bei 20 % der Studienteilnehmer beziehungsweise bei 3 % aller Fälle von sexuellen Übergriffen konnte ein Konsum von Rauschmitteln nachgewiesen werden, der aber zuvor von keinem der Betroffenen angegeben worden war. Bei diesen Drogen handelte es sich in jeweils 4 Fällen um Cannabisprodukte, Antidepressiva und Benzodiazepine. In je 3 Fällen konnten Amphetamine und Opiate detektiert werden (Hurley et al. 2006).

Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um Personen, die in Folge eines erlebten Sexualvergehens eine medizinische Versorgung von Ärzten erhielten, die am Victorian Institute of Forensic Medicine praktizierten. Voraussetzung für diesen medizinischen Dienst war, dass die Betroffenen die Sexualstraftaten, denen sie zum Opfer gefallen sind, bei der Viktorianischen Polizei meldeten (Hurley et al. 2006).

Fragestellung

Es soll ermittelt werden, wie hoch die Prävalenz eigener Erfahrungen von Frauen und Männern ab 18 Jahre mit sogenannten K.-o.-Tropfen in Hamburg ist. Vor allem die Frage, wie viele Frauen und Männer bereits ein Erlebnis eines „Blackouts“ hatten und welche Konsequenzen sie gezogen haben, sollen durch die Studie beantwortet werden. Mögliche Konsequenzen sind zum Beispiel eine Anzeige bei der Polizei, eine Urinprobenabgabe oder ein verändertes Ausgehverhalten. Zudem soll untersucht werden, wie der derzeitige Wissensstand bezüglich eines möglichen Substanznachweises und möglicher präventiver Verhaltensmaßnahmen ist. Ein weiteres Ziel dieser Studie ist, den Bedarf an weiteren Informationen zu erheben, um die Notwendigkeit einer Präventionskampagne zu ermitteln.

Methode

3.1 Umfrageerhebung

Zur Ermittlung der Prävalenz der Erfahrungen von volljährigen Männern und Frauen mit K.-o.-Tropfen wurde ein Fragebogen (Darstellung der Fragebogenmaske: siehe Anhang 12.2) entwickelt. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte durch die Autorin in Zusammenarbeit mit Frau Dr. rer. nat. Hilke Andresen-Streichert und Frau Claudia Maria Schmidt. Er besteht aus insgesamt 44 Fragen und umfasst verschiedene Fragetypen mit 3 möglichen Antwortschemata:

- 19 Fragen mit Ja / Nein – Antworten
- 14 Fragen mit Mehrfachantworten
- 11 Fragen mit Einfachantworten

Die Erfassung der Daten erfolgte als Online-Umfrage mittels einer Plattform namens „UniPark“; dabei wurden die Angaben der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer anonym ausgewertet.

Seit 2005 nimmt die Universität Hamburg am UniPark-Programm der Firma Questback AG, Hürth teil. Über die Teilnahme am Unipark-Programm können Angehörige der Universität Hamburg Zugang zur Online-Befragungssoftware EFS Survey von Questback AG erhalten. EFS Survey wird auf den firmeneigenen Servern der Questback AG zur Verfügung gestellt. Auf diesen Servern wird über eine Web-Oberfläche das Projekt mit Hilfe von EFS Survey erstellt und die Daten der Umfrage(n) gespeichert. Tutorials für Online-Umfragen mit Unipark sind unter folgendem Link zu finden: http://www.unipark.info/230-0-tutorials-fuer-online-umfragen.htm.

Der Fragebogen wurde vom 02.02. bis zum 30.04.2012 online freigeschaltet, nachdem dieser von 8 Personen auf Fehler überprüft und getestet wurde. Aufgrund der zunächst niedrigen Teilnehmeranzahl wurde die Online-Umfrage nach Ablauf der ersten Online-Frist noch einmal um einen Monat verlängert, so dass die einzelnen Probandinnen und Probanden die Möglichkeit hatten, den Fragebogen bis zum 31.05.2012 auszufüllen.

Um möglichst viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer für diese Umfrage zu rekrutieren, wurden Flyer (Darstellung des Flyers: siehe Anhang 12.1) mit dem Link zur Online-Umfrage in unterschiedlichen Bars und Diskotheken Hamburgs verteilt, um damit auf den Link aufmerksam zu machen.

Zur Steigerung der Motivation zur Teilnahme an der Umfrage war es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter der freiwilligen Angabe ihrer E-Mail-Adresse möglich, je einen von insgesamt drei Amazon-Gutscheinen im Wert von jeweils 50 Euro zu gewinnen.

Um ein möglichst breites Spektrum an Teilnehmer/innen zu erreichen, wurden für den Großbereich Hamburg gezielt Lokalitäten in Stadtteilen mit einem unterschiedlichen Publikum sowie einer unterschiedlichen Struktur ausgewählt (Übersicht über die Stadtteile: siehe Anhang 12.3). Aufgrund der Tatsache, dass St. Pauli das bevorzugte Viertel für abendliche Aktivitäten in Hamburg ist, wurde dieser Stadtteil besonders berücksichtigt.

Die Flyer wurden in folgenden Bars, Diskotheken und Kulturstätten der jeweiligen Stadtteile verteilt:

Bars

- St. Georg: Generation-Bar, Kyti VOO, Cafe´ Gnosa, CUBE
- Altona: kir, Aurel, Reh Bar, Familieneck
- Schanzenviertel: frank und frei, Goldfischglas, Cafe´ Chakra, bedford, Kulturhaus III & 70, Boteko, Kaffeekontor, Dschungel, Omas Apotheke
- Gängeviertel: Jupi-Bar, Unter der Linde, jaf-Verein für medienpädagogische Praxis Hamburg e.V.
- St. Pauli / Große Freiheit: Thai Oase, Monika Bar, Olivia Jones Bar, Halo Gastro & Event GmbH, Jams Club, Shooter's Bar, Highway, Gaststätte Gretel & Alfons
- St. Pauli / Hamburger Berg: Ex-Sparr, Villa Kunter Bunt, Rosi's Bar, , Roschinsky's, Hotel Hong-Kong, Bambi Bar, Parzelle, Bergsteiger Bar, Barbarabar
- St. Pauli / Hans-Albers-Platz: La Paloma, Murphy's Irish Pub, Rote Laterne

Diskotheken / Kulturstätte

- St. Pauli / Große Freiheit: Funky Pussy Club, Dollhouse Beach Club
- St. Pauli / Hamburger Berg: Nachtlager, Pooca, Headcrash Pakt Entertainment GmbH
- Hammerbrook: Markthalle
- Barmbek: Kampnagel
- St. Pauli / Fischmarkt: Hafenklang

- St. Pauli / Hafenstraße: Golden Pudel Club
- Altona: Fabrik
- Eilbek: H1 Club & Lounge

Zusätzlich zur Auslage der Handzettel in den oben genannten Einrichtungen wurden innerhalb des Zeitraumes vom 1.04. bis 31.05.2012 an einem Abend in der Woche jeweils circa 150 Flyer an Passanten verteilt, die sich in der Großen Freiheit, auf dem Hamburger Berg oder auf dem Hans-Albers-Platz in Hamburg St. Pauli aufhielten.

3.2 Statistik

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistik-Software-Programm „PASW®“ (Predictive Analytics Software).

Mit Hilfe dieses Programms war es zudem möglich, mit dem „Exakten Test nach Fisher“ Korrelationsberechnungen durchzuführen. Hierbei dient der Exakte Test nach Fisher zum Testen der Nullhypothese der Unabhängigkeit zweier binärer Merkmale. Infolgedessen können etwaig bestehende Zusammenhänge oder Muster innerhalb der gewählten Antwortmöglichkeiten der Online-Fragebogenmaske ermittelt werden.

Die Resultate des Exakten Tests nach Fisher sind in den Tabellen 1 bis 11 angegeben.

Signifikanz für eine Abhängigkeit der beiden binären Merkmale ist dann gegeben, wenn der zweiseitige P-Wert höchstens 0,05 ist.

Hierbei wurden die Korrelationen sowohl zwischen den einzelnen Symptomen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an sich beobachtet hatten als auch bei folgenden Fragestellungen berechnet:

- dem Verdacht einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung und dem Anwenden der Ausrede, K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben, um ein Fehlverhalten zu entschuldigen
- der Angst vor einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung und der Vermutung, K.-o.-Tropfen von einer/einem Unbekannten verabreicht bekommen zu haben
- dem Verdacht, schon einmal K.-o.-Tropfen von einer/einem Unbekannten verabreicht bekommen zu haben und dem Treffen von Vorkehrungen gegen eine mögliche Verabreichung von Knockout-Mitteln
- dem Vorhandensein von Folgeproblemen und der Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen

- dem Wunsch nach einer professionellen Unterstützung und der Angst vor einer möglichen Verabreichung von K.-o.-Tropfen
- der Angst vor einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung und der Geschlechtszugehörigkeit
- dem Verdacht, schon einmal Knockout-Mittel verabreicht bekommen zu haben und der Geschlechtszugehörigkeit
- dem Wunsch nach weiteren Informationen zu K.-o.-Tropfen und der Geschlechtszugehörigkeit

Ergebnisse

4.1 Epidemiologische Daten

Es nahmen insgesamt 61 Personen an der Studie teil.

Aufgrund eines technischen Problems war es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in dem Zeitraum vom 01.05. bis 31.05.2012 jedoch nicht möglich, auf die Online-Umfrage zuzugreifen.

Die Teilnehmerzahl bestand zu 77 % aus Frauen und zu 23 % aus Männern.

Im Mittel betrug das Alter der Befragten 32 Jahre; eine genaue Altersverteilung geht hierbei aus der Abbildung 1 hervor.

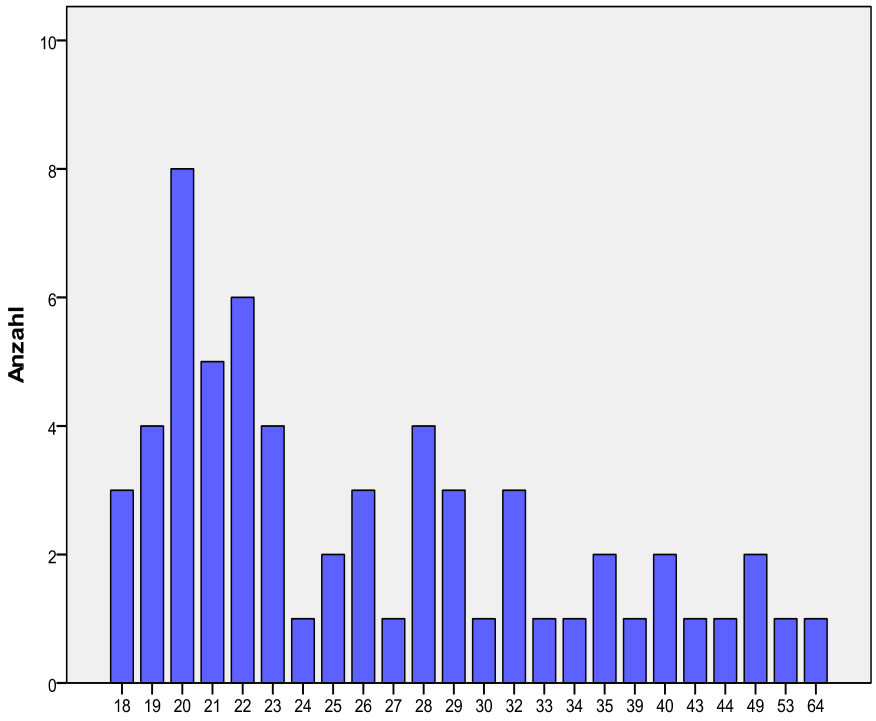


Abbildung 1 *Altersverteilung innerhalb der Teilnehmerschaft (n=61)*

Des Weiteren ging aus dieser Befragung hervor, dass 58 der 61 Teilnehmer eine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen; die restlichen drei Probanden waren Staatsbürger von Kanada, Kasachstan und Spanien.

Bezüglich des derzeitigen Familienstandes gaben 53 Teilnehmer an, ledig zu sein; drei weitere Probanden fügten hierbei unter der Rubrik „Sonstiges“ hinzu, sich derzeit in einer Beziehung zu befinden beziehungsweise „verpartnert“ zu sein.

Der Rest der Teilnehmer war entweder verheiratet oder geschieden.

Die Antwortoption „Getrennt lebend“ wurde von keinem der Teilnehmer ausgewählt.

Die Abbildung 2 zeigt die genaue Verteilung auf.

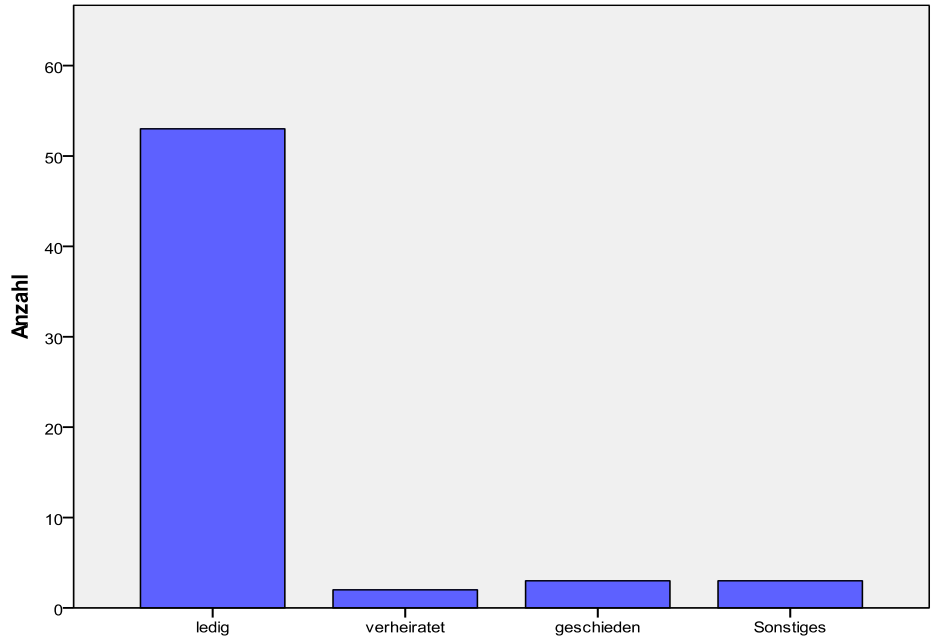


Abbildung 2 *Häufigkeitsverteilung des derzeitigen Familienstandes der Teilnehmer (n=61)*

Eine weitere Frage bezog sich auf die aktuelle Wohnsituation der Teilnehmer; diese ist in Abbildung 3 dargestellt.

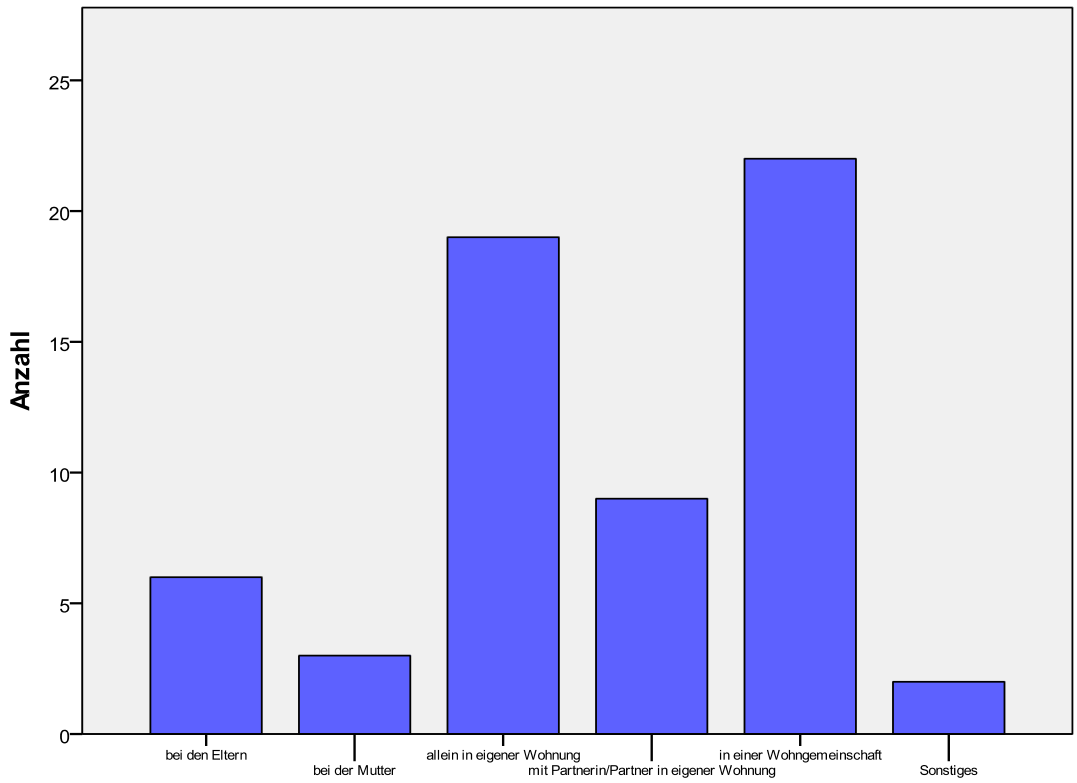


Abbildung 3 *Häufigkeitsverteilung der aktuellen Wohnsituation der Teilnehmer (n=61)*

Der Großteil der Befragten wohnte entweder in einer Wohngemeinschaft (36,1 %) oder alleine in einer eigenen Wohnung (31,1 %).

Neun Probanden (14,8 %) gaben an, mit ihrer Partnerin/ihrem Partner in einer eigenen Wohnung zu leben, 9,8 % wohnten noch bei den Eltern.

Unter „Sonstiges“ wurde von einem Teilnehmer angegeben, mit dem Partner in einer Wohngemeinschaft zu wohnen und von einem anderen Befragten, mit dem Partner und Kind zu leben.

Keiner der Befragten machte die Angabe, „Beim Vater“ zu leben.

In Bezug auf den aktuellen Wohnort gaben 83,6 % der 61 Probanden an, in der Stadt Hamburg zu wohnen.

Die restlichen Teilnehmer gaben folgende Städte als ihren aktuellen Wohnort an: Augsburg, Galway/Irland, Münster (Westfalen), Neumünster, Norderstedt, Rellingen, Rostock, Salzgitter und Uetersen.

Zur Ermittlung der epidemiologischen Daten der einzelnen Teilnehmer bezog sich eine Frage auf den höchsten Schul- oder Studienabschluss; die Ergebnisse sind in Abbildung 4 dargestellt.

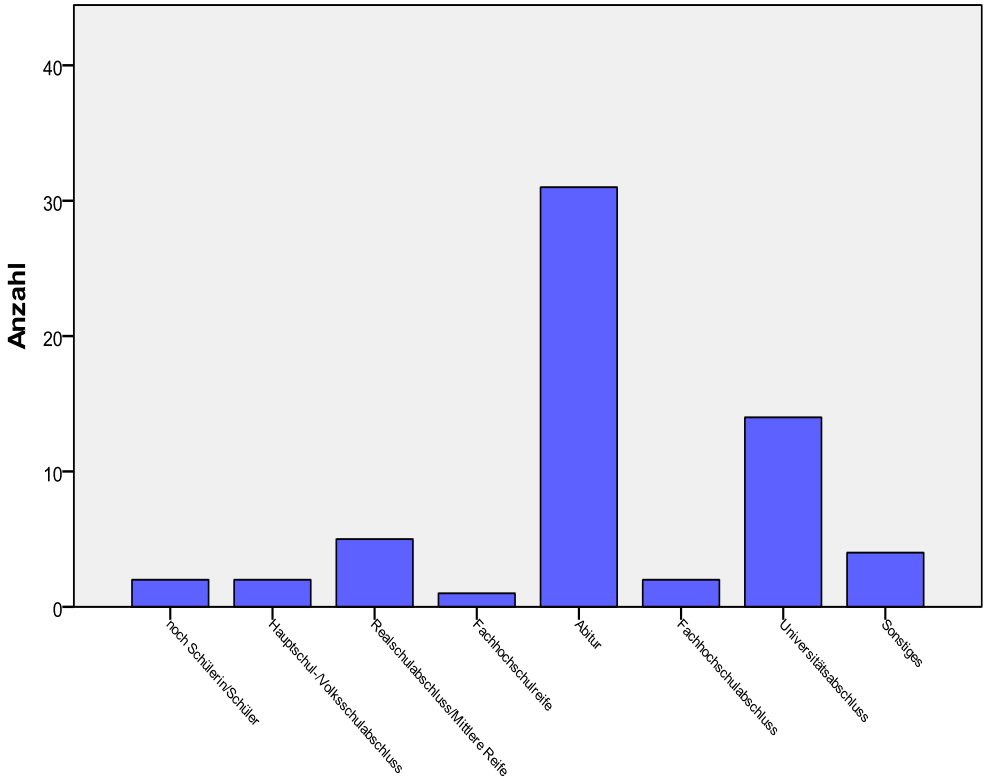


Abbildung 4 *Häufigkeitsverteilung des höchsten Schul- oder Studienabschlusses der Teilnehmer (n=61)*

Unter der Rubrik „Sonstiges“ wurde pro Person je eine der folgenden Angaben gemacht: Diplom Fernstudium, Diplom nach der Ausbildung mit anschließendem, noch nicht abgeschlossenem Studium an der Universität Hamburg, Promotion als Dr. rer. nat. sowie ein Irish Leaving Certificate.

Die Antwortmöglichkeit „Kein Schulabschluss“ wurde von keinem der Teilnehmer gewählt.

Die letzte epidemiologische Fragestellung befasste sich mit der aktuellen beruflichen Situation der Umfrageteilnehmer, aufgezeigt in Abbildung 5.

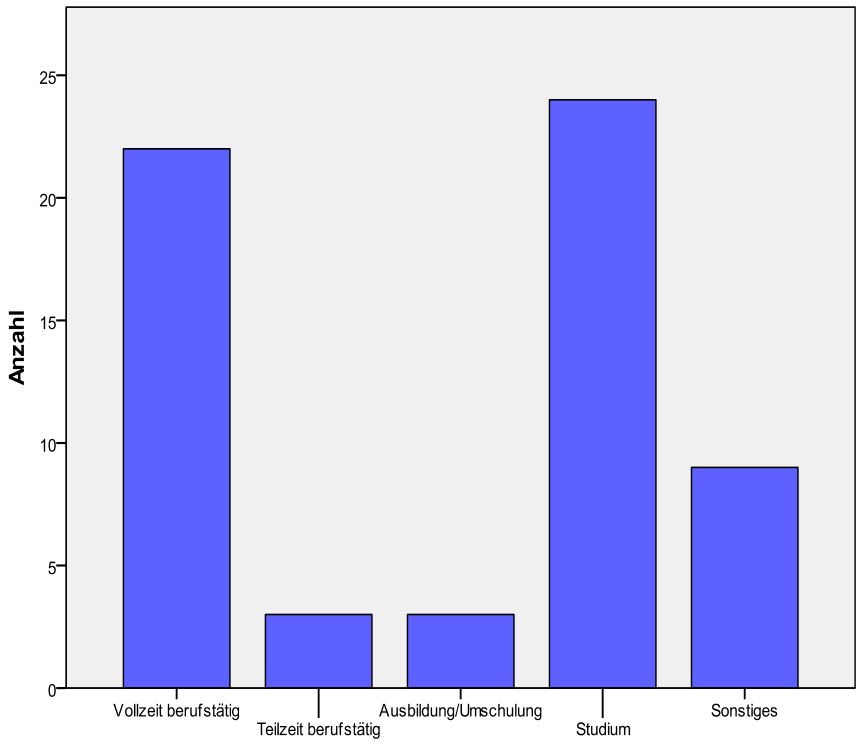


Abbildung 5 *Häufigkeitsverteilung der aktuellen beruflichen Situation der Teilnehmer (n=61)*

Sieben Probanden der gesamten Teilnehmerzahl machten dabei unter „Sonstiges“ folgende Angaben: Aushilfsjob, krank geschrieben, Minijob und Hausfrau, Praktikum im Rahmen des Studiums, „Rentner, der gerne etwas tun würde“, Schülerin und „semiprofessioneller Pokerspieler“.

Außerdem gaben zwei weitere Teilnehmerinnen „Freiberuflerin“ als aktuellen Beruf an.

Die beiden Antwortoptionen „Arbeitssuchend“ und „Hausfrau/-mann“ wurden im Rahmen der Teilnehmerschaft in keinem Fall gewählt.

4.2 Spezifische Angaben bezüglich K.-o.-Tropfen

Im Rahmen der K.-o.-Tropfen – Datenerhebung bezogen sich 36 der insgesamt 44 gestellten Fragen auf den Wissensstand, die Prävalenz und den Präventionsbedarf bei Frauen und Männern aus dem Großbereich Hamburg.

In der ersten Frage des Online-Umfragebogens wurden die Teilnehmer dazu befragt, ob diese schon einmal den Begriff Knockout-Tropfen bzw. K.-o.-Tropfen gehört hätten; daraus resultierte, dass 60 von 61 Teilnehmern der Begriff „K.-o.-Tropfen“ geläufig gewesen ist.

Bei der zweiten Frage sollten diese 60 Personen beantworten, ob ihnen die Wirkung von K.-o.-Tropfen bekannt sei; dabei gaben 81,7 % der Befragten an, die Wirkung von Knockout-Tropfen zu kennen.

Als nächstes wurden die 60 Probanden dazu befragt, ob diese schon einmal Angst hatten, K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen; 13 Männer und 21 Frauen, die insgesamt einen Anteil von 56,7 % bildeten, verneinten dies. Die Anzahl derer, die Angst vor einer Verabreichung angegeben hatten, betrug 43,3 %. Dieser Prozentanteil setzt sich dabei aus einem Mann und 25 Frauen zusammen.

In einer weiterführenden Frage wurden nun diese 26 Teilnehmer, die angaben, schon einmal Angst vor einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung gehabt zu haben, gefragt, in welcher Situation sie diese Angst schon einmal verspürt hatten. Als häufigste Örtlichkeit wurde hierbei mit 47,5 % die Antwortmöglichkeit Diskothek/Club genannt, gefolgt von Bar/Kneipe (42,5 %) und Konzert/Festival (10,0%). Privatpartys oder das Treffen im privaten Kreis wurde dabei von keinem der 26 Teilnehmer als Antwortmöglichkeit gewählt.

Die fünfte Frage richtete sich wieder an alle 60 Teilnehmer, die angegeben hatten, den Begriff K.-o.-Tropfen zu kennen. Im Rahmen dieser Fragestellung sollten diese beantworten, ob sie Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen träfen. 38 Probanden (63,3 %) gaben an, dies zu tun.

In einer weiterführenden Frage sollten diese angeben, in welcher Situation Vorsichtsmaßnahmen von ihnen getroffen werden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 6 dargestellt.

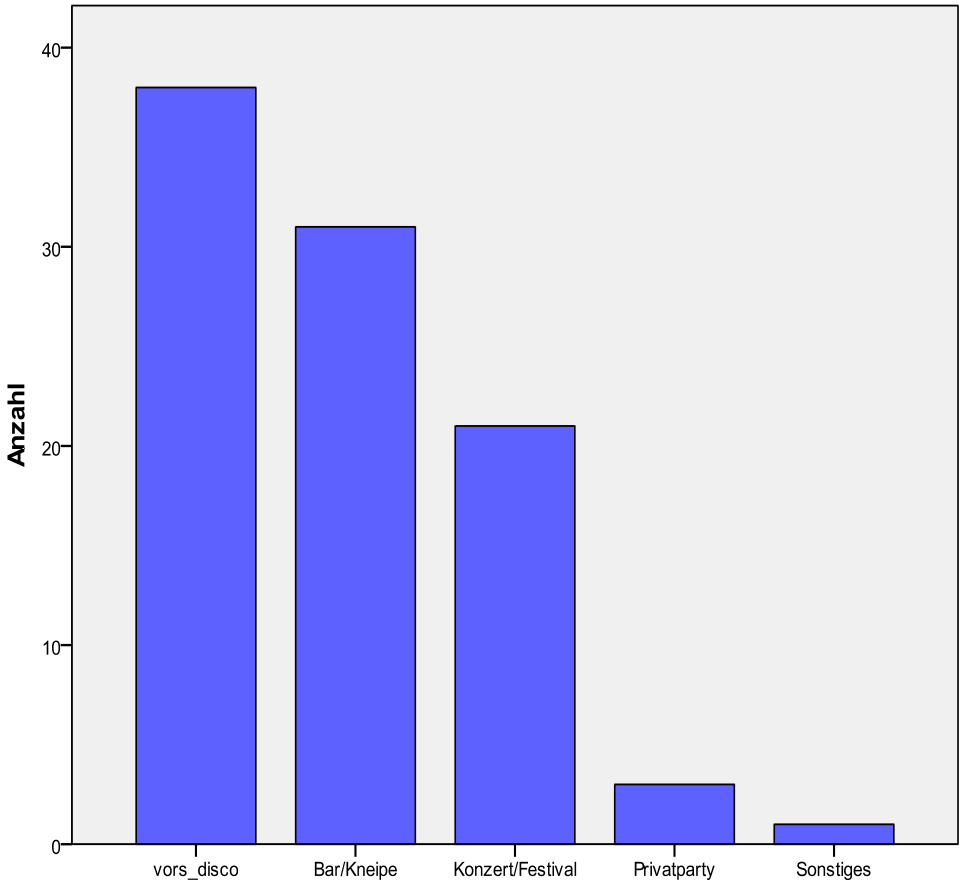


Abbildung 6 *Häufigkeitsverteilung der Situationen, in denen Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen getroffen werden (n=38)*

Hierbei gab ein männlicher Teilnehmer unter „Sonstiges“ als Situation die „Öffentlichkeit“ an, in der er Vorsichtsmaßnahmen träfe.

Neben der Frage nach den verschiedenen Situationen wurde im Rahmen der Umfrage ebenfalls ermittelt, welche Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen unternommen werden;

die Ergebnisse sind in Abbildung 7 zu sehen.

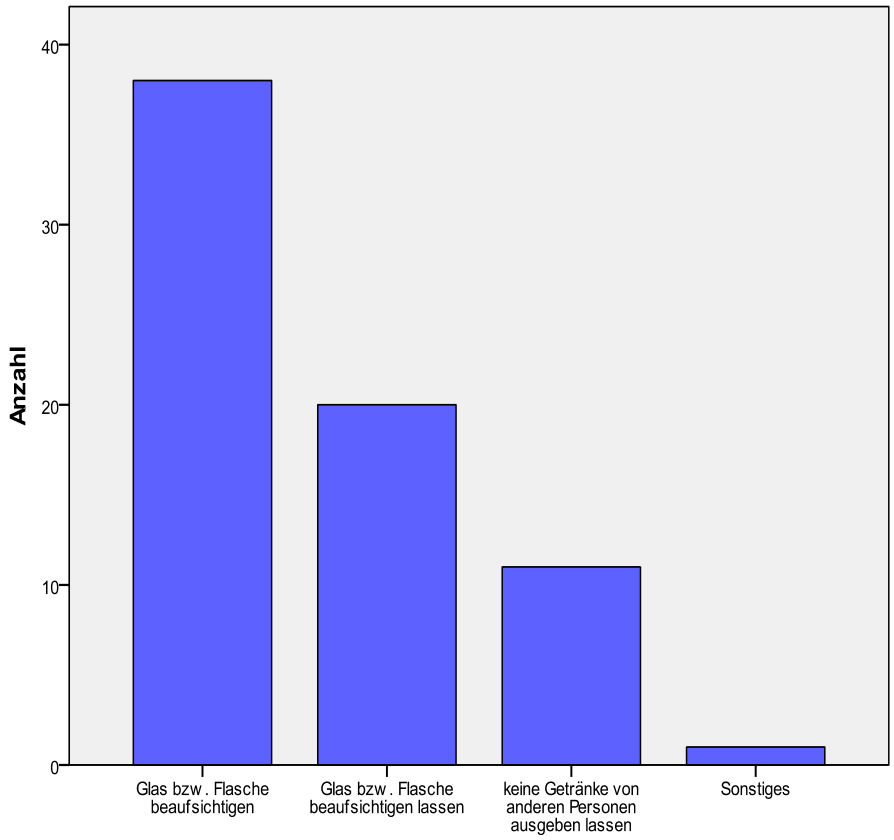


Abbildung 7 *Häufigkeitsverteilung der Vorsichtsmaßnahmen, die gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen getroffen werden (n=38)*

Unter „Sonstiges“ gab dabei derselbe Proband, der zuvor die „Öffentlichkeit“ als Situation für das Treffen von Vorsichtsmaßnahmen nannte, an, sich nur Getränke ausgeben zu lassen, wenn er sähe, wie diese direkt vor seinen Augen von der Barkraft zubereitet werden würde.

In der darauffolgenden Frage sollte eruiert werden, ob einer der 60 Teilnehmer die Verabreichung von K.-o.-Tropfen schon einmal als Ausrede für ein Fehlverhalten benutzt habe; drei Umfrageteilnehmer/innen bejahten dies, die restlichen 57 Probanden gaben an, dies noch nie getan zu haben.

Als nächstes wurden die 60 Teilnehmer dazu befragt, ob sie schon einmal den Verdacht hatten, tatsächlich K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben; 37 Befragte (61,7 %), darunter zwölf Männer und 25 Frauen, antworteten mit „Nein“. 23 Probanden (38,3 %), die sich aus zwei Männern und 21 Frauen zusammensetzten, bejahten.

Diesen 23 Teilnehmern wurden dann die Frage gestellt, ob sie denn bei diesem Verdacht ausschließen konnten, dass sie zu viel Alkohol getrunken haben, woraufhin 15 Probanden dies bejahten.

Im Rahmen der 11. Frage wurden diese 23 Umfrageteilnehmer dazu befragt, in welcher Situation ihnen ihrer Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht worden waren. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8 aufgezeigt.

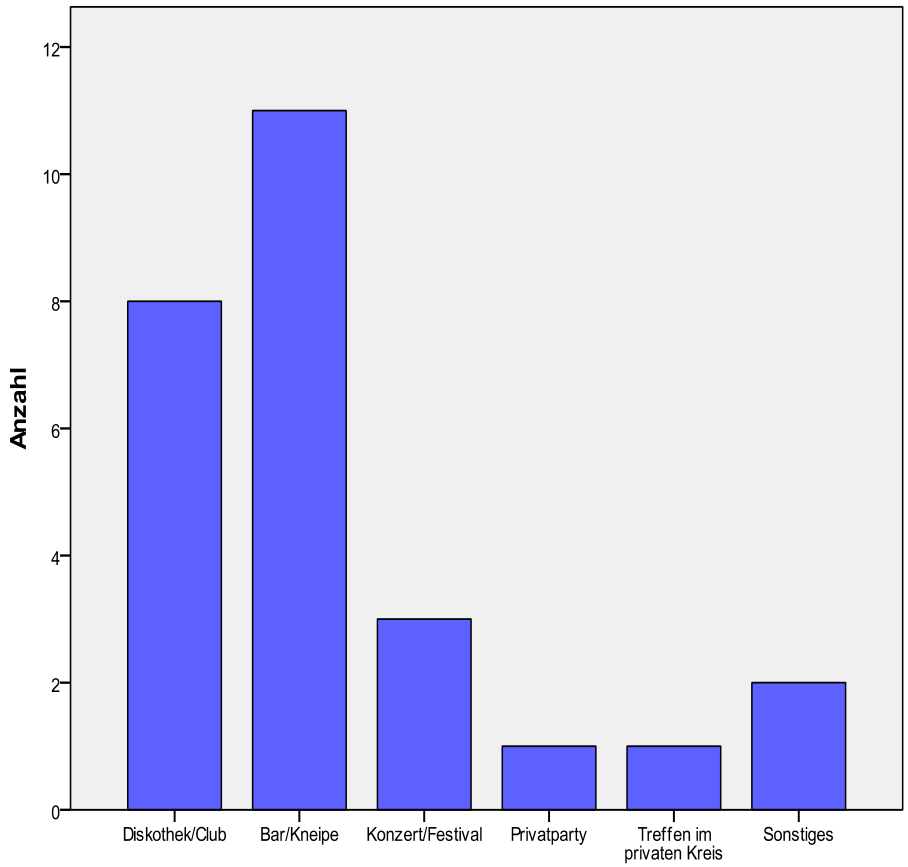


Abbildung 8 *Häufigkeitsverteilung der Situationen, in denen den Teilnehmern ihrer Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht worden waren (n=23)*

Eine der Teilnehmerinnen hatte hierbei neben der Antwortmöglichkeit „Treffen im privaten Kreis“ zusätzlich unter „Sonstiges“ angegeben, dass ihr ihrer Vermutung nach auf einem Campingplatz beim Trinken mit Freundinnen und Fremden K.-o.-Tropfen verabreicht wurden.

Eine zweite Person hatte die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ zwar angewählt, aber keine Angaben dazu gemacht.

Die 12. Frage bezog sich auf die vermutete Täterin beziehungsweise auf den vermuteten Täter. Die verschiedenen Antworten der 23 Probanden auf die Frage „Von wem wurden dir deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?“ sind in Abbildung 9 dargestellt. Bei mehr als der Hälfte der Befragten wurde ein/eine Unbekannte/r (55,2 %) als Täter/in angenommen, in 17,2 % der Fälle hatten die Probanden keine Vermutung, wer die Tat begangen haben könnte.

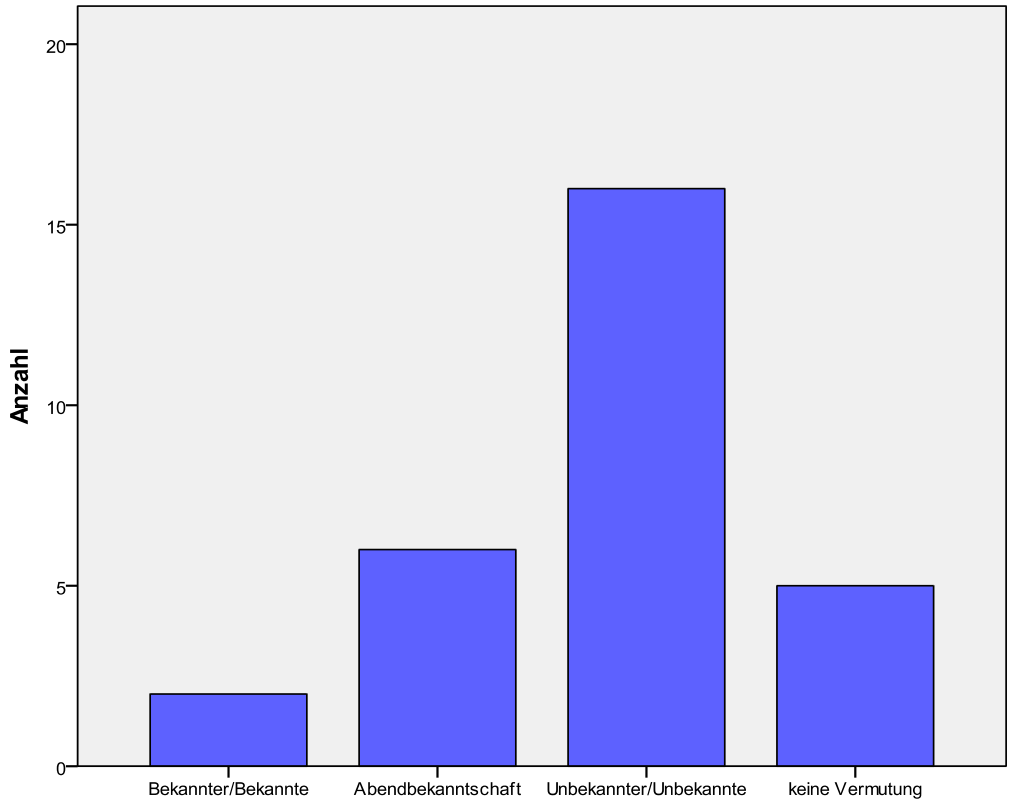


Abbildung 9 *Häufigkeitsverteilung der vermuteten Täter, die den Teilnehmern deren Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht haben (n=23)*

Im Rahmen der Umfrage wurden die 23 Teilnehmer als nächstes gefragt, ob sie jemandem von ihrem Verdacht berichtet haben. Dabei gaben 21 Probanden an, dies getan zu haben. Lediglich zwei Teilnehmer verneinten diese Frage.

Die Antworten auf die Frage, wem die 21 Probanden von ihrem Erlebnis berichtet hatten, sind in Abbildung 10 beschrieben.

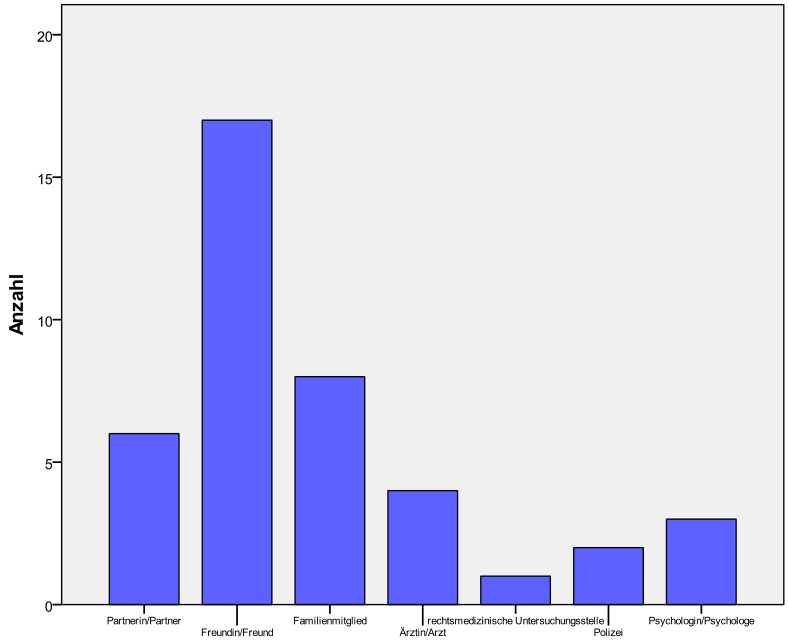


Abbildung 10 *Häufigkeitsverteilung der Personen, denen die Teilnehmer von ihrem Verdacht berichtet haben (n=21)*

Bei der darauffolgenden Frage „Hast du den Verdacht bei der Polizei angezeigt?“ gab es lediglich zwei Teilnehmer, die diese Frage bejahten. Alle anderen der 23 Probanden verneinten diese Frage.

Auf die Frage „Wurde dir nach dem Verdacht eine Blutprobe entnommen?“ verneinten 22 der 23 Befragten; nur eine Probandin beantwortete diese Frage mit „Ja“.

Diese Teilnehmerin war auch die einzige Person, die nach ihrem Verdacht eine Urinprobe abgegeben hatte. Aus der Umfrage ging dabei hervor, dass bei dieser Teilnehmerin sowohl die Blutentnahme als auch die Urinprobenabgabe in einer rechtsmedizinischen Institution erfolgte.

Die 20. Frage bezog sich auf die Symptome, die die 23 Teilnehmer im Zusammenhang mit ihrem Verdacht an sich selbst beobachtet hatten; diese sind in Abbildung 11 aufgelistet.

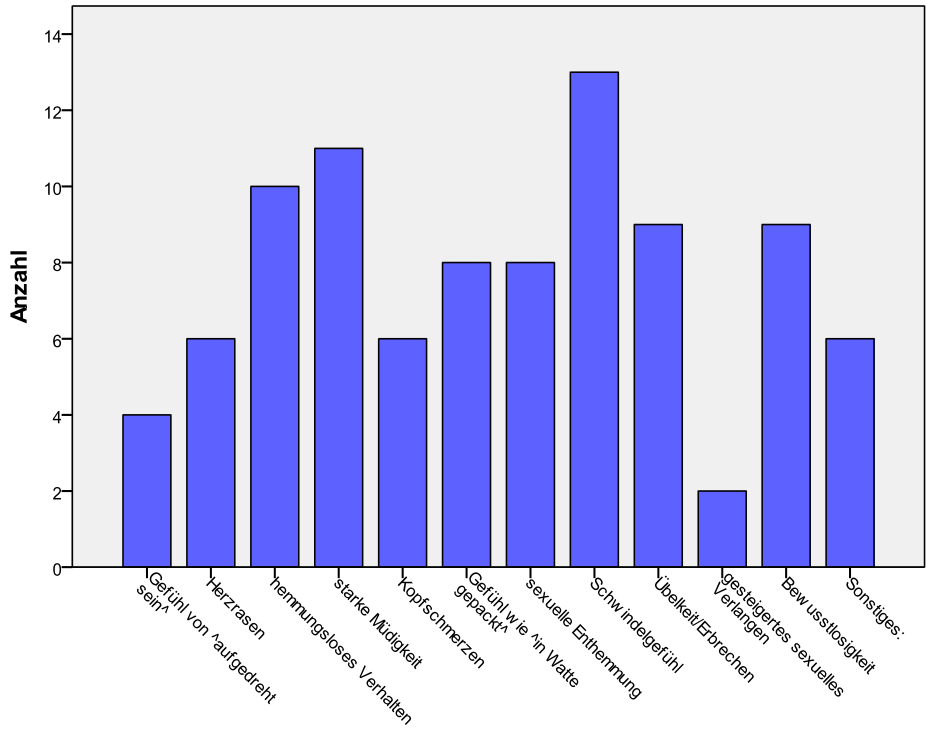


Abbildung 11 *Häufigkeitsverteilung der Symptome, die die Teilnehmer im Zusammenhang mit deren Verdacht beobachtet haben (n=23)*

Sechs Teilnehmerinnen der 23 Probanden nannten in diesem Zusammenhang noch weitere Symptome, die sie im Zusammenhang mit ihrem Verdacht an sich beobachten konnten:

- Gedächtnisverlust
- „Größtenteils fehlende Erinnerung an den Abend, meiner Einschätzung nach nicht aufgrund von Alkohol“
- „Hatte am nächsten Tag Brandwunden (Zigaretten)“
- „Sexuelle Enthemmung wurde mir von einem guten Freund berichtet, ich habe einen totalen Blackout in dieser Nacht“
- Wahnvorstellungen
- Zwischenzeitliche Blackouts

Im Rahmen der nächsten weiterführenden Frage sollten die Teilnehmer angeben, ob diese im Zusammenhang mit ihrem Verdacht einen “Filmriss“ hatten; 21 der 23 Befragten bestätigten dies.

In Abbildung 12 ist dargestellt, wie lange die einzelnen Filmrisse der Teilnehmer angedauert haben.

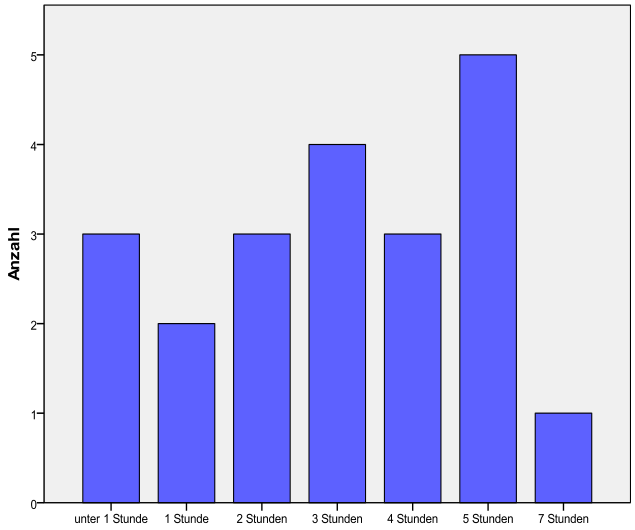


Abbildung 12 *Häufigkeitsverteilung der Filmrisslängen (in Stunden) der Teilnehmer (n=21)*

Die daran anknüpfende 23. Frage richtete sich an die 21 Teilnehmer, die angaben, einen Filmriss gehabt zu haben. Diese wurden gefragt, ob diese trotz ihres Filmrisses bruchstückhafte Erinnerungen besaßen; 21 Teilnehmer (61,9 %) beantwortete die Frage mit „Ja“.

Danach wurden die 21 Teilnehmer dazu befragt, ob es während des Filmrisses zu Ereignissen kam, die diese im Nachhinein festgestellt hatten; 15 Probanden haben dies bejaht.

Abbildung 13 gibt dabei einen Überblick über die Ereignisse, die sich laut der Teilnehmer während des Filmrisses ereignet haben.

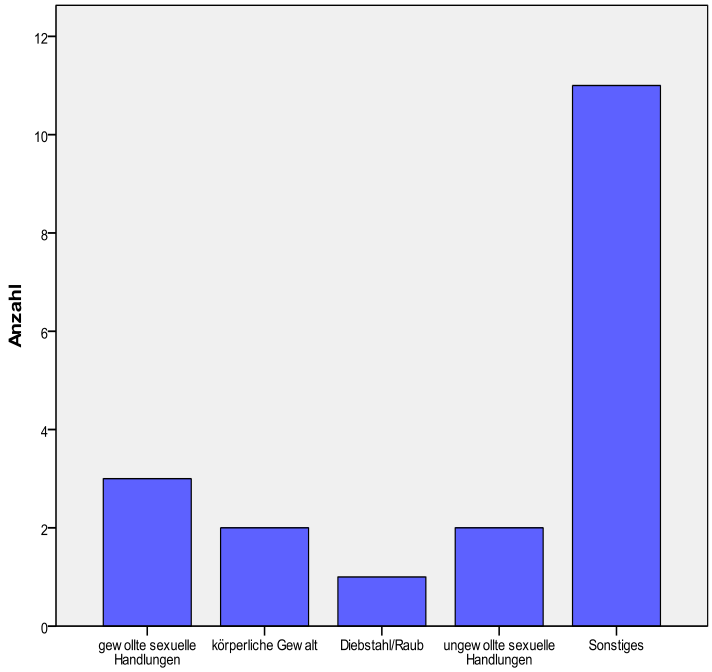


Abbildung 13 *Häufigkeitsverteilung der Ereignisse, die sich laut der Teilnehmer während ihres Filmrisses ereignet haben (n=15)*

Unter dem Punkt „Sonstiges“ wurde der Fragebogen um folgende Angaben durch mehrere Probanden ergänzt:

- „Andere Peinlichkeiten“
- „Die Unterscheidung zwischen gewollt und ungewollt ist mir aufgrund des Filmrisses nicht möglich, im Nachhinein auf jeden Fall ungewollt“
- Erbrechen, Ortswechsel
- „Mein Smartphone war nass und unbrauchbar“
- Sturz
- Trieb, Kontrollverlust, Panikattacken
- Ungewollte, leichte körperliche Übergriffe
- Verdacht auf sexuelle Nötigung, Dreck an der Brust, Hose gerissen

Die 26. Frage beschäftigte sich daraufhin mit dem Thema, ob bei den 15 Teilnehmern nach den Ereignissen Folgeprobleme aufgetreten waren; vier der 15 Befragten gaben an, nach diesen Ereignissen unter Folgeproblemen gelitten zu haben. In Abbildung 14 sind die ausgewählten Antwortmöglichkeiten hinsichtlich der Folgeprobleme aufgelistet:

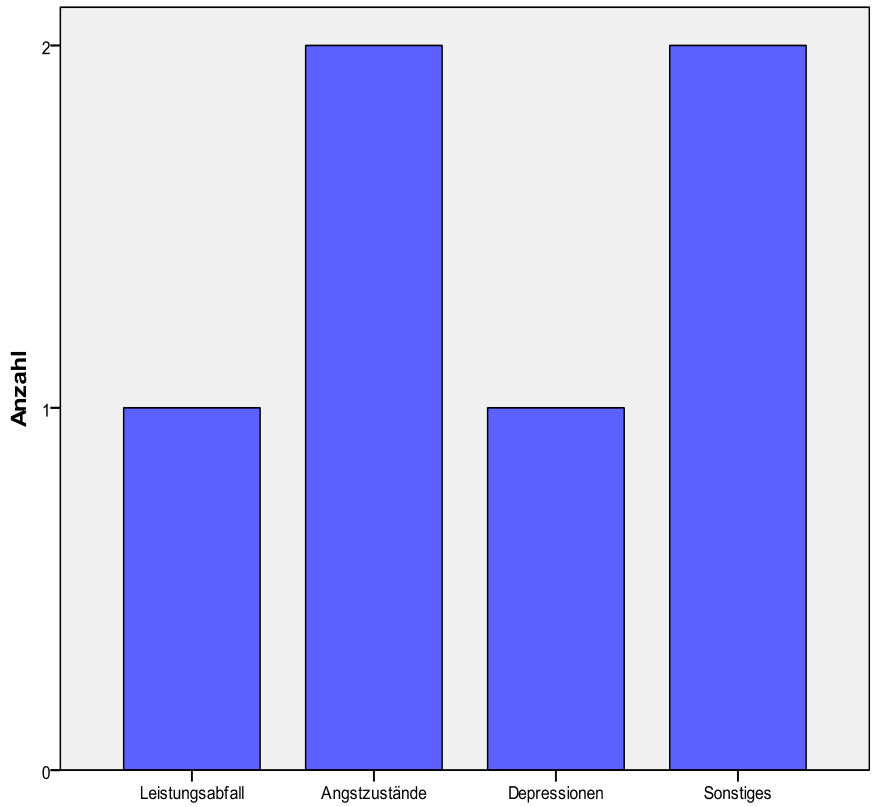


Abbildung 14 *Häufigkeitsverteilung der Folgeprobleme der Teilnehmer nach den Ereignissen (n=4)*

Zudem gaben alle vier Befragten an, ein verändertes Verhalten als ein weiteres Folgeproblem an sich selbst wahrgenommen zu haben; eine Teilnehmerin dieser vier Probanden nannte als zusätzliche Komplikation Kreislaufprobleme, die aus den durchgemachten Ereignissen resultierten.

Weiterhin wurden die 15 Teilnehmer, bei denen es während ihres Filmrisses zu Ereignissen gekommen ist, dazu befragt, ob sie im Anschluss an die Ereignisse professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hatten; nur zwei der 15 Befragten beantworteten diese Frage mit „Ja“.

Dabei handelte es sich um zwei Teilnehmerinnen, von denen die eine Probandin angab, eine Ärztin/Arzt und eine Psychologin/einen Psychologen konsultiert zu haben, während die andere Teilnehmerin nur die ärztliche Unterstützung in Anspruch genommen hatte.

Die 30. Frage richtete sich hingegen an die 13 Teilnehmer, die trotz der ihnen zugestoßenen Ereignisse keine professionelle Unterstützung genutzt hatten und lautete: „Hättest du

dir nach den Ereignissen professionelle Unterstützung gewünscht?“; 10 Teilnehmer (76,0 %) verneinten diese Frage.

Lediglich drei Personen nannten als Antwort auf die nachfolgende Frage „Durch wen hättest du dir professionelle Unterstützung gewünscht?“ jeweils zum einen die Beratungsstelle, die Psychologin/den Psychologen und die Ärztin/den Arzt.

Die 32. Frage richtete sich wieder an die 60 Teilnehmer, die anfangs angaben, den Begriff K.-o.-Tropfen zu kennen. Es wurde gefragt, ob eine Person aus dem Umfeld schon einmal den Verdacht hatte, dass ihr K.-o.-Tropfen verabreicht wurden; 50% sagten „Ja“, 18,3 % verneinten dies und 31,7 % gaben an, es nicht zu wissen.

Auf die Frage „Würdest du dir Informationen zu K.-o.-Tropfen wünschen?“ gaben 46 (75,4 %) der 61 Teilnehmer an, sich Informationsmaterial über Knockout-Tropfen zu wünschen; 15 Befragte (24,6 %) verneinten dies.

Hierbei beinhaltet Abbildung 15 die gewünschten Informationen über K.-o.-Tropfen:

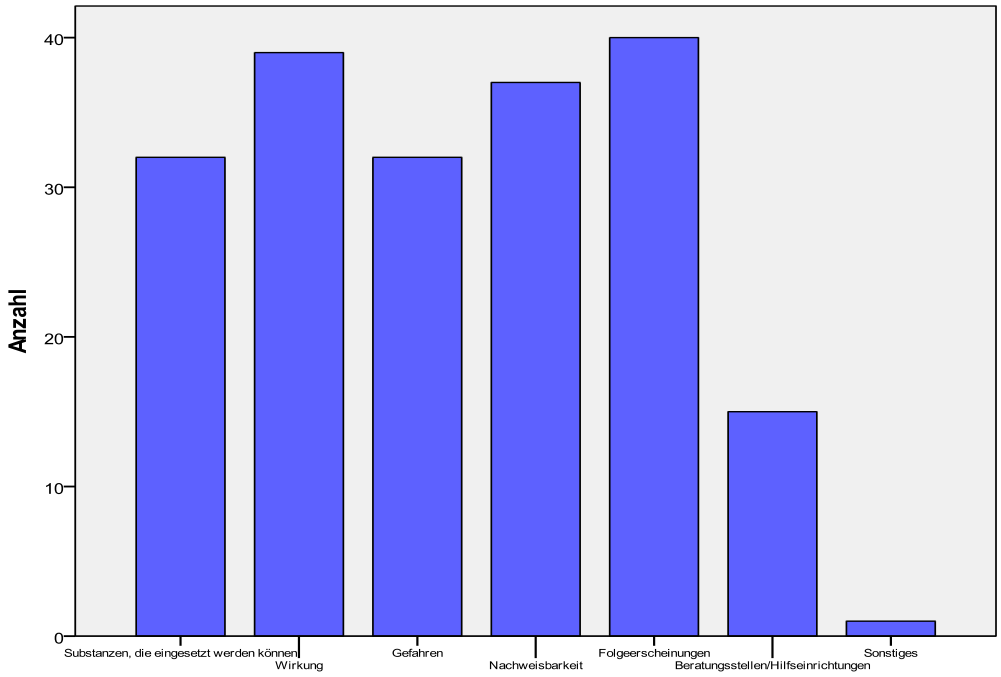


Abbildung 15 *Häufigkeitsverteilung der von den Teilnehmern gewünschten Informationen zum Thema K.-o.-Tropfen (n=46)*

Eine Teilnehmerin der 46 Befragten gab zusätzlich zu den vorgefertigten Antwortmöglichkeiten unter „Sonstiges“ als weitere gewünschte Information an, ob man „K.-o.-Tropfen in irgendeiner Form frühzeitig erkennen könne“.

Bezüglich des gewünschten Informationsweges beschreibt Abbildung 16 folgendes Antwortschema:

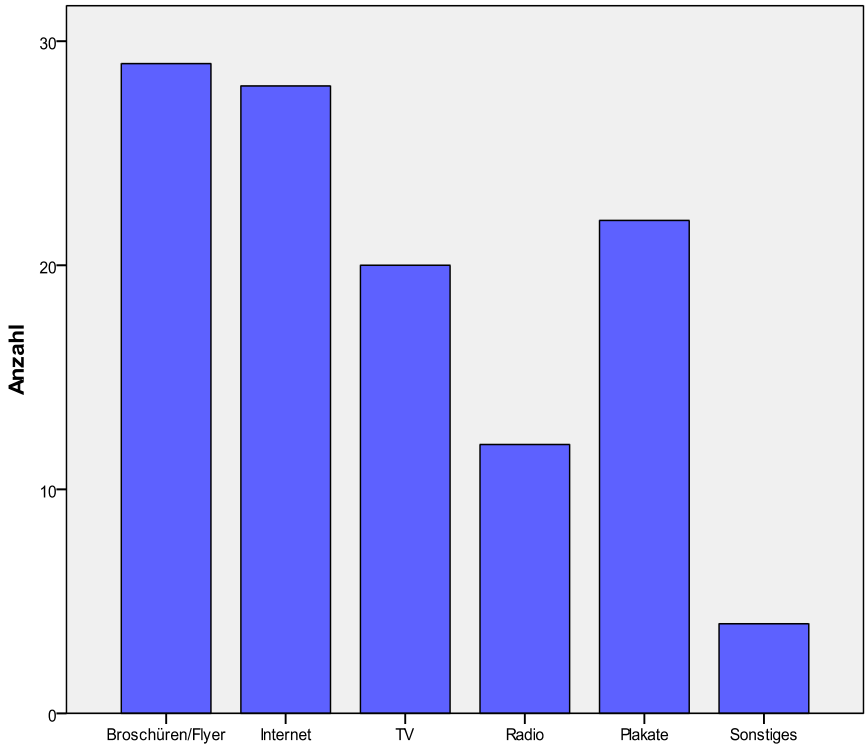


Abbildung 16 *Häufigkeitsverteilung der von den Teilnehmern gewünschten Informationswege zu K.-o.-Tropfen (n=46)*

Des Weiteren brachten vier der 46 Teilnehmer noch zusätzlich unter der Rubrik „Sonstiges“ eigene Vorschläge ein, auf welchen Wegen eine Aufklärung über K.-o.-Tropfen erfolgen könne:

- In Bars und Clubs selbst
- Infos in Clubs, zum Beispiel Plakate auf Toiletten
- Mehr Aufklärung im Schulunterricht, zum Beispiel im Fach Biologie
- Im Internet: Social Media (Facebook, Tumblr, Twitter)

Im Rahmen der spezifischen Fragen zu K.-o.-Tropfen richtete sich die letzte an alle 61 Teilnehmer und lautete: „Wie häufig gehst du aus und wohin?“; die Antworten sind in Abbildung 17 bis 21 aufgeführt.

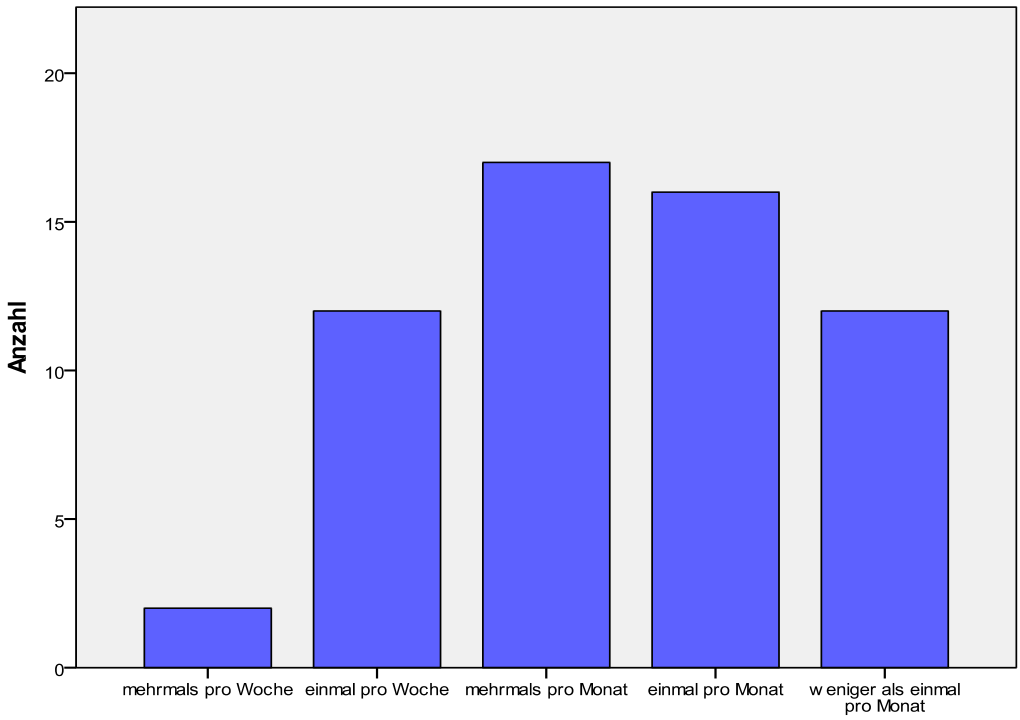


Abbildung 17 *Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Diskotheken/Clubs (n=60)*

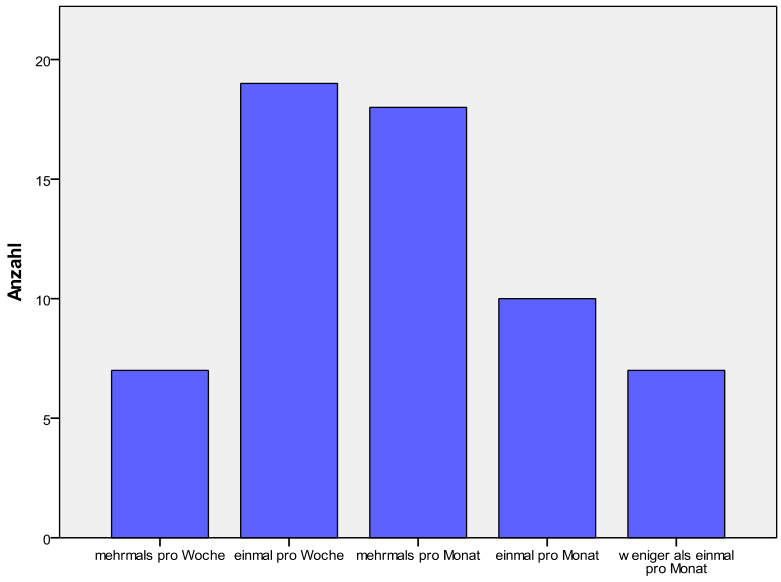


Abbildung 18 *Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Bars/Kneipen (n=61)*

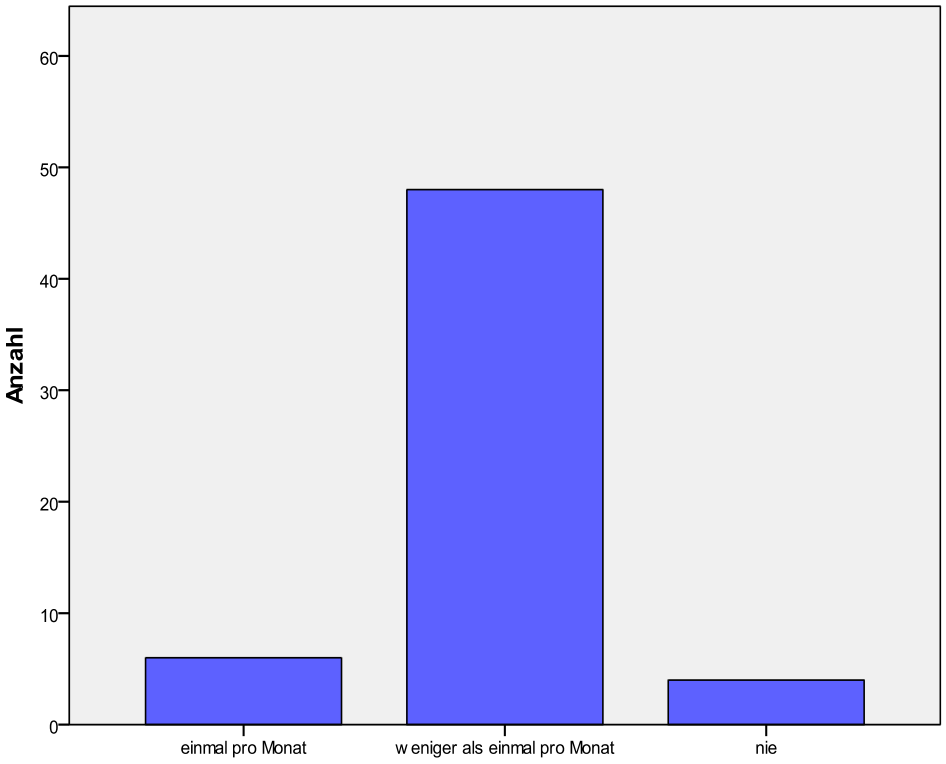


Abbildung 19 *Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Konzerte/Festivals (n=58)*

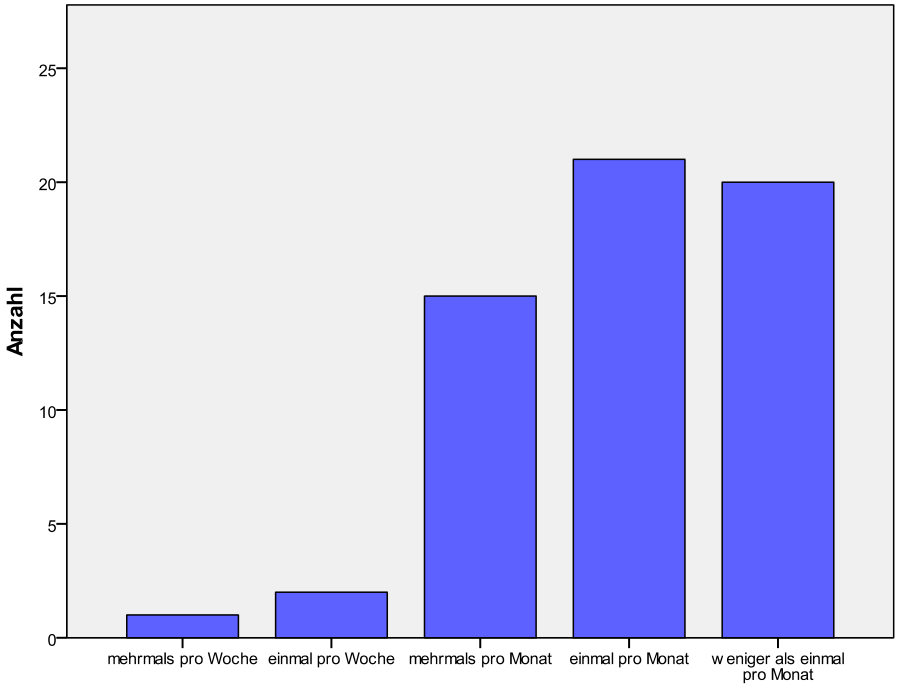


Abbildung 20 *Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich Privatpartys (n=60)*

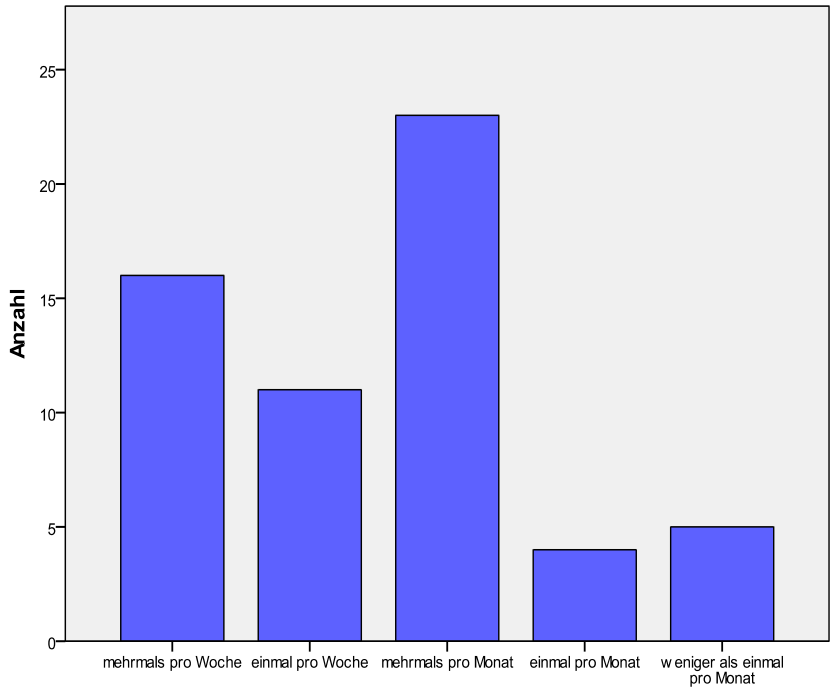


Abbildung 21 *Ausgehverhalten der Teilnehmer bezüglich des Treffens im privatem Kreis (n=60)*

Aus Abbildung 17 geht hervor, dass die meisten der 60 Teilnehmer/innen (28,3 %) Diskotheken und/oder Clubs mehrmals pro Monat besuchten. Hierbei machte eine Person von 61 Befragten keine Angabe.

Laut Abbildung 18 wurden Bars und Kneipen von meisten Probanden (31,1%) dagegen einmal pro Woche aufgesucht.

Bei Konzerten/Festivals gaben die meisten der 58 Teilnehmer/innen (78,7 %) an, zu diesen Veranstaltungen weniger als einmal pro Monat zu gehen. Drei Personen enthielten sich (siehe Abbildung 19).

Im Gegensatz zur Privatparty, die zum größten Teil in 34,4 % der insgesamt 60 Fälle einmal pro Monat besucht wurde, fanden Treffen im privaten Kreis zu 37,7 % bei insgesamt 60 Teilnehmern/innen mehrmals im Monat statt. Eine Person machte keine Angabe (siehe Abbildung 20 und 21).

Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Beginnend mit den Resultaten der ersten Frage, ist anzunehmen, dass die heimliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen keine neu erscheinende Problematik im Rahmen der Gesellschaft darstellt; 60 der 61 Befragten war der Begriff „Knockout-Tropfen“ beziehungsweise „K.-o.-Tropfen“ bekannt.

Beim genaueren Betrachten der Ergebnisauswertung stellte sich heraus, dass es sich bei der Person, die noch nie zuvor den Begriff „Knockout-Tropfen“ beziehungsweise „K.-o.-Tropfen“ gehört hat, um eine 23jährige Frau mit spanischer Staatsbürgerschaft handelte.

Möglicherweise ist dieses Ergebnis eine Folge der sprachlichen Barriere.

Im Vergleich zur ersten Frage herrschte jedoch bereits eine leichte Uneinigkeit innerhalb der Teilnehmerschaft bei der Antwortgabe auf die Frage „Ist dir die Wirkung von K.-o.-Tropfen bekannt?“; obwohl 98,4 % der Probanden der Begriff „K.-o.-Tropfen“ geläufig gewesen ist, konnten nur 81,7 % der Teilnehmer die Frage mit einem „Ja“ beantworten.

Dieses Ergebnis deutet auf eine Aufklärungslücke hin, welche mit Hilfe von Präventionskampagnen behoben werden könnte.

Auch die Antwortergebnisse in Bezug auf die Frage „Hattest du schon einmal Angst, K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen?“ zeigten, dass der missbräuchliche Umgang mit Knockout-Tropfen von fast der Hälfte der Umfrageteilnehmer gefürchtet wurde, vor allem in viel besuchten, öffentlichen Institutionen wie Diskotheken, Clubs, Bars und Kneipen, jedoch nicht bei Privatpartys oder im Freundeskreis.

Dies lässt den Rückschluss zu, dass die Angst, in der Öffentlichkeit K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen, ein frequentiertes Phänomen innerhalb unserer Gesellschaft ist, das angegangen und gelöst werden muss.

Auch wenn im Rahmen der Korrelationsberechnung kein signifikanter Zusammenhang (siehe Tabelle 1) zwischen den Antwortergebnissen auf die Fragen „Hattest du schon einmal Angst, K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen?“ und „Triffst du Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen?“ ermittelt werden konnte, so gaben dennoch mehr als die Hälfte der Probanden (63,3 %) an, Vorkehrungen gegen eine mögliche Verabreichung mit Knockout-Tropfen zu treffen, vor allem an öf-

fentlichen Orten wie Diskotheken, Clubs, Bars, Kneipen, aber auch zu einem geringen Prozentsatz bei Privatpartys.

Wie auch bei der zweiten Frage nach der Angst vor Verabreichung hatte keiner der Teilnehmer die Antwortmöglichkeit „Treffen im privaten Kreis“ ausgewählt.

Tabelle 1: Zusammenhang der Variablen „Angst vor Verabreichung“ und „Vorsichtsmaßnahmen“

		Vorsichtsmaßnahmen		Gesamt
		ja	nein	
Angst vor Verabreichung	ja	16	10	26
	nein	22	12	34
Gesamt		38	22	60

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 1,000

Im Hinblick auf die verschiedenen Arten der Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung mit K.-o.-Tropfen fiel auf, dass alle diejenigen Befragten, die Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, als Vorkehrung angegeben hatten, ihr Glas beziehungsweise ihre Flasche selbst zu beaufsichtigen.

Nur etwa die Hälfte der Teilnehmer würde sich laut Umfrageauswertung bei der Beaufsichtigung ihrer Getränke durch eine weitere Person helfen lassen; dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Umfrageteilnehmer hinsichtlich dieser ernst zu nehmenden Angelegenheit zur Hälfte nur auf sich selbst vertrauen und somit die Hilfestellung einer anderen Person nicht in Anspruch nehmen wollen.

Die nächste Frage „Hast du die Verabreichung von K.-o.-Tropfen schon mal als Ausrede für ein Fehlverhalten benutzt?“ nahm unter allen anderen Fragen insofern eine Sonderstellung ein, als dass den Umfrageteilnehmern eine gewisse Skepsis hinsichtlich des Wahrheitsgehalts ihrer Aussage entgegengebracht wurde.

Dabei gaben drei Probanden zu, die Verabreichung von Knockout-Tropfen bereits als Ausrede für ein Fehlverhalten verwendet zu haben. Bei diesen Teilnehmern handelte es sich ausschließlich um Frauen, die gemäß Korrelationsberechnung (siehe Tabelle 2) sowohl schon einmal den Verdacht geschöpft hatten, K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben, als auch der Auswertung der Fragebögen zufolge tatsächlich schon einmal einer heimlichen Gabe von K.-o.-Tropfen zum Opfer gefallen sind.

Tabelle 2: Zusammenhang der Variablen „Ausrede“ und „Verdacht“

		Verdacht		Gesamt
		ja	nein	
Ausrede	ja	3	0	3
	nein	20	37	57
Gesamt		23	37	60

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,052

Die Frage „Hattest du schon einmal den Verdacht, dass dir tatsächlich K.-o.-Tropfen verabreicht wurden?“ bejahten 23 von 60 Teilnehmern

Dabei waren sich 15 Probanden sicher, dass es sich bei diesem Verdacht um eine K.-o.-Tropfen-Verabreichung gehandelt hatte und dieser Zustand nicht Folge eines übermäßigen Alkoholkonsums gewesen ist.

Als die mit Abstand am häufigsten ausgewählten Antwortmöglichkeiten wurden von den 23 Teilnehmern in der darauffolgenden Frage „In welcher Situation wurden dir deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?“ sowohl Bars und Kneipen sowie Diskotheken und Clubs angegeben. Diesmal wurde das „Treffen im privaten Kreis“ mit 3,8 % genauso hoch eingestuft wie die Antwortmöglichkeit „Privatparty“. Daraus geht hervor, dass eine missbräuchliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen bei privaten Treffen bereits vermutet wurde, aber dennoch keiner der Teilnehmer bisher angegeben hatte, bei Treffen im Rahmen des Freundeskreises Angst vor einer möglichen Verabreichung von K.-o.-Tropfen zu verspüren oder Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen.

Diese Tatsache betont noch einmal die Notwendigkeit, Aufklärungskampagnen gegen die illegale Verabreichung von K.-o.-Mitteln auf den Weg zu bringen.

Auch wenn die Antwortmöglichkeit „Unbekannte/Unbekannter“ mit 55,2 % den größten Anteil der Antwortergebnisse bezüglich der zwölften Frage „Von wem wurden dir deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?“ ausmacht, ging aus der Auswertung ebenso hervor, dass bereits zwei der 23 Teilnehmer mit Verdacht auf eine heimliche K.-o.-Tropfen-Gabe der Meinung waren, von einem/einer ihrer Bekannten heimlich Knockout-Tropfen verabreicht bekommen zu haben; dieses Ergebnis stand im Widerspruch zu den Antworten auf die vierte Frage „In welcher Situation hattest du Angst, K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen?“, da keiner der Teilnehmer, die mindestens schon einmal Angst vor einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Gabe hatten, die Antwortmöglichkeiten „Privatparty“ und „Treffen im privaten Kreis“ ausgewählt hatte.

Die Alternativen „Partner/in“, „Freund/in“ oder „Familienmitglied“ wurde dabei von keinem der Teilnehmer als Verdachtsperson gewählt.

Erwähnt werden sollte hierbei noch, dass laut der Korrelationsberechnungen (siehe Tabelle 3) die Angst, einer heimlichen Verabreichung von K.-o.-Tropfen zum Opfer zu fallen in keinem signifikanten Zusammenhang dazu steht, dass die Mehrheit der Teilnehmer in erster Linie eine/n Unbekannte/n vermutet haben, der hinter der Verabreichung von K.-o.-Tropfen steckte.

Im Rahmen dieser Berechnungen konnte ebenso ermittelt werden, dass der Anteil an Probanden, die schon einmal den Verdacht hatten, K.-o.-Tropfen von einer/em Unbekannten verabreicht bekommen zu haben, nicht zwingend mehr Vorkehrungen gegen eine mögliche Verabreichung von Knockout-Mitteln getroffen hat (siehe Tabelle 4).

Tabelle 3: Zusammenhang der Variablen „Angst vor Verabreichung“ und „Unbekannte/Unbekannter“

		Unbekannte/Unbekannter		Gesamt
		nein	ja	
Angst vor Verabreichung	ja	5	12	17
	nein	2	4	6
Gesamt		7	16	23

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 1,000

Tabelle 4: Zusammenhang der Variablen „Verdacht“ und „Vorsichtsmaßnahmen“

		Vorsichtsmaßnahmen		Gesamt
		ja	nein	
Verdacht	ja	14	9	23
	nein	24	13	37
Gesamt		38	22	60

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,788

Weiterhin schien der Freundeskreis für viele Umfrageteilnehmer der Ort zu sein, dem das meiste Vertrauen entgegengebracht wurde; bei der Ergebnisauswertung der 21 Befragten, die sich dazu entschieden hatten, von ihrem Verdacht zu berichten, wurde die Antwortmöglichkeit „Freundin/Freund“ auf die Frage „Wem hast du von deinem Verdacht berichtet“ 17 mal angegeben. Die Alternativen „Familienmitglied“ sowie „Partnerin/Partner“ waren dabei erst zweite beziehungsweise dritte Wahl.

Dagegen wurden öffentliche Einrichtungen, wie Beratungsstellen, gar nicht und die Polizei nur von ganz wenigen Umfrageteilnehmern als Anlaufstelle in Anspruch genommen.

Nur zwei der 23 Befragten, die vermuteten, dass ihnen K.-o.-Tropfen verabreicht wurden, zeigten ihren Verdacht bei der Polizei an. Dabei handelte es sich einmal um eine Frau und zum anderen um einen männlichen Teilnehmer.

Um zu erfahren, weshalb nur so wenige Probanden ihren Verdacht bei der Polizei angezeigt haben, wäre es im Nachhinein sinnvoll gewesen, die Frage „Warum hast du dich dafür entschieden, deinen Verdacht bei der Polizei nicht anzuzeigen?“ in den Online-Fragebogen mit aufzunehmen. Auf diesem Weg wären diese Teilnehmer, die angegeben hatten, einen Verdacht gehabt zu haben, den sie aber nicht zur polizeilichen Anzeige gebracht hatten, automatisch zu der Frage weitergeleitet worden, aus welchen Gründen sie auf eine Anzeige verzichtet haben.

Die Rechtsmedizin wurde lediglich von einer Person für eine Blutabnahme und Urinprobenabgabe aufgesucht.

Hierbei handelte es sich um dieselbe Frau, die im Fragebogen zuvor angegeben hatte, ihren Verdacht bei der Polizei angezeigt zu haben; daraus ergab sich die Frage, ob die meisten der Probanden die Rechtsmedizin einfach nicht in Anspruch nehmen wollten oder ob dem Großteil der Teilnehmer nicht bekannt ist, dass die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle in solchen Angelegenheiten als öffentlicher und zuständiger Anlaufort zur Verfügung steht.

Daher wäre es sinnvoll gewesen, im Rahmen der Teilnehmerumfrage zu ermitteln, in wieweit die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle in Hamburg überhaupt bekannt ist.

Außerdem ließe sich dadurch noch besser abschätzen, in welchem Ausmaß Aufklärungsarbeit im Großraum Hamburg dahingehend betrieben werden müsste.

Eine weitere Tatsache, die für verstärkte Aufklärungskampagnen spricht, ist die oftmals fehlende Angabe von Bewusstlosigkeit bei einer vermuteten Verabreichung von Knock-out-Mitteln.

Dies wurde anhand der Antwortergebnisse auf die Frage „Welche Symptome hast du im Zusammenhang mit deinem Verdacht an dir beobachtet?“ noch einmal deutlich; auch wenn die Antwortmöglichkeit „Bewusstlosigkeit“ des Öfteren angegeben wurde, so fällt auf, dass es einige Symptome gibt, die noch häufiger ausgewählt wurden, wie zum Beispiel „hemmungsloses Verhalten“, „starke Müdigkeit“ oder „Schwindelgefühl“ (siehe Abbildung 11).

Die Ursache für diese Vielfalt an Symptomen liegt im Gebrauch verschiedener Substanzen als K.-o.-Mittel; wie bereits in der Einleitung beschrieben wurde, werden in der heutigen Zeit nicht nur zentral dämpfende Substanzen wie Benzodiazepine oder Opiate, sondern auch „aufputschende“ Rauschmittel wie Ecstasy, Amphetamine oder Cocain verwendet, um bei den potentiellen Opfern unter anderem eine erhöhte sexuelle Enthemmung und ein gesteigertes sexuelles Verlangen hervorzurufen.

Aufgrund dieser zum Teil starken Diskrepanz zwischen dem Begriff „Knockout- oder K.-o.-Tropfen“ und dem Erscheinungsbild der mutmaßlichen Opfer kommt es des Öfteren vor, dass den Betroffenen von Seiten der Öffentlichkeit, zum Beispiel durch die Polizei, kein Glauben geschenkt oder deren geäußerter Verdacht stark angezweifelt wird.

Im Gegensatz dazu kann es aber auch sein, dass die mutmaßlichen Opfer sich nicht trauen, eine öffentliche Institution aufzusuchen, um ihren Verdacht anzuzeigen oder sich untersuchen zu lassen, da sie sich nicht sicher sind, ob ihre Beschwerden tatsächlich etwas mit der etwaigen Verabreichung von K.-o.-Mitteln zu tun haben.

Daher sollten Aufklärungskampagnen nicht nur das Ziel haben, potentielle Opfer vor der heimlichen Verabreichung von K.-o.-Tropfen zu schützen, sondern sollten auch dafür eingesetzt werden, Personen des öffentlichen Dienstes wie Polizeikräfte, Feuerwehrmänner, Sanitäter, Lehrkräfte etc., über die K.-o.-Mittelproblematik aufzuklären und diese dahingehend zu schulen.

Im Hinblick auf den Zusammenhang der einzelnen Symptome, die in Abbildung 11 dargestellt waren, ergaben sich im Rahmen der Korrelationsberechnungen folgende Resultate: Hierbei bestand zwischen dem Symptom „Gefühl von aufgedreht sein“ und „hemmungsloses Verhalten“ ein starker Zusammenhang (siehe Tabelle 5), ebenso bei

„hemmungsloses Verhalten“ und „sexuelle Enthemmung“ (siehe Tabelle 6) sowie bei den angegebenen Beschwerden „Kopfschmerzen“ und „Schwindelgefühl“ (siehe Tabelle 7).

Ausgehend von der Korrelationswahrscheinlichkeit dieser Symptome war es daher möglich zu ermitteln, ob bei der jeweiligen Person eher zentral dämpfende oder antriebssteigernde Substanzklassen eingesetzt wurden.

Die anderen Symptome ergaben in ihren unterschiedlichen Kombinationen keine aussagekräftigen Zusammenhänge.

Tabelle 5: Zusammenhang der Variablen „Gefühl von 'Aufgedreht sein' “ und „Hemmungsloses Verhalten“

		Hemmungsloses Verhalten		Gesamt
		nein	ja	
Gefühl von 'aufgedreht sein'	Nein	13	6	19
	Ja	0	4	4
Gesamt		13	10	23

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,024

Tabelle 6: Zusammenhang der Variablen „Sexuelle Enthemmung“ und „Hemmungsloses Verhalten“

		Hemmungsloses Verhalten		Gesamt
		nein	ja	
Sexuelle Enthemmung	Nein	11	4	15
	Ja	2	6	8
Gesamt		13	10	23

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,039

Tabelle 7: Zusammenhang der Variablen „Kopfschmerzen“ und „Schwindelgefühl“

		Schwindelgefühl		Gesamt
		nein	ja	
Kopfschmerzen	nein	10	7	17
	ja	0	6	6
Gesamt		10	13	23

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,019

Die Tatsache, dass eine Aufnahme von K.-o.-Mitteln nicht unmittelbar eine Bewusstlosigkeit zur Folge hat, ist an den Antwortergebnissen der Fragen 21, 22 und 23 zu sehen; obwohl 21 der 23 Teilnehmer angaben, im Zusammenhang mit ihrem Verdacht einen Filmriss erlitten zu haben, der in 17 Fällen (80 %) länger als eine Stunde andauerte, stellte sich im Rahmen der Auswertung ebenso heraus, dass sich 13 der 21 Probanden bruchstückhaft an die Geschehnisse, die sich während ihres Filmrisses ereigneten, erinnern konnten.

Dieses Resultat widerlegt somit die weit verbreitete Annahme, dass bruchstückhafte Erinnerungen zwar bei Filmrissen auftreten können, die durch exzessiven Alkoholkonsum hervorgerufen werden, jedoch nicht nach der Aufnahme von Drogen oder Medikamenten.

Bezüglich der Frage „Welche Ereignisse sind während des Filmrisses passiert?“ ergab die Auswertung der Antworten von 15 der 21 Befragten mit Filmriss, dass eine Vielzahl an unterschiedlichen Ereignissen von den Teilnehmern beschrieben wurde, welche sich nur bedingt durch die standardisierten Antwortmöglichkeiten in der Umfrage zusammenfassen ließen; diese individuellen Erfahrungen wurden dabei von 57,9 % der Teilnehmer unter dem Punkt „Sonstiges“ als meist ausgewählte Antwortmöglichkeit angegeben, welche bereits unter 4.1 vorgestellt worden sind.

Am häufigsten wurde die Antwortmöglichkeit „gewollte sexuelle Handlungen“ öfters ausgewählt als die Alternative „ungewollte sexuelle Handlungen“; dabei ist unklar, ob die drei Teilnehmerinnen der sexuellen Handlung aufgrund ihrer Benommenheit und/oder Wesensänderung zugestimmt hatten und somit davon ausgingen, dass es sich dabei um ein gewolltes Ereignis handelte, dem sie im nüchternen Zustand niemals zugestimmt hätten oder ob sie ohnehin freiwillig an der sexuellen Handlung interessiert und in jedem Fall teilgenommen hätten.

Die Frage 27 befasste sich des Weiteren mit den Folgeproblemen, unter denen laut Auswertung der Frage 26 vier der 15 Teilnehmer nach den Ereignissen zu leiden hatten; dabei wurde die Folgeerscheinung „Angst“ mit 33,3 % neben dem Punkt „Sonstiges“ mit ebenfalls 33,3 % als häufigste Antwortmöglichkeit gewählt; Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch wurde dabei von keinem der Befragten als Folgeprobleme angegeben.

Bei der Auswertung der Antwortergebnisse fiel auf, dass die vier Teilnehmerinnen, die in der Umfrage die Punkte „Angst“ und „Sonstiges“ gewählt hatten, ebenfalls angaben, nach dem Ereignis ein verändertes Verhalten an sich bemerkt zu haben.

Leider sind diese Probandinnen im Rahmen des Fragebogens auf eine genauere Beschreibung ihres veränderten Verhaltensmusters nicht eingegangen. Hierbei sei angemerkt, dass ein verändertes Verhalten nicht zwingend als Folgeproblem aufzufassen ist; auch wenn eine Person nach einem Ereignis nicht unter Folgeerscheinungen leidet, so kann diese trotzdem ein verändertes Verhaltensmuster aufweisen. Daher sollten zukünftig der Begriff „Folgeproblem“ und „verändertes Verhalten“ als zwei voneinander unabhängige Folgeerscheinungen betrachtet werden, die mit Hilfe separater Fragestellungen ermittelt werden sollten.

Auf die Frage „Hast du nach den Ereignissen professionelle Unterstützung in Anspruch genommen?“ gaben lediglich zwei von 15 Teilnehmern an, nach den Ereignissen externe Hilfe hinzugezogen zu haben. Dabei handelte es sich um zwei Frauen, von denen die Erste eine/n Ärztin/Arzt konsultierte, während die zweite Teilnehmerin sowohl ärztliche als auch psychologische Hilfe in Anspruch nahm. Die Antwortmöglichkeit „Beratungsstelle“ wurde hierbei von keiner der befragten Personen gewählt.

Die Korrelationsberechnungen (siehe Tabelle 8) zeigten hierbei keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Folgeproblemen und der Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen auf.

Tabelle 8: Zusammenhang der Variablen „Folgeprobleme“ und „Inanspruchnahme von Unterstützung“

		Inanspruchnahme von Unterstützung		Gesamt
		ja	nein	
Folgeprobleme	ja	1	3	4
	nein	1	10	11
Gesamt		2	13	15

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,476

Die drei Teilnehmer, darunter ein Mann und zwei Frauen, die zwar nach den Ereignissen keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hatten, sich diese aber gewünscht hätten, nannten als Antwortmöglichkeit auf die Frage „Durch wen hättest du dir professionelle Unterstützung gewünscht“ jeweils einmal „Beratungsstelle“, „Psychologin/Psychologe“ und „Ärztin/Arzt“.

Daneben wäre es auch interessant gewesen, zu ermitteln, ob die Teilnehmer, bei denen sich während ihres Filmrisses bestimmte Vorfälle ereignet hatten, jemandem davon berichtet haben, unabhängig davon, ob diese im Nachhinein professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten oder nicht. Zudem ergab die Korrelationsberechnung nach Fisher keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem „Wunsch nach Unterstützung“ und der Angst vor einer möglichen Verabreichung von K.-o.-Tropfen (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Zusammenhang der Variablen „Angst vor Verabreichung“ und „Wunsch nach Unterstützung“

		Wunsch nach Unterstützung		Gesamt
		ja	nein	
Angst vor Verabreichung	ja	1	8	9
	nein	2	2	4
Gesamt		3	10	13

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,203

Bei der Frage „Hatte eine Person aus deinem Umfeld schon einmal den Verdacht, dass ihr K.-o.-Tropfen verabreicht wurden“ zeigte sich, dass eine mutmaßliche Verabreichung von Knockout-Mitteln bereits mindestens einmal in der Umgebung von 50 % der 60 Umfrageteilnehmer stattgefunden hatte.

Dies ist ein Hinweis darauf, dass die illegale Verabreichung von K.-o.-Tropfen ein ernst zu nehmendes Problem in unserer Gesellschaft darstellt, das unbedingt mit Hilfe von Aufklärungsarbeit und Präventionskampagnen angegangen werden muss.

Dabei vermittelte die Auswertung der Antworten auf die Frage „Würdest du dir Informationen zu K.-o.-Tropfen wünschen?“ einen ersten Eindruck im Hinblick auf das Eigenengagement der Umfrageteilnehmer, sich mit der K.-o.-Tropfen-Problematik eingehender auseinanderzusetzen und Genaueres über Knockout-Mittel zu erfahren; diese Frage wurde von 75,4 % der Probanden mit „Ja“ beantwortet.

Daraus geht hervor, dass innerhalb der Teilnehmerschaft ein großer Informationsbedarf zum Thema K.-o.-Tropfen besteht, auch wenn 98,4 % der Studienprobanden angaben, den Begriff „K.-o.-Tropfen“ gehört zu haben und 81,7 % der Teilnehmer aussagten, dass ihnen die Wirkung von K.-o.-Tropfen bekannt gewesen sei.

Bei den 15 Befragten, die angegeben hatten, sich keine Informationen zu K.-o.-Tropfen zu wünschen, handelte es sich um vier Männer und elf Frauen, die im Rahmen der Umfrage zum Großteil angegeben hatten, dass ihnen die Wirkung von K.-o.-Tropfen bekannt sei.

Dabei haben sechs dieser 15 Probanden im Fragebogen angegeben, Angst vor einer Verabreichung von K.-o.-Tropfen zu haben.

Außerdem ging aus der Auswertung der Antwortergebnisse hervor, dass fünf dieser 15 Teilnehmer schon einmal den Verdacht gehabt hatten, K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben. Hinsichtlich des Treffens von Vorsichtsmaßnahmen gaben lediglich vier der 15 Befragten zu, bisher noch nie Vorkehrungen gegen eine heimliche Gabe von K.-o.-Mitteln unternommen zu haben. Letztendlich ging aus der Korrelationsberechnung (siehe Tabelle 10) hervor, dass der Wunsch nach Informationen über K.-o.-Tropfen weitgehend unabhängig davon war, ob sich bei den Teilnehmern schon einmal ein K.-o.-Tropfen-Vorfall ereignet hat oder nicht.

Tabelle 10: Zusammenhang der Variablen „Verdacht“ und „Wunsch nach Informationen“

		Wunsch nach Informationen		Gesamt
		ja	nein	
Verdacht	ja	18	5	23
	nein	27	10	37
Gesamt		45	15	60

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,764

Die 34. Frage hat sich wiederum an die Teilnehmer gerichtet, die angegeben hatten, sich Informationen zu K.-o.-Tropfen zu wünschen. Die Auswertung zeigte, dass die Antwortmöglichkeit „Folgeerscheinungen“ mit 20,4 % am häufigsten von den Teilnehmern gewählt wurde, gefolgt von „Wirkung“ (19,9 %) und Nachweisbarkeit (18,9 %).

Der Wunsch, Genaueres über „Substanzen, die eingesetzt werden können“ zu erfahren und über die Gefahren aufgeklärt zu werden, die die Verabreichung von K.-o.-Tropfen mit sich bringt, bestand zu gleichen Teilen in 16,3 % der Fälle.

Auffällig ist hierbei, dass nur ein kleiner Anteil (7,7 %) der Teilnehmer innerhalb der Umfrage den Wunsch geäußert hat, Informationen zu Beratungsstellen und/oder Hilfseinrichtungen zu erhalten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Begriffe „Beratungsstellen“ und „Hilfseinrichtungen“ besser hätten beschrieben werden sollen, da sich den Teilnehmern unter Umständen nicht ganz erschlossen hat, welche Einrichtungen mit diesen Formulierungen genau gemeint waren.

Im Hinblick darauf, auf welche Art und Weise Informationen über K.-o.-Tropfen Zugang zur Öffentlichkeit finden sollten, war „Broschüren/Flyer“ zu 25,2 % die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit.

An zweiter Stelle mit 24,3 % wurde das Internet genannt; die Vorschläge „Plakate“ und „TV“ fanden bei den Befragten mit 19,1 % und 17,4 % mäßigen Anklang und „Radio“ wurde neben der Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ am seltensten gewählt.

Die freien Antworten, die einige der Probanden unter „Sonstiges“ angegeben hatten, sind im Ergebnisteil unter 4.2 bereits vorgestellt worden.

Das Fazit ist, dass laut der Teilnehmerschaft sowohl Flyer und Broschüren als auch das Medium Internet als eine der wirkungsvollsten Informationsmittel betrachtet werden, um auf die K.-o.-Tropfen-Problematik aufmerksam zu machen.

Um den Aufklärungseffekt hinsichtlich K.-o.-Mittel noch zu erhöhen, wäre es sinnvoll, die Flyer und Broschüren neben Bars, Diskotheken und Clubs auch noch zusätzlich an öffentlichen Institutionen wie Schulen, Ausbildungsstätten oder Sportzentren zu hinterlegen oder persönlich zu verteilen. Zusätzlich wären Social Medias wie Facebook oder Twitter eine weitere Möglichkeit, um Aufklärungs- und Präventionskampagnen publik zu machen.

Bezüglich des Ausgehverhaltens und den damit verbundenen Örtlichkeiten ging aus der Umfrageauswertung deutlich hervor, dass Bars und Kneipen, verglichen mit allen anderen öffentlichen Institutionen und privaten Veranstaltungen, mit Abstand am häufigsten von den Teilnehmern besucht wurden; dabei gaben 31,1% der Befragten an, diese Art von Einrichtungen einmal pro Woche zu nutzen.

Im Gegensatz dazu suchte die Mehrheit der Teilnehmer (34,4 %) Privatpartys einmal im Monat auf. Bei „Konzert/Festival“ wählten 78,7 % die Antwortmöglichkeit „weniger als einmal pro Monat“. Die Örtlichkeiten Diskotheken und Clubs wurden von den meisten Teilnehmern hingegen mehrmals im Monat besucht.

Auch bei der Alternative „Treffen im privaten Kreis“ wählte der Großteil der Probanden (37,7 %) die Antwortmöglichkeit „mehrmals im Monat“.

Dies lässt vermuten, dass viele der Teilnehmer entweder finanziell so gut gestellt sind, dass sie es sich leisten können, mehrere Male im Monat in Clubs und/oder Diskotheken zu gehen, in denen sowohl der Eintritt als auch die Getränke zu zahlen sind, oder diesen

Teilnehmern ist der Besuch dieser Institutionen so wichtig, dass diese dafür auf Kosten anderer Lebensbereiche pro Monat eine bestimmte Menge an Geld zurücklegen.

Eine weitere Begründung für das häufige Aufsuchen der Örtlichkeiten, an denen die Flyer für die Online-Umfrage in höherer Zahl ausgelegt wurden, könnte auch sein, dass das Hamburger Rotlichtviertel um St. Pauli, umgangssprachlich auch „Kiez“ genannt, fast ausschließlich Clubs und Diskotheken beherbergt, bei denen die Besucher keinen Eintritt zahlen müssen.

Der „Kiez“ erstreckt sich dabei angefangen von der Reeperbahn mit deren bekannten Seitenstraßen „Große Freiheit“, „Hamburger Berg“ und „Talstraße“, über die „Herbert-Straße“ und deren Umgebung bis hin zum „Hans-Albers-Platz“.

Somit bietet der „Kiez“ eine große Auswahl an unterschiedlichen Etablissements und Tanzlokalen, in denen überwiegend nur die Getränke bezahlt werden müssen.

Daher weist diese Gegend von Hamburg vor allem viele Örtlichkeiten auf, bei denen die Gefahr der illegalen Verabreichung von K.-o.-Mitteln besonders hoch ist.

Auf Grund dessen wäre das Hamburger Rotlichtviertel ein geeigneter Standort dafür, um dort Aufklärungs- und Präventionsarbeit zum Thema „K.-o.-Tropfen“ zu betreiben.

Bezüglich der fehlenden Antwortgabe des einen Teilnehmers ist Folgendes anzumerken:

Auch wenn die Frage „Wie häufig gehst du aus und wohin“ an sich eine Pflichtfrage darstellte, die beantwortet werden musste, um im Rahmen des Online-Programms „Unipark“ zu der nächsten Fragestellung weitergeleitet zu werden, war das Auswählen der verschiedenen Antwortmöglichkeiten dieser Frage jedoch optional.

Somit ist es im Rahmen dieser Online-Fragebogenmaske möglich gewesen, lediglich eine der insgesamt fünf Einfachantwortoptionen, die diese Frage beinhaltete, zu beantworten, um mit der Umfrage fortzufahren.

Wie schon zuvor im Ergebnisteil erwähnt wurde, lag das Durchschnittsalter der Befragten bei 32 Jahren.

Der Grund für das überwiegend junge Alter der Teilnehmer liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit an den Umfrageorten, an denen die Probanden rekrutiert wurden; ein Großteil der Bars und Diskotheken, in denen die Flyer verteilt wurden, um auf die Online-Umfrage zum Thema K.-o.-Tropfen hinzuweisen, befand sich in den Szenevierteln Altona, Schanzenviertel und St. Pauli. Innerhalb des Großraums Hamburg sind diese Gegenden als

sogenannte „Trend-Viertel“ bekannt, in denen sich vor allem Studenten, die innerhalb dieser Umfrageteilnehmerschaft die Mehrheit bildeten, aufhalten, um sich in Bars/Kneipen zu treffen und/oder um in Clubs/Diskotheken feiern zu gehen.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung im Rahmen der Teilnehmerschaft waren die Frauen mit 77,0 % eindeutig stärker vertreten als die Männer.

Ein Grund dafür mag sein, dass Frauen erfahrungsgemäß viel häufiger einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung mit daran anschließendem Sexualverbrechen zum Opfer fallen – eine Tatsache, die den meisten Männern in unserer Gesellschaft bewusst ist und diese sich infolgedessen eher in Sicherheit wiegen.

Dabei sei erwähnt, dass primär die Teilnehmerinnen im Fragebogen angegeben hatten, schon einmal Angst vor einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung gehabt zu haben, was somit zeigen würde, dass sich im Vergleich zu den Männern viel mehr Frauen mit der K.-o.-Tropfen-Problematik auseinandersetzen würden.

Bezüglich des Verdachts, schon einmal Knockout-Mittel verabreicht bekommen zu haben, ergab sich eine schwache Signifikanz für einen positiven Zusammenhang zwischen den beiden Variablen „Verdacht“ und „Geschlecht“, das heißt, das weibliche Geschlecht neigt im Rahmen dieser Umfrage eher zu einem Verdacht, schon einmal K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Zusammenhang der Variablen „Verdacht“ und „Geschlecht“

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
Verdacht	ja	21	2	23
	nein	25	12	37
Gesamt		46	14	60

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,058

Dennoch wurde laut Umfrageauswertung das Bedürfnis, weitere Informationen zu K.-o.-Tropfen zu erhalten, auch von einem nennenswerten Teil der männlichen Teilnehmern geäußert, wodurch widerlegt werden konnte, dass fast ausschließlich der Frauenanteil der Teilnehmerschaft an weiteren Informationen zu Knockout-Mitteln interessiert wären.

Hierbei zeigte die Korrelationsberechnung nach Fisher keine Signifikanz für die These, dass der Wunsch nach weiteren Informationen zu K.-o.-Tropfen bei den weiblichen Teilnehmern ausgeprägter war als bei den männlichen Probanden (siehe Tabelle 12)

Tabelle 12: Zusammenhang der Variablen „Geschlecht“ und „Wunsch nach Informationen“

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
Wunsch nach Informationen	ja	36	10	46
	nein	11	4	15
Gesamt		47	14	61

Exakter Test nach Fisher (zweiseitig): P-Wert = 0,730

.

Auch wenn die Korrelationsberechnung keine Signifikanz für diese These ergab, liegt dennoch die Vermutung nahe, dass die Dunkelziffern an Männern, die Angst davor haben, einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung zum Opfer zu fallen, innerhalb der Gesellschaft noch um einiges höher liegt.

Die K.-o.-Tropfen-Umfrage weist außerdem auf Grund der niedrigen Teilnehmerzahl im Hinblick auf die gesamte Einwohnerzahl Hamburgs nur einen sehr begrenzten repräsentativen Stellenwert auf. Daher wäre es von großer Wichtigkeit, dass zukünftige Aufklärungs- und Präventionskampagnen hinsichtlich der K.-o.-Tropfen-Thematik nicht nur die weibliche Teilnehmerschaft ansprechen, sondern im selben Umfang auch die männlichen Teilnehmer miteinbeziehen.

Da es Ziel dieser Umfrage war, eine statistische Erhebung im Großraum Hamburg durchzuführen, sind die Ergebnisse der Online-Befragung insofern positiv, als dass von den 58 Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft, die den Fragebogen ausgefüllt haben, 51 ortsansässige Hamburger waren.

Ein Grund dafür, dass überwiegend Personen mit Hamburger Wohnsitz an der Umfrage teilgenommen haben, mag sein, dass auf dem Flyer das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg als Initiator der Studie genannt wurde.

Ein weiterer Grund mag sein, vorwiegend Einwohner des Großraums Hamburg die zahlreichen Gastronomiebetriebe, Kulturstätten sowie Diskotheken und Clubs, die diese Stadt zu bieten hat, besucht haben.

In Bezug auf den derzeitigen Familienstand zeigte die Umfrageauswertung, dass 86,9 % aller Teilnehmer der Studie angegeben hatten, ledig zu sein.

Hierbei hätte der Begriff „ledig“ aber noch weiter unterteilt werden sollen in „Single“ und „verpartnert“.

Erwähnenswert ist zudem, dass alle neun Probanden, sechs Frauen und drei Männer, die im Online-Fragebogen angaben, „in einer anderen Stadt/anderem Ort“ zu wohnen, ihren aktuellen Familienstand ebenfalls mit „ledig“ bezeichneten.

Daraus kann der Rückschluss gezogen werden, dass Hamburg vor allem für Personen ein beliebtes Ausflugs- und Urlaubsziel darstellt, die im Hinblick auf deren Familienplanung noch relativ ungebunden sind; dabei stellen die „Reeperbahn“ und der damit verbundene „Kiez“ mit großer Sicherheit eine begehrte und viel besuchte Touristenattraktion dar, die vor allem innerhalb Deutschlands sehr bekannt sind.

Im Vergleich dazu könnte es bei den in Hamburg ansässigen Einwohnern der Fall sein, dass die ledigen Probanden, die auch tatsächlich „Single“ sind, im Hinblick auf das nächtliche Ausgehen und dem häufigeren Aufsuchen von „angesagten“ Örtlichkeiten aktiver

sind, weil sie dadurch ihre Chancen, einen potentiellen Partnerin/Partner kennenzulernen, erhöhen.

Ein anderer Grund für dieses Resultat wäre, dass es sich bei dem Großteil der Teilnehmerschaft um junge Menschen unter 30 Jahren handelte, die angegeben hatten, sich derzeitig noch im Studium zu befinden; der Prozentanteil der Studierenden machte dabei 39,3 % des Gesamtanteils der Teilnehmeranzahl aus. Verglichen mit Schülern oder Berufstätigen, deren Alltag unter der Woche bereits am früheren Morgen beginnt und strikter organisiert ist, haben Studenten auf Grund ihres flexibleren Stundenplans die Möglichkeit, sich ihre Zeit freier einzuteilen.

Dadurch können diese nicht nur am Wochenende, sondern auch in der Woche die vielfältigen Veranstaltungsangebote und Institutionen Hamburgs, welche zum Teil erst später am Abend beginnen und öffnen, besuchen.

Da die meisten Umfrageteilnehmer Studenten waren, ist es auch nicht verwunderlich, dass auf die Frage, in welcher Wohnsituation sich die Probanden aktuell befinden würden, die Antwortmöglichkeit „in einer Wohngemeinschaft“ als Häufigste (36,1 %) genannt wurde.

Die Tatsache, dass die Antwortmöglichkeit „Abitur“ auf die Frage nach dem höchsten Schul- oder Studienabschluss zu 50,8 % gewählt wurde, steht hierbei ebenfalls in engem Zusammenhang dazu, dass es sich bei den meisten der Teilnehmer um Studierende handelte.

5.2 Vergleich mit Literaturdaten

5.2.1 Vergleich der Literaturdaten hinsichtlich der Fragestellung

Die Literaturrecherche, für die das digitale E-Medien-Forum „PubMed“ verwendet wurde, ergab, dass insgesamt 16 Studien als Vergleich zu unserer Studie herangezogen werden konnten.

Dabei wurden sieben Studien in den USA, zwei in Australien und eine andere in Europa erhoben; des Weiteren stammten jeweils zwei Forschungsarbeiten aus dem Vereinigten Königreich und Kanada.

Zusätzlich waren Ungarn, Nordirland und die Niederlande weitere Länder, in denen Studien zum Thema „K.-o.-Tropfen“ erhoben wurden.

Der Vergleich der Fragestellung unserer Studie mit denen der übrigen 16 Publikationen ergab folgendes Ergebnis:

Direkt vergleichbare Studien

Insgesamt gibt es nur zwei andere Forschungsarbeiten, die im Hinblick auf die Fragestellung mit unserer Studie wirklich vergleichbar sind; dabei handelt es sich zum einen um die Publikation der Autoren Hurley et al. (2006) und zum anderen um die Forschungsarbeit von Olszewski (2008).

Während die australische Studie von Hurley et al. (2006) mit dem Titel „The epidemiology of drug facilitated sexual assault" dazu erhoben wurde, anhand von Akten des Victorian Institute of Forensic Medicine die Epidemiologie mutmaßlicher drogenassoziierter sexueller Übergriffe zu ermitteln, die in dem Zeitraum von April 2002 bis April 2003 in Australien stattgefunden hatten, setzte sich die europäische Forschungsarbeit von Olszewski, welche 2008 unter dem Titel „Sexual assaults facilitated by drugs and alcohol" veröffentlicht wurde, ebenfalls mit der Prävalenz von sogenannten „DFSA"-Fällen auseinander, die sich innerhalb Europas zwischen den Jahren 2000 und 2008 ereignet hatten.

Begrenzt vergleichbare Studien

Bezüglich der Fragestellung besteht bei den übrigen Forschungsarbeiten, die im Folgenden näher beschrieben werden sollen, nur eine begrenzte Ähnlichkeit zu unserer Studie.

Verglichen mit unserer wissenschaftlichen Arbeit, die zum Ziel hatte, eine K.-o.-Tropfen Datenerhebung bei Frauen und Männern aus dem Großbereich Hamburg bezüglich des Wissensstandes, der Prävalenz und des Präventionsbedarfs durchzuführen, gibt es neun weitere Publikationen, die sich ebenfalls mit dem Thema „Knockout-Tropfen" und den damit verbundenen drogenassoziierten sexuellen Übergriffen befasst haben.

In diesem Zusammenhang wäre an erster Stelle die Arbeit der Autoren Krebs et al. (2009) zu nennen, deren Fragestellung sich auf die Epidemiologie von DFSA-Fällen und andersartiger sexueller Übergriffe bezieht, welche sich bei Frauen sowohl vor dem Eintritt ins Kollege als auch während der Studienzeit ereignet hatten.

Diese Studie, die an zwei voneinander unabhängigen US-amerikanischen Universitäten durchgeführt und unter dem Titel „College Women`s Experiences with Physically Forced, Alcohol- or Other Drug-Enabled, and Drug-Facilitated Sexual Assault Before and Since Entering College" publiziert wurde, untersuchte im Gegensatz zu unserer Arbeit zusätz-

lich zum Vorkommen von Sexualverbrechen, die entweder in Folge eines eigenwilligen oder fremdgesteuerten Alkohol- und/oder Drogenkonsum erfolgten, auch die Prävalenz gewaltsam vollzogener sexueller Übergriffe.

Auch die Forschungsarbeit von Lawyer et al. (2010) mit dem Titel „Forcible, Drug-Facilitated, and Incapacitated Rape and Sexual Assault Among Undergraduate Women" setzt sich neben der Prävalenz von drogenassoziierten sexuellen Übergriffen auch mit andersartigen Sexualverbrechen auseinander.

Bei der US-amerikanischen Studie von McCauley et al. (2009) mit dem Titel „Prevalence and Correlates of Drug/Alcohol-Facilitated and Incapacitated Sexual Assault in a Nationally Representative Sample of Adolescent Girls" geht es dagegen weniger um eine genaue Fallzahlbeschreibung von Alkohol- und/oder drogenassoziierten sexuellen Übergriffen, die sich in einem bestimmten Zeitraum ereignet hatten, sondern um die Prävalenz von Erfahrungen von minderjährigen Mädchen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren bezüglich sexueller Übergriffe, die auf einem freiwilligen- oder fremdgesteuerten Alkohol- und/oder Drogenkonsum basierten.

Bei einer anderen Studie, im Rahmen derer neben erwachsenen Probanden ebenfalls auch Minderjährige interviewt wurden, handelt es sich um die 2010 in Kanada veröffentlichte Arbeit von Du Mont et al. mit dem Titel „Drug-facilitated sexual assault in Ontario, Canada: Toxicological and DNA findings".

Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit war es, zu ermitteln, welche Personen, die sich anlässlich eines sexuellen Übergriffs an eines der Behandlungszentren Ontarios gewendet hatten, Opfer einer heimlichen Drogenverabreichung waren (Du Mont et al. 2010).

Zudem wurde untersucht, welche Drogen im Rahmen dieser Vorfälle eingesetzt wurden als auch, wie hoch die genaue Anzahl an Personen gewesen ist, die tatsächlich einem Sexualdelikt dieser Art zum Opfer gefallen waren.

Im Unterschied dazu beschäftigt sich die Publikation von Crawford et al. (2008) vorwiegend mit den Risikofaktoren, die nach Meinung der Autoren mit dem Stattfinden von DFSA-Ereignissen zusammenhängen würden.

Fragestellung dieser US-amerikanischen Studie mit dem Titel „Drug-Facilitated Sexual Asault: College Women´s Risk Perception and Behavioral Choices" ist hierbei gewesen, inwieweit frühere Viktimisierung, Risikowahrnehmung und Verhaltensmuster mit drogenassoziierten Sexualstraftaten in Verbindung stehen.

Bei den Fragestellungen der drei nachfolgenden Publikationen stehen die verschiedenen Arten der Rauschmittelsubstanzen, deren Konsum wie auch deren potentieller Einsatz als sogenannte „K.-o.-Mittel“ im Vordergrund.

Als erste dieser drei Forschungsarbeiten wäre hierbei die Publikation von Bosman et al. zu nennen, die 2011 in den Niederlanden unter dem Titel „Toxicological Findings in Cases of Sexual Assault in the Netherlands“ veröffentlicht wurde.

Ziel dieser Studie war es, anhand von Akten von 2004 bis 2006 des Forensischen Instituts der Niederlande das Ausmaß wie auch die Arten der Drogen zu identifizieren, die in den Fällen vermuteter sexueller Übergriffe (DFSA) in den Niederlanden gefunden wurden.

Auch die Forschungsarbeit von Hall et al. (2008) mit dem Titel „Alleged drug facilitated sexual assault (DFSA) in Northern Ireland from 1999 to 2005. A study of blood alcohol levels“ dient dazu, das Ausmaß des Drogenkonsums als auch die verschiedenen Arten von Rauschmittelsubstanzen zu erfassen, die in den Fällen von Sexualdelikten, welche der Polizei Nordirlands in den Jahren zwischen 1999 und 2005 gemeldet wurden, gefunden werden konnten.

Ein weiteres Ziel dieser Studie war es, die jeweiligen Alkoholmengen als auch die Entwicklung des Alkoholkonsums in Nordirland im Rahmen dieses sechsjährigen Zeitraums zu ermitteln.

Die wissenschaftliche Arbeit der Autoren Beynon et al. beschäftigte sich mit den verschiedenen Arten von Rauschmitteln, welche im Rahmen von Sexualverbrechen nachgewiesen werden konnten.

Diese Studie wurde im Vereinigten Königreich erhoben und 2008 unter dem Titel „The Involvement of Drugs and Alcohol in Drug-Facilitated Sexual Assault“ veröffentlicht.

Des Weiteren wollten die Autoren mit dieser Forschungsarbeit ermitteln, in welchem Ausmaß der Drogenkonsum in den Fällen mutmaßlicher drogenassoziierter sexuellen Übergriffen eine Rolle spielte.

Als eine der ersten Publikationen hat die Studie von Scott-Ham und Burton (2006) primär das Ziel gehabt, die genaue Bedeutsamkeit von Alkohol innerhalb drogenassoziierter sexueller Übergriffe (DFSA) zu ermitteln; diese wurde 2006 unter dem Titel „A study of blood and urine alcohol concentrations in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3 year period“ ebenfalls im Vereinigten Königreich veröffentlicht.

Studien mit anderen Fragestellungen

Anders als die bisher vorgestellten Forschungsarbeiten handelt es sich bei den darauffolgenden fünf Studien um Publikationen, die den gezielten Einsatz von Drogen als Knockout-Substanzen im Rahmen drogenassoziierter sexueller Übergriffe wie auch die Prävalenz von K.-o.-Tropfen-Fällen innerhalb ihrer Fragestellung nur am Rande thematisieren.

Aus diesem Grund können die Fragestellungen dieser wissenschaftlichen Arbeiten nur in sehr geringem Maße mit der Fragestellung unserer Studie verglichen werden.

Als erstes wäre hierbei die US-amerikanische Studie der Autoren Wolitzky-Taylor et al. (2008) mit dem Titel „Prevalence and Correlates of Dating Violence in a National Sample of Adolescents“ zu nennen.

Mit Hilfe dieser Umfrage sollte untersucht werden, wie hoch die lebenslange Prävalenz schwerwiegender Formen von „Dating violence“ (gewaltsame Verhaltensweisen im Rahmen partnerschaftlichen Beziehungen“) unter den zwölf bis 17 jährigen Jugendlichen ist.

Zudem setzen sich die Begründer dieser Studie mit diversen Schutz- und Risikofaktoren, die mit „Dating-violence“ in Verbindung stehen würden, auseinander und versuchen, das Vorkommen von Gewaltanwendungen in partnerschaftlichen Beziehungen mit der psychischen Verfassung der Probanden in Zusammenhang zu bringen; dabei bezieht sich der Begriff „Dating-violence“ nicht nur auf rein gewaltsame körperliche oder sexuelle Übergriffe, sondern auch auf die Fälle von DAFR (Drogen- und/oder Alkohol gestützte Vergewaltigung) durch die Partnerin/den Partner oder andere Personen, die das Opfer im Rahmen einer Verabredung kennengelernt hat (Wolitzky-Taylor et al. 2008).

Die Autoren Németh et al. veröffentlichten eine Studie, die 2010 in Ungarn erhoben wurde und sich speziell mit der Bedeutung der Substanz GHB im Rahmen drogenassoziierter sexueller Übergriffe auseinandersetzt; diese trägt den Titel „The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review“.

Die Forschungsarbeit der Autoren Kaysen et al., die 2010 unter dem Titel „Alcohol-Involved Assault and the Course of PTSD in Female Crime Victims“ in den USA publiziert wurde, bezieht sich nicht nur auf eine einzelne Substanz, welche als potentielles „Knockout-Mittel“ eingesetzt werden kann, sondern verfolgt vielmehr die Fragestellung, inwieweit der Substanzgebrauch, der zum Zeitpunkt des Übergriffs stattgefunden hat, die

Symptomentwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung PTSD („Post Traumatic Stress Disorder“) beeinflusst.

Auch die kanadische Studie von Girard und Senn (2008) mit dem Titel „The Role of the New „Date Rape Drugs“ in Attributions About Date Rape“ befasst sich primär damit, welcher Bedeutung der Wirkung eines freiwilligen und unfreiwilligen Drogenkonsums im Hinblick auf den Verlauf sexueller Übergriffe zukommt.

Als letzte der insgesamt 16 Forschungsarbeiten sei die journalistische Arbeit der Autorin S.M.Elliott genannt, die unter dem Titel „Drug-Facilitated Sexual Assault: Educating Women about the Risks“ 2008 in den USA veröffentlicht wurde.

Bei dem Artikel von Elliott (2008) handelt es sich um eine Kampagne der Association of Women`s Health, Obstetric and Neonatal Nurses, die dazu diente, praktizierenden Krankenpflegerinnen und anderen im Bereich der medizinischen Grundversorgung Beschäftigten zu zeigen und anzuleiten, auf welche Weise junge Frauen am wirkungsvollsten über drogenassoziierte sexuelle Übergriffe aufzuklären sind als auch, wie sie sich vor solchen Sexualdelikten schützen können.

5.2.2 Vergleich der Studien hinsichtlich des Studiendesign

Im Hinblick auf die Art der Datenerhebung konnten im Rahmen der Literatursuche drei Forschungsarbeiten ermittelt werden, bei denen die Teilnehmerbefragung „online“ erfolgte; es handelt sich dabei um die drei US-amerikanischen Studien der Autoren Crawford et al. (2008), Krebs et al. (2009) und Lawyer et al. (2010).

Weiterhin gab es vier andere Studien, die ihre Teilnehmer entweder im Rahmen eines telefonischen Interviews rekrutierten oder diese unter zusätzlichem Gebrauch von Fragebögen persönlich befragten.

Andere Forschungsarbeiten, die sich mit dem Thema DFSA auseinandergesetzt haben, wurden anhand bereits existierender Literaturdaten erstellt; diese basieren sowohl auf Artikeln, durchgeführten Studien, medizinisch-wissenschaftlichen Berichten als auch auf Patientenakten.

Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit dieser 16 Studien untereinander gab es sechs Forschungsarbeiten, die sich in Bezug auf das Thema wie auch zum Teil hinsichtlich des Studiendesign ähneln; dabei handelt es sich neben den drei zuvor genannten Online-Studien um drei weitere Forschungsarbeiten von Olszewski (2008), Hurley et al. (2006)

und Elliott (2008) aus Europa, Australien und den USA, die sich ebenfalls mit dem Thema „drogenassoziierte sexuelle Übergriffe“ auseinandergesetzt haben.

Während es sich bei der journalistischen Arbeit von Olszewski (2008) um eine Zusammenfassung von Studien handelt, die im Rahmen eines achtjährigen Zeitraumes zum Thema „DFSA“ zwischen 2000 und 2008 von verschiedenen Autoren in Europa erhoben wurden, berichtet die Studie von Hurley et al. (2006) von 76 drogenassoziierten sexuellen Übergriffen, die sich den Akten des Victorian Institutes of Forensic Medicine zufolge zwischen April 2002 und April 2003 in Australien ereignet hatten.

Dagegen basiert Elliotts Arbeit (2008) auf einigen Studien, Literaturquellen als auch auf Aussagen verschiedener Autoren.

Da die Online-Umfragen von Crawford et al. (2008), Krebs et al. (2009), Lawyer et al. (2010) sowie Hurley et al. (2006) verglichen mit den anderen zwei Forschungsarbeiten die einzigen Publikationen sind, die tatsächlich als „Studien“ bezeichnet werden können, war es lediglich bei diesen möglich, die genaue Anzahl an Teilnehmern anzugeben, die im Rahmen der Studienerhebung zum Thema „DFSA“ rekrutiert wurden.

Anhand des Vergleichs der drei Online-Studien untereinander ist zu erkennen, dass die Teilnehmeranzahlen der Umfragen von Crawford et al. (2008) sowie Lawyer et al. (2010) von ähnlicher Größe waren.

Während sich die Teilnehmerschaft der erstgenannten Studie aus 406 Studentinnen zusammensetzt, die für den Kurs „Einführende Psychologie“ an einer Universität in Miami eingeschrieben waren und im Zeitraum von Herbst 2003 bis Frühjahr 2004 an der Umfrage teilgenommen hatten (Crawford et al. 2008), handelt es sich bei den Probanden der zweiten Studie um 314 Teilnehmerinnen, die an einem mittelgroßen Gesamtkollege im Südosten der USA studierten und die Einführungskurse Soziologie, Anthropologie, Politikwissenschaften, Psychologie und Informatik belegten.

Das Alter dieser Gruppe von Studentinnen, welche überwiegend aus unverheirateten kaukasischen Frauen bestand, betrug im Durchschnitt 20,13 Jahre (Lawyer et al. 2010).

Die Teilnahme an dieser Studie war freiwillig und wurde den Studentinnen als eine Umfrage zum Thema „Einstellungen und Erfahrungen im Leben“ vorgestellt (Lawyer et al. 2010).

Die Teilnehmerschaft der sogenannten „CSA-Studie“ („Campus-Sexual-Assault“-Studie), die 2009 von Krebs et al. erhoben wurde, bestand aus 5446 Studentinnen im Alter von 18

bis 25 Jahren, die an einer der beiden US-amerikanischen Universitäten, welche für diese Umfrage ausgewählt worden sind, eingeschrieben waren; die Teilnahme an dieser Studie erfolgte wie die an der Umfrage von Lawyer et al. (2010) anonym.

Zielgruppe dieser Querschnittsstudie von Krebs et al. (2010) waren vor allem die weiblichen und männlichen Studenten, die sich zwischen Anfang und Ende der ersten beiden Hochschuljahre ihres Studiums befanden.

Den Autoren dieser Studie zufolge würden nämlich vor allem für Frauen innerhalb dieser Zeit ein erhöhtes Risiko bestehen, Opfer eines sexuellen Übergriffs zu werden (Krebs et al. 2009).

Zudem sprachen sich die Begründer dieser Studie dafür aus, Aufklärungsprogramme zu erstellen und zu fördern, die Frauen und Männern aufzeigten, wie sich deren Altersgenossen vor sexuellen Übergriffen schützen könnten (Krebs et al. 2009).

Die Studie der Autoren Crawford et al. (2008) richtete sich eher an die allgemeine Öffentlichkeit; laut den Begründern dieser Forschungsarbeit sollte im Rahmen von präventiver und erzieherischer Maßnahmen aufgezeigt werden, dass Vergewaltigung nicht bagatellisiert und somit nicht akzeptiert werden dürfe als auch, dass ein Bewusstsein für drogenassoziierte sexuelle Übergriffe geschaffen werden müsse mit besonderem Fokus auf Präventionsmethoden (Crawford et al. 2008).

Auch die Arbeit der Autoren Lawyer et al. 2010 richtete sich an die allgemeine Öffentlichkeit und machte deutlich, dass Präventions- und Aufklärungskampagnen über Alkohol- und Drogenkonsum und die damit verbundenen Folgen, Opfer eines Sexualdelikts zu werden, noch viel stärker publik gemacht und in den gesellschaftlichen Vordergrund treten sollten.

In diesem Zusammenhang sprachen sich ebenso die Autoren der retrospektiven Studie von Hurley et al. (2006) für eine öffentliche Aufklärung in Form von landesweiten Kampagnen aus, um die Wahrscheinlichkeit, dass Rauschmittel verdeckt in Umlauf gebracht werden, zu senken.

Bei den Teilnehmern dieser australischen Studie handelte es sich um Personen, die in Folge eines erlebten Sexualvergehens eine medizinische Versorgung von Ärzten erhielten, die am Victorian Institute of Forensic Medicine praktizierten; Voraussetzung für die medizinische Behandlung war, dass die Betroffenen die Sexualstraftaten, denen sie zum Opfer gefallen waren, bei der Viktorianischen Polizei meldeten.

Anders als die bisher beschriebenen Studien richtet sich die journalistische Arbeit von Olszewski (2008) an keine bestimmte Zielgruppe; bei dieser Publikation handelt es sich vielmehr um eine Übersichtsarbeit verschiedener Studien aus Europa, die 2008 in Form eines Journals durch das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction herausgegeben wurde.

Auch bei der US-amerikanischen Forschungsarbeit von Elliott (2008) handelt es sich, wie schon bereits zuvor erwähnt, um einen Artikel über eine Kampagne der Association of Women`s Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Neben der Beschreibung der verschiedenen Inhalte dieser Kampagne enthält der Artikel von Elliott auch eine Vielzahl an Zitaten anderer Autoren von Studien, die zum Thema „drogenassoziierte sexuelle Übergriffe“ erhoben wurden.

Die Autorin betont in ihrem Artikel, dass in Folge von oftmals zu später Berichterstattung und kurzen Halbwertszeiten bei manchen Substanzen, wie GHB, die wahre Zahl drogen-assoziierter Sexualdelikte im Verborgenen bliebe und somit die Ergebnisauswertung der jeweiligen Studien verfälscht wäre.

Daneben existieren zwei weitere Umfragen, die sich im Hinblick auf das Studiendesign ähnlich sind; in beiden Fällen handelt es sich hierbei um Forschungsarbeiten, die im US-amerikanischen Raum erhoben wurden und als eine der ersten Studien minderjährige Teilnehmer rekrutierten.

Eine dieser beiden Forschungsarbeiten wurde dabei 2008 von den Autoren Wolitzky-Taylor et al. publiziert; für diese Studie wurde eine nationale repräsentative Stichprobe von 3614 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ausgewertet, die im Rahmen eines telefonischen Interviews zu deren Erfahrungen mit „Dating violence“ befragt wurden.

Die Zielgruppe dieser Forschungsarbeit sind in erster Linie Highschool-Schüler gewesen.

Bei der anderen Studie handelte es sich um die Forschungsarbeit der Autoren McCauley et al. (2009).

Für diese Umfrage wurden 1763 heranwachsende Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren telefonisch zu ihren Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen befragt, welche entweder auf einem freiwilligen oder fremdgesteuerten Alkohol- und/oder Drogenkonsum (IS/DAFS) („Incapacitated/drug-alcohol facilitated sexual assault“) basierten.

Während der Befragung der Teilnehmerinnen wurden deren Aussagen über Erfahrungen mit IS/DAFS-Vorfällen auf zwei verschiedene Arten analysiert und ausgewertet; als erstes wurden den Mädchen, die im Rahmen des Fragebogenmoduls für sexuelle Übergriffe von einer oder mehreren Einzelheiten berichteten, eine Abfolge von weiterführenden Fragen gestellt, mit Hilfe derer die Autoren der Studie auf die etwaige Mitbeteiligung von Drogen oder Alkohol bei den Vorfällen schließen konnten; als zweites wurde dem Interview ein eigenständiges Modul für IS/DAFS-Fälle angefügt, deren Fragen sich dann noch einmal ganz konkret auf die Einzelheiten der Übergriffe bezogen.

Die Autoren der Studie wollten mit dieser Umfrage den gesamten Literaturbereich im Hinblick auf die Prävalenz, Verläufe und Einzelheiten der IS/DAFS-Vorfälle erweitern und aufzeigen, welche Gesundheitsrisiken mit sexuellen Übergriffen dieser Art einhergehen könnten.

Laut der Initiatoren dieser Studie stellen IS/DAFS-Übergriffe nicht nur ein gesellschaftliches Problem für erwachsene Frauen dar, sondern auch für Minderjährige (McCauley et al. 2009).

Neben den bisher genannten und beschriebenen Studien existieren noch zwei andere Forschungsarbeiten, die im Hinblick auf das Studiendesign große Ähnlichkeit aufweisen; dabei stammt eine der beiden Studien aus dem Vereinigten Königreich und wurde 2008 von den Autoren Beynon et al. veröffentlicht.

Hierbei handelt es sich um eine umfangreiche Literaturrecherche mit der Fragestellung, in wieweit Drogen in Fällen von mutmaßlichen drogenassoziierten sexuellen Übergriffen eine Rolle spielten und welche Substanzen bei diesen Sexualdelikten zum Einsatz kamen.

Dabei wurden für den Nachweis eines möglichen Substanzkonsums in neun der elf Studien in allen Fällen Urinproben untersucht, während Scott-Ham und Burton (2005) in 87 % ihrer Studienfälle Urin- und in 13 % Blutproben analysierten.

Die Autoren Grossin et al. (2003) machten hingegen keine Angaben darüber, welches Probenmaterial in ihrer Forschungsarbeit verwendet wurde.

Letztlich erbrachte die Literaturrecherche, dass die Studie von Scott-Ham und Burton (2005), welche im Vereinigten Königreich von dem National Forensic Service durchgeführt wurde, die einzige Forschungsarbeit darstellt, die die Fälle einer heimlichen Drogenverabreichung ermittelte.

Alle anderen Studien, die im Rahmen dieser Forschungsarbeit von Beynon et al. (2008) durchgesehen und geprüft wurden, sind daran gescheitert, einen freiwilligen Drogenkonsum auszuschließen; deshalb konnten diese Daten nicht verwendet werden (Beynon et al. 2008).

Die andere Forschungsarbeit, die bezüglich des Studiendesign mit der Arbeit von Beynon et al. (2008) vergleichbar ist, stammt von den Autoren Németh et al. (2010).

Dabei wurden alle Studien, die empirische Daten im Zusammenhang mit dem Gebrauch von GHB und sexuellen Übergriffen beinhalteten und die in englischer, französischer, deutscher oder spanischer Sprache in begutachteten Fachzeitschriften oder wissenschaftlichen Büchern veröffentlicht worden sind, zur näheren Betrachtung in die Arbeit miteinbezogen.

Unter Anwendung verschiedener Ausschlusskriterien wurden letztendlich elf Studien herausgefiltert, die im Zeitraum von 1961 bis 2009 veröffentlicht wurden und welche sich ausschließlich mit der Bedeutung der Substanz GHB im Rahmen sexueller Übergriffe auseinandergesetzt hatten.

Diese Forschungsarbeit hat aufgezeigt, dass die große Aufmerksamkeit der Medien im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von GHB und der Prävalenz sexueller Übergriffe nicht in gleichem Maße auf das wissenschaftliche Interesse übergegangen ist. Aus dieser Arbeit geht hervor, dass sich die meisten Sexualverbrechen eher als Folge eines schweren Alkoholkonsums von Seiten des Opfers ereignen als durch die heimliche Verabreichung von Knockout-Tropfen (Németh et al. 2010).

Im Unterschied zu den beiden zuletzt beschriebenen Forschungsarbeiten, die primär eine Sammlung von Studien verschiedener Autoren aus unterschiedlichen Ländern darstellen, wurden die Daten der folgenden zwei Studien anhand von Interviews und Fragebögen erhoben.

Eine der beiden Forschungsarbeiten stammt dabei aus der USA und wurde 2010 von den Autoren Kaysen et al. veröffentlicht.

Für diese Studie wurden ausschließlich Frauen aus dem großstädtischen Bereich Seattles rekrutiert und am Medizinischen Zentrum der Universität Washington interviewt.

Der Großteil der Teilnehmerinnen wurde mit Hilfe von Broschüren erreicht, die in der Gemeinde verteilt wurden, während der Rest der Frauen mit Hilfe von Flyern rekrutiert werden konnte, die in Krankenhäusern, Anlauf- und Beratungsstellen für Opfer von

Übergriffen als auch in vielen anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ausgelegt wurden.

Zudem wurde ein beträchtlicher Anteil der Frauen mittels Anzeigen in lokalen Zeitungen als auch per Mundpropaganda auf die Studie aufmerksam gemacht.

Die Eingangskriterien für die Teilnahme an dieser Umfrage waren einerseits das Erleben von körperlicher Gewalt in Form von zugefügten Verletzungen oder dem Empfinden, dass der Täter versucht hatte, das Opfer zu verletzen oder zu töten und andererseits die Tatsache, einen sexuellen Übergriff erlitten zu haben.

Das erste Kriterium erfüllten 38, das zweite Kriterium 22 Teilnehmerinnen..

Die Teilnehmerinnen wurden innerhalb drei verschiedener Zeiträumen vorgeladen und begutachtet: Die erste Begutachtung fand zwischen der zweiten und der fünften Woche nach dem Übergriff statt, die zweite Begutachtung nach drei Monaten und die dritte nach einem halben Jahr.

Insgesamt handelte es sich bei der Anzahl an Probandinnen, die an allen Begutachtungen teilgenommen haben, um 47 (78 %)der ursprünglich 60 Frauen.

Das Durchschnittsalter dieser 47 Teilnehmerinnen betrug 35,6 Jahre.

Zielgruppe dieser Forschungsarbeit war hierbei die allgemeine Öffentlichkeit; auch wenn mittlerweile bekannt ist, dass der Konsum von Alkohol mit einem erhöhten Risiko, einem Sexualverbrechen zum Opfer zu fallen, einhergeht, lag Kaysen et al. (2010) zufolge der Grund für das Erstellen dieser Forschungsarbeit darin, dass immer noch große Unklarheit darüber bestehe, inwieweit der Substanzgebrauch, der zum Zeitpunkt des Übergriffs stattgefunden hat, die Symptomentwicklung einer PTSD („Post Traumatic Stress Disorder“) beeinflusse.

Die andere Forschungsarbeit, deren Daten ebenfalls mit Hilfe von Fragebögen ermittelt wurden, stammt aus Kanada und wurde 2008 von den Autoren Girard und Senn erstellt.

Insgesamt umfasst die Umfrage 280 College-Studentinnen und -Studenten.

Die Teilnehmerschaft wurde per Zufallsprinzip und unter Berücksichtigung einer ausgleichenden Geschlechterverteilung aus der Datenbank der Abteilung für Psychologie ausgewählt und im Anschluss daran telefonisch oder per Email kontaktiert; das durchschnittliche Alter der Teilnehmerschaft betrug dabei 21,75 Jahre.

Im Rahmen der Umfrage wurden den Probanden klassische „Date-rape-scenarios“ vorgestellt, innerhalb derer verschiedene Situationen zwischen einem Mann und einer Frau beschrieben wurden; diese Szenarien endeten am Schluss immer mit einem sexuellen Übergriff durch den Mann auf die Frau.

Dabei wurden verschiedene Fallmöglichkeiten vorgestellt, die entweder mit einem freiwilligen Alkohol- oder Drogenkonsum oder einer heimlichen Alkohol- oder Drogenbeimengung einhergingen.

Im Anschluss daran sollten die Teilnehmer Fragen beantworten, die sich auf die „Date-rape-scenarios“ bezogen und ermitteln sollten, welche Attributionen die Probanden dem Opfer und dem Täter aus den Fallbeispielen zuweisen würden; dabei standen die Fragen, wer der beiden Personen letztendlich für den sexuellen Übergriff verantwortlich gemacht werden konnte, im Mittelpunkt.

Des Weiteren diente die Umfrage dazu, zu ermitteln, wer von den Studierenden bisher schon einmal die Erfahrung gemacht hatte, zum Sexualkontakt gezwungen worden zu sein; hierbei stand die Viktimisierung von Frauen als auch die Täterschaft der Männer im Vordergrund.

Zudem wurde noch einmal der Alkohol- und/oder Drogenkonsum während des erzwungenen Sexualverkehrs thematisiert (Girard und Senn 2008).

Auch diese Studie hatte primär das Ziel, um die allgemeine Öffentlichkeit zu erreichen.

Bei den zwei anderen Studien, die nun im Folgenden beschrieben werden, handelt es sich um Publikationen mit einem ganz anderen Studiendesign; für die erste Forschungsarbeit, die 2006 von den Autoren Scott-Ham und Burton veröffentlicht worden ist, wurde dem gerichtsmedizinischen Labor in London in der Zeit von Januar 2000 bis Dezember 2002 insgesamt 1014 mutmaßliche DFSA-Fälle übermittelt, welche sich im Vereinigten Königreich zu diesem Zeitraum ereignet hatten.

Dabei war es in 391 Fällen möglich, von den Opfern innerhalb der ersten zwölf Stunden nach dem vermeintlichen Übergriff eine Blut- und/oder Urinprobe zu gewinnen, welche im Anschluss daran auf Alkohol, gängige Rauschmittel als auch auf potentiell betäubende Drogen untersucht wurden (Scott-Ham und Burton 2006).

Die zweite Studie wurde 2010 von den Autoren Du Mont et al. 2010 in Kanada erhoben.

Für diese Forschungsarbeit gaben alle Jugendliche und Erwachsene, die sich in dem Zeitraum von Juni 2005 bis April 2007 bei einem Behandlungszentrum in Ontario vorge-

stellt hatten, Urinproben ab, welche auf zentralnervös-aktive Rauschmittel getestet wurden; für den Nachweis männlicher DNA-Spuren wurde zudem von jedem Teilnehmer ein oraler, vaginaler und/oder rektaler Abstrich entnommen.

Im Fall, dass im Abstrich männliche DNA-Spuren nachgewiesen werden konnten, wurden die Probanden gefragt, ob diese in der vergangenen Woche einvernehmlichen Geschlechtsverkehr gehabt hatten.

Zudem wurden die Teilnehmer dazu aufgefordert, einen Drogenkonsum, der auf freiwilliger Basis und innerhalb der letzten 72 Stunden erfolgt war, anzugeben.

Letztendlich waren es 184 der insgesamt 882 Probanden, die die Kriterien, Opfer eines drogenassoziierten Sexualverbrechens geworden zu sein, erfüllten.

Dabei betrug das durchschnittliche Alter dieser 184 Teilnehmer 25,8 Jahre; 177 (96,2 %) dieser Befragten waren Frauen (Du Mont et al. 2010).

Bei den beiden letzten Forschungsarbeiten handelt es sich zum einen um eine nordirische und zum anderen um eine niederländische Studie.

Die erstgenannte Forschungsarbeit aus Nordirland wurde 2008 von den Autoren Hall et al. erstellt.

Hinsichtlich der Methodik der Studie von Hall et al. (2008) wurden der Datenbank des gerichtsmedizinischen Dienstes von Nordirland (FSNI) retrospektive anonymisierte Daten von mutmaßlichen sexuellen Übergriffen entnommen, die sich im Zeitraum von 1999 bis 2005 ereignet hatten.

Dabei wurden nur die Fälle in die Studie miteinbezogen, bei denen zuvor toxikologische Drogen- oder Alkoholanalysen aus Blut-oder Urinproben angefordert worden sind; die Fälle, die nicht zuvor toxikologisch untersucht worden waren, wurden aus der Studie ausgeschlossen.

Um eine möglichst genaue Berechnung des Zeitpunktes zu erzielen, an dem sich das Geschehnis ereignet hatte, wurden diejenigen Fälle genau untersucht, bei denen Blutproben innerhalb der zwölf Stunden nach dem mutmaßlichen Übergriff gewonnen wurden (Hall et al. 2008).

Wie auch in anderen vorherigen Studien wurde dafür eine Eliminierungsrate von 18 mg% pro Stunde verwendet (Scott-Ham und Burton 2006).

Bei den Alkoholkonzentrationen in den Urinproben wurden hingegen keine Rückberechnungen durchgeführt, da diese erfahrungsgemäß ungenauer wären (Scott-Ham und Burton 2006).

Die Fälle, bei denen Drogen identifiziert werden konnten, wurden ebenfalls von dieser Studie erfasst (Hall et al. 2008).

Die andere Studie, welche 2011 in den Niederlanden erhoben wurde, weist ein ähnliches Studienprofil auf.

Die Begründer dieser Publikation waren die Autoren Bosman et al. (2011).

Für diese Studie wurden dem Archiv des Forensischen Institutes der Niederlande die Fälle zur Überprüfung entnommen, die aus den Jahren 2004 bis 2006 stammten.

Dabei wurden alle Fälle miteinbezogen, die auf einen sexuellen Übergriff hindeuteten und bei denen eine Blutprobe, eine Urinprobe oder beides für eine Analyse zur Verfügung standen.

Die Auswertung der Studienergebnisse ergab, dass zwischen Januar 2004 und Dezember 2006 insgesamt 135 mutmaßliche DFSA-Fälle identifiziert werden konnten; hierbei standen bei 28 der untersuchten Fälle Blutproben, in 50 Fällen Urinproben und in 57 Fällen beide Probenarten für eine Analyse zur Verfügung.

94 % der Personen, die einem sexuellen Übergriff dieser Art zum Opfer gefallen sind, waren Frauen; das durchschnittliche Alter der Teilnehmer betrug 25 Jahre.

Im Rahmen der 135 DFSA-Fälle wurden die unterschiedlichen Blut-und Urinproben auf Alkohol, ärztlich verschriebene oder missbräuchlich verwendete Drogen oder auf beides getestet.

Dabei wurden die Proben, die ein negatives toxikologisches Ergebnis erbrachten, in Verhältnis zu der Zeitverzögerung zwischen dem angeblichen sexuellen Übergriff und der Probeentnahme gesetzt und erneut analysiert.

Ebenso, wie bei der Forschungsarbeit von Hall et al. (2008), war es ein primäres Ziel dieser Studie, der allgemeinen Öffentlichkeit zu verdeutlichen, dass zwischen dem Konsum von Alkohol oder anderen Rauschmitteln und dem Stattfinden sexueller Übergriffe ein enger Zusammenhang besteht (Bosman et al. 2011).

5.2.3 Vergleich der Studien hinsichtlich der Ergebnisse

Prävalenz, Altersstruktur, Problem- und Risikobewusstsein

Bei der ersten Forschungsarbeit, die im Hinblick auf die Ergebnisauswertung mit unserer Studie verglichen werden soll, handelt es sich um die US-amerikanische Studie von Crawford et al. (2008).

Die Ergebnisse dieser Studie waren folgende:

Es zeigte sich, dass die meisten Studienteilnehmerinnen der weiblichen Teilnehmerschaft es zwar als risikoreich empfanden, sich von einer Person ein Getränk einschenken zu lassen, es dennoch aber für ungefährlich hielten, ihr Getränk unbeaufsichtigt an einem Ort abzustellen (Crawford et al. 2008).

Ebenso ging aus der elektronischen Umfrage von Crawford et al. (2008) hervor, dass die meisten der befragten College-Studentinnen es für unwahrscheinlich hielten, dass ihnen „date-rape-drugs“ verabreicht worden wären, wenn es ihnen auf einer Party auf einmal schlecht ging.

Im Fall, dass sich die Fragestellung von Crawford et al. (2008) auf eine privat organisierte Party bezog, würde dieses Resultat sehr gut mit dem unserer Studie übereinstimmen: Auf die Frage „In welcher Situation wurden dir deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht“ wählte nur eine Teilnehmerin (3,8 %) der 23 männlichen und weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „Privatparty“. Somit wurden privat organisierte Feiern als Örtlichkeit, im Rahmen derer eine heimliche Verabreichung von Knockout-Mitteln stattfinden könnte, ebenso von der Teilnehmerschaft unserer Umfrage als unwahrscheinlich eingestuft.

Aus der Studie von Crawford et al. (2008) ging aber auch hervor, dass im Falle einer Vergewaltigung nur eine signifikante Minderheit der Befragten dem Opfer die Schuld an dem Geschehnis geben würde (Crawford et al. 2008).

Ein weiteres Resultat dieser Studie ist, dass Teilnehmerinnen, die bereits früher schon sexuellen Übergriffen zum Opfer fielen, eher angaben, dazu bereit zu sein, risikoreiche Entscheidungen zu treffen; ein Beispiel dafür wäre, das Angebot eines männlichen Bekannten, sich in deren eigenes Schlafzimmer begleiten zu lassen, anzunehmen (Crawford et al. 2008).

Crawford et al. (2008) zufolge läge die Ursache folgendem Sachverhalt zu Grunde: Beide Gruppen von Frauen, die einen mit und die anderen ohne Erfahrungen von sexuellen Übergriffen, würden sich in Situationen, in denen das Risiko eines sexuellen Angriffs besteht, auf ähnliche Weise unwohl fühlen. Dennoch fiele es Frauen, die bereits einmal einen sexuellen Übergriff erlebt hatten, schwerer, die Gefahr genau zu benennen und dementsprechend darauf zu reagieren. Stattdessen zögerten sie, auf eine risikobehafteten Situation angemessen zu reagieren, da sie der Meinung sind, nicht in der Lage zu sein, negativen Erlebnissen vorzubeugen und diese zu vermeiden.

Stattdessen verhalten sie sich leichtsinnig, zum Beispiel indem sie viele verschiedene Sexualpartnerschaften eingehen oder sich exzessiv betrinken würden (Crawford et al. 2008).

Aus dieser Studie geht außerdem hervor, dass die Mehrheit der befragten Studentinnen angaben, eher mit einem flüchtigen Bekannten eine Party zu verlassen als alleine nach Hause zu gehen; dieser Sachverhalt würde sich laut Crawford et al. (2008) mit den Ergebnissen früherer Umfragen decken; danach würde die Allgemeinheit eher erwarten, von einem völlig Unbekannten überfallen und vergewaltigt zu werden als von einem flüchtigen Bekannten (Crawford et al. 2008).

Auch wenn diese Fallkonstellation in der Fragestellung unserer Studie nicht behandelt wurde, so wäre es in diesem Kontext dennoch wichtig zu erwähnen, dass auch der Großteil (55,2 %) der 23 Befragten in unserer Umfrage auf die Frage „Von wem wurden dir deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?“ eher dazu tendierte, eine unbekannte Person für die Tatbegehung verantwortlich zu machen statt einer bekannten Person. Crawford et al. (2008) zufolge würde ein Großteil der Allgemeinheit im Hinblick auf eine Straftatbegehung fremden Personen ein viel größeres Misstrauen entgegenbringen als Bekannten, Verwandten oder Freunden.

Zudem machte die Ergebnisauswertung dieser Umfrage deutlich, dass die heimliche Verabreichung von K.-o.-Mitteln oftmals weder gemeldet noch überhaupt in Erwägung gezogen wird, so dass Symptome wie Übelkeit in Kombination mit Schwindel, verschwommenem Sehen und Koordinationsschwierigkeiten eher dem übermäßigen Konsum von Alkohol als einer Einnahme einer unbekannten Droge zugeschrieben werden würde.

Dieser Sachverhalt unterscheidet sich von unserem Studienergebnis dahingehend, dass bei unserer Umfrage 21 (91,3 %) der 23 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Verdacht,

schon einmal Opfer einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung geworden zu sein, angaben, jemandem von ihrer Vermutung berichtet zu haben.

Die australische Forschungsarbeit von Hurley et al. (2006) setzt sich ebenfalls mit der Epidemiologie von DFSA-Fällen auseinander und erzielte folgende Ergebnisse:

Anhand der Aktenlage des Victorian Institute of Forensic Medicine konnten von 434 sexuellen Übergriffen auf erwachsene Personen 76 DFSA-Fälle nachgewiesen werden; dabei betrug die Zeitspanne zwischen dem angegebenen Vorfall bis zur Untersuchung im Durchschnitt 20 Stunden.

Bei 95 % der Betroffenen, die einem DFSA zum Opfer gefallen waren, handelte es sich um weibliche Personen mit einem Durchschnittsalter von 25,6 Jahren.

In 59 DFSA-Fällen (77 %) wurde in den Stunden vor dem Übergriff ein Alkoholkonsum von den Betroffenen angegeben; zum Zeitpunkt der Untersuchung konnte in 37 % der 59 Fälle eine Blutalkoholkonzentration von 0,11 % nachgewiesen werden (Hurley et al. 2006).

In unserer Studie gaben 65 % der Personen mit Verdacht auf eine heimliche K.-o.-Tropfenbeibringung innerhalb der Teilnehmerschaft an, bei dieser Vermutung ausschließen zu können, zu viel Alkohol getrunken zu haben.

Weiterhin gaben im Rahmen der Studie von Hurley et al. (2006) 49 % der Personen, die einem DFSA zum Opfer gefallen sind, an, dass diese zum Zeitpunkt des sexuellen Übergriffs Medikamente eingenommen hatten, welche ihnen ärztlich verordnet worden waren.

26 % der Betroffenen machten dagegen die Aussage, zum Zeitpunkt des Vorfalls Drogen zur Entspannung und Stimmungsaufhellung, wie zum Beispiel Cannabis, Heroin, Ecstasy, Diazepam oder Fluvoxamin, konsumiert zu haben.

Bei 20 % der Studienteilnehmer, beziehungsweise bei 3 % aller Fälle von sexuellen Übergriffen, konnte ein Konsum von Rauschmitteln nachgewiesen werden, der aber zuvor von keinem der Betroffenen angegeben worden war.

Bei diesen Drogen handelte es sich in jeweils vier Fällen um Cannabisprodukte, Antidepressiva und Benzodiazepine. In je drei Fällen konnten Amphetamine und Opiate detektiert werden (Hurley et al. 2006).

In 80 % der drogenassoziierten sexuellen Übergriffe konnten Angaben darüber gemacht werden, in welcher Beziehung Opfer und Täter zueinander standen; 62 % der Betroffenen identifizierten den Straftäter als erst vor kurzem kennengelernte Bekanntschaft, 15 % als unbekannten Täter, 3 % als Beziehungspartner und 1 % als Kunden. Zudem handelte es sich im Rahmen dieser Studie bei allen Tätern um männliche Personen, von denen 86 % die Straftat allein begangen haben sollen (Hurley et al. 2006).

In unserer Umfrage dagegen lautete die von der Teilnehmerschaft meist ausgewählte Antwortmöglichkeit auf die Frage, von wem ihnen ihrer Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht wurde, zu 55,2 % „Unbekannte/Unbekannter"; nur sechs (20,7 %) der 23 Probanden wählten die Antwortoption „Abendbekanntschaft". Die Antwortoption „Bekannter/Bekannte" wurde von 6,9 % angegeben.

Im Hinblick auf die Prävalenz von Delikten, die unter anderem ebenfalls mit einer heimlichen K.O.-Tropfenbeibringung einhergingen, brachte die US-amerikanische Studie von Lawyer et al. (2010) folgende Resultate hervor:

29,6 % aller Teilnehmerinnen im Durchschnittsalter von 20,13 Jahren berichteten von insgesamt 168 Vorfällen, die mit Erfahrungen von Übergriffen jeglicher Art ab einem Alter von 14 Jahren in Verbindung standen.

Von dieser Teilnehmergruppe gaben 5,4 % der Probandinnen an, bereits Erfahrungen mit gewaltsamen Übergriffen gemacht zu haben, wogegen 29,6 % von Vorfällen berichteten, in denen sie Opfer eines drogenassoziierten Sexualdelikts geworden waren.

Dabei wurden 77 der 93 Studienteilnehmerinnen, die schon einmal einem drogenassoziierten Sexualverbrechen zum Opfer gefallen sind, dazu aufgefordert, eine weiterführende Fragenabfolge darüber zu beantworten, ob sie die Drogen freiwillig eingenommen hatten oder nicht; es stellte sich heraus, dass 84,4 % dieser Teilnehmerinnen Drogen oder Alkohol freiwillig zu sich genommen hatten, während der Rest der Frauen angab, Alkohol oder andere Rauschmittel zumindest zu einem gewissen Anteil unfreiwillig konsumiert zu haben.

Bezüglich der verschiedenen Arten von Rauschmitteln, die von den Frauen eingenommen wurden, bevor sich ein drogenassoziiertes Sexualdelikt ereignete, wurden folgende Angaben gemacht:

- Alkohol (96,1 %)
- Marijuana (37,3 %)
- Rohypnol (9,1 %)
- GHB (3,9 %)
- Ketamin (1,3 %) (Lawyer et al. 2010).

Zwei weitere wichtige Aspekte im Rahmen von gewaltsamen wie auch drogenassoziierten Sexualdelikten ist die Opfer-Täter-Beziehung und der Ort, an dem der Drogenkonsum und die daran anschließende Straftat stattfanden.

Wie in der vorigen Forschungsarbeit von Hurley et al. (2006) zeigte sich auch in der australischen Studie von Lawyer et al. (2010), dass in der Mehrzahl der Fälle die Frauen angaben, den Täter auf irgendeine Weise gekannt zu haben.

Nur sechs Teilnehmerinnen berichteten, dass der Straftäter ihnen völlig unbekannt gewesen wäre.

Die Sexualverbrecher wurden zu 45 % als Freund und zu 16,9 % als flüchtige Bekanntschaft, denen die Frauen weniger als 24 Stunden vorher zum ersten Mal begegnet sind, eingestuft; bei 9,1 % der Straftäter handelte es sich laut der Befragten um den eigenen Beziehungspartner (Lawyer et al. 2010).

Im Gegensatz dazu wurde im Rahmen unserer Umfrage die Antwortmöglichkeit „Partnerin/Partner“ auf die Frage nach dem/der mutmaßlichen Täter/in einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung von keinem Probanden ausgewählt.

Dabei machte lediglich eine Frau keine Angaben darüber, in welcher Beziehung sie zu dem Sexualstraftäter stand (Lawyer et al. 2010).

Im Vergleich dazu gab es in unserer Studie fünf Teilnehmerinnen, die angaben, keine Vermutung zu haben, wer ihnen ihrer Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht hatte.

Bezüglich der Orte, an denen sich sowohl der Rauschmittelkonsum als auch die anschließenden Sexualdelikte ereigneten, konnten aus den Angaben der Studienteilnehmerinnen entnommen werden, dass sogenannte „house parties“ in unserer Studie als auch in der Forschungsarbeit von Crawford et al. (2008) mit 54,5 % an erster Stelle standen, gefolgt von Gastronomiebetrieben wie Bars und Restaurants (20,8 %).

Weiterhin ereigneten sich in der Studie von Lawyer et al. (2010) die Einnahme von Drogen mit daran anschließendem sexuellen Übergriff zu 11,7 % im Haus des Straftäters und zu 5,2 % im Haus des Sexualopfers; nur 1,3 % der Sexualverbrechen fand in Fahrzeugen statt.

Hinsichtlich des Risikoverhaltens der Teilnehmer zeigten die Umfrageergebnisse zudem, dass Opfer von drogenassoziierten sexuellen Übergriffen mit Ausnahme von LSD häufiger ärztlich verschriebene Rauschmittel, Stimulantien, Marijuana, Cocain und Partydrogen konsumierten, im Vergleich zu den Teilnehmerinnen, die bisher keine Erfahrungen mit Sexualverbrechen dieser Art gemacht hatten (Lawyer et al. 2010).

Im Hinblick auf den Alkoholkonsum wurde dargestellt, dass Frauen, die einem drogenassoziierten Sexualverbrechen zum Opfer gefallen waren, in den vorausgegangenen vier Wochen verhältnismäßig mehr Alkohol zu sich genommen hatten.

Außerdem wurde an Hand der Studie von Lawyer et al. (2010) zum einen deutlich, dass das Einstiegsalter zum Alkoholkonsum bei vorbelasteten Frauen niedriger ausfiel und zum anderen, dass der Alkohol-oder Drogenkonsum bei diesen Frauen häufiger vor einem sexuellen Ereignis stattfand.

Als ein weiteres wesentliches Resultat dieser Studie konnte gezeigt werden, dass sich drogenassoziierte Übergriffe fünfmal häufiger ereigneten als gewalttätige Übergriffe (Lawyer et al. 2010).

In diesem Zusammenhang konnte belegt werden, dass die meisten drogenassoziierten Sexualdelikte in einem engen Verhältnis zu einem freiwilligen Alkoholkonsum seitens des Opfers standen, wobei in einigen Fällen noch ein zweites Rauschmittel (meistens Marijuana) mit eingenommen wurde (Lawyer et al. 2010).

Diese Ergebnisse stimmen mit den Resultaten aus einer Studie von Kilpatrick et al. (2007) überein, in der das Alkoholkonsumverhalten von Sexualopfern als auch der Tathergang von Vergewaltigungen in einer großen Umfrage bei College-Studentinnen untersucht wurde.

Verglichen mit der zuletzt beschriebenen Forschungsarbeit beschreibt die Ergebnisauswertung der US-amerikanischen Online-Umfrage von Krebs et al. (2009) eine ähnlich hohe Prävalenzrate an drogenassoziierten und andersartigen sexuellen Übergriffen, die sich bei College-Studentinnen im Alter von 18 bis 25 Jahren ereignet hatten.

Dabei gaben 28,5 % der insgesamt 5446 Studienteilnehmerinnen an, schon einmal einem versuchten oder vollzogenen Sexualdelikt, entweder vor dem College-Eintritt oder während der Studienzeit, zum Opfer gefallen zu sein.

Während der Prozentsatz an sexuellen Übergriffen, bei denen das Opfer entweder durch einen freiwilligen oder fremdgesteuerten Alkohol- und/oder Drogenkonsum außer Gefecht gesetzt worden war und welche sich vor der College-Zeit ereignet hatten, 7,0 % betrug, stieg der Prozentsatz sexueller Übergriffe dieser Art, welche sich in der Zeit nach dem Eintritt ins College ereigneten, laut Umfrageauswertung auf 11 % an; bei 7,8 % dieser Sexualvergehen handelte es sich der Aussage der Teilnehmerinnen zufolge um alkohol- oder drogenassoziierte sexuelle Übergriffe, bei denen den Frauen ohne deren Wissen Alkohol oder andere Rauschmittel verabreicht worden waren (Krebs et al. 2009).

Weiterhin ergab die Umfrageauswertung dieser Forschungsarbeit, dass die Häufigkeit sexueller Übergriffe, bei denen das Opfer mittels Alkohol oder anderer Rauschmittel außer Gefecht gesetzt worden war, ab dem College-Eintritt stetig zunahm, während der Umfang der gewaltsam-vollzogenen Sexualdelikte mit einem Prozentanteil von 6,4 % vor der College-Zeit auf 4,7 % nach der Einschreibung ins College abnahm (Krebs et al. 2009).

Außerdem konnte anhand dieser Studie belegt werden, dass 20 % der Befragten, die sich im letzten Studienjahr befanden, seit Beginn des vierjährigen Studiums Erfahrungen mit einem sexuellen Übergriff jeglicher Art gemacht hatten; bei 16 % der Teilnehmerinnen ereignete sich der Übergriff dabei zu einem Zeitpunkt, in dem sie sich bereits in einem vollständig benommenen Zustand befunden hatten, was aber in 10,8 % der Fälle Folge eines freiwilligen exzessiven Alkohol- oder Drogenkonsumverhaltens gewesen war.

Andererseits konnte im Rahmen der Umfrageauswertung belegt werden, dass sich das Risiko der Studentinnen, im berauschten Zustand einem sexuellen Übergriff zum Opfer zu fallen, mit der Anzahl der Studienjahre zunehmend verminderte (5,9 % im zweiten Studienjahr, 3,6 % im dritten Studienjahr und 3,6 % im vierten Studienjahr). Dies galt vor allem für die sexuellen Übergriffe, die sich nach einem freiwilligen exzessiven Alkohol- oder Drogenkonsum seitens der Opfer ereigneten (Krebs et al. 2009).

Im Hinblick auf die Prävalenz drogen- oder alkoholassoziierter sexueller Übergriffe unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren erbrachte die Auswertung der Umfrage von Wolitzky-Taylor et al. (2008) folgende Resultate:

0,1 % der insgesamt 3614 minderjährigen Probanden, die zum Auftreten gewalttätiger Verhaltensweisen in deren partnerschaftlichen Beziehungen befragt wurden, berichteten von „Drug Alcohol Facilitated Rape“ (DAFR); dieser Begriff beschreibt dabei ungewollten Geschlechtsverkehr, bei dem das Opfer entweder durch einen freiwilligen Alkohol- oder Drogenkonsum oder durch eine fremdgesteuerte Drogenverabreichung durch den eigenen Beziehungspartner oder der Verabredung außer Gefecht gesetzt worden war (Wolitzky-Taylor et al. 2008).

Die restlichen Fälle, in denen ernsthafte Gewaltanwendung in der Partnerschaft vorkam, bezogen sich zu 0,9 % auf sexuelle Übergriffe im Allgemeinen und zu 0,8 % auf körperliche Angriffe.

Im Rahmen dieser drei Arten von „dating violence“ lagen die Prozentzahlen bei Mädchen in einem etwas höheren Bereich (2,7 %) als bei den männlichen Jugendlichen (0,6 %).

Weiterhin ging aus dieser Studie hervor, dass es mehrere Risikofaktoren gab, in eine partnerschaftliche Beziehung zu geraten, in der ein gewaltsamer Umgang zwischen beiden Partnern herrscht:

- eine höhere Altersklasse (15 – 17 Jahre statt 12 – 14 Jahre)
- ein weibliches Geschlecht
- etwaige andere traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte
- aktuelle belastende Lebensereignisse

Zudem konnte anhand dieser Studie belegt werden, dass zwischen einem gewaltsamen Umgang innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung und bestimmten psychischen Vorerkrankungen, wie der PTSD (= posttraumatic stress disorder) oder der MDE (= major depressive episode), eine Zusammenhang besteht.

Im Vergleich zu anderen Studien, bei denen deren Urheber lediglich dazu befugt waren, das Vorkommen von „dating violence“ bei College-Studenten zu untersuchen, stellte sich außerdem heraus, dass Gewalttaten zwischen erwachsenen Beziehungspartnern häufiger auftraten als bei Heranwachsenden (Wolitzky-Taylor et al. 2008).

In der Studie von McCauley et al. (2009), die ebenfalls auf den Umfrageergebnissen von minderjährigen Probanden beruht, gaben 11,8 % der 1763 heranwachsenden Teilnehmerinnen an, schon einmal in ihrem Leben irgendeine Form von sexuellem Übergriff erfahren zu haben; 2,1 % dieser Übergriffe basierten dabei entweder auf einem freiwilli-

gen (IS) oder fremdgesteuerten Alkohol- oder Drogenkonsum (DAFS) (McCauley et al. 2009).

Somit konnte anhand der Umfrageergebnisse errechnet werden, dass es sich bei 18 % aller angegebenen sexuellen Übergriffe um IS/DAFS- assoziierte Ereignisse handelte, bei denen es, laut Angaben der Betroffenen, sehr häufig (91,9 %) zu einer ungewollten sexuellen Penetration der Opfer gekommen ist.

Dabei ereignete sich diese Art von sexuellen Übergriffen eher bei den 15- bis 17 jährigen Mädchen (3,6 %) als bei den jüngeren Probandinnen im Alter von 12 bis 14 Jahren (0,7 %).

In unserer Studie wurde die Antwortmöglichkeit „ungewollte sexuelle Handlungen“ auf die Frage „Welche Ereignisse sind während des Filmrisses passiert?“ nur zu 10,5 % ausgewählt.

Bei der Umfrage von McCauley et al. (2009) bestätigte die Mehrheit aller befragten Mädchen (67,7 %), zu betrunken gewesen zu sein, um zu wissen, was während des Übergriffs vorgefallen wäre. Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen (48,3 %) sagten aus, dass sie auf Grund des Alkohol- oder Drogenkonsums während des Ereignisses sogar völlig weggetreten gewesen wären.

In unserer Studie hingegen wurde das Symptom „Bewusstlosigkeit“ von der Teilnehmerschaft unserer Studie im Zusammenhang mit dem Verdacht, K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben, nur zu 9,8 % angegeben.

In der Umfrage von McCauley et al. (2009) zeigte sich zudem, dass 80,3 % der beschriebenen Übergriffe von Personen begangen wurden, die den Opfern auf irgendeine Weise bekannt waren.

Auch dieses Ergebnis unterscheidet sich stark von dem Resultat unserer Arbeit, im Rahmen derer die Mehrheit (55,2 %) der Studienteilnehmer/innen aussagten, eine unbekannte Person hinter der heimlichen K.-o.-Tropfenverabreichung vermutet zu haben.

Des Weiteren konnte aus den Angaben der Befragten innerhalb der Forschungsarbeit von McCauley et al. (2009) entnommen werden, dass es in 34 % der IS/DAFS-Fällen zu körperlicher Gewaltanwendung kam.

In Verbindung mit der Frage nach den Geschehnissen während des Filmrisses wurde die Antwortmöglichkeit „körperliche Gewalt“ im Rahmen der Ergebnisauswertung unserer

Studie nur zu 10,5 % ausgewählt; daneben hat eine Teilnehmerin (6,7 %) unter der Antwortoption „Sonstiges“ „ungewollte leichte körperliche Übergriffe“ angegeben.

Zudem gaben 30 % der Teilnehmerinnen in der Umfrage von McCauley et al. (2009) an, dass sie während des sexuellen Übergriffs Angst hatten, verletzt oder getötet zu werden.

Im Rahmen unserer Studie wurde von einer anderen Teilnehmerin (6,7 %) das Ereignis beschrieben, während ihres Filmrisses „Panikattacken“ erlitten zu haben; diese können dabei aber nicht direkt mit der Angst vor Verletzung oder Tötung, die die Mädchen in der Studie von McCauley et al. (2009) durchlebt hatten, verglichen werden, da die Panikattacken laut der Probandin unserer Studie zum einen in Verbindung mit „Trieb“ und „Kontrollverlust“ standen und zum anderen aus der Ergebnisauswertung nicht hervorgeht, in welcher Situation sich die Panikattacken bei dieser Teilnehmerin ereignet hatten.

Bezüglich der Meldung dieser IS/DAFS – Vorfälle ging aus der Arbeit von McCauley et al. (2009) hervor, dass nur 4,6 % dieser Sexualdelikte bei der Polizei oder anderen Institutionen eingegangen waren.

Dieses Ergebnis ist mit dem Ergebnis aus unserer Studie vergleichbar, bei der auch nur zwei Personen (8,7 %), darunter eine Frau und ein Mann, angegeben hatten, ihren Verdacht, Opfer einer heimlichen K.-o.--Tropfenverabreichung geworden zu sein, bei der Polizei angezeigt zu haben.

Ein weiterer Sachverhalt, der in Studie von McCauley et al. (2009) untersucht wurde, war der Zusammenhang von sexuellen Übergriffen und den sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen.

Es zeigte sich, dass die Mädchen, die bereits Erfahrungen mit IS/DAFS-Übergriffen gemacht hatten, zum Zeitpunkt der Umfrage von McCauley et al. (2009) häufiger zugaben, an einem Alkoholmissbrauch zu leiden als die Mädchen, die noch nie einen sexuellen Übergriff erlebt hatten.

Auch in Bezug auf den Alkohol- und nicht-experimentellen Drogenmissbrauch in den vorausgegangenen sechs bis zwölf Monaten war ersichtlich, dass Mädchen, die einem IS/DAFS-Übergriff zum Opfer gefallen waren, diesen deutlich häufiger angaben, als die Teilnehmerinnen, die andere Arten von sexuellen Übergriffen erlebt hatten.

Im Hinblick auf psychische Beeinträchtigungen wie MDE (= major depression episode) und PTSD (= posttraumatic stress disorder), die bei einigen Probandinnen im vergangenen Jahr diagnostiziert worden waren, waren die Angaben der Mädchen mit IS/DAFS-

Fällen in der Vorgeschichte mit den Aussagen der weiblichen Befragten annährend vergleichbar, die bereits Erfahrungen mit anderen sexuellen Übergriffen gesammelt hatten (McCauley et al. 2009).

Auch in unserer Studie berichteten vier Frauen der 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

von Folgeproblemen, die nach den Ereignissen während ihres Filmrisses bei ihnen aufgetreten sind: Dabei berichteten zwei der vier Probandinnen (33,3 %) von Angstzuständen, während die Antwortmöglichkeiten „Leistungsabfall“ und „Depression“ von jeweils einer der vier Befragten (16,7 %) angegeben wurden.

Zudem wählten alle vier Teilnehmerinnen als weiteres Folgeproblem die Antwortoption „verändertes Verhalten“.

Dieser Sachverhalt wurde dabei aber von keiner der Frauen unter der Folgeantwortmöglichkeit „Sonstiges“ eingehender erläutert.

Neben den zuvor beschriebenen Studien aus den USA und Australien existieren noch weitere Forschungsarbeiten aus Europa, die sich in einem Zeitraum von 2000 bis 2008 mit dem Thema DFSA auseinandergesetzt haben und in Form eines Journals von Olszewski (2008) veröffentlicht wurden.

Diesem Journal zufolge stimme die Fachliteratur aus den USA, Kanada, Australien, Frankreich und dem Vereinigten Königreich darin überein, dass Sexualverbrecher in den letzten zehn Jahren verstärkt auf Drogen und Alkohol zurückgegriffen hätten, um deren Opfer außer Gefecht zu setzen (McGregor et al. 2004, Dorandeu et al. 2006, Hurley et al. 2006, Nutt 2006).

Neben den Forschungsarbeiten aus den USA und Australien belegen ebenfalls die europäischen Studien, dass die drogenassoziierten Sexualverbrechen meistens im Haus des Täters oder des Opfers wie auch in Clubs oder Kneipen verübt werden, wo der erste Kontakt hergestellt wird (Olszewski 2008).

Auch wenn dabei ein Großteil der Opfer ihren Täter als einen Freund oder Bekannten identifiziert hat, sollte zusätzlich erwähnt werden, dass eine beträchtliche Anzahl der Bekanntschaften den Opfern bis zu dem Abend, an dem das Ereignis stattfand, unbekannt war; diese Tatsache konnte das Journal von Olszewski (2008) durch eine der Studien belegen, wonach 62,5 % der Opfer angegeben hatten, den vollständigen Namen des mutmaßlichen Täters nicht zu kennen.

Ähnliches ging auch aus unserer Studie hervor; in unserer Arbeit wurde auf die Frage „Von wem wurden dir deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?“ zu 55,2 % die Antwortmöglichkeit „Unbekannte/Unbekannter“ und zu 20,7 % „Abendbekanntschaft“ angegeben.

Zudem fand eine weitere Studie in diesem Journal heraus, dass 62,5 % der Personen, die einem DFSA zum Opfer gefallen sind, den vollständigen Namen des mutmaßlichen Täters nicht kannten (Ruparel 2004, Scott-Ham und Burton 2005).

Bezüglich der Rauschmittel, die im Rahmen drogenassoziierter Sexualdelikte als potentielle K.-o.-Mittel eingesetzt werden können, erbrachte die niederländische Studie von Bosman et al. (2011) folgende Ergebnisse:

Zwischen Januar 2004 und Dezember 2006 konnten 135 mutmaßliche DFSA-Fälle identifiziert werden; dabei handelte es sich bei 94 % der Personen, die solch einem sexuellen Übergriff zum Opfer gefallen waren, um Frauen mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren (Bosman et al. 2011).

Des Weiteren konnte in der Mehrheit (54 %) der 134 DFSA-Ereignisse mindestens ein Rauschmittel im Blut und/oder Urin nachgewiesen werden; dabei stellte die Gruppe der analgesierenden Nicht-Opiate wie Ibuprofen und Paracetamol den größten Anteil an gängigen Arzneimitteln dar, die in den Proben gefunden wurden.

Im Rahmen der illegalen Rauschmittel wurde Cocain, MDMA als auch THC sowie dessen Stoffwechselprodukte nachgewiesen.

In 108 Fällen konnten im Rahmen von Blut- oder Urinproben Alkohol oder Drogen nachgewiesen werden, die entweder verschreibungspflichtig sind oder als illegal gelten; hierbei konnte in 23 % der Fälle ein reiner Alkoholkonsum und in 24 % der Fälle die Kombination aus Alkohol und mindestens einer Droge identifiziert werden.

Die Autoren Bosman et al. (2011) weisen aber in ihrer Studie daraufhin, dass zwischen einer freiwilligen und unfreiwilligen Drogeneinnahme nicht unterschieden werden konnte.

Zudem bestanden laut Bosman et al. (2011) keine klaren jahreszeitlichen Abweichungen hinsichtlich der Anzahl der berichteten Fälle sexueller Übergriffe.

Einigen Autoren zufolge stünde dies aber in Widerspruch zu anderen Fachliteraturangaben, in denen von Spitzen während der Sommermonate oder der (Vor)Weihnachtszeit im Dezember berichtet wird (Jones et al. 2008, Elliott und Burgess 2005).

Dies könnte laut Bosman et al. (2011) auf den jeweiligen Landesunterschieden oder auf der relativ kleinen Teilnehmeranzahl dieser Studie beruhen.

Eine weitere Forschungsarbeit, die sich im Besonderen mit dem freiwilligen und unfreiwilligen Drogenkonsum im Rahmen sexueller Übergriffe auseinandersetzt, ist die Studie von Girard und Senn, die 2008 in Kanada publiziert wurde.

Das durchschnittliche Alter dieser Teilnehmerschaft, welche aus 280 College-Studentinnen und -Studenten bestand, betrug 21,75 Jahre.

In Bezug auf den Drogenkonsum gaben die meisten der Befragten (95 %) an, unter keinen Umständen freiwillig Rauschmittel zu konsumieren; ungefähr 5 % erklärten hingegen, während einer Verabredung Drogen zu sich zu nehmen.

8,1 % der Teilnehmerschaft hatten bereits einmal den Verdacht gehabt, dass ihnen ohne deren Wissen eine Droge verabreicht worden war (Girard und Senn 2008).

In unserer Umfrage betrug die Anzahl der insgesamt 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche dazu befragt wurden, schon einmal den Verdacht gehabt zu haben, Opfer einer heimlichen K.-o.-Tropfenverabreichung geworden zu sein, dagegen 23 Personen (38,3 %).

Auf die Frage „Wie oft trinkst du Alkohol bei einer Verabredung“ ergab die Umfrageauswertung von Girard und Senn (2008), dass 83,8 % der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ausgesagt haben, dass das Trinken von Alkohol bei Verabredungen nicht so oft vorkäme; eine Minderheit der Teilnehmerschaft gab an, ziemlich oft oder immer (11,2 %) Alkohol zu sich zu nehmen und 5 % erklärten, sich nicht zu verabreden.

Im Hinblick auf den bestehenden Zusammenhang zwischen Sexualdelikten und Alkohol- oder Drogenkonsum gaben neun Frauen (6,6 %) an, ungewollten versuchten oder vollständigen Sexualkontakt mit einem Mann gehabt zu haben, der ihnen zuvor Alkohol oder Drogen verabreicht hätte (Girard und Senn 2008).

In unserer Studie gaben zu dieser Fragestellung zwei Probandinnen (10,5 %) der insgesamt 15 Personen, welche im Rahmen ihres Filmrisses von bestimmten Ereignissen berichteten, an, Opfer einer ungewollten sexuellen Handlung geworden zu sein.

Weiterhin brachte die Ergebnisauswertung der Arbeit von Girard und Senn (2008) hervor, dass fünf der acht Teilnehmerinnen, die schon einmal einen versuchten sexuellen Übergriff im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum erlebt hatten, dieses Ereignis bereits öfter als einmal widerfahren war.

75 % der Erlebniserfahrungen gingen dabei mit einem Konsum von Alkohol einher, während es nur zwei Fälle von drogenassoziierten Sexualdelikten gab (Girard und Senn 2008).

In der männlichen Teilnehmerschaft gaben 3 % der Männer zu, eine Frau gegen ihren Willen zum Sexualkontakt mit ihnen gebracht zu haben, indem sie ihr Alkohol oder Drogen verabreicht hatten; dies geschah nach Aussagen der Männer nicht nur einmal und bei mehr als einer Frau.

Die Hälfte dieser Männer gab zu, im Rahmen einer Vergewaltigung schon einmal Rauschmittel verwendet zu haben (Girard und Senn 2008).

Im Rahmen drogenassoziierter Sexualverbrechen beschäftigt sich die Arbeit von Beynon et al. (2008) neben der Bedeutung des Drogengebrauchs auch mit der Rolle des Alkoholkonsums.

Auch wenn diese Studie eine Zusammenstellung mehrerer Forschungsarbeiten verschiedener Autoren darstellt, konnten im Hinblick auf die Ermittlung von Sexualdelikten, die auf einer heimlichen Drogenverabreichung basierten, nur die Ergebnisse der Publikation der Autoren Scott-Ham und Burton (2005) verwendet werden (Beynon et al. 2008).

Dabei konnten laut Scott-Ham und Burton (2005) in 18,4 % des Probenmaterials sedierende Substanzen nachgewiesen werden, die eine Person potentiell außer Gefecht setzen können; hierbei wurden die Fälle, in denen der Nachweis dieser Rauschmittel vermutlich Folge einer freiwilligen Einnahme darstellte, sei es aus medizinischen oder experimentellen Gründen, eliminiert.

Aufgrund dessen waren 993 Proben (97,9 %) des gesamten Untersuchungsmaterials für die Studie von Scott-Ham und Burton (2005) nicht verwertbar und es konnten nur 21 der ursprünglich 1014 mutmaßlichen Sexualdelikte einer absichtlichen Drogenverabreichung zugeschrieben werden. Dabei wurden 18 Personen sedierende Rauschmittel verabreicht, während drei weitere Personen einer heimlichen Ecstasy-Gabe zum Opfer fielen, eher mit dem Ziel, eine Enthemmung statt einer Sedierung zu erzielen (Beynon et al. 2008).

Insgesamt waren Alkohol und Cannabis die häufigsten Substanzen, die innerhalb der Studien anderer Autoren gefunden wurden; dabei konnte anhand von Probenmaterial ein Alkoholkonsum in 38 ,4 % der Fälle (Grossin et al. (2003) und in 46,4 % der Fälle (Scott-Ham und Burton (2005) nachgewiesen werden.

Der Anteil der Proben, die Cannabis enthielten, reichte von 17,4 % (Grossin et al. 2003) bis zu 34,9 % (Juhascik et al. 2004).

Dagegen konnte die Substanz Flunitrazepam, die mittlerweile ein gängiges Knockout-Mittel bei DFSA-Fällen darstellt, im Rahmen der Studie von Scott-Ham und Burton (2005) während des dreijährigen Untersuchungszeitraumes in keiner Probe von mutmaßlichen Opfern sexueller Übergriffe nachgewiesen werden (Beynon et al. 2008).

Jedoch wurde dieses Benzodiazepin häufiger in Proben von vermeintlichen Sexualopfern im Rahmen mehrerer US-amerikanischer Studien gefunden (Armstrong 1997, ElSohly und Salamone 1999, Hindmarch und Brinkmann 1999, Mullins 1999, Slaughter 2000).

Laut Beynon et al. (2008) wäre diese Diskrepanz dadurch zu erklären, dass Flunitrazepam im nationalen Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs nicht verschrieben werden würde und somit weitestgehend nicht erhältlich wäre.

Dennoch ist diese Substanz in den USA als Partydroge bekannt und wird vor allem von dem Hispanischen Teil der US-Bevölkerung an der Grenze zu Mexiko konsumiert (Maxwell und Spence 2005, National Institute on Drug Abuse 2006, Rickert et al. 1999, Wu et al. 2007).

Neben Flunitrazepam existiert noch eine andere Substanz, welche des Öfteren im Rahmen drogenassoziierter Sexualverbrechen verwendet wird; diese trägt den Namen Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB).

Dabei untersuchten die Autoren Németh et al. (2010) in ihrer Forschungsarbeit, die ebenfalls eine Metastudie darstellt, speziell die Bedeutung von GHB bei Sexualverbrechen, welche auf einer heimlichen Verabreichung von Knockout-Substanzen basierten.

Im Hinblick auf die Ergebnisauswertung dieser verschiedenen Arbeiten zeigte sich, dass die Prävalenz der Fälle, in denen ein Zusammenhang zwischen einer GHB-Aufnahme und dem Ereignis eines sexuellen Übergriffes nachgewiesen werden konnte, zwischen 0,2 % und 4,4 % variierte; dabei berichteten die vier US-amerikanischen Studien von ElSohly und Salamone (1999), Hindmarch und Brinkmann (1999), Slaughter (2000) sowie Hindmarch et al. (2001) von ähnlichen Resultaten (Németh et al. 2010).

Laut dieser vier Autoren lag die Zahl GHB-positiv-getesteter Proben von Personen, die von einem sexuellen Übergriff berichtet hatten, zwischen 3 % und 4 % (Németh et al. 2010).

Die Studie von Scott-Ham und Burton (2005) hingegen verzeichnete eine Prävalenzrate von nur 0,2 % (Németh et al. 2010).

Bei der Forschungsarbeit von Deveaux et al. (2002) betrug die Anzahl der Fälle, in denen ein Zusammenhang zwischen GHB-Konsum und sexuellem Übergriff ermittelt wurde, 1 %; dabei sollte jedoch erwähnt werden, dass diese Studie aufgrund schwerer Defizite in der Auswertungsmethodik nur bedingt aussagekräftig ist (Németh et al. 2010).

In Bezug auf den Nachweis anderer Rauschmittel, die im Rahmen der elf Studien in den einzelnen Proben der Opfer von Sexualdelikten gefunden wurden, stellte sich heraus, dass in 35 % bis 40,9 % der Fälle keine Drogen ermittelt werden konnten.

Dagegen betrug die Prävalenz an Fällen, bei denen Alkoholkonsum nachgewiesen werden konnte, 37 % bis 46 %; leider wurden die genauen Alkoholmengen in keiner der elf Studien beschrieben.

Im Hinblick auf andere psychoaktiven Substanzen wurde ein Konsum von Cannabis in 18,2 % bis 25,6 % der Fälle ermittelt, während sich die Fallzahlen der Cocaineinnahmen auf 7,7 % bis 10,8 % beschränkten.

Die AFSSAPS.-Studie ermittelte für die Prävalenz an Fällen mit Alkoholkonsum eine Fallzahl von 36,4 % im Zeitraum von 2003 bis 2005 und 13,6 % zwischen 2005 und 2006; weiterhin wurde bezüglich des Cannabiskonsums in den Jahren 2003 bis 2005 eine Prävalenzrate von 26,3 % und zwischen 2005 und 2006 von 6,5 % verzeichnet (Németh et al. 2010).

Der Konsum von Cocain konnte hierbei im Zeitraum zwischen 2003 und 2005 nur in 2,3 % der Proben und im Zeitraum 2005 bis 2006 nur in 0,2 % der Fälle nachgewiesen werden (Németh et al. 2010).

Die Autoren Deveaux et al. (2002) hatten in ihrer Studie nur die Fälle beschrieben, in denen die Substanz GHB nachgewiesen werden konnte (Németh et al. 2010).

Der Gebrauch anderer Rauschmittel in Kombination mit GHB variierte innerhalb der verschiedenen Studien beträchtlich; die Spannbreite dieser Fälle lag zwischen 37 % und 84 %.

Hindmarch et al. (2001) zeigten, dass 39 der 100 auf GHB-positiv-getesteten Proben zusätzlich weitere Drogen enthielten (Németh et al. 2010).

Wenngleich der Alkohol mit Abstand die Substanz darstellte, die in Proben von Opfern sexueller Übergriffe am häufigsten nachgewiesen wurde, ist es erstaunlich, dass in der Studie von Hindmarch et al. (2001) keine Proben auftraten, die GHB in Kombination mit Alkohol enthielten (Németh et al. 2010).

Bei den Proben, in denen neben GHB noch andere Drogen gefunden wurden, konnten Cannabis, Cocain, Amphetamine und Benzodiazepine sowohl einzeln als auch in Kombinationen miteinander nachgewiesen werden.

Die Autoren Hindmarch et al. (2001) betonten dabei in ihrer Studie, dass die Mehrheit dieser Drogen nicht konsumiert werden konnte, ohne dass sich das Opfer dessen bewusst gewesen ist (Németh et al. 2010).

ElSohly und Salamone (1999) verzeichneten in ihrer Studie eine noch höhere Anzahl an Proben, bei denen eine Kombination aus GHB mit anderen Rauschmitteln nachgewiesen werden konnte; dabei beinhalteten 84 % der 48 Proben, die auf GHB positiv getestet wurden, sowohl legale als auch illegale Drogen, wie zum Beispiel Alkohol (33 %), Cannabis (21,1 %), Benzodiazepine (20,1 %) und Cocain (8,3 %) (Németh et al. 2010).

In der Studie von Slaughter (2000) zeigte sich wiederum, dass 62,7 % der GHB-haltigen Proben keine anderen Rauschmittel enthielten; die Drogen, die in Kombination mit GHB nachgewiesen werden konnten, wurden dabei nicht näher beschrieben (Németh et al. 2010).

Obwohl es sich bei der Publikation von Elliott (2008) nicht um eine Studie handelt, sondern um eine Beschreibung einer US-amerikanischen Kampagne in Form eines Artikels, werden darin einige Forschungsarbeiten verschiedener Autoren zum Thema drogenassoziierte sexuelle Übergriffe vorgestellt und beschrieben.

Ein Beispiel dafür ist eine epidemiologische Studie, die von dem Victorian Institute of Forensic Medicine in Australien erhoben wurde (Elliott 2008).

Die Ergebnisauswertung der Studie zeigt, dass 77 % der 76 Personen, die einem drogenassoziierten Sexualdelikt zum Opfer gefallen sind, zum Zeitpunkt des Ereignisses Alkohol konsumiert hatten; im Hinblick auf den freiwilligen Gebrauch anderer Substanzen hatten 49 % dieser Teilnehmer zum Zeitpunkt des Übergriffs verschreibungspflichtige Medikamente und 26 % der Befragten Partydrogen eingenommen (Elliott 2008).

In 22 Fällen wurde vermutet, dass es sich um eine heimliche Drogenverabreichung gehandelt hat (Elliott 2008); in sechs Fällen konnte eine Vielzahl an Substanzen nachgewiesen werden (Hurley et al. 2006).

In einer anderen Studie von Payne-James und Rogers (2002) aus England konnte in 44 % der Proben von 2026 mutmaßlichen DFSA-Fällen Alkohol, in 30 % der Fälle Cannabis, in 0,54 % der Fälle Rohypnol und in 4,9 % der Fälle GHB nachgewiesen werden (Elliott 2008).

2008 erstellten die Autoren Hall et al. eine offizielle Studie anhand retrospektiver Daten von mutmaßlichen sexuellen Übergriffen, die sich zwischen 1999 und 2005 in Nordirland ereignet hatten.

Die Ergebnisauswertung dieser Forschungsarbeit ergab, dass sich im Jahr 1999 in 30 von 107 Fällen ein sexueller Übergriff ereignet hatte; bei zehn dieser Übergriffe konnte anhand der toxikologischen Analyse der Blutproben Alkohol nachgewiesen werden, zwei Proben enthielten Alkohol und Drogen und in acht Fällen wurden nur Drogen gefunden.

Insgesamt konnte somit in 66 % der Fälle ein Substanznachweis erfolgen.

Die restlichen 33 % der Proben ergaben für die Testung auf Alkohol und Drogen ein negatives Ergebnis.

Hierbei wurde für die darauffolgenden Jahre 2000 bis 2005 dasselbe Analyseverfahren angewandt, um die Proben herausfiltern zu können, die entweder nur für Alkohol, nur für Drogen, für die Kombination aus Alkohol und Drogen positiv waren oder gänzlich negativ ausfielen.

Insgesamt ging aus der Forschungsarbeit von Hall et al. (2008) hervor, dass der Prozentanteil an Fällen, deren Blutproben für Alkohol positiv getestet wurden, von 40 % im Jahr 1999 auf 65 % im Jahr 2005 angestiegen ist.

Zudem haben sich die Fälle, die für einen Drogenkonsum sprachen, im Zeitraum von sechs Jahren von 33 % auf 39 % erhöht.

Die Einnahme von Alkohol in Verbindung mit Rauschmitteln hat den Studienergebnissen zufolge innerhalb des sechsjährigen Zeitraumes von 1999 bis 2005 um 18 % zugenommen.

Gemäß dieser Entwicklung des zunehmenden Alkohol- und Drogenkonsums stiegen die Fälle mutmaßlicher sexueller Übergriffe, die dem gerichtsmedizinischen Dienst von Nordirland (FSNI) gemeldet wurden, von 30 im Jahr 1999 auf 51 im Jahr 2005 an.

Den Autoren dieser Studie zufolge ließe sich die Zunahme der angeforderten toxikologischen Proben mit positivem Ergebnis für Alkohol oder Drogen innerhalb dieses sechsjährigen Zeitraumes dadurch erklären, dass dazu übergegangen wurde, Blut- und Urinproben im Rahmen gerichtsmedizinischer Verfahren zeitnah zu sammeln und zu untersuchen, um möglichst genaue Ergebnisse zu erzielen.

Somit konnte für den Zeitraum von 1999 bis 2005 im Hinblick auf die Anzahl der Fälle, deren Proben für Alkohol oder Drogen positiv getestet wurden, eine Zunahme von 66 % auf 78 % verzeichnet werden (Hall et al. 2008).

Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war, dass eine Zeitverzögerung von mehr als 24 Stunden, die vom Zeitpunkt des Übergriffs bis zur Probeentnahme vergangen sind, ein falsch-negatives Ergebnis mit sich bringen kann (Hall et al. 2008).

Daher sollten laut den Autoren Hindmarch et al. (2001) sowie Hurley et al. (2006) Ergebnisauswertungen zum Nachweis von Alkohol oder anderen Rauschmitteln, welche schnell eliminierende Substanzen, wie zum Beispiel GHB beinhalten, als potentiell unterbewertet angesehen werden.

Im Hinblick auf die Entwicklung des Drogenkonsums haben sich die Fallzahlen der Studie innerhalb des sechsjährigen Untersuchungszeitraums ausgehend von der Anzahl zehn auf 20 verdoppelt.

Die größte Gruppe der im Rahmen der Studie identifizierten Rauschmittel bestand dabei aus Schmerzmitteln, entweder allein, in Kombination mit Benzodiazepinen oder in Verbindung mit Rauschmitteln, die zur Entspannung eingesetzt werden.

Hierbei kann, laut den Autoren, davon ausgegangen werden, dass diese Substanzen auf freiwilliger Basis und möglicherweise nach dem vermeintlichen Übergriff von den Probanden konsumiert und infolgedessen den Teilnehmern nicht heimlich verabreicht wurden, um sich einen sexuellen Vorteil zu verschaffen.

Des Weiteren bildeten die Benzodiazepine die zweitgrößte Substanzgruppe, die anhand des Analyseverfahrens in den Proben gefunden wurde; manche dieser Proben wurden zusätzlich positiv auf Alkohol getestet (Hall et al. 2008).

Auch bei unserer Studie ist davon auszugehen, dass einem großen Anteil unserer Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den Verdacht äußerten, Opfer einer heimlichen K.-o.-Tropfengabe geworden zu sein, sedierende Substanzen verabreicht wurden.

Dies verdeutlicht unsere Umfrageauswertung, bei der elf (12 %) der 23 Probandinnen und Probanden „starke Müdigkeit“ und neun Personen (9,8 %) „Bewusstlosigkeit“ als Symptome angaben, welche diese im Zusammenhang mit ihrem Verdacht beobachtet hatten.

Laut Hall et al. (2008) könne bei ihrer Studie nicht mehr unbedingt von einem freiwilligen Substanzgebrauch ausgegangen werden, da einige dieser Fälle tatsächlich auf eine heimliche Verabreichung von Rauschmitteln hindeuteten.

Laut Scott-Ham und Burton (2005) könnte dieses Studienergebnis auch dadurch erklärt werden, dass sowohl in Nordirland, als auch in den restlichen Teilen des Vereinigten Königreiches, mit der ärztlichen Verschreibung von Benzodiazepinen anders umgegangen und diese Art von Medikamenten tendenziell schneller oder häufiger verschrieben werde.

Im Hinblick auf den Konsum konventioneller, relaxierender Drogen wie Cannabis oder Opiate konnten in den sechs Jahren von 1999 bis 2005 keine großen Abweichungen verzeichnet werden; innerhalb dieses Zeitraumes wurden in regelmäßigen Abständen Proben gefunden, die für diese Art von Drogen ein positives Ergebnis anzeigten (Hall et al. 2008).

Dennoch ist es auch den Urhebern dieser nordirischen Studie nicht gelungen, eine spezifische „Date-rape-drug“ (Hall et al. 2008), wie zum Beispiel GHB oder Flunitrazepam, auch bekannt als „Rohypnol“, zu identifizieren (ElSohly und Salamone 1999, Hindmarch et al. 2001, Scott-Ham und Burton 2005, Hurley et al. 2006).

Gründe dafür könnten zum einen eine verzögerte oder eine nicht-erfolgte Meldung des vermeintlichen Übergriffs sein, aber auch die Tatsache, dass Substanzen wie GHB sehr schnell vom Körper metabolisiert und eliminiert werden (Johnston 2007, ElSohly und Salamone 1999).

Im Jahr 2006 wurde von den Autoren Scott-Ham und Burton eine Studie durchgeführt, die als eine der ersten Forschungsarbeiten gilt, welche sich im Detail mit der Bedeutsamkeit von Alkohol innerhalb drogenassoziierter sexueller Übergriffe (DFSA) auseinandersetzt.

Die Ergebnisauswertung ergab, dass in 81 % der Blut- und Urinproben von 1014 mutmaßlichen DFSA-Fällen, welche dem gerichtsmedizinischen Labor in London in der Zeit zwischen Januar 2000 und Dezember 2002 übermittelt wurden, Alkohol nachgewiesen werden konnte.

Scott-Ham und Burton (2006) zufolge stellte dieses Resultat keinen außergewöhnlichen Befund dar, da die meisten Sexualdelikte in einem engen Zusammenhang mit sozialen Situationen, wie Besuche öffentlicher Einrichtungen, Bars, Nachtclubs oder Partys stehen würden, wo zu erwarten sei, dass Alkohol konsumiert wird.

Erwähnenswert ist hierbei, dass 60 % der 391 Proben, gemäß der Rückberechnung des Blutalkoholspiegels zum Zeitpunkt des mutmaßlichen Ereignisses, eine Blutalkoholkonzentration von mehr als 150 mg% aufwiesen, die möglicherweise zu Desorientierung, Gedächtnisverlust oder sogar zu völliger Bewusstlosigkeit geführt hat.

In einigen dieser Proben wurden zusätzlich illegale Drogen gefunden (Scott-Ham und Burton 2006).

Zwar war es im Rahmen dieser Studie nicht möglich zu sagen, ob der Alkoholkonsum auf freiwilliger Basis beruhte oder ob dieser dem Opfer heimlich verabreicht wurde; dennoch würde es laut der Autoren dieser Studie eine gewisse Grenze geben, bis zu der einer Person unbemerkt Alkohol verabreicht werden könne.

Zudem weisen Scott-Ham und Burton darauf hin, dass ein Alkoholkonsum auch in Fällen, bei denen im Nachhinein keine erhöhte Alkoholkonzentration im Blut nachgewiesen wurde, unter Umständen für das Stattfinden eines sexuellen Übergriffs mitverantwortlich sein konnte, da eine Zeitspanne von zwölf Stunden potentiell dafür ausreiche, einen Großteil des Blutalkohols bereits vor der Probeentnahme vom Körper abzubauen (Scott-Ham und Burton 2006).

In der kanadischen Studie von Du Mont et al. (2010) hat der Großteil der Befragten (85,9 %) bereits zu Beginn der Studie angegeben, unmittelbar vor dem Stattfinden des sexuellen Übergriffs Alkohol konsumiert zu haben; dadurch konnte bei diesem Anteil der Teilnehmerschaft ein unfreiwilliger Alkoholkonsum bereits im Vorfeld ausgeschlossen werden.

Zudem wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu aufgefordert, einen Drogenkonsum, der auf freiwilliger Basis und innerhalb der letzten 72 Stunden erfolge, anzugeben.

Das durchschnittliche Alter der 184 Probandinnen und Probanden, auf welche die Kriterien, Opfer eines drogenassoziierten Sexualdelikts geworden zu sein, zutrafen, betrug 25,8 Jahre; 96,2 % davon waren Frauen.

Im Hinblick auf die Ergebnisauswertung konnte mit Hilfe von Urinproben in 44,9 % der 184 Fälle ein Drogennachweis erfolgen, während Alkohol in 12,9 % der Fälle und Alkohol in Kombination mit Drogen in 18,0 % nachgewiesen werden konnten.

In 135 Fällen wurden Drogen in den Proben gefunden, die in 64,4 % der Fälle von den Teilnehmern unwissentlich eingenommen worden waren; laut Du Mont et al. 2010 würde es sich dabei um mehr als die doppelte Fallzahl handeln, die im Rahmen der Studie von Hurley et al. (2006) in Victoria, Australien, ermittelt wurde.

Der größte Anteil unter den Rauschmitteln waren dabei die Cannabinoide (40,2 %), gefolgt von Cocain (32,2 %), Amphetaminen (13,8 %), MDMA (9,2 %), Ketamin (2,3 %) und GHB (1,1 %).

Hinsichtlich des freiwilligen Drogenkonsums stellte sich heraus, dass 72 Stunden vor der Untersuchung 25,6 % der Teilnehmer frei erhältliche und 29,4 % verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen hatten; illegale Drogen wurden dabei in 25,5 % der Fälle konsumiert.

Dennoch war es laut Aussage der Autoren Hurley et al. (2006) wie auch Hall und Moore (2008) in der Studie aufgrund der zeitlichen Verzögerung zwischen dem mutmaßlichen Ereignis und der Probeentnahme als auch wegen der kurzen Halbwertszeit einiger Substanzen nicht möglich, in allen Fällen eine bestehende Konzentration heimlich verabreichter Substanzen nachzuweisen.

Daher wäre es laut Du Mont et al. (2010) denkbar, dass gemäß der Ergebnisse dieser Studie die wahre Anzahl an Fällen, bei denen eine absichtliche Verabreichung von Rauschmitteln stattgefunden hat, als zu niedrig geschätzt wurde.

Auch bei der US-amerikanischen Forschungsarbeit der Autoren Kaysen et al. (2010), deren Teilnehmerschaft aus Frauen mit einem Durchschnittsalter von 35,6 Jahren bestand,

hatten 33 % der 60 Probandinnen angegeben, vor dem sexuellen oder körperlichen Übergriff Alkohol konsumiert zu haben; des Weiteren berichteten zwei weitere Teilnehmerinnen, neben Alkohol auch eine illegale Droge zu sich genommen zu haben.

Demnach taten sich im Rahmen der Forschungsarbeit von Kaysen et al. (2010) zwei Vergleichsgruppen auf:

Eine Gruppe, bestehend aus 23 Teilnehmerinnen, die vor dem Übergriff entweder nur Alkohol oder Alkohol in Kombination mit Drogen konsumiert hatten, während eine andere Gruppe 37 Frauen umfasste, die angaben, vor dem Übergriff weder Alkohol noch Drogen zu sich genommen zu haben.

59,1 % der Teilnehmerinnen, die der „Alkoholgruppe“ angehörten, gaben an, vor dem Übergriff mindestens vier alkoholische Standardgetränke konsumiert zu haben.

Darauf aufbauend konnten die Autoren mehrere Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen, in denen zum einen Alkohol konsumiert wurde und zum anderen auf Alkoholgenuss verzichtet worden war; die Unterschiede bezogen sich dabei auf die Eigenschaften und Merkmale der jeweiligen Übergriffe, auf die Demographien und auf die vorausgegangene traumatische Geschichte der einzelnen Teilnehmerinnen.

Eine weitere wichtige Erkenntnis, die aus der Ergebnisauswertung dieser Studie gewonnen werden konnte, war, dass die Teilnehmerinnen aus der Gruppe ohne Alkoholkonsum im Rahmen der PTSD-Begutachtung („Post Traumatic Stress Disorder“) intensivere Symptome aufwiesen, als die Vergleichsgruppe.

Andererseits war bei dieser Gruppe mit zunehmender Zeit auch ein deutlich schnellerer Symptomrückgang zu verzeichnen.

Weiterhin geht aus dieser Forschungsarbeit hervor, dass die Teilnehmerinnen aus der Gruppe mit Alkoholkonsum die ihnen widerfahrenen Übergriffe als weniger bedrohlich ansahen, als die Frauen aus der Vergleichsgruppe.

Dieses Resultat würde Kaysen et al. zufolge den Ergebnissen aus der Forschungsarbeit von Clum et al. (2002) ähneln.

Laut Faingold et al. (1998) sowie Nomura und Matsuki (2008) seien Übergriffe, die mit einem Alkoholkonsum einhergingen, mit einer anfänglich weniger zudringlichen Symptomatik verbunden.

Weiterhin könne ein akuter Alkoholkonsum die Antwortreaktionen auf Stress dämpfen und das Angstgedächtnis (Faingold et al. 1998, Nomura und Matsuki 2008) als auch das Auftreten von Erinnerungen beeinträchtigen, wie aus einer PTSD-Studie von Bisby et al. (2009) hervorgegangen ist.

Die Studie von Kaysen et al. (2010) hat aber auch gezeigt, dass sich die Symptomatik der Frauen mit posttraumatischer Belastungsstörung sowohl bei der Gruppe mit als auch ohne Alkoholkonsum mit zunehmender Zeit gebessert hat.

Allerdings hielt die Beschwerdesymptomatik bei den Teilnehmerinnen aus der Gruppe mit Alkoholkonsum länger an.

Dieses Erkenntnis stimmt hierbei mit den Ergebnissen von Stephens et al. (2005) darin überein, dass Alkoholkonsum zwar die anfängliche Symptomatik hemmen mag, doch mit zunehmender Zeit dazu führe, dass erlernte Assoziationen, die mit den Symptomen einhergegangen sind, weniger schnell gelöscht werden.

Hinsichtlich der Opfer-Täter-Beziehung ergab die Umfrageauswertung, dass der Großteil der Übergriffe, die die Teilnehmerinnen erlebt hatten, von deren gegenwärtigen oder ehemaligen Beziehungspartnern begangen wurden; bei der Gruppe mit Alkoholkonsum war dies zu 74 % der Fall, bei der Gruppe mit Alkoholverzicht wurde dies zu 54 % beschrieben (Kaysen et al. 2010).

Im Unterschied dazu wurde in unserer Studie die Antwortmöglichkeit „Partner/in“ bei Fragen, die mit

dem Stattfinden von körperlichen oder sexueller Übergriffen und einer heimlichen Drogenverabreichung in Zusammenhang standen, von keinem der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewählt.

Weiterhin stellte sich bei der Umfrage von Kaysen et al. (2010) heraus, dass bei den Teilnehmerinnen aus der Alkoholgruppe jeweils 13 % der Übergriffe zu gleichen Teilen von einem Unbekannten wie auch von einem Bekannten verübt wurden, während 29 % der Frauen aus der Gruppe ohne Alkoholkonsum angab, von einem Fremden angegriffen worden zu sein, während 17 % der Probandinnen aus dieser Gruppe aussagten, dass die Tat von einer Bekanntschaft begangen worden war.

Aus der Ergebnisauswertung unserer Arbeit geht hervor, dass von den 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche angegeben hatten, während ihres Filmrisses Opfer eines Ereignisses geworden zu sein, fünf Frauen (33,3 %) einen körperlichen oder sexuellen Übergriff erlitten hatten; dabei konnten zwei dieser Teilnehmerinnen einen übermäßigen Alkoholkonsum mit Sicherheit ausschließen.

In Bezug auf die Identität des Täters beziehungsweise der Frage, von wem ihnen ihrer Vermutung nach das Knockout-Mittel verabreicht worden war, wurden die Antwortoptionen „Unbekannte/Unbekannter“ hierbei dreimal und „Abendbekanntschaft“ zweimal ausgewählt.

5.2.4 Vergleich der Literaturdaten hinsichtlich der Alkoholproblematik

Da im Rahmen von K.-o.-Tropfen-Verdachtsfällen ein übermäßiger Alkoholkonsum eine wichtige Rolle spielt, wurde auch in dieser Studie ein möglicher Einfluss des Alkohols abgefragt.

So sollten die Probanden/innen bei der Frage 10 des Online-Fragebogens beantworten, ob sie ausschließen konnten, bei dem Verdacht, schon einmal einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung zum Opfer gefallen zu sein, zu viel Alkohol getrunken zu haben.

Innerhalb der in diesem Zusammenhang ausgewerteten Publikationen, die sich mit dem etwaig bestehenden Zusammenhang zwischen der Prävalenz drogenassoziierter sexueller Übergriffe und dem übermäßigen Konsum von Alkohol befassen, gibt es elf Forschungsarbeiten.

Die erste dieser insgesamt elf Forschungsarbeiten ist die Studie von Dunn et al., in der untersucht wurde, wie Jugendliche ihr eigenes Sexualverhalten wie auch ihren Konsum von Alkohol selbst einschätzen; dabei zeigte die Ergebnisauswertung, dass das Trinken von Alkohol bei den Jugendlichen mit einem risikoreichen Sexualverhalten einherging und dass das sogenannte „Komasaufen“ in diesem Zusammenhang dafür am ausschlaggebendsten war (Dunn et al. 2003).

Auch die sogenannte 2001 Harvard School of Public Health College Alcohol Study, welche von Wechsler et al. (2002) im Jahr 2001 an insgesamt 119 US-amerikanischen Kolleges durchgeführt und ebenfalls in Elliotts Arbeit erwähnt wurde, zeigte, dass sich 44,4 % der Kollege-Studenten am bewussten Rauschtrinken beteiligten; diese Tatsache stimme laut den Autoren dieser Forschungsarbeit mit den Ergebnissen der drei vorher durchgeführten Studien aus den Jahren 1993, 1997 und 1999 überein.

Des Weiteren ergab die Ergebnisauswertung einer anderen epidemiologischen Studie, welche von dem Victorian Institute of Forensic Medicine in Australien erhoben und in der Arbeit von Elliott mit zitiert wurde, dass 77 % der 76 Personen, die einem drogenassoziierten sexuellen Übergriff zum Opfer gefallen waren, zum Zeitpunkt des Ereignisses Alkohol konsumiert hatten.

Im Hinblick auf den Gebrauch anderer Substanzen stellte sich heraus, dass es sich bei 49 % dieser Teilnehmer zum Zeitpunkt des Übergriffs um eine freiwillige Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente und bei 26 % um einen freiwilligen Konsum von

Partydrogen handelte (Elliott 2008); dabei wurde in 22 Fällen eine heimliche Drogenverabreichung vermutet.

Diese Ergebnisse würden laut Elliott somit veranschaulichen, welche Bedeutung dem Alkoholkonsum im Rahmen von drogenassoziierten sexuellen Übergriffen zukäme.

Weiterhin wurde im Rahmen von Elliotts Artikel eine Studie von Scott-Ham und Burton (2006) beschrieben, welche es als wichtige Aufgabe von Aufklärungsprogrammen erklärte, die Öffentlichkeit darauf aufmerksam zu machen, dass der Konsum von Alkohol bei Ereignissen wie drogenassoziierten sexuellen Übergriffen eine sehr wichtige Rolle spiele (Elliott 2008).

Laut Elliott wären die Autoren Payne-James und Rogers (2002) ebenfalls der Auffassung, dass zusätzlich zu den Kampagnen über bekannte „Date rape drugs“ auch Aufklärungsmaßnahmen bezüglich der Gefahren, die der Konsum von Alkohol, Marijuana und anderen bekannten Drogen mit sich bringt, gefördert werden sollten.

In diesem Zusammenhang beschreiben Payne-James und Rogers (2002) in ihrer Arbeit die Studienergebnisse von Hindmarch et al. (2001), im Rahmen derer in 44 % der Proben von 2026 mutmaßlichen DFSA-Fällen Alkohol nachgewiesen werden konnte; des Weiteren wurden Cannabis zu 30 %, Flunitrazepam zu 0,54 % und GHB zu 4,9 % festgestellt.

Auch die Studie von Du Mont et al. weist darauf hin, dass, auch wenn sich die öffentlichen Medien verstärkt auf sogenannte „Date rape drugs“ wie GHB, MDMA, Ketamin und Flunitrazepam fokussieren, alltägliche Rauschmittel im Rahmen von Sexualdelikten immer noch eine viel größere Rolle spielen würden (Du Mont et al. 2010).

Darüber hinaus konnten „Date rape drugs“ auch in anderen Studien anhand toxikologischer Analysen nur selten identifiziert werden (Hindmarch et al. 2001, Hurley et al. 2006, Scott-Ham und Burton 2005).

Im Übrigen konnte auch anhand der Ergebnisauswertung der Forschungsarbeit von Bosman et al. (2011) und anderer zuvor durchgeführten Studien (LeBeau et al. 2010, zitiert von Bosman et al. 2011) gezeigt werden, dass Alkohol allein oder in Kombination mit anderen Drogen den häufigsten Befund darstellte, der aus den Blut- und Urinproben in Fällen sexueller Übergriffe ermittelt werden konnte (Bosman et al. 2011).

Ebenso wie Elliott zitierten auch die Autoren Beynon et al. in ihrer Forschungsarbeit einige Studienergebnisse von Scott-Ham und Burton (2005) und Slaugther (2000), die

deutlich machen, dass der Konsum von Alkohol oder Drogen mit einem erhöhten Risiko einhergeht, einem sexuellen Übergriff zum Opfer zu fallen (Beynon et al. 2008).

Beynon et al. zufolge gäbe es zwei Erklärungen für den offensichtlich bestehenden Zusammenhang zwischen dem Alkohol- oder Drogenkonsum und dem Vorkommen sexueller Übergriffe; erstens würde der freiwillige Genuss von Alkohol und Rauschmitteln zu einem Intoxikationszustand führen, bei dem die Wahrnehmung von Geschehnissen bereits erheblich beeinflusst, Hemmungen vermindert und die Fähigkeit, risikoreiche Situationen zu erkennen, verringert wären (Beynon et al. 2008).

Die aus zahlreichen Studien resultierende Erkenntnis, dass exzessiver Alkoholkonsum eine große Rolle bei dem Vorkommen sexueller Übergriffe spielt, dürfte der Meinung der Autoren Beynon et al. (2008) nach somit keinesfalls ignoriert werden.

Zweitens sei es fraglich, ob eine Person trotz schwerer Trunkenheit noch in der Lage wäre, ihre/seine Nicht-/Zustimmung zu einem Sexualkontakt einem anderen Menschen mitzuteilen.

Dies sei eine weitere mögliche Erklärung für den engen Zusammenhang zwischen Alkohol- oder Drogenkonsum und dem Stattfinden von Sexualdelikten.

Im Hinblick auf drogenassoziierte sexuelle Übergriffe würde den Autoren Beynon et al. (2008) zufolge der derzeitige internationale Fokus auf einer relativ kleinen Anzahl von ermittelten Übergriffen liegen, die im Rahmen heimlicher Drogenverabreichungen verübt wurden; die Anzahl der Sexualdelikte, die sich während freiwillig hervorgerufenen Intoxikationen ereignet haben, würde hingegen viel geringere Aufmerksamkeit erhalten.

Bezüglich der Umfrageergebnisse von Girard und Senn zeigte sich, dass diese Forschungsarbeit als eine Folgestudie der Publikation von Norris und Cubbins (1992) angesehen werden kann; aus der Studie von Norris und Cubbins ging hervor, dass ein gemeinsamer Alkoholkonsum von Opfer und Täter die objektive Sichtweise darauf, dass eine Vergewaltigung stattgefunden hat, erheblich mindern würde.

Die Autoren Norris und Cubbins mutmaßten, dass der Berichterstattung einer Frau, die zuvor angegeben hatte, vergewaltigt worden zu sein, nachdem sie mit ihrer Verabredung Alkohol konsumiert hatte, weniger Glauben geschenkt werden würde als beim Vorliegen anderer Umstände und dass dadurch das Ausmaß des psychologischen Traumas leicht unterschätzt werden könnte.

Dies könne noch schlimmere Folgen für ein Opfer haben, wenn es sich in einer „Date rape drug“-Situation befände, da viele Vergewaltigungen, im Rahmen derer Drogen verabreicht worden sind, das Opfer ohne Erinnerung an den Vorfall zurückließe (McIntosh 2003, zitiert nach Girard und Senn 2008).

Zudem wiesen die Autoren Girard und Senn in ihrer Publikation darauf hin, dass eine, an das Opfer gerichtete Schuldzuweisung, eine adäquate Behandlung der Personen, die einem drogenassoziierten Sexualverbrechen zum Opfer gefallen sind, erheblich behindern würde; dies würde ebenfalls für die rechtlichen Maßnahmen gegenüber dem Täter und für die Suche nach Gerechtigkeit gelten (Girard und Senn 2008).

5.2.5 Präventionskampagnen

Im Rahmen ihrer Forschungsarbeit vertreten die Autoren Beynon et al. die Meinung, dass Informationskampagnen, die vor den Risiken exzessiven Drogen- und Alkoholkonsums warnen, zur Reduzierung sexueller Übergriffe sinnvoller seien, als Kampagnen, die dazu aufrufen, sich vor potentiellen Tätern in Acht zu nehmen, die anderen Personen heimlich Rauschmittel in deren Getränke mischen (Beynon et al. 2008).

Dennoch ging aus der Ergebnisauswertung unserer Studie hervor, dass Aufklärungs- und Präventionskampagnen, die sich speziell mit der Wirkung und den Folgeerscheinungen sogenannter „Knockout-Mittel“ als auch mit möglichen Schutzmaßnahmen gegen eine heimliche Verabreichung solcher Substanzen auseinandersetzen, zusätzlich einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion von K.-o.-Tropfen-Fällen leisten könnten.

Daher würden Initiativen, die sich sowohl gegen einen übermäßigen Alkoholkonsum als auch gegen die heimliche Verabreichung von legalen und illegalen Rauschmitteln richten, eine sehr wirkungsvolle Methode darstellen, um die Anzahl der K.o.-Tropfenfälle signifikant zu senken.

Auch die Autoren Scott-Ham und Burton (2006) folgerten in ihrer Publikation, dass es sinnvoll wäre, wenn die öffentlichen Medien die gesellschaftliche Aufmerksamkeit nicht nur auf die Gefahren lenken würde, die mit einer heimlichen Verabreichung sedierender Substanzen einhergehen, sondern auch die Risiken aufzeigen würden, die ein übermäßiger Alkoholkonsum unter Umständen mit sich bringe.

Zudem sollten der Aussage von Scott-Ham und Burton zufolge viel mehr Aufklärungsarbeit und Kampagnen dahingehend betrieben werden, auf welche Weise ein übersteigerter

Alkoholkonsum vermieden werden könne, zum Beispiel dadurch, dass alkoholische Getränke sowohl langsam als auch nicht auf leeren Magen getrunken werden sollten; weiterhin sollte darauf geachtet werden, bei einem Getränk zu bleiben und nicht mehrere Alkoholsorten miteinander zu mischen.

Auch Hurley et al. (2006) machten in ihrer Studie deutlich, dass sich Aufklärungskampagnen im Rahmen von DFSA-Fällen nicht nur auf Drogen wie GHB und Flunitrazepam beziehen sollten, sondern vor allem die Auswirkungen exzessiven Alkoholkonsums allein und in Verbindung mit ärztlich verschriebenen Medikamenten und Partydrogen in den Mittelpunkt stellen sollten.

Weiterhin wäre es laut den Autoren Németh et al. (2010) wichtig, dass zukünftige Forschungsarbeiten auch die Blutalkoholkonzentration mutmaßlicher Opfer drogenassoziierter Sexualdelikte veröffentlichen.

So würde dem Leser der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und sogenannten „DFSA-Fällen“ besser verständlich gemacht und der Öffentlichkeit die Tatsache verdeutlicht werden, dass ein starker Alkoholkonsum das höchste Risiko für junge Frauen darstellt, Opfer eines sexuellen Übergriffs zu werden.

In der Arbeit von Crawford et al. (2008) wird in diesem Zusammenhang eine weitere Möglichkeit zur Verminderung von Fällen einer heimlichen K.O.-Tropfenverabreichung als auch drogen-und alkoholassoziierten sexuellen Übergriffen aufgezeigt.

Gemäß früherer Studien könnten vor allem Frauen, die bereits einem sexuellen Übergriff zum Opfer gefallen sind, von solchen Programmen profitieren, die ihnen Faktoren darlegen würden, weshalb gerade sie ein erhöhtes Risiko besäßen, ein weiteres Sexualverbrechen zu erleiden.

Weiterhin würde es für diese Frauen eine große Hilfe darstellen, wenn ihnen aufgezeigt und vermittelt werden würde, wie sie am effektivsten auf Gefahren und risikobehaftete Situationen reagieren und auf welche Weise sie ihr eigenes Durchsetzungsvermögen steigern könnten.

McCauley et al. (2009) gaben im Rahmen ihrer Publikation zu bedenken, dass es sowohl in Folge des frühen Einstiegsalters in den Alkoholkonsum als auch aufgrund des stetig zunehmenden Risikos, einem IS/DAFS-Übergriff („Incapacitated/drug-alcohol facilitated sexual assault“) zum Opfer zu fallen, für manche Mädchen zu spät sein wird, bis zum

Kollege (oder Universität) zu warten, um sich mit diesen Tatsachen auseinander zu setzen und für sich eine Lösung zu finden.

Daher wäre es von größerem Nutzen, bereits früher zu intervenieren und Psychoedukationsmaßnahmen bezüglich dieser Probleme bei Mädchen bereits ab der Mittelstufe durchzuführen.

Zudem wäre es wichtig, die Bereitschaft der Bevölkerung, Übergriffe dieser Art zu melden, mit Hilfe von Kampagnen und anderen Initiativen zu erhöhen.

Des Weiteren verdeutlichen die Umfrageergebnisse dieser Autoren noch einmal, wie wichtig es ist, den Konsum von Substanzmitteln und die sexuellen Übergriffe, die sich oftmals zum gleichen Zeitpunkt ereignen, bei gefährdeten Jugendlichen in Verbindung zu bringen und diese richtig einzuschätzen.

Die Tatsache, dass IS/DAFS-Übergriffe ein deutliches Korrelat zum Gebrauch von Suchtmitteln darstellen, lässt die Überlegung aufkommen, Interventionsmaßnahmen durchzuführen, die Heranwachsende vor Alkohol- und Drogenmissbrauch bewahren und die ebenfalls das Potential haben, das Risiko einer Reviktimisierung bei IS/DAFS-Übergriffen zu vermindern.

Daher sollten diejenigen, die für die Entwicklung dieser Interventionsmaßnahmen zuständig sind, in Betracht ziehen, dementsprechende Psychoedukationsprogramme für IS/DAFS-Übergriffe in ihre bestehenden Pläne mit aufzunehmen (McCauley et al. 2009).

Im Hinblick auf die Art und Weise der Informationsweitergabe als auch bezüglich der Informationsinhalte zum Thema von Knockout-Tropfen ging aus der Ergebnisauswertung unserer Umfrage hervor, dass Broschüren und Flyer (25,2 %), Plakate (19,1 %) sowie das Medium Internet (24,3 %) vor allem in Form von Social Medias, wie zum Beispiel Facebook, Tumbir oder Twitter, als die Informationsträger angesehen wurden, die die Öffentlichkeit am besten über K.O.-Tropfen informieren und am wirkungsvollsten auf die K.-o.-Tropfen-Problematik aufmerksam machen.

Hinsichtlich der Informationsinhalte standen Folgeerscheinungen (20,4 %), Wirkung (19,9 %) und Nachweisbarkeit (18,9 %) von K.O.-Tropfen im Fokus des Interesses unserer Teilnehmerschaft.

Im Zusammenhang mit den bereits beschriebenen Vorschlägen und Empfehlungen der Gestaltung möglicher Drogen- und Alkoholpräventionsmaßnahmen seitens diverser Autoren aus verschiedenen Ländern ist hierbei die deutsche Präventionskampagne

„K.O.cktail? Fiese Drogen im Glas ©“ zu nennen, die 2006 vom Aachener Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V. ins Leben gerufen wurde und sich mittlerweile bundesweit etabliert hat.

Ziel dieser Initiative ist es, neben Frauen und Mädchen auch Fachkräfte, wie zum Beispiel die Ärzte- und Therapeutenschaft, im Hinblick auf die K.-o.-Tropfen-Problematik zu informieren und zu verhindern, dass noch mehr Frauen und Mädchen unter der Anwendung von K.-o.-Tropfen sexueller Gewalt zum Opfer fallen.

Ein weiteres Ziel dieser Kampagne ist es, denjenigen, die bereits Opfer einer K.-o.-Mittel-Verabreichung geworden sind, Hilfestellung und Unterstützung entgegen zu bringen.

Neben dieser bundesweiten K.-o.-Tropfen-Kampagne sind von Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zudem mehrere Projekte zu nennen, die sich mit dem Thema Alkoholprävention befassen.

Hierunter fällt zum Beispiel die Initiative „Alkoholprävention an Schulen“, die sich an Schulen mit Sekundarstufe, beziehungsweise Schulen ab der fünften Klassenstufe aufwärts richtet. Diese gilt als Modellprojekt im Rahmen der BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ und wurde erstmalig in den drei Bundesländern Berlin, Hessen und Schleswig-Holstein durchgeführt.

Bei der eben erwähnten Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ handelt es sich um eine deutschlandweite Informationstour, die ebenfalls von der BZgA im Jahr 2011 ins Leben gerufen wurde; Standorte dieser Tour sind belebte Plätze wie Einkaufszentren, Messen und Großveranstaltungen in ganz Deutschland, an denen multimediale Informationsmodule zu finden sind, die Besucherinnen und Besucher dazu anzuregen sollen, sich umfassend über das Thema Alkohol zu informieren und den eigenen Alkoholkonsum kritisch zu hinterfragen.

Die hierfür verwendeten Medien sind zum Beispiel Multimedia-Tische, die aufzeigen, welche Auswirkungen hoher Alkoholkonsum auf die einzelnen Organe des menschlichen Körpers haben kann, ein Alkoholselbsttest mittels Touch-Screen, der den eigenen Alkoholkonsum nach objektiven Maßstäben bewertet und die sogenannte „Rauschbrille“, die 0,8 bis 1,5 Promille Blutalkoholkonzentration simuliert.

Zusätzlich gibt es zu dieser Projektinitiative das darauf zugeschnittene Internetangebot, welches unter dem Link „www.kenn-dein-limit.info“ zu finden ist; es richtet sich speziell

an Jugendliche und junge Erwachsene und informiert über Risiken und gesundheitliche Gefahren, die insbesondere ein hoher und riskanter Alkoholkonsum mit sich bringt.

Eine weitere Initiative ist die seit 2006 bestehende und ebenfalls von der BZgA initiierte Alkoholpräventionskampagne „NA TOLL!“; Zielgruppe dieser Kampagne sind zwölf- bis 16-jährige Jugendliche, die auf diesem Weg über Alkohol informiert werden und denen eine kritische Einstellung gegenüber einem riskantem Konsum vermittelt werden soll.

Hierbei nutzt diese Initiative drei Maßnahmenbereiche:

- Broschüren, Plakate und Anzeigen für die massenmediale Verbreitung
- die Internetplattform „www.bist-du-staerker-als-alkohol.de“ für Informations- und Interaktionsangebote
- den Einsatz gleichaltriger Peers für den Dialog mit Jugendlichen im Freizeitbereich

Im Jahr 2012 wurde die Jugendkampagne „NA TOLL!“ von der neuen Jugendpräventionsinitiative „Null Alkohol - Voll Power“ abgelöst. Ziel dieser Folgekampagne war, Jugendliche weiterhin über Risiken und Gefahren, die der Alkoholkonsum mit sich bringt, aufzuklären wie auch ein eigenverantwortliches, alkoholkritisches und situationsangemessenes Verhalten im Umgang mit Alkohol zu fördern.

Der Online-Link dieser Initiative lautet: „www.null-alkohol-voll-power.de“.

Als letzte deutschlandweite Alkoholpräventionsinitiative ist die Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“ zu nennen, die im Jahr 2008 von der Polizeilichen Kriminalprävention der Länder und des Bundes unter der Leitung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gegründet wurde und unter dem Link „www.staygold.eu“ zu finden ist.

Um exzessivem Alkoholkonsum und Gewalt wirkungsvoll zu begegnen, soll den Jugendlichen anhand einer mitunter einschneidenden Text-Bild-Ansprache vermittelt werden, welche negativen Folgen Alkoholkonsum mit sich bringt und dass das Trinken von Alkohol alles andere als „cool“ ist.

Schlussfolgerung

Aus der Ergebnisauswertung unserer Umfrage geht hervor, dass Kampagnen wie auch weiterführende Studien sinnvoll sind, um die Allgemeinheit verstärkt auf die schon länger bestehende K.-o.-Tropfen-Problematik aufmerksam zu machen.

So äußerte eine große Zahl der Teilnehmer/innen den Wunsch nach weiteren Informationen zum Thema K.-o.-Tropfen, 43,3 % der Befragten sagten aus, Angst vor einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung zu haben, und 50 % der Teilnehmerschaft gaben an, eine Person aus dem eigenen Umfeld zu kennen, der mutmaßlich schon einmal Knockout-Mittel verabreicht worden ist.

Zudem wäre es dadurch möglich, die Bevölkerung darüber aufzuklären, wie diese sich selbst als auch deren Mitmenschen vor einer heimlichen Verabreichung von Knockout-Mitteln am effektivsten schützen kann oder was gegebenenfalls unternommen werden könnte, um eine solche Straftat nachzuweisen und sicher zur Anzeige zu bringen.

Zusätzlich sollte es Aufgabe zukünftiger Kampagnen sein, den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem dadurch erhöhten Risiko, einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung zum Opfer zu fallen, noch eingehender zu thematisieren und aufzuzeigen.

Weiterhin konnte aus dieser Studie das Fazit gezogen werden, dass das Thema K.-o.-Tropfen und die damit einhergehende Problematik der heimlichen Verabreichung dieser Substanzen keineswegs nur die Frauen, sondern auch den männlichen Anteil der Gesellschaft interessiert und tangiert. Im Hinblick auf den missbräuchlichen Umgang mit Knockout-Substanzen sollten daher zukünftige Aufklärungs- und Interventionskampagnen so konzipiert sein, dass beide Geschlechtergruppen erreicht werden und von diesen profitieren können.

Außerdem sollten künftige Kampagnen und Studien an möglichst verschiedenen Standorten eingesetzt werden, um Teilnehmergruppen rekrutieren zu können, die sich sowohl hinsichtlich des Alters als auch in Bezug auf den beruflichen und sozialen Status unterscheiden; neben Diskotheken, Clubs und Szenebars wären Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten und Fachhochschulen geeignete Standorte für Kampagnen und Studien, die sich an die jüngere Generation zwischen zwölf bis 35 Jahren richten würden. Gemeinde- und Sportzentren, Kulturstätten wie auch Kneipen für die ältere Klientel wären dagegen Zielorte, an denen Frauen und Männer ab dem 40. Lebensjahr gut rekrutiert werden könnten.

Darüber hinaus sollten Krankenhausambulanzen, rechtsmedizinische Institute, Arztpraxen sowie auch Polizeipräsidien, die ohnehin in dieser Angelegenheit als öffentliche Anlaufstellen fungieren, in jedem Fall Ausgangspunkt für weiterführende Studien und Kampagnen sein.

Zusammenfassung

Um Informationen darüber zu erhalten, welche Erfahrungen Männer und Frauen in Hamburg mit K.-o.-Tropfen gemacht haben, wurde eine Studie in Form einer Online-Umfrage durchgeführt. Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte sowohl anhand der Auslegung von Flyern in unterschiedlichen Bars und Diskotheken Hamburgs als auch in Form einer direkten Verteilung von Handzetteln an Passanten.

Die Umfrageteilnehmerschaft umfasste insgesamt 61 Personen, darunter 47 (77 %) Frauen und 14 (23 %) Männer, mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren.

Es zeigte sich, dass der Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Umfrage sich bereits mit dem Thema K.-o.-Tropfen auseinandergesetzt und einige Sachkenntnisse bezüglich der K.-o.-Tropfen-Problematik erworben hat; 98,4 % der Teilnehmerschaft war der Begriff “Knockout- oder K.-o.-Tropfen“ geläufig und 81,7 % gaben an, die Wirkung von K.-o.-Tropfen bereits zu kennen.

Des Weiteren ging aus der Umfrageauswertung hervor, dass der Anteil der Befragten, die angaben, keine Angst vor einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung zu haben (56,7 %), etwas höher ausfiel als die Anzahl der Teilnehmer/innen, welche angaben, sich vor einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung zu fürchten (43,3 %). Dabei schienen öffentliche Einrichtungen wie Diskotheken und Clubs (47,5 %) als auch Bars und Kneipen (42,5 %) im Hinblick auf eine K.-o.-Tropfen-Verabreichung die meist gefürchteten Orte zu sein.

38,3 % der Teilnehmer/innen gaben an, schon einmal den Verdacht gehegt zu haben, Opfer einer K.-o.-Tropfen-Verabreichung geworden zu sein; der/die mutmaßliche/r Täter/in war zumeist unbekannt (55,2 %). Dabei konnte mehr als ein Drittel (34,8 %) der Teilnehmerschaft mit Verdacht auf eine K.-o.-Tropfen-Verabreichung einen übermäßigen Alkoholkonsum nicht ausschließen, was wiederum aufzeigt, dass der Konsum von alkoholischen Getränken seitens des Opfers im Rahmen mutmaßlicher K.-o.-Tropfen-Fälle eine wesentliche Rolle spielt.

21 (91,3 %) von unseren 23 Probanden/innen sind dazu bereit gewesen, ihren Verdacht, Opfer einer Verabreichung von K.-o.-Tropfen geworden zu sein, zu berichten – eine Tatsache, die in jedem Fall positiv zu bewerten ist. Hierbei wurde das private Umfeld, wie zum Beispiel der Freundeskreis (41,5 %) oder die Familie (19,5 %), den öffentlichen Kontaktstellen wie Polizei (4,9 %), rechtsmedizinische Untersuchungsstelle (2,4 %) oder der Ärzteschaft (9,8 %) als erste Anlaufstelle bezüglich der Verdachtsmeldung eindeutig

vorgezogen. Daraus lässt sich folgern, dass sich die mutmaßlichen Opfer entweder nicht getraut haben, in dieser Hinsicht eine öffentliche Anlaufstelle zu konsultieren oder nicht wussten, an welche Institution sie sich wenden sollten.

Eine polizeiliche Anzeigeerstattung ist nur in 8,7 % der Fälle erfolgt; auch eine toxikologische Analyse von Probematerial wie Blut und Urin ist lediglich bei einer Umfrageperson durchgeführt worden.

Trotz überwiegend guter Kenntnislage war die Nachfrage der Teilnehmerschaft bezüglich weiterer Informationen zu K.-o.-Tropfen ausgesprochen hoch (75,4 %); im Fokus des Interesses standen dabei Folgeerscheinungen (20,4 %), Wirkung (19,9 %) und Nachweisbarkeit (18,9 %) von K.-o.-Tropfen.

Daraus geht eindeutig hervor, dass Kampagnen wie auch weiterführende Studien sinnvoll sind, um die Allgemeinheit verstärkt auf die schon länger bestehende K.-o.-Tropfen-Problematik aufmerksam zu machen.

Ziele sollten sein, die Bevölkerung darüber aufzuklären, wie sich diese selbst als auch ihre Mitmenschen vor einer heimlichen Verabreichung von Knockout-Mitteln am effektivsten schützen können oder was gegebenenfalls unternommen werden kann, um eine solche Straftat nachzuweisen und zur Anzeige zu bringen.

Zusätzlich sollten zukünftiger Kampagnen den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem dadurch erhöhten Risiko, einer heimlichen K.-o.-Tropfen-Verabreichung zum Opfer zu fallen, noch eingehender hervorheben als auch an Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen gerichtet sein.

Summary

To gather information about the experiences of men and women living in Hamburg, with knockout drops, a study in terms of an online survey was put through; participants have been recruited by distributing leafleats in different bars and discotheques of Hamburg as distributing pamphlets among passengers directly.

The number of participants of our survey comprised 61 persons within 47 (77 %) women and 14 (23 %) men with a mean age of 32 years.

Our study's results showed that the participants'majority has got down to the theme of knockout drops as well as having acquired some knowledge about the issue with these substances already.

98,4 % of the participants have been aquainted with the term “Knockout or K.-o.-drops“.

In addition 81,7 % of the participants declared having been aware of the effects of knock-out drops already.

Further on our study showed that the proportion of the participants who declared not to be afraid of getting unvoluntarily intoxicated with knockout drops (56,7 %) has been a little higher than the amount of these participants who declared to be frightened of an unwilling intoxication by knockout drops (43,3 %); in this context public institutions as discotheques and clubs (47,5 %) as well as bars and pubs (42,5 %) seemed to be the places participants feared the most.

In addition the survey indicates that 38,3 % of our participants suspected having been unvoluntarily intoxicated with knockout drops in the past already; the alleged perpetrator mostly remained unknown (55,2 %).

More than one third (34,8 %) of our participants who suspected having been unwillingly intoxicated with knockout drops already were not able to exclude excessive alcohol drinking at the time the assault happened; these circumstances emphasize the conjunction of alcohol drinking with the alleged cases of unwilling intoxications by knockout drops.

Another result of our study was that 21 (91,3 %) of 23 participants were willing to report their suspicion of having been intoxicated with knockout drops surreptitiously – a fact which can be evaluated positively.

Concerning the contact point for reporting the alleged assault the private setting as for example friends (41,5 %) or family members (19,5 %) was definitely prefered to public

focal points as the police (4,9 %), the Institute of Forensic Medicine (2,4 %) or the medical faculty (9,8 %).

Therefore it might be that the alleged victims did not dare to consult a public institution or that they did not know which institution they should apply to.

Only 8,7 % of the participants who suspected having been intoxicated with knockout drops have complained to the police; in addition toxical analyses of urine and blood samples have been taken only in one case.

In spite of the participants' predominantly good knowledge about knockout drops the request for further information was quite high (75,4 %), especially in terms of the consequences (20,4 %), the impact (19,9 %) and the verifiability (18,9 %) of knockout drops.

The study's results demonstrate explicitly the reasonable meaning of prospective campaigns and studies for catching public attention even more concerning the long-lasting knockout drops' issue even more.

The aim should be to enlighten the public about how to protect themselves as well as their environment against the surreptitious intoxication by knockout drops most effectively or what to do in order to verify such an offence and to report the crime to the police.

Furthermore the context between alcohol consumption and the consequential higher risk being surreptitiously intoxicated by knockout drops should be underlined by prospective campaigns even more extensively.

In addition women as men of different age groups should be addressed.

Literaturverzeichnis

ANDRESEN H, STIMPFL T, SPRYS N, SCHNITTGERHANS T, MÜLLER A (2008)
Liquid Ecstasy – ein relevantes Drogenproblem.
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 36: 599-603

ARMSTRONG R (1997)
When drugs are used for rape.
Journal of Emergency Nursing 23: 378-381

BECHTEL LK AND HOLSTEGE CP (2007)
Criminal poisoning: drug-faciliated sexual assault.
Emergency Medicine Clinics of North America 25: 499-525

BEYNON CM, MCVEIGH C, MCVEIGH J, LEAVEY C, BELLIS MA (2008)
The involvement of drugs and alcohol in drug-facilitated sexual assault
Trauma Violence Abuse 9: 178

BISBY JA, BREWIN CR, LEITZ JAR, CURRAN VH (2009)
Acute effects of alcohol on the development of intrusive memories.
Psychopharmacology 204: 655-666

BOSMAN IJ, PhD., VERSCHRAAGEN M., PhD., LUSTHOF KJ, PhD. (2011)
Toxicological findings in cases of sexual assault in the Netherlands.
Journal of Forensic Sciences 56: 1562-1568

BRAILSFORD A, COWAN D, KICMAN A (2012)
Pharmacokinetic properties of γ-hydroxybutyrate (GHB) in whole blood, serum, and urine.
Journal of Analytical Toxicology 36: 88-95

CHRISTMANN J (2003)
Zum Vorkommen von K.-o.-Fällen im Untersuchungsgut des Rechtsmedizinischen Institutes der Universität München in den Jahren 1995-1998.

Diss Med München

CLUM GA, NISHITH P, CALHOUN KS (2002)
A preliminary investigation of alcohol use during trauma and peritraumatic reactions in female sexual assault victims.
Journal of Traumatic Stress 15: 321-328

CRAWFORD PHD E, O`DOUGHERTY WRIGHT PHD M, BIRCHMEIER PHD Z (2008)
Drug-facilitated sexual assault: College women`s risk perception and behavioral choices.
Journal of American College Health 57: 261-272

DEVEAUX M, RENET S, RENET V ET AL. (2002)
Utilisation de l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) dans les rave-parties et pour la soumission chimique en France: mythe ou realite? [Use of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) at rave parties and in date rape in France: myth of reality?].
Acta Clinica Belgica 57: 37-40

DORANDEU A, PAGÈS C, SORDINO M ET AL. (2006)
A case in south-eastern France: a review of drug facilitated sexual assault in European and English-speaking countries.
Journal of Clinical Forensic Medicine 13: 253-261

DUNN MS, BARTEE RT, PERKO MA (2003)
Self-reported alcohol use and sexual behaviors of adolscents.
Psychological Reports 92: 339-348

DU MONT J, MACDONALD S, ROTBARD N, BAINBRIDGE D, ASLLANI E, SMITH N, COHEN M (2010)
Drug-facilitated sexual assault in Ontario, Canada: Toxicological and DNA findings.
Journal of Forensic and Legal Medicine 17: 333-338

ELLIOT SP (2003)
Gamma hydroxybutyric acid (GHB) concentrations in humans and factors affecting

endogenous production.
Forensic Science International 133: 9-16

ELSOHLY MA AND SALAMONE SJ (1999)
Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault.
Journal of Analytical Toxicology 23: 141-146

ELLIOTT SM (2008)
Drug-facilitated sexual assault: Educating women about the risks.
Nursing for Women`s Health 12: 30-37

ELLIOTT SP AND BURGESS V (2005)
Clinical urinalyses of drugs and alcohol in instances of suspected surreptitious administration („spiked drinks“).
Science & Justice 45: 129-134

ERDMANN F, ZANDT D, AUCH J ET AL. (2006)
Untersuchungen zum Grenzwert zwischen endogener und exogener Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB/liquid ecstasy).
Archiv für Kriminologie 217: 129-136

FALLBEISPIEL KO TROPFEN – NEIN DANKE: LISA (2012)
http://www.ko-tropfen-nein-danke.de/lisa.0.html

FAINGOLD CL, N`GOUEMO P, RIAZ A (1998)
Ethanol and neurotransmitter interactions – from molecular to integrative effects.
Progressive Neurobiology 55: 509-535

GIRARD AL AND SENN CY (2008)
The role of the new the new “date rape drugs“ in attributions about date rape.
Journal of Interpersonal Violence 23: 3-20

GLAUM J, VERHOFF PRIV.-DOZ. DR. MED. M, SCHÜTZ PROF. DR. H (2009)
Liquid Ecstasy (GHB) – Basisinformationen über ein fast „ideales“ K.-o.-Mittel.

der kriminalist 5/2009: 8-15

GRAß H, KRÖNER L, ROTHSCHILD M (2004)
K.O.-Tropfen – Ein rechtsmedizinischer Überblick.
83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, 22. - 25.09.2004
Münster, Abstract publiziert in: Rechtsmedizin 4: 355

GROSSIN C, SIBILLE I, LORIN DE LA GRANDMAISON L, BANASR A, BRION F, DURIGON M (2003)
Analysis of 418 cases of sexual assault.
Forensic Science International 131: 125-130

HALL J, GOODALL EA, MOORE T (2008)
Alleged drug facilitated sexual assault (DFSA) in Northern Ireland from 1999 to 2005. A study of blood alcohol levels.
Journal of Forensic and Legal Medicine 15: 497-504

HALL JA AND MOORE CB (2008)
Drug facilitated sexual assault-a review.
Journal of Forensic and Legal Medicine 15: 291-297

HINDMARCH I AND BRINKMANN R (1999)
Trends in the use of alcohol and other drugs in cases of sexual assault.
Human Psychopharmacology Clinical and Experimental 14: 225-231

HINDMARCH I, ELSOHLY M, GAMBLES J, SALAMONE S (2001)
Forensic urinalysis of drug use in cases of alleged sexual assault.
Journal of Clinical Forensic Medicine 8: 197-205

HURLEY M, PARKER H, WELLS DL (2006)
The epidemiology of drug facilitated sexual assault.
Journal of Clinical Forensic Medicine 13: 181-185

JONES AW, KUGELBERG FC, HOLMGREN A, AHLNER J (2008)

Occurence of ethanol and other drugs in blood and urine specimens from female victims of alleged sexual assault.
Forensic Science International 181: 40-46

JOHNSTON P (2007)
Home Affairs Editor.
Daily telegraph: 03/04/07

JUHASCIK M, LE NL, TOMLINSON K, MOORE C, GAENSSLEN RE, NEGRUSZ A (2004)
Development of an analytical approach to the specimens collected from victims of sexual assault.
Journal of Analytical Toxicology 28: 400-406

KAYSEN DL, LINDGREN KP, LEE CM, LEWIS MA, FOSSOS N, ATKINS DC (2010)
Alcohol-Involved Assault and the Course of PTSD in Female Crime Victims.
Journal of Traumatic Stress 23: 523-527

KILPATRICK DG, RESNICK HS, RUGGIERO KJ, CONOSCENTI LM, MCCAULEY J (2007)
Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study.
Final report submitted to the National Institute of Justice, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice

KREBS PHD C, LINDQUIST PHD C, WARNER MA T, FISHER PHD B, MARTIN PHD S (2009)
College women`s experiences with physically forced, alcohol- or other drug-enabled, and drug-facilitated sexual assault before and since entering college.
Journal of American College health 57: 639-647

LAWYER PHD S, RESNICK PHD H, VON BAKANIC PHD, BURKETT PHD T, KILPATRICK PHD D (2010)
Forcible, drug-faciliated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate

women.
Journal of American College Health 58: 453-460

LEBEAU M, ANDOLLO W, HEARN WL ET AL. (1999)
Recommendations for toxicological investigations of drug-faciliated sexual assaults.
Journal of Forensic Sciences 44: 227-230

LEBEAU MA AND MONTGOMERY MA (2010)
Challenges of drug-facilitated sexual assault.
Forensic Science Review 22:1-6

LUCK B, AFFLERBACH L, GRAß H (2008)
Sexualisierte Gewalt: Wie der Verdacht auf „K.-o.-Tropfen“ bewiesen werden kann.
Deutsches Ärzteblatt 105: 108-109

MADEA B UND MUßHOFF F (2009)
K.-o.-Mittel: Häufigkeit, Wirkungsweise, Beweismittelsicherung.
Deutsches Ärzteblatt 106: 341-347

MADEA B, PLIEGER S, MUSSHOFF F (2008)
Begutachtung in Fällen von drogenassoziierten Sexualdelikten.
In: Pragst F, Aderjan R, (Hrsg.) GTFCh-Symposium 2007. Bad Vilbel: GTFCh 2008; 116-124

MAXWELL J AND SPENCE R (2005)
Profiles of club drug users in treatment.
Substance Use & Misuse 40: 1409-1426

MCCAULEY J, CONOSCENTI L, RUGGIERO K, RESNICK H, SAUNDERS B, KILPATRICK D (2009)
Prevalence and correlates of drug/alcohol-facilitated and incapacitated sexual assault in a nationally representative sample of adolescent girls.

Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 38: 295-300

MCGREGOR M, ERICKSEN J, RONALD L ET AL. (2004)
Rising incidence of hospital-reported drug-facilitated sexual assault in a large urban community in Canada: retrospective population-based study.
Canadian Journal of Public Health 95: 441-445

MCINTOSH K (2003)
Personal communication, November 12, 2003
Zitiert nach Girard und Senn (2008)

MUßHOFF F UND MADEA B (2008)
K.-o.-Mittel.
Rechtsmedizin 18: 205-224

MULLINS ME (1999)
Laboratory confirmation of flunitrazepam in alleged cases of date rape.
Academic Emergency Medicine 6: 966-968

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2006)
Club drugs.
Retrieved May 2007 from http://www.nida.nih.gov/pdf/infofacts/ClubDrugs06.pdf

NORRIS J AND CUBBINS LA (1992)
Dating, drinking and rape: Effects of victim and assailant`s alcohol consumption on judgements of their behaviour and traits.
Psychology of Women Quarterly 16: 179-191

NOMURA H AND MATSUKI N (2008)
Ethanol enhances reactivated fear memories.
Neuropsychopharmacology 33: 2912-2921

NUTT D (2006)
Editorial.

Journal of Psychopharmacology 20 (3)

NÉMETH Z, KUN B, DEMETROVICS Z (2010)
The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review.
Journal of Psychopharmacology 24: 1281-1287

OLSZEWSKI D (2008)
Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol.
© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: 1-17

PAPADODIMA SA, ATHANASELIS SA, SPILIOPOULOU (2007)
Toxicological investigation of drug-facilitated sexual assaults.
International Journal of Clinical Practice 61: 259-264

PAYNE – JAMES J AND ROGERS D (2002)
Drug-facilitated sexual asault, “ladettes“ and alcohol.
Journal of the Royal Society of Medicine 95: 326-327

PSCHYREMBEL® (2004)
260. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, S. 1235

RICKERT V, WIEMANN CM, BERENSON AB (1999)
Prevalence, patterns, and correlates of voluntary flunitrazepam use.
Paediatrics 103: 1-5

RUPAREL C (2004)
The nature of rape of females in the Metropolitan Police District.
London: Home Office Findings 247

SAUNDERS N (1994)
„Ecstasy“.
2. Auflage, Ricco Bilger, Zürich, S. 411

SCOTT-HAM M AND BURTON FC (2005)
Toxicological findings in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period.
Journal of Clinical Forensic Medicine 12: 175-186

SCOTT-HAM M AND BURTON FC (2006)
A study of blood and urine alcohol conentrations ins cases of alleged drug-faciliated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period.
Journal of Clinical Forensic Medicine 13:107-111

SCHÜTZ PROF. DR. RER. NAT. H, JANSEN M, DETTMEYER PROF. DR. MED. DR. JUR. R,
VERHOFF PROF. DR. MED. M (2011 A)
Vom Alkohol zum Liquid Ecstasy (GHB) – ein Überblick über alte und moderne K.-o.-Mittel.
Teil 1: Historische und klassische K.-o.-Mittel
Archiv für Kriminologie 228: 89-95

SCHÜTZ PROF. DR. RER. NAT. H, JANSEN MALIN, VERHOFF PROF. DR. MED M (2011 B)
Vom Alkohol zum Liquid Ecstasy (GHB) – ein Überblick über alte und moderne K.-o.-Mittel.
Teil 2: Benzodiazepine und andere Sedativa / Hypnotika
Archiv für Kriminologie 228: 145-150

SCHÜTZ PROF. DR. RER. NAT. H, JANSEN MALIN, VERHOFF PROF. DR. MED M (2011 C)
Vom Alkohol zum Liquid Ecstasy (GHB) – ein Überblick über alte und moderne K.-o.-Mittel
Teil 3: γ-Hydroxybuttersäure (GHB, „Liquid Ecstasy“)
Archiv für Kriminologie 228: 151-159

SCHWILDEN PHD H, SCHÜTTLER J, STOECKEL H (1987)
Closed-loop feedback control of methohexital anesthesia by quantitative EEG analysis in

humans.
Anesthesiology 67: 341-347

SLAUGHTER L (2000)
Involvement of drugs in sexual assault.
The Journal of Reproductive Medicine 45: 425-430

STEIN M (2003)
Stellungnahme zur nicht geringen Menge von Gamma-Hydroxybuttersäure.
Toxichem & Krimtech 70: 87-92

STEPHENS DN, RIPLEY TL, GILYANA B, SCHUBERT M, ALBRECHT D, HOGARTH L ET AL. (2005)
Repeated ethanol exposure and withdrawal impairs human fear conditioning and depresses long-term potentiation in rat amygdala and hippocampus.
Biological Psychiatry 58: 392-400

WECHSLER H, LEE JU, KUO M, SEIBRING M, NELSON TF, LEE H (2002)
Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public Health College alcohol study surveys: 1993-2001.
Journal of American College Health 50: 203-217

WECHSLER H, DOWDALL GW, DAVENPORT A, RIMM EB (1995)
A gender-specific measure of binge drinking among college students.
American Journal of Public Health 85: 982-985

WILLWACHER MAREIKE (2007)
K.O.-Tropfen: Lass dich nicht ausknocken!
Sozial Extra (Zeitschrift für Soziale Arbeit) 31: 12

WOLITZKY-TAYLOR K, RUGGIERO PHD K, DANIELSON PHD C, RESNICK PHD H, HANSON PHD R, SMITH PHD D, SAUNDERS PHD B, KILPATRICK PHD D (2008)
Prevalence and correlates of dating violence in a national sample of adolescents.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 47:7

WU L, SCHLENGER W, GALVIN D (2007)
Concurrent use of methamphetamine, MDMA, LSD, ketamine, GHB und flunitrazepam among American youths.
Drug and alcohol dependence 86: 102-113

http://www.ladies-gegen-k-o.de/?campaign/goals-campaign

http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/kampagnen-zur-alkoholpraevention.html

Anhang

10.1 Darstellung des Flyers (Vorderseite)

10.2 Darstellung des Flyers (Rückseite)

Du wolltest nur ein bisschen feiern...
Nun kannst du dich an nichts mehr erinnern...

K.O.-Tropfen!?
Kennst du dich damit aus?

Am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führen wir zurzeit eine Studie zum Thema K.O.-Tropfen durch. Unser Ziel ist es, Rückmeldungen zu Kenntnissen oder Erfahrungen damit zu erhalten.

Wenn du mindestens 18 Jahre alt bist, so würden wir uns sehr freuen, wenn du bis spätestens **31.03.2012** an unserer Studie teilnimmst und unseren Onlinefragebogen ausfüllst, den du unter **http://ww3.unipark.de/uc/ko** findest.

Deine Angaben werden selbstverständlich anonym ausgewertet. Als kleines Dankeschön für deine Teilnahme verlosen wir insgesamt

3 Gutscheine von Amazon im Wert von jeweils 50,- €

Herzlichen Dank für deine Unterstützung!

Hilke Andresen, Forensische Toxikologin
Claudia Maria Schmidt, Kriminologin
Katja Gaffke, Medizinstudentin

Für Fragen stehen wir dir unter h.andresen@uke.de und c.schmidt@uke.de gerne zur Verfügung.

10.3 Darstellung der Fragebogenmaske

1. Frage: Hast du schon einmal den Begriff Knockout-Tropfen bzw. K.-o.-Tropfen gehört?
   - o Ja
   - o Nein

2. Frage: Ist Dir die Wirkung von K.-o.-Tropfen bekannt?
   - o Ja
   - o Nein

3. Frage: Hattest Du schon einmal Angst, K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen?
   - o Ja
   - o Nein

4. Frage: In welcher Situation hattest Du Angst, K.-o.-Tropfen verabreicht zu bekommen?
   - o Diskothek/Club
   - o Bar/Kneipe
   - o Konzert/Festival
   - o Privatparty
   - o Treffen im privaten Kreis
   - o Sonstiges:_____

5. Frage: Triffst Du Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen?
   - o Ja
   - o Nein

6. Frage: In welcher Situation triffst Du Vorsichtsmaßnahmen gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen?
   - o Diskothek/Club
   - o Bar/Kneipe
   - o Konzert/Festival
   - o Privatparty
   - o Treffen im privatem Kreis
   - o Sonstiges:_____

7. Frage: Welche Vorsichtsmaßnahmen triffst Du gegen eine mögliche Verabreichung von K.-o.-Tropfen?
   - o Glas bzw. Flasche beaufsichtigen
   - o Glas bzw. Flasche beaufsichtigen lassen
   - o Keine Getränke von anderen Personen ausgeben lassen
   - o Sonstiges:_____

8. Frage: Hast Du die Verabreichung von K.-o.-Tropfen schon einmal als Ausrede für ein Fehlverhalten benutzt?
   - o Ja
   - o Nein

9. Frage: Hattest Du schon einmal den Verdacht, dass Dir tatsächlich K.-o.-Tropfen verabreicht wurden?
   - o Ja
   - o Nein

10. Frage: Konntest Du bei diesem Verdacht ausschließen, dass Du zu viel Alkohol getrunken hast?
    - o Ja
    - o Nein

11. Frage: In welcher Situation wurden Dir Deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?
    - o Diskothek/Club
    - o Bar/Kneipe
    - o Konzert/Festival
    - o Privatparty
    - o Treffen im privaten Kreis
    - o Sonstiges:_____

12. Frage: Von wem wurden Dir Deiner Vermutung nach K.-o.-Tropfen verabreicht?
    - o Partnerin/Partner
    - o Freundin/Freund
    - o Familienmitglied
    - o Bekannter/Bekanntem
    - o Abendbekanntschaft
    - o Unbekannte/Unbekannter
    - o Keine Vermutung
    - o Sonstiges:_____

13. Frage: Hast Du jemandem von Deinem Verdacht berichtet?
    - o Ja
    - o Nein

14. Frage: Wem hast Du von Deinem Verdacht berichtet?
    - o Partnerin/Partner
    - o Freundin/Freund
    - o Familienmitglied
    - o Ärztin/Arzt
    - o Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle
    - o Polizei
    - o Beratungsstelle
    - o Psychologin/Psychologe
    - o Sonstiges:_____

15. Frage: Hast Du den Verdacht bei der Polizei angezeigt?
    - Ja
    - Nein

16. Frage: Wurde Dir nach dem Verdacht eine Blutprobe entnommen?
    - Ja
    - Nein

17. Frage: Wo wurde Dir die Blutprobe entnommen?
    - In einer Arztpraxis
    - In einer Klinik
    - In der Rechtsmedizin
    - Bei der Polizei

18. Frage: Hast Du nach dem Verdacht eine Urinprobe abgegeben?
    - Ja
    - Nein

19. Frage: Wo hast Du die Urinprobe abgegeben?
    - In einer Praxis
    - In der Klinik
    - In der Rechtsmedizin
    - Bei der Polizei

20. Frage: Welche Symptome hast Du im Zusammenhang mit Deinem Verdacht an Dir beobachtet?
    - Gefühl von “aufgedreht sein“
    - Herzrasen
    - Hemmungsloses Verhalten
    - Starke Müdigkeit
    - Kopfschmerzen
    - Gefühl wie “in Watte gepackt“
    - Sexuelle Enthemmung
    - Schwindelgefühl
    - Übelkeit/Erbrechen

- Gesteigertes sexuelles Verlangen
- Bewusstlosigkeit
- Sonstiges:_____

21. Frage: Hattest Du im Zusammenhang mit Deinem Verdacht einen Filmriss?
- Ja
- Nein

22. Frage: Wie lange dauerte der Filmriss etwa an?
- Minuten, ca.:___
- Stunden, ca.: ___

23. Frage: Hattest Du trotz Filmriss bruchstückhafte Erinnerungen?
- Ja
- Nein

24. Frage: Kam es während des Filmrisses zu Ereignissen, die Du im Nachhinein festgestellt hast?
- Ja
- Nein

25. Frage: Welche Ereignisse sind während des Filmrisses passiert?
- Gewollte sexuelle Handlungen
- Körperliche Gewalt
- Diebstahl/Raub
- Ungewollte sexuelle Handlungen
- Sonstiges:_____

26. Frage: Sind bei Dir nach den Ereignissen Folgeprobleme aufgetreten?
- Ja
- Nein

27. Frage: Welche Folgeprobleme sind aufgetreten?
    - o Leistungsabfall
    - o Angstzustände
    - o Depressionen
    - o Alkoholmissbrauch
    - o Drogenmissbrauch
    - o Verändertes Verhalten, nämlich:_____
    - o Sonstiges: _____

28. Frage: Hast Du nach den Ereignissen professionelle Unterstützung in Anspruch genommen?
    - o Ja
    - o Nein

29. Frage: Durch wen hast Du professionelle Unterstützung erhalten?
    - o Beratungsstelle
    - o Psychologin/Psychologe
    - o Ärztin/Arzt
    - o Sonstiges:_____

30. Frage: Hättest Du Dir nach den Ereignissen professionelle Unterstützung gewünscht?
    - o Ja
    - o Nein

31. Frage: Durch wen hättest Du Dir professionelle Unterstützung gewünscht?
    - o Beratungsstelle
    - o Psychologin/Psychologe
    - o Ärztin/Arzt
    - o Sonstiges:_____

32. Frage: Hatte eine Person aus Deinem Umfeld schon einmal den Verdacht, dass ihr K.-o.-Tropfen verabreicht wurde?
    - o Ja
    - o Nein

33. Frage: Würdest Du Dir Informationen zu K.-o.-Tropfen wünschen?
    - o Ja
    - o Nein

34. Frage: Welche Informationen zu K.-o.-Tropfen würdest Du Dir wünschen?
    - o Substanzen, die eingesetzt werden können
    - o Wirkung
    - o Gefahren
    - o Nachweisbarkeit
    - o Folgeerscheinungen
    - o Beratungsstellen/Hilfseinrichtungen
    - o Sonstiges:_____

35. Frage: Auf welchem Weg würdest Du Dir Informationen wünschen?
    - o Broschüren/Flyer
    - o Internet
    - o TV
    - o Radio
    - o Plakate
    - o Sonstiges:_____

36. Frage: Wie häufig gehst Du aus und wohin?

	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Mehrmals im Monat	Einmal pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie
Diskothek/Club	○	○	○	○	○	○
Bar/Kneipe	○	○	○	○	○	○
Konzert/Festival	○	○	○	○	○	○
Privatparty	○	○	○	○	○	○
Treffen im privaten Kreis	○	○	○	○	○	○

37. Frage: Wie alt bist Du?

- ○ ___ Jahre

38. Frage: Dein Geschlecht?

- ○ Weiblich
- ○ Männlich

39. Frage: Welche Staatsangehörigkeit hast Du?

- ○ Deutsch
- ○ Andere:_____

40. Frage: Wie ist Dein derzeitiger Familienstand?

- ○ Ledig
- ○ Verheiratet
- ○ Getrennt lebend
- ○ Geschieden
- ○ Sonstiges:___

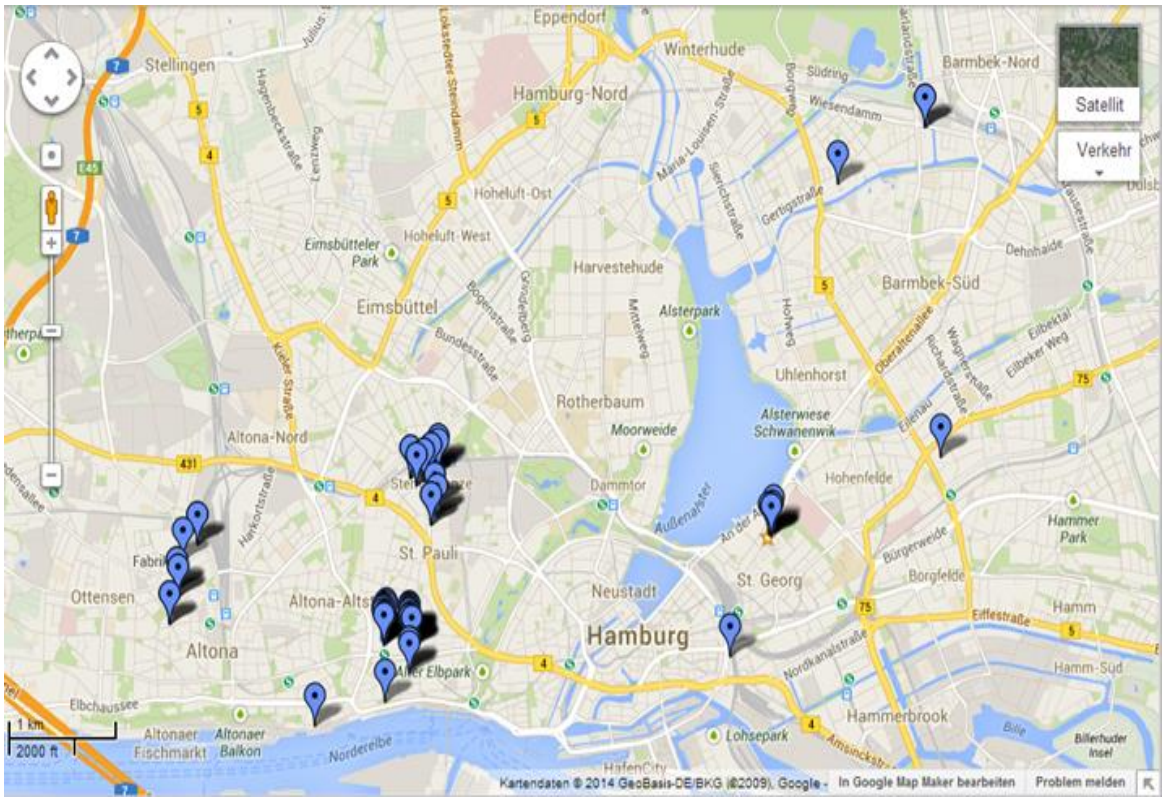
41. Frage: In welcher Wohnsituation lebst Du aktuell?
    - Bei den Eltern
    - Bei der Mutter
    - Beim Vater
    - Allein in eigener Wohnung
    - Mit Partnerin/Partner in eigener Wohnung
    - In einer Wohngemeinschaft
    - Sonstiges:___

42. Frage: In welcher Stadt/welchem Ort wohnst Du aktuell?
    - Hamburg
    - Andere Stadt/anderer Ort:___

43. Frage: Welchen höchsten Schul- oder Studienabschluss hast Du?
    - Noch Schülerin/Schüler
    - Kein Schulabschluss
    - Hauptschul-/Volksschulabschluss
    - Realschulabschluss/Mittlere Reife
    - Fachhochschulreife
    - Abitur
    - Fachhochschulabschluss
    - Universitätsabschluss
    - Sonstiges:___

44. Frage: Wie ist Deine aktuelle berufliche Situation?
    - Vollzeit berufstätig
    - Teilzeit berufstätig
    - Arbeitssuchend
    - Hausfrau/-mann
    - Ausbildung/Umschulung
    - Studium
    - Sonstiges:___

10.4 Übersicht der Standorte der Flyerverteilung



Danksagung

Als erstes danke ich Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel für die freundliche Überlassung des Themas meiner Dissertation.

Ein besonderer Dank gebührt Frau Dr. rer. nat. Hilke Andresen-Streichert für die umfassende und angenehme Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Frau Claudia Maria Schmidt danke ich für die Mitarbeit an der Erstellung des Fragebogens und für den Aufbau der Internetpräsenz des Online-Fragebogens auf „UniPark“.

Weiterhin danke ich Frau Susanne Sehner und Frau Anne Daubmann für die hilfreiche Behebung einiger Unstimmigkeiten im Rahmen der Datenauswertung mit dem Statistik-Software-Programm „PASW®“.

Zudem danke ich Frau Sindy Bräuling für die Konzeptionierung und den Druck der Flyer.

URL: http://www.sindy-braeuling.de

Des Weiteren möchte ich mich bei meinen Eltern, meinem Lebensgefährten Philipp Haupt und meiner Freundin Alicja Mazur ganz herzlich für das Korrekturlesen und für deren große Hilfsbereitschaft bei der Konzeptionierung der äußeren Form meiner Arbeit bedanken.

Darüber hinaus möchte ich meinem Vater noch einmal einen besonderen Dank aussprechen für die Unterstützung bei der Erstellung der Korrelationsberechnungen und der Gestaltung der Korrelationstabellen.

Mein Dank gilt ferner allen Interviewpartnern, die durch ihre Beteiligung an den Befragungen zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen haben.

Lebenslauf

20.05. 1985	Geboren als Tochter von Dr. med. Marion Gaffke, geb. Weyer, und Prof. Dr. rer. nat. habil. Norbert Rudolf Gaffke in Aachen
1991 – 1995	Besuch der Friedrich-Ebert-Grundschule in Augsburg
1995 – 2004	Besuch des Gymnasiums Maria-Stern in Augsburg
06/2004	Abitur
07/2004 – 03/2005	Absolvierung von Praktika auf verschiedenen psychiatrischen Stationen am Bezirkskrankenhaus Augsburg
04/2005 – 03/2008	Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Diakonissenkrankenhaus Augsburg
10/2008	Beginn des Studiums für Humanmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
03/2011	Erstes Staatsexamen der Humanmedizin
08/2011 – 09/2011	Famulatur in einer Kinderarztpraxis in Winsen a.d. Luhe, Hamburg
01/2012 – 02/2012	Famulatur in der Asklepios Klinik Wandsbek, in den Abteilungen für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin / Rettungsmedizin in Hamburg
02/2013 – 03/2013	Famulatur im Lubaga Hospital, Kampala, Uganda in den Abteilungen für Geburtshilfe und Allgemeinchirurgie
07/2013 – 08/2013	Famulatur in der Tagesklinik Altonaer Strasse für ambulante gynäkologische Chirurgie in Hamburg

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....