

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/99

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Familie und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung
Postfach 70 61 | 24170 Kiel

An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
Herrn Peter Eichstädt, MdL
- Landeshaus -
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Kiel, 7. September 2012

**Sitzung des Sozialausschusses am 06. September 2012
betr. Stellungnahme der LSSH zu den Themen „Drug-Checking,
Drogenkonsumraum und geringe Menge Cannabis“ im Koalitionsvertrag 2012
der Landesregierung Schleswig-Holstein**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

der Bitte des Ausschusses nachkommend, übersende ich die o.g. Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Kristin Alheit

Ministerin

Anlagen: 1



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

Stellungnahme der LSSH zu den Themen „Drug-Checking, Drogenkonsumraum und geringe Menge Cannabis“ im Koalitionsvertrag 2012 der Landesregierung Schleswig-Holstein

(Stand 31.08.2012)

In diesem Papier werden Zahlen einer Umfrage genutzt, die die LSSH im August 2012 durchführte. Hierbei wurden alle Fachleute der Suchtarbeit in Schleswig-Holstein um ihre Meinung bzgl. der drei Themen gebeten. 49 Einrichtungen nahmen an der Umfrage teil, wodurch 66 Fachmeinungen eingeholt werden konnten.

Erprobung von Drug-Checking bei Pillen¹

Das Instrument Drug-Checking wird von 54% der Fachleute der Suchtarbeit in Schleswig-Holstein als „eher sinnvoll“ bzw. „sehr sinnvoll“ erachtet.² Dabei sehen sie die Vorzüge bei der Aufklärung, der Risikominimierung und der Gesundheitsprävention. Allerdings sehen 43% der Befragten negative Effekte: sie befürchten u.a. eine Verharmlosung von Drogen und einen Anstieg des Konsums und damit auch der Suchtkranken. Weitere negative Auswirkungen können sein, dass

- die Nutzer des Systems sich in trügerischer Sicherheit wiegen nur „getestete Drogen“ zu konsumieren (Risikoarmut, sicherer Konsum),
- während der Analyse nur eine der mitgebrachten Pillen analysiert wird, was nicht zur Folge haben muss, dass die anderen dem Analyseergebnis gleichen und
- Hersteller, Dealer etc. ggf. das System nutzen um die Qualität ihrer „Ware“ zu testen.

Die Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein hat neben dem Ziel des suchstofffreien Lebens u. a. die Aufgabe einen reflektierten und bewussten Umgang mit suchtpotenten Stoffen zu fördern, Aufklärung zu leisten und über deren Gefahren zu informieren. In diesem Sinne sind alle präventiven Maßnahmen zu befürworten, die einen Kontakt zwischen Suchtberatung und Konsumenten von suchtgefährdenden Stoffen befördern. Dazu zählt aus Sicht der LSSH prinzipiell auch das Drug-Checking:

¹ Aufgrund des §10a, Abs. 4 des Betäubungsmittelgesetzes, ist das Drug-Checking von Substanzen wie Heroin und Kokain rechtlich schwer umzusetzen.

² Auswahlmöglichkeiten waren „Ich halte es für überhaupt nicht sinnvoll“ (5%), „Ich halte es für eher weniger sinnvoll“ (26%), „Teils teils“ (14%), „Ich halte es für eher sinnvoll“ (37%) und „Ich halte es für sehr sinnvoll“ (18%).



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

- Das Instrument bietet die Möglichkeiten über Gefahren, Wirkung und Nebenwirkung von bekannten³ Substanzgruppen und Dosierungsgrade zu informieren. Dies fördert die Risikominimierung und damit auch die Gesundheitsprävention. Eine Vermeidung dieser Stoffe wird ermöglicht. Gleichzeitig besteht die Chance über das Beratungs- und Hilfesystem aufzuklären.
- Es verschafft einen Einblick in Konsummuster und Substanzgruppen, die im Umlauf sind, so dass es zur Verbesserung der Präventions- und Hilfsangebotsstruktur beitragen kann.
- Es stellt einen Kontakt zu schwer oder gar nicht erreichbaren Konsumentengruppen her und wird zu einem weiteren Angebot der Sekundärprävention.
- Es kann auf die möglichen niedrig- und hochschwellig bestehenden Hilfsangebote hinweisen.

Eine Studie der EU „pill-testing – Ecstasy und Prävention“ kommt zu dem Ergebnis, dass eine Verhaltensänderung durch Drug-Checking herbeigeführt wird. Je häufiger Pillen getestet wurden, desto seltener und geringere Mengen wurden konsumiert. Bei veränderter Zusammensetzung oder erhöhtem Wirkstoffgehalt wurde eher auf den Konsum verzichtet. (Benschop/Rabes/Korf, 2003)

Ungeklärt ist jedoch die Gesetzeslage des Drug-Checking, da während der Analyse, die Mitarbeiter zwangsweise im Besitz einer illegalen Droge sind und somit gegen das BtMG verstoßen. Beispielsweise besagt §10a, Abs 4, dass es in Drogenkonsumräumen nicht erlaubt ist „eine Substananalyse der mitgeführten Betäubungsmittel durchzuführen.“ Darauf wiesen auch innerhalb der Befragung insg. 12 Fachleute der Suchthilfe hin: „Es sollte auf eine Umsetzung aus rechtlichen Gründen verzichtet werden.“

Die Erfolge oder das Scheitern des Programms in Schleswig-Holstein hängen jedoch wesentlich vom Durchführungskonzept des Drug-Checking ab. Es sollten verschiedene Modelle erprobt und deren Wirksamkeit evaluiert werden.

Unsere Befragung zeigte, dass 56% der Fachkräfte eine Notwendigkeit sehen, dieses Instrument in SH einzuführen. Hierbei tendieren die meisten zu einem mobilen Labor, das in Zusammenarbeit mit Kliniken und Suchtberatungsstellen und auch in Kooperation mit bereits existierenden Projekten auf Großveranstaltungen tätig ist.

In 2010 waren 43% aller Behandlungen⁴ in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein auf eine illegale Droge zurückzuführen. In dieser Kategorie liegt der Anteil der Klienten, die aufgrund einer Suchtproblematik mit Amphetaminen, LSD,

³ Unbekannte Substanzgruppen können im Rahmen des Drug-Checking nicht identifiziert bzw. analysiert werden. Allerdings kann bereits die Nicht-Identifizierbarkeit des Suchtmittels dem Konsumenten ein Warnsignal sein.

⁴ 2010 waren es 14.912 Diagnosen/Hauptproblem der namentlich erfassten Klient/innen, vgl. MASG (2012), S. 16 ff.



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

Ecstasy und Crack behandelt worden sind bei 2%, wodurch die Zielgruppe als entsprechend klein einzustufen ist.⁵ Im DHS Jahrbuch 2012 wird die 12-Monats-Prävalenz bei 18-64-jährigen in Deutschland in dieser Substanzgruppe mit 0,1% bis 0,7% beziffert; bei 12-17-jährige liegen die Werte zwischen 0,1% und 0,4%.⁶

Die Erprobung des Drug-Checking verursacht voraussichtlich hohe Kosten⁷, die unbedingt zusätzlich zu den bestehenden Budgets eingeplant werden müssen. Es ist kein Ersatz der Beratung und sollte ebenfalls nicht dazu führen den existierenden Strukturen finanzielle Unterstützung zu entziehen. Denn nur dort, wo *ein guter Draht* zwischen Beratungsstelle und Drogenszene besteht, lassen sich Warnungen vor illegalen Substanzen erfolgreich vermitteln, insofern dürfen bestehende Angebote nicht auf Kosten von einer Erprobung eines Drug-Checking Konzeptes gehen. **91% der Fachleute lehnen Drug-Checking in Schleswig-Holstein ab, wenn es durch die regulären Suchthilfemittel finanziert werden würde.**

Drogenkonsumräume einrichten und rechtlich absichern

Die Einführung von Drogenkonsumräumen in Großstädten wie z.B. Berlin oder Frankfurt erfolgte im Sinne der harm reduction mit dem Ziel, Drogenabhängigen einen Konsum unter menschenwürdigen und hygienischen Bedingungen zu ermöglichen. Von der Vermeidung von Infektionskrankheiten bis hin zur Überlebenshilfe können Schwerstabhängigen weiterführende Hilfsangebote vermittelt und zugleich ein Beitrag zur Entkriminalisierung geleistet werden. Diese Strategie ist bislang erfolgreich. 58% der Fachkräfte in Schleswig-Holstein sehen positive Effekte durch einen Drogenkonsumraum und benennen als Beispiele die Hygiene und die dadurch entstehende Gesundheitsprävention. Zudem sehen sie einen besseren Zugang zum Hilfesystem. Allerdings weisen 45% auf negative Effekte wie die Befürwortung des Konsums illegaler Drogen hin. 32% befürchten kontraproduktive Signale auszusenden wie Legitimation bzw. Drogenkonsum als Normalität.

Drogenkonsumräume⁸ zielen auf Süchtige mit einer Kokain-, Heroin- oder Amphetamin-Problematik ab. In diesem Bereich wurden 2010 in Schleswig-Holstein 4.426 von insg. 14.912 Diagnosen/Hauptprobleme dokumentiert (29,7%): davon handelt es sich bei 87,6% der Fälle um Heroin und 9,8% Kokain.

Die immensen Kosten sollten kritisch betrachtet werden: Die Konsumräume erfordern einen hohen Standard bezüglich des Fachpersonals, da das aufsuchende Klientel sich in

⁵ Vgl. MASG (2012), S. 16 ff.

⁶ Vgl. DHS (2012): S. 118-119. Die DHS verwendet hier Zahlen zwei verschiedener Monitoringstudien: Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA und die Epidemiologischen Suchtsurveys des IFT.

⁷ Vgl. Stadt Zürich (2008), S. 7. Hier werden Labor-Kosten von rund 2.500 EUR pro Anlass genannt.

⁸ Bundesweit (Juli 2011) gibt es 25 DKR in 16 Städten & 6 Bundesländern, vgl. akzept e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2012), S. 5.



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

der Regel in einem dramatisch schlechten Gesundheitszustand befindet. Die Vorhaltung und Sicherstellung von medizinischem Personal rund um die Uhr, macht dann eine Aufstockung der Finanzmittel im Bereich der Drogenhilfe notwendig. Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen muss somit ein zusätzliches Angebot sein und darf nicht zum Abbau des regulären Angebots der Suchtberatungsstellen führen. Auch die Fachleute stimmten mit **91,5% gegen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Schleswig-Holstein, wenn sie durch die regulären Suchthilfemittel finanziert werden.**

Durch die Umfrage wurde deutlich, dass der Bedarf als gering eingeschätzt wird: nur 27% der Fachleute (N=66) sehen einen Bedarf in Schleswig-Holstein und verweisen dabei hauptsächlich auf Ballungszentren wie Kiel, teilweise auch Lübeck.⁹ Nach Einrichtungen betrachtet (N=49) sehen 37% einen Bedarf für Drogenkonsumräume.¹⁰ Inwieweit Drogenkonsumräume in Schleswig-Holstein erfolgreich sein werden, ist u.a. also auch abhängig von der Bedarfslage. Wenn diese sich bestätigt, werden Drogenkonsumräume von der LSSH nach obigen Kriterien, bzw. entsprechend der Standards des BtMG §10a, befürwortet.

Überprüfung und Anhebung der „geringen Menge“ zum Eigengebrauch weicher Drogen (Cannabis)

Derzeit liegt die Eigenbedarfsgrenze bezüglich Cannabis in Schleswig-Holstein bei 6 Gramm. Diese Grenze ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und gilt als fakultative Angabe. Im BtMG unter §31a heißt es: „[...] so kann die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung absehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.“

Die Fachleute halten die Grenze von 6 Gramm für sinnvoll: 70% stimmten ihr zu. 88% der Befragten sind gegen eine Erhöhung der Grenze.¹¹ Als negative Effekte werden Verharmlosung von Cannabis, Anstieg des Konsums und die Kontraproduktivität zu präventiven Bemühungen genannt. Lediglich 12% erwarten positive Effekte und benennen hierbei die Entkriminalisierung und die Entlastung der Justiz. Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2011 des Innenministeriums des Landes Schleswig-Holstein verzeichnete 2011 bei allgemeinen Verstößen gegen das BtM-Gesetz

⁹ Auch eine Analyse der Datenbank der amb. Suchthilfestatistik ergibt, dass in Schleswig-Holstein Behandlungen mit den Hauptdiagnosen Heroin, Kokain und Amphetaminen überwiegend in Kiel und Lübeck gestellt werden.

¹⁰ Die Einrichtungen wurden gefragt, mit wie vielen KlientInnen pro Jahr sie in einem Drogenkonsumraum in ihrer Einrichtung rechnen würden. Es wurden fünf Angaben gemacht, die zwischen 100 bis 10.000 KlientInnen pro Jahr liegen: 100, 800, 2.500, 8.000, 10.000.

¹¹ 89% der Fachleute halten eine bundesweit einheitliche Regelung der Eigenbedarfsgrenze für sinnvoll.



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

mit Cannabis und Zubereitungen einen Rückgang um rd. 27% zum Vorjahr und erreicht damit einen 10-Jahres-Tiefststand.¹² Der illegale Handel mit und Schmuggel von Cannabis und Zubereitungen ist in Schleswig-Holstein von 2002 (681 Fälle) bis 2005 (829 Fälle) um 21% gestiegen und sank danach bis 2011 auf 560 Fälle und trifft hier ebenfalls einen 10-Jahres-Tiefsstand.¹³

Hintergrund der Absenkung der *geringen Menge* von 30g auf 6g im Jahre 2006 war u.a. der Anstieg des Wirkstoffgehalts THC (Tetrahydrocannabinol).¹⁴ Ein Gehalt von mehr als 10% THC in Cannabispflanzen und -erzeugnissen verstärkt die Wirkung eines Joints entsprechend, so Dr. Rainer Dahlenburg, Apotheker für experimentelle Pharmakologie und Toxikologie beim Bundeskriminalamt: „Wenn wir uns die Wirkstoffgehalte der heutigen Pflanzenprodukte anschauen, stellen wir eine Verdoppelung bis Verdreifachung der Gehalte fest.“¹⁵

Justizminister a.D. Uwe Döring kündigte 2006 die Absenkung der *geringen Menge* an und begründete dies u.a. mit dem ansteigenden Cannabis-Konsum und sinkendem Einstiegsalter bei Kindern und Jugendlichen.¹⁶ In Deutschland sind die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 1993 bis 2004 stetig gestiegen - von 5,8% bis 15,1% (Lebenszeitprävalenz), bzw. von 5% bis 10,1% (12-Monats-Prävalenz). 2011 erreichte die 12-Monats-Prävalenz einen Tiefststand in 18 Jahren (4,6%). Die Lebenszeit-Prävalenz ist ebenfalls gesunken auf 6,7%. Das Einstiegsalter ist von 1993 (17,3 Jahre) bis 2004 (16,4 Jahre) um knapp ein Jahr gesunken und stieg seitdem auf 16,7 Jahre (2011).¹⁷

Im Erhebungsjahr 2010 ließen sich 13,9% aller namentlich erfassten Klienten in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein auf ein Cannabis-Problem zurückführen¹⁸. Dies ist Bundesdurchschnitt: hier waren es im selben Zeitraum 14%¹⁹. Laut dem Drogen- und Suchtbericht 2012 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung weisen etwa 525.000-750.000 Personen der deutschen Bevölkerung mindestens einen problematischen Cannabiskonsum auf (im Alter von 18-64 Jahren). Ca. 220.000 Menschen sind cannabisabhängig.²⁰ Auch für Prof. Dr. med Rainer Thomasius vom

¹² Es handelt sich um 3.377 Fälle im Jahr 2011. Bisheriger Tiefststand war 2002 mit 3.726 Fällen. Die Anzahl der allgemeinen Verstöße gegen das BtM-Gesetz (Gesamt) betrug 2011 4.720 Fälle (ebenfalls ein Rückgang von rd. 27% zum Vorjahr). Vgl. LKA (2011) S. 167-170. Die Anzahl der Verurteilungen ist jedoch nur ein geringer Anteil dessen; z.B.: 2010 gab es 647 Verurteilungen bei 6.455 Verstößen und 959 Fällen illegalen Handels mit und Schmuggel von Rauschgift gegen das BtMG. Vgl. Statistikamt Nord (2012).

¹³ Vgl. LKA (2011), S. 175.

¹⁴ Zudem wurde ein Gutachten des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg im Breisgau bekannt, dass die unterschiedliche Strafverfolgung im Bundesgebiet als problematisch einstuft. Vgl. Schleswig-Holsteinischer Landtag (2006).

¹⁵ S. Deutscher Bundestag (2012), S. 7.

¹⁶ Vgl. Ministerium für Justiz, Arbeit und Europa des Landes Schleswig-Holstein (2006).

¹⁷ Vgl. BZgA (2012), S. 54 und 56.

¹⁸ Vgl. MASG (2012), S. 17.

¹⁹ Vgl. DSHS (2011), S. 11.

²⁰ S. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2012), S. 26.



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf besteht kein Zweifel: Cannabis kann „sowohl zu einer psychischen als auch zu einer körperlichen Abhängigkeit führen“²¹. Eine aktuelle Langzeitstudie (25 Jahre) bei 1.037 Neuseeländern zeigte, dass bei regelmäßigen bis stark abhängigen Cannabiskonsumenten der Intelligenzquotient abnimmt. Zudem verschlechterte sich ihre Aufmerksamkeit und die Fähigkeit sich etwas zu merken.²² Weitere Untersuchungen zeigen, dass junge Erwachsene, die sechs oder mehr Jahre Cannabis konsumieren, ein doppelt so hohes Risiko haben, an einer Psychose zu leiden.²³

Aus Sicht der LSSH ist es daher problematisch, die Eigenbedarfsgrenze zu erhöhen. Die Erfahrungen in der Prävention zeigen, dass dadurch der Eindruck von „Legalität“ entstehen kann. Mehrfach haben die Fachleute der Suchthilfe und Suchtprävention in Schleswig-Holstein in der Befragung darauf hingewiesen, dass in Präventionsveranstaltungen deutlich wurde, dass sowohl bei Eltern, wie auch bei Jugendlichen, die Legalität von Cannabis unklar und die psychischen und physischen Folgen oft unbekannt sind. Zum anderen, so auch Dr. Dahlenburg, entsteht „sicherlich in der Bevölkerung der Eindruck, dass bis zu dieser Grenze der Konsum harmlos ist“²⁴. Auf jeden Fall ist eine einheitliche bundesweite Regelung zur Verbesserung der Akzeptanz einem Alleingang in Schleswig-Holstein vorzuziehen.²⁵

Sollte die Landesregierung sich dennoch für eine Anhebung der „geringen Menge“ aussprechen, sollten Cannabispräventionsmaßnahmen ausgeweitet werden. Über universelle Prävention hinaus sollten auch selektive Präventionsangebote finanzielle Unterstützung finden, beispielsweise ist hier das Fred-Projekt zu nennen (Frühintervention bei Erstauffälligen), das in Schleswig-Holstein bislang strukturell bedingt keine Durchsetzung fand.

Dr. Regina Kostrzewa
Geschäftsführerin der LSSH

Jörg Adler
2. Vorsitzender der LSSH

²¹ S. Deutscher Bundestag (2012), S. 5.

²² Vgl. Meier et al (2012).

²³ Vgl. McGrath, John (2010).

²⁴ S. Deutscher Bundestag (2012), S. 7.

²⁵ Vgl. Fußnote 10.



Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

Quellen:

- akzept e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.) (2012): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums. Online verfügbar unter http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07web.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland 2011. Online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=1e20e78a1528b883052555d4b4b6e185>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2012): Jahrbuch Sucht 2012. Pabst Science Publishers, Lengerich.
- Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) (Hrsg.) (2011): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010. Online verfügbar unter <http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/publikationen/jahresbericht%202010%20dshs.pdf>
- Deutscher Bundestag (2012): Ausschuss für Gesundheit. Wortprotokoll 62. Sitzung 25.01.2012. Online verfügbar unter http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/p_Cannabis/06_2_25_01_2012_Cannabis-Clubs.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2012): Drogen- und Suchtbericht 2012. Online verfügbar unter http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-05-22_DrogensuchtBericht_2012.pdf
- Landeskriminalamt Schleswig-Holstein (LKA) (Hrsg.) (2011): Polizeiliche Kriminalstatistik 2011. Online verfügbar unter <http://www.polizei.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/851214/publicationFile/pks-2011.pdf>
- Madeline H. Meier, Avshalom Caspi, Antony Ambler, HonaLee Harrington, Renate Houts, Richard S. E. Keefe, Kay McDonald, Aimee Ward, Richie Poulton and Terrie E. Moffitt (2012): Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Online verfügbar unter <http://infam.antville.org/static/infam/files/pnas.pdf>. Vgl. hierzu auch <http://today.duke.edu/2012/08/potiq>
- McGrath, John (2010). Association Between Cannabis Use and Psychosis-Related Outcomes Using Sibling Pair Analysis in a Cohort of Young Adults. Online verfügbar unter <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210748>
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit (MASG) (Hrsg.) (2012): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Jahresbericht 2010. Online verfügbar unter http://lssh.de/images/doku/jahresbericht_2010.pdf
- Ministerium für Justiz, Arbeit und Europa des Landes Schleswig-Holstein (2006): Medien-Information vom 09.07.2006. Online verfügbar unter: http://www.schleswig-holstein.de/ArchivSH/PI/MJAE/PDF/2006/060709_mjae_cannabis_blob=publicationFile.pdf
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (2006): 16. Wählerperiode. Drucksache 16/1026 06-10-11.
- Stadt Zürich (2008): Jugendberatung Streetwork – Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg. Online verfügbar unter http://archive.org/details/Fachtagung_Drugchecking_-_Drugchecking_in_der_Schweiz_-_Alexander_Buecheli
- Statistikamt Nord (2012): Strafverfolgung und Strafvollzug in Hamburg und Schleswig-Holstein 2010. Online verfügbar unter: http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/B_VI_1_j10.pdf