Teil 1: Theoretischer Überblick

Der Konsum psychoaktiver Substanzen begleitet die Menschen seit Jahrtausenden. Er ist Teil von Kulturen, Spiritualität, aber auch der Freizeitgestaltung, des Lustgewinns und von hohem medizinischem Nutzen.

Durch die Anerkennung übermäßigen Substanzgebrauchs als Erkrankung und die Prohibition vieler psychoaktiver Substanzen ist in der westlichen Welt eine Dysbalance in der Betrachtung des Konsums entstanden. Die Mannigfaltigkeit des Gebrauchs und die Wirkung der verschiedenen Substanzen rückten immer mehr in den Hintergrund, während der hauptsächliche Fokus auf das Schadenspotenzial und mögliche Erkrankungen gelegt wurde. Diese einseitige Betrachtung schmälert jedoch nicht nur die Möglichkeit, den Substanzkonsum von anderen Menschen professionell einzuschätzen, sondern wird auch der Lebenswelt der Konsumierenden nicht gerecht.

Zunächst gehen wir auf die Geschichte der Prohibition ein, um nachvollziehen zu können, wie rechtliche Entwicklungen die Sicht auf den Konsum verändert haben (▶ Kap. 1). Anschließend folgt ein Einblick in die Stigmatisierung von Konsumierenden und Abhängigkeitserkrankten, die unter anderem stark in den rechtlichen Gegebenheiten verwurzelt ist (▶ Kap. 2). Schließlich untersuchen wir eine alternative Betrachtungsweise von Konsum und Sucht (▶ Kap. 3). Da besonders der Konsum im Jugendalter eine erhöhte Unsicherheit mit sich bringt, widmen wir uns diesem in einem zusätzlichen Kapitel (▶ Kap. 4).

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

1 Die Prohibition – die Illegalität als Beweis für den Schaden einer Substanz?

Auf die Frage »Warum ist eigentlich Cannabis in Deutschland verboten?« antwortete die ehemalige Drogenbeauftragte Marlene Mortler (CSU, Drogenbeauftragte 2014–2019): »Weil Cannabis eine illegale Droge ist. Punkt!« – mit diesem Zitat hat unsere ehemalige Drogenbeauftragte bei vielen Menschen einen irritierten, aber auch bleibenden Eindruck hinterlassen.

An dieser Stelle sei jedoch gesagt, dass diese Aussage gar nicht so abwegig ist. Bevor dies jedoch genauer erörtert wird, benötigt dieses Zitat eine kleine Korrektur. An sich ist keine psychoaktive Substanz in Deutschland illegal, da diese nicht gegen das Gesetz verstoßen können. Dies betrifft nur menschliche Handlungen bezogen auf psychoaktive Substanzen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Dazu zählen der Besitz, die Herstellung, die Einfuhr, der Handel und der Erwerb.

Dieser Sachverhalt ist ganz einfach an einem Beispiel erklärt: In Deutschland wachsen nicht selten – und das ganz natürlich – psilocybinhaltige Pilze (Magic Mushrooms, Zauberpilze). Der Wirkstoff Psilocybin fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Das bedeutet, dass er einer strengen Regulierung unterliegt. Doch das Wachstum dieser Pilze stellt zunächst keine illegale Handlung dar und sie werden auch nicht von Seiten des Staates gezielt zerstört. Erst ab dem Zeitpunkt, an dem ein Mensch diese Pilze pflückt, resultiert die illegale Handlung (Besitz) und bekommt eine strafrechtliche Relevanz.

Hier liegt auch der Grund, warum in diesem Buch der Begriff »illegalisiert« anstatt »illegal« verwendet wird. Damit wird betont, dass eine Einschätzung, wie mit einer Substanz regulatorisch umgegangen wird, der menschlichen Meinung unterliegt, wandelbar ist und keine statische Gegebenheit darstellt.

Doch wenn man von diesem Detail absieht, trifft die Aussage der Drogenbeauftragten die Problematik der Prohibition im Kern: Es gibt keine logischen Argumente, keine klare Linie oder wissenschaftliche Basis, die den Legalitätsstatus der einzelnen psychoaktiven Substanzen festlegen, und somit ist eine Aussage à la »es ist halt so, weil es so ist« eine relativ akkurate Darstellung des Sachverhalts. Um trotzdem besser nachvollziehen zu können, wie es überhaupt zu so einer strengen Regulierung vieler psychoaktiven Substanzen kommen konnte, ist es wichtig, die geschichtlichen Zusammenhänge diesbezüglich zu verstehen (▶ Abb. 1.1).

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

1.1 Die historischen Hintergründe des heutigen Betäubungsmittelgesetzes

Bis zum ersten Weltkrieg wurden psychoaktive Substanzen kontrolliert abgegeben. Damals spielten vor allem opiathaltige Substanzen wie Morphin, aber auch Kokain eine Rolle. Die Regulierung von psychoaktiven Substanzen war allerdings ein juristisch verworrenes System, da manche Substanzen durch das Apothekengesetz, andere durch das Gesetz über den Verkehr mit Giften und wieder andere durch Gesetze für die Medizinindustrie reguliert wurden (Lewy, 2017, S. 130 f). Zu diesen Zeiten florierte die Pharmaindustrie und Deutschland hatte mit seinen großen pharmazeutischen Unternehmen – die heute unter den Namen Bayer, Merck und Boehringer Ingelheim bekannt sind – eine Monopolstellung bei der Produktion von Morphin, Heroin, Codein und Kokain (Hausmann, 2019; Ridder, 2000, S. 127). Der Pharmaindustrie wurde ein hohes gesellschaftliches Ansehen zuteil und Deutschland stützte sich maßgeblich auf deren Expertise, um eine sinnvolle Vergabe von psychoaktiven Substanzen zu gewährleisten. Ein System, das trotz der in der Theorie eher komplizierten Regulierung gut funktionierte, denn Drogenepidemien blieben bis zum Nationalsozialismus aus. Strafrechtliche Konsequenzen ergaben sich lediglich für das Fälschen von Rezepten, den Besitz von Mengen über die verschriebene Dosis hinaus oder den Besitz von entsprechenden Substanzen ohne ein Rezept. Darüber hinaus waren der Bezug und der Konsum psychoaktiver Substanzen legal (Lewy, 2017, S. 131).

Nach dem ersten Weltkrieg wurde Deutschland durch den Versailler Vertrag im Jahre 1919 verpflichtet, das Opiumabkommen von 1912 zu ratifizieren. Dieses sah vor, die Herstellung und den Handel von Opioiden stärker zu regulieren und einzuschränken. Deutschland hatte dies zwar damals unterschrieben, aber nie durchgesetzt, da das Land die Pharmaindustrie und deren einflussreiche, internationale Stellung schützen wollte (Lewy, 2017, S. 131). So kam es, dass die Drogenpolitik in Deutschland aufgrund des internationalen Drucks immer restriktiver wurde. Gesteigerter Konsum oder anderweitige Probleme, die bezogen auf den Substanzkonsum auftraten, hatten nichts damit zu tun (▶ Abb. 1.1).

Ab 1920 wurde zwar immer häufiger von einer »Kokainwelle« gesprochen, doch bei genauerer Betrachtung stellt sich diese als ein konstruiertes Problem dar. Damals produzierte sowohl die Fach- als auch die Tagespresse viele reißerische und stigmatisierende Artikel, die von Politikern unreflektiert übernommen wurde. So verbreitete sich das Bild eines ungehemmten Kokainkonsums in der Gesellschaft (Hoffmann, 2019, S. 58).

Konstruktionen von Drogenproblemen sind in den USA ein wiederkehrendes Phänomen, oft getrieben von Moralvorstellungen, Rassismus, religiösen Gründen und wirtschaftlichen Interessen statt von Sorge um die öffentliche Gesundheit. Ein Beispiel ist die Alkoholprohibition von 1920 bis 1933, die primär die Produktivität der Arbeiterklasse sichern sollte und Alkohol als Hindernis für wirtschaftliches Wachstum darstellte (Rumbarger, 1989, S. 184 f). Ähnliche Motive waren hinter der Anti-Opiumhöhlen-Verordnung von 1875, die Opium – zuvor legal erhältlich und

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

Bestandteil rezeptfreier Medikamente – in vielen Staaten unter strenge Regulierung stellte bzw. verbot. Auch diese gesetzliche Veränderung war weniger durch Gesundheitsfürsorge motiviert, sondern vielmehr durch rassistischen Hass gegenüber chinesischen Gastarbeitern und ausgelöst durch eine wirtschaftliche Krise (Austin, 1979, S. 211; Reinarman, 2007, S. 100).

Der »Harrison Narcotic Act« von 1914 war das erste nationale Drogengesetz in den USA und regulierte die Produktion, den Import und den Verkauf von Opiaten und Kokaprodukten, die nur noch auf Rezept erhältlich waren. Obwohl diese Substanzen zuvor weit verbreitet waren, entstand die Angst vor ihnen erst, als der Konsum nicht mehr nur weißen Frauen, sondern auch chinesischen Gastarbeitern und afroamerikanischen Männern der Arbeiterklasse zugeschrieben wurde. Zur Durchsetzung des Gesetzes wurde das Gerücht verbreitet, dass Kokain afroamerikanische Männer dazu brächte, weiße Frauen zu vergewaltigen (Duster, 1971, S. 13; Reinarman, 2007, S. 100).

Auch wenn diese Beispiele nur ein kurzer Abriss der amerikanischen Entwicklung der Drogenprohibition sind, machen sie deutlich, wie eng wirtschaftliche Interesse und Rassismus damit verbunden waren. Doch diese Politik verblieb nicht in ihren nationalen Grenzen, sondern trieb auch die internationale Drogenpolitik voran. So waren es die USA, die die erste internationale Drogenkonferenz im Jahre 1909 einberiefen, die 1912 das erste internationale Opiumabkommen beschlossen, gefolgt von weiteren Abkommen in den Jahren 1925 und 1931. Der Grundstein für eine restriktivere Drogenpolitik, die auch auf Deutschland abfärbte, wurde somit gelegt (Hoffmann, 2019, S. 58 f; Musto, 1999, S. 36 ff): Die in den USA verbreiteten Horrorszenarien über den Konsum von Kokain und Opium fanden ihren Widerhall in einer vermeintlichen »Kokain-Epidemie« in Deutschland. Die in der Weimarer Republik zunehmende Auffassung, dass der Drogenkonsum ein wachsendes Problem darstelle, korrelierte jedoch nicht mit einer tatsächlichen Zunahme des problematischen Kokainkonsums. Vielmehr war diese Wahrnehmung das Spiegelbild einer Drogenhysterie, deren Wurzeln außerhalb Deutschlands lagen (Hoffmann, 2019, S. 69 f; Reinarman, 2007, S. 101).

Im Jahr 1929 wurde mit dem Opiumgesetz auch das überarbeitete Abkommen der 2. Internationalen Opiumkonferenz ratifiziert. Dieses Gesetz sah einen regulierten Verkauf von verschiedenen psychoaktiven Substanzen wie Kokain, Opiaten und – neu dazugekommen – Cannabis vor (Lewy, 2017, S. 137). Cannabis – damals vielen Deutschen als indische Hanf-Variante bekannt – spielte zu dieser Zeit keine nennenswerte Rolle als kommerzielles Rauschmittel. Dennoch gab es diverse Medikamente mit Cannabisextrakten und die bäuerliche Praxis des »Knaster«-Rauchens.

Im Nationalsozialismus war die Haltung zu psychoaktiven Substanzen gespalten. Einerseits nutzten die Nationalsozialist:innen rassenhygienische Propaganda, um Jüd:innen als Verantwortliche für den internationalen Drogenhandel darzustellen und sie mit Morphin- und Kokainkonsum in Verbindung zu bringen. Dies schuf ein Feindbild, das Juden und Drogen verknüpfte. Außerdem wurden Menschen mit Abhängigkeitssyndromen in Psychiatrien zwangseingewiesen und später in Konzentrationslager deportiert (Ohler, 2017, S. 37 ff, 2019, S. 37 ff). Andererseits verbreitete sich Pervitin, ein methamphetaminhaltiges Medikament, im Militär und

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

der Zivilbevölkerung. Diese Substanz passte zum Leistungsanspruch der Nationalsozialist:innen (Ohler, 2019, S. 72 ff). Alkohol, Tabak und Kaffee wurden hingegen als unproblematisch betrachtet.

Nach dem Ende des Nationalsozialismus setzte das Bundeskriminalamt die Ächtung des Drogenhandels fort, die zuvor auf Juden konzentriert war und nun verallgemeinert wurde. Kampagnen bezeichneten Dealer als Mörder und sollten sie als gesellschaftlichen Abschaum darstellen (Mach & Scheerer, 2019, S. 469). Zudem tauchte auch hier wieder das altbekannte Muster auf, dass der Kampf gegen den Konsum und Handel von psychoaktiven Substanzen mit unerwünschten gesellschaftlichen Phänomenen gleichgesetzt wurden, wie z. B. mit der Bekämpfung des Linksterrorismus Ende der 1960er Jahre (Weinhauer, 2019, S. 420).

Somit veränderte sich über die Jahre der Umgang mit psychoaktiven Substanzen in Deutschland maßgeblich. Wo vorher noch eine Regulierung durch Ärzte und Pharmazeuten war, blieb zu diesem Zeitpunkt nur noch eine Ächtung derjenigen, die psychoaktive Substanzen verbreiteten und konsumierten – ein Nährboden für die auch heute noch weitgehend praktizierte Drogenpolitik.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurde auch weiter an einer internationalen Drogenpolitik gearbeitet. 1961 wurden mit dem Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel (engl.: »Single Convention on Narcotic Drugs«) die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen zu weitreichenden Verboten und Regulierungen verpflichtet. Neben Kokain, Opium und Cannabis wurde auch der Umgang mit den entsprechenden Pflanzen – der Hanfpflanze, dem Schlafmohn und dem Kokastrauch – stark eingeschränkt. Das Hauptziel des Einheitsabkommens war dabei, die genannten Substanzen auf den medizinischen und wissenschaftlichen Gebrauch zu limitieren. Außerdem konnten Substanzen dem Abkommen durch die UN Commission on Narcotic Drugs hinzugefügt werden, ohne dass das Abkommen in sich komplett neu geschlossen werden musste. Das Einheitsabkommen wurde 1971 mit dem Übereinkommen der Vereinten Nation über psychotrope Substanzen und 1988 mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den illegalen Handel mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen erweitert. Mit diesen wurde nicht nur die Liste der regulierten Substanzen maßgeblich erweitert, sondern verpflichtete auch die Mitgliedsstaaten, strafrechtlich härter gegen Anbau, Herstellung und Besitz vorzugehen (Hausmann, 2019, S. 52; Lessmann, 2017, S. 2 f).

Für Deutschland war die Konsequenz aus den internationalen Abkommen, aber auch aus der inzwischen starken Problematisierung des Substanzkonsums, die Veröffentlichung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) im Jahr 1972, welches das Opiumgesetz ablöste. Dieses verbietet grundsätzlich bis heute die Ein- und Ausfuhr, den Besitz, Handel, Erwerb und Verkauf der in den Anlagen des Gesetzes gelisteten Substanzen (Weinhauer, 2019, S. 421). Ausnahmen und Sonderregelungen können dabei für medizinische und wissenschaftliche Zwecke gemacht werden, sind oftmals aber mit hohen bürokratischen Hürden verbunden. Ziel des Betäubungsmittelgesetzes ist seit jeher, den Substanzkonsum zu kontrollieren und vor allem die Nutzung illegalisierter, psychoaktiver Substanzen zu unterdrücken – geleitet von der historisch entstandenen Idee, die vermeintlich durch psychoaktive Substanzen gefährdete gesellschaftliche Ordnung erhalten bzw. wiederherstellen zu können.

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

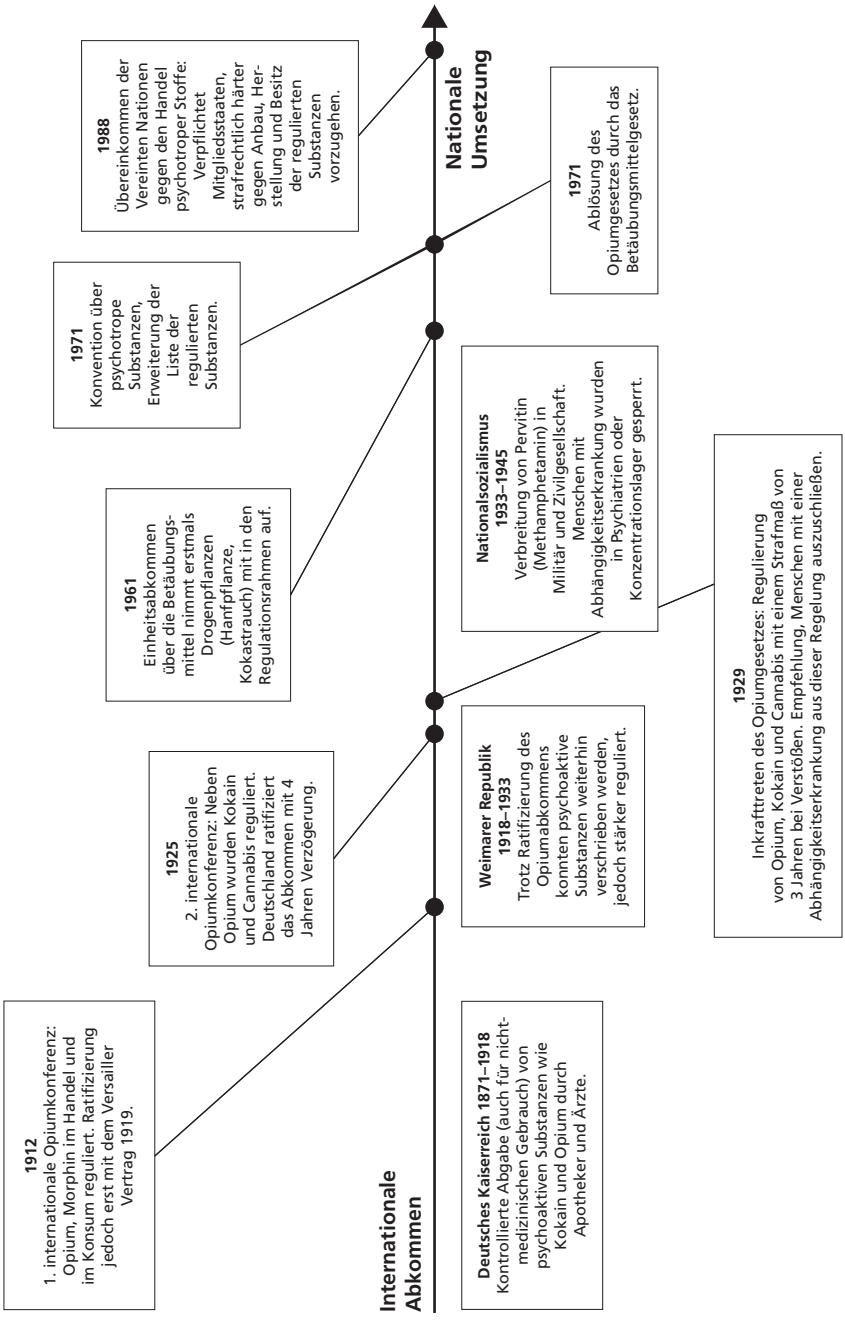

Abb. 1.1: Historische Entwicklung der Regulation psychoaktiver Substanzen in Deutschland in zeitlicher Relation zu internationalen, drogenpolitischen Abkommen

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

Wenn man nun auf die anfänglich gestellte Frage zurückkommt, ob die Regulierung durch das Betäubungsmittelgesetz der Beweis für die Schädlichkeit einer Substanz ist, lässt sich diese recht einfach mit »nein« beantworten. Die Liste der Betäubungsmittel sieht keine Einordnung des Schadenspotenzials vor, sondern ist historisch gewachsen. Darüber hinaus wäre der logische Gegenschluss, dass legal erhältliche Substanzen wie Alkohol und Tabak deutlich weniger schädlich seien als die im BtMG gelisteten Substanzen. Diese zählen jedoch zu den psychoaktiven Substanzen mit dem höchsten Schadenspotenzial (Nutt et al., 2010).

1.2 Einfluss der Prohibition auf das Schadenspotenzial

Die Prohibition erzeugt allerdings zusätzlich erhebliche Schäden für Konsumierende, die bei einer toxikologischen Betrachtung der reinen psychoaktiven Substanz nicht zu tragen kämen, aber aus sozialer und psychologischer Perspektive einen wichtigen Unterschied ausmachen. Ebenso erschwert sie die wissenschaftliche Erforschung psychoaktiver Substanzen, um deren potenziellen medizinischen Nutzen zu erschließen oder das von ihnen ausgehende Gefährdungspotenzial weiter zu ergründen.

Zum einen hat die Prohibition Einfluss auf die Qualität der konsumierten Substanzen. Dadurch, dass es sich um einen unregulierten Schwarzmarkt handelt, sind die psychoaktiven Substanzen nicht geprüft und meist verunreinigt. Das Substanzmonitoring der Frankfurter Konsumräume zeigt z. B., dass das Heroin vor Ort durchschnittlich gerade einmal 9 % Wirkstoffgehalt aufzeigt (Auwärter & Kempf, 2019). Der Rest sind Streckmittel, die durchaus schädlich für den Konsumierenden sein können. Aber auch Drogentrends wie das Versetzen von E-Zigaretten-Liquids mit synthetischen Cannabinoiden und deren Verkauf unter irreführenden Namen wie »CBD-Liquid« werden durch einen unregulierten Markt und eine Prohibition gefördert. Daraus entsteht eine Unwissenheit der Konsumierenden darüber, was genau eigentlich konsumiert wird. Das kann an Verunreinigungen liegen oder dem Verkauf von Substanzen unter falschen Namen, was wiederum erheblichen Einfluss auf das Schadenspotenzial hat.

Zum anderen erfahren Menschen, die illegalisierte Substanzen konsumieren, auch soziale und psychische Schäden. Diesen liegen die im folgenden Kapitel erläuterten Dynamiken der Stigmatisierung zu Grunde. Konkret gehören hierzu z. B. die psychische Belastung durch die Angst vor strafrechtlicher Verfolgung, soziale Isolation und Vereinsamung, Einschränkung in der sozialen Teilhabe, gesenktes Selbstvertrauen, Verlust des Führerscheins etc. (Stöver, 2021, S. 196). Viele dieser Schäden könnten deutlich eingedämmt, wenn nicht sogar vermieden werden, würden psychoaktive Substanzen verantwortungsvoll reguliert werden.

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

Allerdings sorgt auch die Kommerzialisierung psychoaktiver Substanzen für einen wenig regulierten legalen Markt in Deutschland und gefährdet die Gesundheit der Konsumierenden sowie der Bevölkerung stark. Sowohl die Tabakindustrie als auch die Alkoholindustrie können aktuell wenig eingeschränkt in Deutschland agieren und ihre Produkte offensiv vermarkten.

In einem europaweiten Vergleich der Tabakkontrolle erlangte Deutschland im Jahr 2021 den 34. Platz (von 37), 2019 sogar den letzten Platz. Bei dieser Erhebung werden folgende Punkte berücksichtig (vgl. Joossens et al., 2020):

- Preiserhöhung durch Steuern,
- Verbot bzw. Einschränkungen des Rauchens in der Öffentlichkeit oder am Arbeitsplatz,
- bessere Verbraucherinformationen, einschließlich öffentlicher Informationskampagnen, Medienberichtserstattung und Veröffentlichung von Forschungsergebnissen,
- umfassende Verbote von Werbung und Verkaufsförderung für alle Tabakprodukte, Logos und Markennamen,
- deutliche Gesundheitswarnungen auf Zigarettenschachteln und anderen Tabakprodukten,
- Raucherentwöhnung inklusive eines guten Zugangs zu Medikamenten.

Die minimale Verbesserung der Bewertung der deutschen Tabakkontrolle ergab sich durch das Werbeverbot von Verbrennungszigaretten auf Außenflächen wie z. B. Bushaltestellen und Plakatwänden (Joossens et al., 2020, 2022). Die schlechte Platzierung ergibt sich unter anderem aus den sehr geringen Steuererhöhungen von Tabakprodukten, der Erlaubnis, weiterhin in definierten Innenräumen zu rauchen (allerdings nicht in allen Bundesländern), dem Verzicht auf Einheitsverpackungen (»Plain Packaging«), dem Verkauf von Maxipacks von bis zu 30 Zigaretten und die »24/7«-Verfügbarkeit.

Aber nicht nur in der Tabakkontrolle hinkt Deutschland hinterher. Deutschland lag 2019 mit 10,56 Litern Reinalkohol pro Kopf über dem europäischen Durchschnitt. Außerdem weist Deutschland den vierthöchsten Bierkonsum in Europa auf (World Health Organization, o. J. a, b). Wie schon im vorherigen Kapitel erwähnt, wird der Alkoholkonsum in der Gesellschaft nicht nur akzeptiert, sondern sogar untereinander gefördert. Aber auch die Industrie zielt systematisch einen Mehrkonsum der Bevölkerung ab. Um dies zu erreichen, werden auf der einen Seite Getränke konzipiert (Alkopops, Mixgetränke etc.), die Frauen und Jugendliche erreichen sollen – Zielgruppen, die in der Regel weniger konsumieren (Meury, 2022). Aber auch andere Marketingstrategien wie Werbung, Sonderangebote und Sponsoring von Sport- und Musikveranstaltungen sorgen für eine Omnipräsenz der verschiedenen Alkoholmarken im deutschen Alltag. Dabei hat die Alkoholindustrie im Jahr 2020 477 Millionen Euro allein für Werbung ausgegeben – davon 62,1 % für Bier. Auf der anderen Seite nimmt die Alkoholindustrie jedoch auch direkt Einfluss auf die Politik. Hierbei präsentieren sie sich als sozial verantwortlicher Partner, sponsort öffentliche Einrichtungen oder Parteitage und realisiert freiwillige – aber ineffektive – Präventionskampagnen. Darüber hinaus nimmt die Alkoholindustrie

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

Einfluss auf die Forschung, indem sie Untersuchungen fördert, die den Schaden von Alkohol herunterspielen oder gesundheitsförderliche Aspekte finden (Schaller et al., 2022).

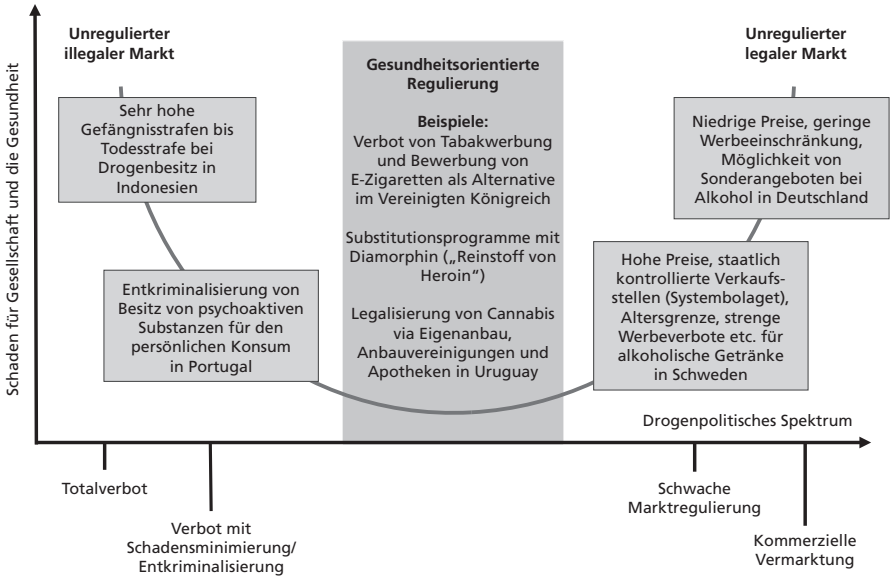

Abb. 1.2: Einfluss der Regulierung des Markts für psychoaktive Substanzen auf den Schaden an Gesellschaft und Gesundheit (nach Steinmetz & Kohek, 2022; Transform Drug Policy Foundation, 2022)

Abschließend lässt sich feststellen, dass sowohl ein unregulierter krimineller Markt als auch ein unregulierter legaler Markt einen direkten Einfluss auf soziale und gesundheitliche Schäden haben. Um eine differenzierte Bewertung von psychoaktiven Substanzen zu erreichen, müssen also soziale und gesellschaftliche Begebenheiten mitgedacht werden.

Aus der Praxis

Peter (27) war am Freitag auf einer Psytrance Party. Er hat sich schon lange auf diesen Abend gefreut und sich für diese Gelegenheit mal wieder vorgenommen, mit seinen Freund:innen MDMA zu nehmen. Seine Freundin Anne hatte für alle Kristalle besorgt und gemeinsam hatten sie eine farbenfrohe und aufregende Nacht bis in den nächsten Morgen hinein. Den Rest des Wochenendes nutzt Peter zum »auskatern«. Er schaut Serien, isst und erholt sich von seinem Konsum. Am Montag ist er wieder fit und setzt sich ins Auto, um sich auf den Weg zu seinem Arbeitsplatz zu machen. Dabei kommt er in eine Straßenkontrolle. Die Polizist:innen fordern ihn auf, einen Urintest zu machen. Mit mulmigem Gefühl, aber großer Hoffnung, dass der Test nicht mehr anschlagen wird, beugt er sich der

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

Aufforderung. Der Test ist jedoch positiv auf MDMA und er wird mit aufs Revier genommen. Die Konsequenzen des positiven Drogentests sind enorm, nicht nur bekommt er 500 € Bußgeld, 2 Punkte und einen Monat Fahrverbot, sondern einige Wochen später wird noch eine Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU) durch die Führerscheinstelle angeordnet. Damit wird ihm mit sofortiger Wirkung seine Fahrerlaubnis entzogen, bis er ein Jahr Abstinenz nachweisen kann und die MPU besteht. Peter ist verzweifelt, denn er ist auf sein Auto im Beruf angewiesen.

Stefan (27) ist am Wochenende mit seinen Kumpels in der Kneipe. Eigentlich wollte er sein Auto zu Hause stehen lassen, doch die S-Bahn fällt aus und zu spät möchte er auch nicht kommen. Außerdem will er heute sowieso nicht so lange bleiben. In der Bar trinkt er über den Abend drei kleine Bier und einen Schnaps. Um Mitternacht macht er sich auf den Heimweg. Obwohl ihn seine Freunde ermahnen, das Auto doch bitte stehen zu lassen, beschließt er, dieses doch zu nutzen. Er hat schließlich über den ganzen Abend verteilt getrunken und fit fühle er sich dazu auch noch. Auf der Fahrt nach Hause kommt er in eine Straßenkontrolle und wird aufgefordert, einen Atemalkoholtest zu machen – 0,68 Promille. Als Konsequenz bekommt einen Monat Fahrverbot, 2 Punkte und 500 € Bußgeld. Stefan flucht, das war ein teurer Abend und auf die Bahn ist er wohl nun auch für einen Monat konsequent angewiesen. So schlimm ist das Fahrverbot jedoch nicht, er legt ihn sich einfach in seinen 3-wöchigen Sommerurlaub. In der Zeit will er eh verreisen.

Erläuterung: Der Konsum von illegalisierten Substanzen ist im Straßenverkehr deutlich anders geregelt als der von Alkohol. Während bei Alkohol die Grenze für eine MPU 1,6 bzw. 1,3 Promille ist, reicht bei illegalisierten Substanzen der bloße Konsum aus. Viele illegalisierte Substanzen sind deutlich länger im Blut oder Urin nachweisbar als Alkohol und somit können auch nüchterne Fahrten wie im Beispiel von Peter zum Entzug einer Fahrerlaubnis führen. Aber auch wenn man illegalisierte Substanzen bei sich trägt, ohne ein KFZ zu bewegen, kann dies zu einer MPU inklusive Entzug der Fahrerlaubnis führen, sobald Polizist:innen darauf aufmerksam werden.

Bei einem Verstoß gegen die Richtlinien im Straßenverkehr gibt es zwei Prozesse. Auf der einen Seite wird der Verstoß als Ordnungswidrigkeit bzw. Straftat geahndet – daraus ergeben sich in den Beispielen das Fahrverbot, die Punkte und das Bußgeld, auf der anderen Seite wird jedoch von der Führerscheinerlaubnisbehörde entschieden, ob eine MPU mit Abstinenznachweis verordnet wird oder nicht.

Bei beiden Beispielen ist noch anzumerken, dass beide keine Drogentests auf der Straße hätten machen müssen. Dies ist in Deutschland freiwillig und kann daher verweigert werden. Besteht jedoch aus der Sicht der Polizist:innen ein Verdacht, können diese einen verpflichtenden Drogentest auf dem Polizeirevier fordern.

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

25I-NBOMe

Synonyme, wichtige Formulierungen	NBOMe, N-Bomb, Smiles
Wirkklasse	Halluzinogene
Erwünschte Wirkung	Visuelle Halluzinationen bei geschlossenen und offenen Augen, Sensibilisierung für auditive und taktile Reize, Euphorie, Stimmungsaufhellung, Gefühle von Liebe und Empathie, Steigerung des assoziativen und kreativen Denkens, erotische und sexuelle Gedanken, spirituelle Erfahrung, Ich-Auflösung etc.
Unerwünschte Wirkung	Übelkeit, Erbrechen, Schwitzen, Schüttelfrost, Muskelsteifheit, überhöhte Atemfrequenz, Überzuckerung (Hyperglykämie), Überhitzung, Verengung von Blutgefäßen, Blutdruck, Verwirrtheit, Schwierigkeiten Gespräche zu führen, unerwünschtes Aufkommen von intensiven Gefühlen, Paranoia, Gefühl der Depersonalisierung, Serotoninsyndrom etc. **Achtung:** Bei Überdosierung kann es zu Koma, Leberversagen, Herzversagen, Nierenversage und Multiorganversagen kommen! Es werden mehrere Todesfälle mit 25I-NBOMe in Verbindung gebracht.
Abhängigkeit und andere Langzeitnebenwirkung	Eine Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms wird als unwahrscheinlich angesehen. Aber es scheint, ähnlich wie bei anderen klassischen Psychedelika, eine rasche Toleranzentwicklung mit Kreuztoleranzen zu anderen Psychedelika zu geben. Darüber hinaus gibt es anekdotische Evidenz zu Langzeitnebenwirkungen in Form von Gedächtnis- und Sprachschwierigkeiten, Herzproblemen sowie psychiatrischen Störungen (Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen etc.).
Nachweisbarkeit	25I-NBOMe konnte im Urin, Blut und Speichel nachgewiesen werden. Allerdings ist es unwahrscheinlich, dass typische Drogenschnelltests die Substanz (oder ihre Stoffwechselprodukte) erfassen.
Typische Streckmittel	25I-NBOMe selbst wurde schon häufiger fälschlicherweise als LSD verkauft. Konsumierende berichteten aber über eine geschmackliche/betäubende Wahrnehmung, die bei LSD eher untypisch ist. Konkrete Streckmittel für 25I-NBOMe sind keine bekannt, aus Gründen der besseren Dosierbarkeit kann aber ein »Strecken« bzw. »Verlängern« durchaus sinnvoll sein (siehe Dosierung).
Wirkdauer	Bei oralem oder sublingualem/bukkalem Konsum kann es zu einer Wirkdauer von 6–10 Std. kommen. Die Wirkung setzt nach ca. 15–120 Min. ein. Die Wirkdauer verkürzt sich beim nasalen Konsum auf etwa 4–6 Std. mit einem Wirkeintritt nach 5–10 Min.
Darreichung und Dosierung	Die Substanz wird als Blotter, Pulver, Liquid oder Tablette verkauft. Sie wird sowohl oral, sublingual/bukkal als auch

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart

	nasal konsumiert. Es gibt zudem Berichte, laut denen die Substanz injiziert wurde. Bei sublingualem/bukkalem und nasalem Konsum geht man von einer Schwellendosis von 50–250 µg aus. Eine typische Dosis liegt wohl bei 400–800 µg, aber es gibt auch Berichte von höheren Dosen (> 1 mg). Da es kaum möglich ist, solche Menge abzuwiegen oder zuverlässig abzuschätzen, ist es unabdingbar, die Substanz volumetrisch zu dosieren (also in Wasser gelöst) oder zumindest, bei nasaler Applikation, durch sorgfältiges und bedachtes Mischen mit einem Schnupfpulver (z. B. Laktose) in eine abschätzbare Menge zu formulieren. **Achtung:** Die Substanz kann nicht nur bei Fehldosierung schnell zu unerwünschten Wirkungen (bis hin zum Tod) führen, auch das Handling mit dieser sehr potenten Substanz kann eine Wirkung auslösen, beispielweise durch das Einatmen von Stäuben oder dem Reiben von Augen oder Nase mit kontaminierten Fingern.
Mischkonsumwarnung	Anhand von anekdotischen Quellen ist der Mischkonsum von 25I-NBOMe und Lithium zu vermeiden, da er das Risiko einer Psychose, aber auch von Krampfanfällen erhöht. Mischkonsum mit Amphetaminen und Kokain kann zu einer besonderen Belastung des Herz-Kreislauf-Systems führen. Grundsätzlich sollten Medikamente, die blutgefäßverengend wirken (Vasokonstriktion), nicht mit 25I-NBOMe oder anderen NBOMe-Derivaten kombiniert werden.
Sonstiges	25I-NBOMe ist nur ein Derivat in der NBOMe-Familie. Es ist möglich, dass leicht veränderte Stoffe, die womöglich unter demselben Namen vertrieben werden, potenter oder nebenwirkungsreicher sind. Beispielweise gab es eine schwere Vergiftung aufgrund von der Einnahme von 2 mg 25C-NBOMe, die lebensbedrohlich war und zu diversen Organschäden führte.

© 2025 W. Kohlhammer, Stuttgart