Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8972**

21. Wahlperiode 04.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Lena Gumnior, Linda Heitmann, Helge Limburg, Lukas Benner, Dr. Till Steffen, Awet Tesfaiesus, Marlene Schönberger, Dr. Irene Mihalic, Ulle Schauws, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung – Drucksachen 21/7560, 21/8947 –

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des strafrechtlichen Schutzes vor sogenannten K.-o.-Tropfen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Statt des Begriffs der „sogenannten K.-o.-Tropfen“ sollte der international etablierte Begriff des „Spikings“ oder die deskriptive Bezeichnung „heimliche Verabreichung psychoaktiver Substanzen“ verwendet werden, um das Phänomen vollumfassend zu ergreifen. Unter Spiking versteht man die heimliche Verabreichung bewusstseinsverändernder Substanzen ohne Wissen oder die Zustimmung der betroffenen Person. Die heimliche Verabreichung solcher Stoffe stellt einen schweren Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar und birgt zudem ein besonders schwerwiegendes Risiko für die körperliche und sexuelle Selbstbestimmung. Der von der Bundesregierung verwendete Begriff der „K.-o.-Tropfen“ greift zu kurz: Spiking ist weder auf einzelne Substanzen wie GBL (Chemikalie Gamma-Butyrolacton), die in den Stoff GHB (Gamma-Hydroxbuttersäure) umgewandelt wird, noch auf eine Darreichungsform beschränkt. Die derzeit umfangreichste Untersuchung zum Phänomen „Spiking“ der britischen Polizei, bei der Proben von 800 Personen toxikologisch analysiert wurden, zeigt beispielsweise als häufigste Substanzen Kokain, Ketamin und MDMA[1]. Zudem kann Spiking mit unterschiedlichen Substanzen und in verschiedenen Darreichungsformen erfolgen, etwa als Flüssigkeit, Pulver, Tablette oder Bestandteil eines Vape-Liquids.

Die Folgen von Spiking sind für die Betroffenen erheblich. Betroffene werden unter anderem durch die bewusstseinsverändernden Stoffe in einen Zustand versetzt, in dem sie nicht mehr handlungsfähig sind, sich nicht wehren können und oft keine Erinnerung an das Geschehen behalten. Die verwendeten Stoffe führen

[1] Potential victims of spiking urged to report to police and get tested quickly as nearly 5,000 reports of spiking are made within a year. 29 Dec 2022.

aber nicht immer dazu, dass die Betroffene narkotisiert ist. Sie haben dagegen auch aufputschende, empathogene oder dissoziative Wirkung. Es ist auch zu beachten, dass die Täter*innen nicht ausschließlich Unbekannte sind, sondern vielfach auch im sozialen Nahraum der Betroffenen zu finden sind. Spiking findet im Freundes- und Bekanntenkreis, in Partnerschaften, in Familien oder institutionellen Zusammenhängen statt.

Betroffen sein können Menschen unterschiedlichen Geschlechts, wobei Frauen und Mädchen in Dunkelfeldstudien häufiger von entsprechenden Betroffenheits- und Verdachtserfahrungen berichten. Auch Motive und Täter-Opfer-Konstellationen sind vielfältig. Eine wirksame politische Strategie muss Spiking deshalb breiter erfassen und Prävention, Forschung, Beweissicherung und Versorgung auf unterschiedliche Substanzen, Tatkontexte und Betroffenengruppen ausrichten (vgl. Peter/Werse: Spiking – Erscheinungsformen, Prävention und rechtliche Einordnung, 2026; Leitgöb-Guzy/Bieber: Ergebnisse der Dunkelfeldstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Belastung im Alltag“ – LeSuBiA I, 2026; BT-Drs. 21/6387, S. 3 ff.).

Die Datenlage in Bezug auf die heimliche Verabreichung psychoaktiver Substanzen ist – insbesondere zur Situation in Deutschland – äußerst unzureichend, sodass das tatsächliche Ausmaß des Phänomens nicht beziffert werden kann. Spiking wird in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) nicht gesondert abgebildet. In der repräsentativen Dunkelfeldstudie LeSuBiA gaben 5,2 Prozent der Befragten an, zu glauben, ihnen seien im Laufe ihres Lebens bereits sogenannte K.-o.-Tropfen verabreicht worden; bei Frauen lag der Anteil bei 6,7 Prozent, bei Männern bei 3,7 Prozent. Die Angaben bilden Verdachts- und Betroffenheitserfahrungen ab und ersetzen keine toxikologisch bestätigten Fallzahlen. Es gilt insbesondere zu beachten, dass die heimliche Verabreichung mancher psychoaktiven Stoffe das Erinnerungsvermögen der Betroffenen beeinträchtigen, was sich wiederum auf das Anzeigeverhalten auswirken kann. Auch tragen Scham, Unsicherheit, die Sorge nicht ernst genommen zu werden, sowie Schwierigkeiten beim toxikologischen Nachweis zu einem erheblichen Dunkelfeld bei (vgl. Leitgöb-Guzy/Bieber: Ergebnisse der Dunkelfeldstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Belastung im Alltag“ – LeSuBiA I, 2026; Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „K.O.-Tropfen („Spiking“) – Dunkelfeld sexualisierter Gewalt und Handlungsbedarf bei Prävention, Beweissicherung und Versorgung“, BT-Drs. 21/6387, S. 3 ff.; Bendau et al.).

Entsprechend besteht erheblicher Forschungs- und Aufklärungsbedarf. Es muss besser untersucht werden, unter welchen Umständen Menschen den Verdacht entwickeln, gespikt worden zu sein, welche Symptome und situativen Faktoren dabei eine Rolle spielen und in welchen Fällen sich ein Verdacht toxikologisch bestätigen lässt. Eine systematischere Erfassung von Verdachtsfällen ist notwendig, um das Phänomen belastbarer einordnen, Betroffene angemessen beraten und Fehleinordnungen vermeiden zu können (vgl. Bendau et al.; BT-Drs. 21/6387).

Eine besondere Herausforderung sind die je nach Substanz kurzen toxikologischen Nachweisfenster. Die dafür notwendigen Materialien zur fachgerechten Probenentnahme und -sicherung sollten möglichst breit verfügbar sein. Zugleich erfassen klinische Routinetests nicht sämtliche infrage kommenden Substanzen, sodass je nach Stoff spezielle forensisch-toxikologische Verfahren erforderlich sein können. Auch sehen einige Betroffene im Verdachtsfall von einer Untersuchung ab, weil sie davon ausgehen, die verwendete Substanz sei nicht mehr nachweisbar. Dabei ist zu wenig bekannt, dass dies je nach Substanz stark variieren und eine medizinische Untersuchung auch dann sinnvoll sein kann, wenn bereits mehrere Tage vergangen sind.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Auch ein negativer Befund kann Spiking nicht in jedem Fall ausschließen – unter anderem aufgrund von Einschränkungen toxikologischer Nachweismöglichkeiten sowie angesichts dessen, dass Spiking auch mit zusätzlichem Alkohol erfolgen kann (eine Person beispielsweise wissentlich Alkohol konsumiert, ihr aber darüber hinaus weiterer hochprozentiger Alkohol in Getränke gemischt wird). Dies sollte im Umgang mit Betroffenen berücksichtigt werden.

Des Weiteren kann bereits der bloße Verdacht auf Spiking, auch wenn ihm tatsächlich keine heimlich verabreichte Substanz zugrunde liegt, für Betroffene mit erheblicher Belastung verbunden sein. Bestätigt sich ein Verdacht im Nachhinein nicht, darf das Erleben der betroffenen Person deshalb keinesfalls abgewertet oder als unbegründet abgetan werden. Sowohl das subjektive Erleben der Situation als auch mögliche Begleitumstände können stark belastend sein und sollten entsprechend adressiert werden (u. a. mit adäquaten Versorgungsangeboten). Zudem kann die Sorge, dass sich ein Verdacht nicht bestätigen lässt und dies zu Vorwürfen, Zweifeln oder Abwertung seitens medizinischer oder polizeilicher Anlaufstellen führt, dazu beitragen, dass Betroffene zögern, sich an entsprechende Stellen zu wenden. Umso wichtiger ist es zu vermitteln, dass Betroffene auch bei Unsicherheit darüber, was genau geschehen ist oder ob tatsächlich eine Substanz verabreicht wurde, Unterstützung in Anspruch nehmen können und mit ihrem Erleben ernst genommen werden sollten.

Die rasche und barrierearme Entnahme von Blut- und Urinproben muss unabhängig von einer vorherigen Entscheidung über eine Strafanzeige möglich sein (vgl. BT-Drs. 21/6387, S. 7 ff.).

Gleichzeitig besteht bei Betroffenen häufig Unsicherheit darüber, ob ihre Symptome tatsächlich auf Spiking zurückzuführen sind, an wen sie sich wenden können und ob eine Untersuchung noch sinnvoll ist. Diese Unsicherheit darf nicht selbst zur Versorgungshürde werden. Gesundheitskommunikation muss deshalb dazu ermutigen, bei einem entsprechenden Verdacht möglichst frühzeitig medizinische oder beratende Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, auch wenn das Geschehen nicht sicher eingeordnet werden kann (vgl. BT-Drs. 21/6387, S. 7 f.; Bendau et al.).

Der Bundesrat hat im Mai 2025 die Anpassung der Strafbarkeit des Einsatzes von K.o.-Tropfen gefordert und einen Gesetzentwurf zur Stärkung des strafrechtlichen Schutzes vor sogenannten K.-o.-Tropfen eingebracht. Die Bundesregierung hat sich dem Anliegen nun angeschlossen und ebenfalls einen Gesetzentwurf vorgelegt. Der strafrechtliche Schutz adressiert einen wichtigen Teil des Problems.

Eine Strafverschärfung allein verbessert jedoch weder frühzeitige Erkennung und Beweissicherung noch medizinische Versorgung, Forschung oder Prävention. Notwendig ist deshalb ein ressortübergreifender Ansatz, der gesundheitspolitische, innenpolitische, rechtspolitische und gewaltpräventive Maßnahmen, sowie Forschung miteinander verbindet.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine ressortübergreifende Strategie zum Umgang mit Spiking zu entwickeln, die Prävention, medizinische Versorgung, Beweissicherung, Strafverfolgung, Betroffenenunterstützung und Forschung miteinander verzahnt;
2. gemeinsam mit Wissenschaft und Ländern eine einheitliche fachliche Definition und Kategorisierung zu entwickeln, die unterschiedliche Substanzen, Wirkweisen, Applikationsformen und Tatkontexte berücksichtigt und nicht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

auf sogenannte K.-o.-Tropfen oder einzelne Stoffe wie GHB oder GBL verengt ist;

3. die interdisziplinäre Forschung zu Spiking gezielt und langfristig zu fördern und hierfür ein eigenständiges, interdisziplinäres Forschungsprogramm zu schaffen und ausreichend Fördermittel bereitzustellen; erforderlich sind dabei insbesondere belastbare Erkenntnisse zu:
   a) den tatsächlich verwendeten Substanzen und Darreichungsformen,
   b) Tatmotiven und Tatkontexten,
   c) individuellen und situativen Risikofaktoren,
   d) dem Zusammenhang von Spiking mit weiteren Straftaten,
   e) den kurz- und langfristigen psychischen und körperlichen Folgen,
   f) dem Anzeigeverhalten und den Gründen für den Verzicht auf eine Strafanzeige,
   g) den bestehenden Lücken in Akutversorgung, Beweissicherung und Nachsorge;
4. öffentlichkeitswirksame und flächendeckende Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen durchzuführen, um über die Wirkungswesen, Symptome, Gefahren und Reaktionsmöglichkeiten von Betroffenen umfassend zu informieren;
5. insbesondere im polizeilichen Kontext die wissenschaftliche Arbeit zu Spiking zu fördern und so auf eine verbesserte Studien- und Datenlage hinzuwirken;
6. ein datenschutzkonformes, organisationsübergreifendes Monitoring zu entwickeln, das anonymisierte Erkenntnisse aus Gesundheitsversorgung, Rechtsmedizin, Toxikologie, Beratungsstrukturen und Strafverfolgung zusammenführt und auch Verdachtsfälle unabhängig von einer späteren Strafanzeige oder toxikologischen Bestätigung berücksichtigt;
7. gemeinsam mit Ländern, Krankenversicherungen, medizinischen und rechtsmedizinischen Einrichtungen sowie Fachgesellschaften bundesweit vergleichbare Mindeststandards für die niedrigschwellige, kostenfreie und anzeigeunabhängige Spurensicherung bei Spiking-Verdacht zu entwickeln;
8. eine flächendeckende Kostentragung bei der vertraulichen Spurensicherung sicherzustellen und mehr niedrigschwellige Möglichkeiten für die Betroffenen für erforderliche rechtsmedizinische Untersuchungen bereitzustellen, unabhängig von einer sofortigen Strafanzeige;
9. die Umsetzung der vertraulichen Spurensicherung nach § 27 Absatz 1 Satz 6 und § 132k SGB V bundesweit zu evaluieren und regionale Unterschiede in Bezug auf Verfügbarkeit, Finanzierung und Umfang der angebotenen Leistungen transparent zu machen;
10. für Personen, die vermuten, von Spiking betroffen zu sein, flächendeckende, niedrigschwellige und unabhängig von einer sofortigen Strafanzeige zugängliche Versorgungsangebote rund um die Uhr zu schaffen, insbesondere:
    a) medizinische Erstversorgung und zeitnahe toxikologische Diagnostik;
    b) differenzierte Aufklärung über das Nachweisfenster verschiedener, in Frage kommender Substanzen;

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

c) Beratung zur Erstattung einer Strafanzeige und zum weiteren rechtlichen Vorgehen;

d) standardisierte Abläufe zur gerichtsfesten Sicherung und Aufbewahrung von Proben;

e) niedrigschwellige psychosoziale und psychotherapeutische Beratungsangebote;

11. eine bundesweit leicht zugängliche Übersicht geeigneter Anlaufstellen für vertrauliche Spurensicherung, medizinische Versorgung, toxikologische Diagnostik und psychosoziale Beratung zu schaffen;

12. gemeinsam mit Fachgesellschaften zu prüfen, wie neben körperbezogenem Probenmaterial auch weitere potenziell relevante Beweismittel und Asservate, insbesondere Getränkereste oder Speisen fachgerecht gesichert und einer toxikologischen Untersuchung zugeführt werden können;

13. die bestehenden Hilfs- und Beratungsstrukturen so weiterzuentwickeln, dass Betroffene unabhängig von Geschlecht, Tatort, eingesetzter Substanz und möglichem Folgedelikt schnell eine geeignete und gut auffindbare Anlaufstelle rund um die Uhr erhalten;

14. eine umfassende und nachhaltige Finanzierung der Hilfs- und Beratungsstellen sicherzustellen;

15. gemeinsam mit Ländern und Fachgesellschaften evidenzbasierte und möglichst einheitliche Handlungsleitlinien für Spiking-Verdachtsfälle zu entwickeln, die insbesondere Rettungsdienste, Notaufnahmen, Hausarztpraxen, gynäkologische und urologische Versorgung, Kinder- und Jugendmedizin, Pflege sowie psychosoziale Angebote adressieren;

16. Wissen über Spiking, unterschiedliche Tatkontexte und Substanzen, Symptomerkennung, Probenentnahme, Dokumentation und traumasensible Versorgung stärker in der Aus-, Fort- und Weiterbildung relevanter Gesundheitsberufe zu verankern und gemeinsam mit den Ländern auch Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte entsprechend zu sensibilisieren, damit auf Spiking besser reagiert werden kann, Mythen und Fehlannahmen rund um Spiking und damit verbundene weitere Straftaten (wie zum Beispiel sexualisierte Gewalt) besser bekämpft werden und ein angemessener Umgang mit den Betroffenen erfolgt;

17. standardisierte Kooperations- und Kommunikationswege zwischen Rettungsdiensten, Krankenhäusern, ambulanten Praxen, Rechtsmedizin, toxikologischen Laboren, Beratungsstellen und Polizei zu entwickeln und sicherzustellen;

18. Präventions- und Versorgungsmaßnahmen so weiterzuentwickeln, dass Victim Blaming vermieden und die Verantwortung der Täter*innen in den Mittelpunkt gestellt wird.

Berlin, den 3. November 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

Beim Umgang mit Spiking bestehen weiterhin erhebliche strukturelle Defizite. Der vorliegende Regierungsentwurf behandelt ausschließlich den strafrechtlichen Umgang mit dem Problem. Es sind jedoch dringend zusätzlich präventive sowie betroffenenzentrierte Maßnahmen in diesem Bereich notwendig.

Zwar erkennt die Bundesregierung die Bedeutung einer zeitnahen und anzeigeunabhängigen Spurensicherung grundsätzlich an. Gleichzeitig fehlen bundesweit einheitliche Daten über Verfügbarkeit, Finanzierung und Inanspruchnahme entsprechender Angebote.

Besonders deutlich tritt das Forschungsdefizit in diesem Bereich hervor. Trotz erheblicher Unsicherheiten über Häufigkeit, verwendete Substanzen, Tatkontexte, Täterstrategien, psychische Folgen und Zugangshürden fördert die Bundesregierung gegenwärtig keine Forschungsprojekte zu Spiking und plant derzeit keinen Ausbau der Forschung zu diesem Themenbereich. Ohne belastbare Daten bleibt unklar, welche Tatkontexte und Betroffenengruppen besonders relevant sind, welche Substanzen tatsächlich eingesetzt werden, welche Barrieren Betroffene vom Hilfesuchen abhalten und welche Präventions-, Versorgungs- und Kommunikationsangebote benötigt werden. Dabei muss Forschung auch die für Spiking typische Unsicherheit berücksichtigen: Aufgrund unspezifischer Symptome und Erinnerungslücken können Betroffene häufig selbst nicht sicher beurteilen, ob ihnen eine Substanz heimlich verabreicht wurde. Verdachtsfälle müssen deshalb ernst genommen und systematisch dokumentiert werden, ohne einen Verdacht vorschnell mit einem toxikologisch bestätigten Tatnachweis gleichzusetzen.

Ein wirksamer Umgang mit Spiking muss Forschung, frühzeitige Beweissicherung, geschulte Fachkräfte, organisationsübergreifende Zusammenarbeit und niedrigschwellige, traumasensible Unterstützung miteinander verbinden. Besonders wichtig ist die schnelle Beweissicherung: Aufgrund teilweise kurzer Nachweisfenster können Verzögerungen dazu führen, dass Substanzen später nicht mehr nachgewiesen werden können. Gleichzeitig darf die Probenentnahme nicht davon abhängig sein, dass Betroffene in einer psychisch und körperlich hochbelastenden Situation unmittelbar über eine Strafanzeige entscheiden. Unterschiedliche Substanzen weisen zudem unterschiedliche Nachweisfenster auf; Gesundheitskommunikation muss deshalb vermitteln, dass eine medizinische Vorstellung auch bei Unsicherheit sinnvoll ist und möglichst früh erfolgen sollte. Anlaufstellen müssen für Betroffene mehrsprachige, niedrigschwellige und anonyme Hilfsangebote, medizinische Versorgung und Spurensicherung rund um die Uhr bieten.

Auch die Befundübermittlung erfordert besondere Sensibilität. Ein positiver Befund kann für Betroffene hoch belastend sein, während ein negativer Befund aufgrund begrenzter Nachweisfenster und eingeschränkter Testmöglichkeiten einen Verdacht nicht in jedem Fall ausschließt. Zudem kann bereits der Verdacht auf Spiking – auch wenn sich dieser nicht toxikologisch bestätigen lässt – akut sowie auch längerfristig sehr belastend sein. Auch Personen, bei denen der Spiking-Verdacht nicht bestätigt wird, sollten deshalb adäquate Versorgungsangebote erhalten. Untersuchungsergebnisse müssen deshalb verständlich eingeordnet und bei Bedarf mit traumasensibler Nachberatung verbunden werden.

Voraussetzung für eine bessere Erkennung und Versorgung sind klare Zuständigkeiten und standardisierte Abläufe zwischen medizinischer Versorgung, Rettungsdiensten, Rechtsmedizin, Toxikologie, Polizei und Beratungsstellen. Zugleich müssen unterschiedliche Zugangswege berücksichtigt werden. Neben bestehenden Awareness- und Präventionsstrukturen im Nachtleben sind auch Hausarztpraxen, gynäkologische und urologische Versorgung, Pädiatrie, Pflege und weitere ambulante und institutionelle Bereiche relevant, da Spiking ebenso im sozialen und häuslichen Nahraum auftreten und dort über längere Zeit unerkannt bleiben kann.

Auch bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung bestehen Lücken. Gerade wegen unspezifischer Symptome und teilweise kurzer Nachweisfenster braucht es klare Handlungsabläufe und entsprechend geschulte Fachkräfte – in Rettungsdiensten und Notaufnahmen ebenso wie in Hausarztpraxen, bei gynäkologischen, urologischen und kinder- und jugendmedizinischen Angeboten sowie bei Polizei, Staatsanwaltschaften und den Gerichten. Dies gilt auch deshalb, weil Spiking nicht ausschließlich im Nachtleben, sondern ebenfalls im sozialen Nahraum und in institutionellen Zusammenhängen auftreten kann (vgl. BT-Drs. 21/6387, S. 11 f.; Peter/Werse 2026).

Spiking kann erhebliche körperliche und psychische Folgen haben. Erinnerungslücken, Unsicherheit über das Geschehen, Scham, Vertrauensverlust und die Sorge, nicht ernst genommen zu werden, können die Belastung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

verstärken; Victim Blaming kann zu zusätzlicher Viktimisierung führen und den Zugang zu Diagnostik und Unterstützung erschweren bzw. verzögern. Medizinische Versorgung, Befundmitteilung, Beratung und Beweissicherung müssen deshalb traumasensibel erfolgen. (vgl. Bendau et al.; BT-Drs. 21/6387, S. 8 ff.).

Wirksame Prävention darf sich nicht auf individuelle Schutzmaßnahmen wie Verhaltensregeln oder kommerzielle, wissenschaftlich nicht überprüfte und enorm unzuverlässige (wegen häufig falschem Alarm und einem Gefühl von falscher Sicherheit) Maßnahmen wie Getränkedeckel oder Testarmbänder beschränken. Sie muss die Verantwortung der Täter*innen in den Mittelpunkt stellen und unterschiedliche Formen und Kontexte von Spiking berücksichtigen. Prävention darf sich jedoch nicht auf Clubs und Festivals beschränken, sondern muss auch den sozialen und häuslichen Nahraum einbeziehen (vgl. Peter/Werse 2026; Clubcommission Berlin/Charité: „Spiking in Berliner Clubs: Definition und Handlungsempfehlungen“). Spiking ist ein Angriff auf die Selbstbestimmung und die körperliche Integrität. Bestehende Expertise aus Clubkultur und Awarenessarbeit sollte dabei stärker mit medizinischer Versorgung, Beratung und Forschung vernetzt werden.

Eine Verengung der Debatte auf einzelne Substanzen greift zu kurz. Die Bundesregierung selbst weist darauf hin, dass beim Spiking unterschiedliche Stoffgruppen eingesetzt werden können und einer vollständigen Zugangsbeschränkung praktische Grenzen gesetzt sind. Regulatorische Maßnahmen bei einzelnen Stoffen können daher einen Beitrag zur Missbrauchsprävention leisten, eine umfassende Strategie aber nicht ersetzen. Insbesondere darf politische Kommunikation nicht den Eindruck verstärken, Spiking sei im Wesentlichen ein GHB- oder GBL-Problem; berücksichtigt werden müssen vielmehr unterschiedliche Substanzen, Applikationsformen und Tatkonstellationen.

Der von der Bundesregierung geplante Ausbau des strafrechtlichen Schutzes ist ein wichtiger Baustein. Eine strafrechtliche Verschärfung allein löst jedoch weder das Dunkelfeldproblem noch die Defizite bei Diagnostik, Spurensicherung, Versorgung, Forschung oder Prävention. Spiking muss deshalb ressortübergreifend als gesundheitspolitische, gewaltpräventive, innen- und rechtspolitische Herausforderung adressiert werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.