

Grundlagen

Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland

Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Die Vorgeschichte der Einrichtung von Drogenkonsumräumen

Von Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts an prägte die hohe Prävalenz von Opioidabhängigen die Drogen- und Gesundheitspolitik in Deutschland und Europa. Es waren vor allem drei Herausforderungen, die als wichtige Faktoren für die Einführung von Drogenkon-

sumräumen genannt werden müssen: weit verbreitete offene Drogenszenen in den meisten Städten, riskante Drogenkonsummuster, hohe Infektionsgefahren mit HIV und Hepatitis B und C und schließlich eine rasante Steigerung der Drogentodeszahlen!

- **Herausforderung Nr. 1: HIV/AIDS unter injizierenden Drogenkonsumenten** (s. Abbildung 1).

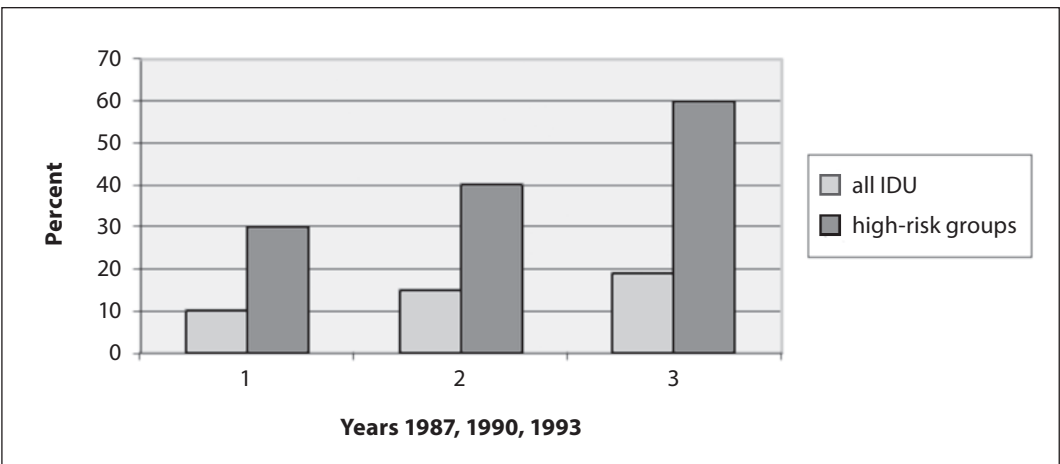


Abbildung 1

HIV infections among IDUs in Germany (Kleiber & Pant, 1991)

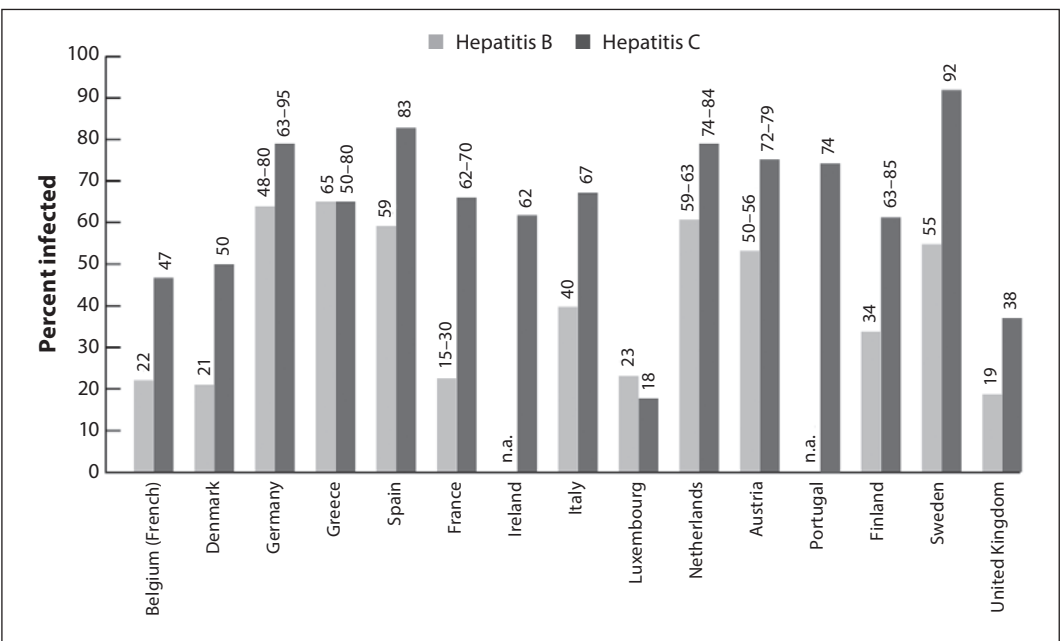
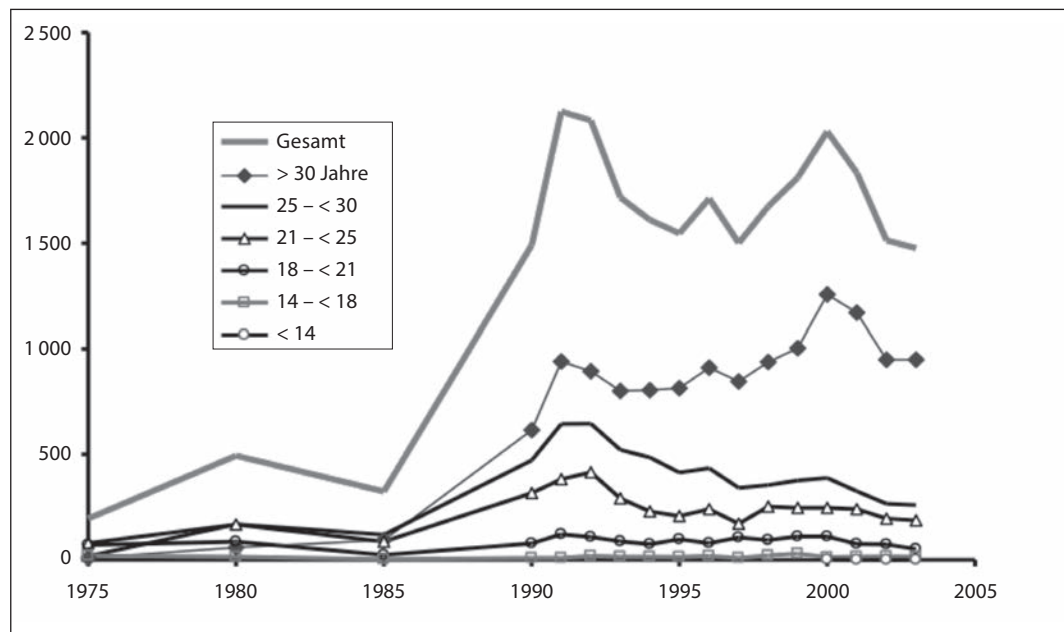


Abbildung 2

Antibodies to Hepatitis B and C among IDUs in the EU (EMCDDA, 1999)

Abbildung 3

Drogenbezogene
Todesfälle
unter injizierenden
Drogenkonsumenten
in Deutschland
Mitte der 1980er Jahre
(Quelle: DBDD, 2006)



- **Herausforderung Nr. 2: Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa in den 1990ern** (s. Abbildung 2).
- **Herausforderung Nr. 3: Drogenbezogene Todesfälle unter injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland Mitte der 1980er Jahre** (s. Abbildung 3)

Erste Anfänge: tolerierter i.v.-Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und Aids-Hilfe

In Bremen, Frankfurt am Main und Bonn gab es bereits in den späten 1980er Jahren die ersten – für kurze Zeit tolerierten – Drogenkonsumräume, und seit fast zehn Jahren bestand die Forderung, diese ursprünglich aus unmittelbarem Handlungsbedarf entwickelten niedrigschwelligen Angebote rechtlich abzusichern. Spritzenaustauschprojekte und Pionierprojekte mit integriertem Drogenkonsum wie u.a. Wohnprojekte und Nachtangebote (etwa für drogenbedingte Prostitution in Bremen oder in niedrigschwelligen Beratungsstellen in Bonn) wurden zeitweise stillschweigend geduldet (Stöver, 1991).

Fachliche Unterstützung gab es viel, u.a. zunächst von „akzept e.V.“ und Aids-Hilfen, frühzeitig auch vom der Caritasverband, später von der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ (DHS). Drogenkonsumräume wurden als Teil der Überlebenshilfe angesehen und als nötig empfunden. In Bremen gab es bereits 1991 eine erste rechtliche Einschätzung der Zulässigkeit dieser Einrichtungen, allerdings ohne

unmittelbare Auswirkungen auf die Politik der damaligen Bundesregierung (Michaelis, 1991).

In Frankfurt am Main entwickelte sich als Folge der o.g. Herausforderungen die „Montagsrunde“ (Zusammenschluss von Drogen- und Aids-Hilfsträgern, der Stadt, der Polizei und der Staatsanwaltschaft) und es gab das Rechtsgutachten des Generalstaatsanwalts Dr. Harald-Hans Körner zur Möglichkeit der Schaffung der in Frankfurt am Main als „Gesundheitsräume“ ausgewiesenen Angebote (gegen das Betäubungsmittelgesetz des Bundes; Körner, 1993, 1994, 1995).

akzept e.V. organisierte eine Fachkonferenz „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchthilfe – Internationale Tagung zur Erarbeitung von Leitlinien“ (18.–19.11.1999 in Hannover) mit Teilnehmern aus Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Österreich, Frankreich und Australien. Es gab einen lebendigen Diskurs über alle Aspekte des niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Angebots von „Konsumräumen“ und es wurden Leitlinien zur fachgerechten Planung, Durchführung, Dokumentation und politischen Verankerung dieses Angebots erarbeitet (Stöver, 2000). Diese „Leitlinien“ dienten zur fachlichen Orientierung, während die Bundesregierung zum damaligen Zeitpunkt noch am „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ (Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, 1990) festhielt, der zwar niedrigschwellige Hilfen in Aussicht stellte, aber mit der klaren Zielsetzung einer „Hinführung zur Abstinenz“ – ein unrealistisches Ziel für die meisten Heroinabhängigen in Deutschland.

In der Präambel der *Leitlinien* heißt es:

- Drogenkonsumräume sind eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Drogenhilfesystem, das einerseits als Überlebenshilfediens und andererseits die Möglichkeit erweitert, individuelle Lebensperspektiven mit und ohne Drogen zu entwickeln.
- Ziel der Konsumräume ist es, zum Überleben und zur Risikominimierung des Konsums illegaler Drogen beizutragen. Gleichzeitig sollen die Angebote sozialverträglich und lokalpolitisch verankert werden.
- Die Zielgruppe der Konsumräume sind im Prinzip alle Konsumenten von illegalen Drogen, obwohl die Mehrheit der Konsumenten hauptsächlich aus schwer kranken und sozial benachteiligten älteren Drogenabhängigen besteht. Anonymität bei der Nutzung von Konsumräumen ist Voraussetzung für deren Akzeptanz.
- Drogenkonsumräume bewegen sich im Spannungsfeld zwischen verbraucherorientierter Gesundheitspolitik und kommunaler Ordnungspolitik.
- Ein hierarchischer Kompromiss zwischen Verbraucherinteresse, Gesundheitspolitik und regulatorischem Interesse ist erforderlich.
- Mit ihren niederschweligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten bilden die Angebote der Konsumräume eine Brückenfunktion zu weiteren Angeboten der gesundheitlichen und psychosozialen Betreuung. Konsumräume sollten daher organisatorisch in ein soziales und medizinisch orientiertes Hilfesystem der Gemeinde/Region eingebettet sein (Indro e.V., 1999).

Das erste gelungene Praxismodell waren die Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main: Diese Praxis hat dazu beigetragen, dass das Drogenelend im Bahnhofsviertel drastisch reduziert und Todesfälle in den Räumen verhindert werden konnten, die vorher auf der offenen Drogenszene (etwa in der *Taunusanlage*) täglich stattgefunden hatten. Das mag geholfen haben, dass auch nach der Veränderung der politischen Mehrheiten in Frankfurt an diesem Konzept festgehalten wurde, zumal es – auch nach Erkenntnissen des Bundeskriminalamtes (BKA) – in Frankfurt nicht zu einer „Umfeldbelastung“ oder vermehrtem Drogenhandel gekommen war und auch nicht zu einer „Sogwirkung“ der Einrichtung auf Einsteiger oder Gelegenheitskonsumenten. Die „Gesundheitsräume“ in Frankfurt am Main waren zudem nur ein Teil eines Gesamtpakets von niedrigschwelligen Hilfen, einschließlich einer umfassenden, auch niedrigschwellig konzipierten Substitutionsbehandlung mit Methadon.

Aber: Es gab eine fehlende bundesweite Rechtssicherheit, denn die Frankfurter Rechtsauffassung, eine solche Gesundheitsförderung stehe im Einklang mit dem geltenden Betäubungsmittelgesetz, wurde von Staatsanwälten und Justizministerien in anderen Städten und Bundesländern nicht oder nur mit ausdrücklichen Einschränkungen befürwortet. Die Ungewissheit der Rechtspraxis erforderte daher trotz verschiedener Einzelvorschriften in Hamburg, Hannover oder Saarbrücken eine Klärung durch den Gesetzgeber.

Die erfolgte aber erst durch die neue, „rot-grüne“ Bundesregierung 1998 durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Am 01.04.2000 trat die 3. Novelle des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMGÄndG) aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bundestag und Bundesrat als einheitliche Bundesrahmenverordnung in Kraft. Der darin neu geschaffene § 10a dient als Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Deutschland. Damit wurde ein einheitliches deutsches Rahmengesetz geschaffen, das die Länder ermächtigt, „Rechtsverordnungen zu erlassen, die die Bedingungen für die Erteilung von Genehmigungen regeln“. Ziel war es, bestehende Einrichtungen zu legalisieren und um weitere zu ergänzen. Der § 10a war der Hauptstandard, der die gesetzliche Definition von Drogenkonsumräumen in Absatz 1 beschreibt: „Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum)“.

„Der deutsche Gesetzgeber hat die Bestimmungen festgelegt, die vom Staat einzuhalten sind, Vorschriften, die in Zukunft verabschiedet werden (10 Mindeststandards), zur Gewährleistung der Sicherheit und Kontrolle beim Einsatz von Betäubungsmitteln.“

1. Geeignete Ausrüstung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum ausgewiesen sind.
2. Vorkehrungen zur sofortigen medizinischen Notfallversorgung.
3. Ärztliche Beratung und Unterstützung zur Risikominimierung in den Konsum von Betäubungsmitteln, die von drogenabhängigen Personen mitgebracht werden.
4. Überweisung an abstinenzorientierte Nachsorge- und Therapiedienste.
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz und die Festlegung des Besitzes von Drogen für

den persönlichen Gebrauch in unbedeutenden Mengen.

6. Die Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Ordnung und Sicherheit zuständigen lokalen Behörden ist verpflichtend, um Straftaten so weit wie möglich zu verhindern.
7. Eine genaue Definition der Gruppe von Personen, die zur Einnahme von Drogen berechtigt sind, insbesondere in Bezug auf ihr Alter, die Art der Betäubungsmittel, die sie mitbringen dürfen, und der tolerierten Konsummuster; offensichtliche erstmalige oder gelegentliche Benutzer müssen ausgeschlossen werden.
8. Dokumentation und Bewertung der in den Konsumräumen geleisteten Arbeit.
9. Kontinuierliche Anwesenheit einer ausreichenden Anzahl zuverlässiger Mitarbeiter, deren berufliche Ausbildung sie qualifiziert, die aufgeführten Anforderungen zu erfüllen.
10. Die Ernennung einer qualifizierten Person, die verantwortlich ist für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, die Bedingungen der ausstellenden Behörde und Anweisungen der Aufsichtsbehörde, die in der Lage sind, die obliegenden Verpflichtungen zu erfüllen“ (3. Novelle des Betäubungsmittelgesetzes [3. BtMGÄndG]).

Das Gesetz schreibt vor, dass eine Betriebserlaubnis nur dann erteilt wird, wenn das jeweilige Bundesland eine Verordnung als Voraussetzung verabschiedet hat, die einschränkende Vorschriften enthält. Folglich ist die Einrichtung von Drogenkonsumräumen abhängig vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung in Deutschland. Lokale Interessen können nicht ohne staatliche Unterstützung verwirklicht werden, das gilt z. B. für Städte wie Nürnberg, München oder Augsburg, die solche Drogenkonsumräume zulassen möchten, was aber von der bayerischen Landesregierung verhindert wird. Bisher hat sie keine solche Regelung verabschiedet (s. a. Beitrag von Hofmann & Wehner in diesem Band), obwohl sogar der bayerische Bezirkstag (mit CSU-Mehrheit) sich für die Möglichkeit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen aussprach (Weber, 2016).

Das Gesetz verfolgte die Zielsetzung der Bundesregierung, Gesundheitsschäden zu verringern und Überlebenshilfe zu leisten und erfüllt nach Auffassung der Bundesregierung gleichzeitig die völkerrechtlich verbindlichen internationalen Suchtstoffübereinkommen, die der gesundheitlichen Prävention Vorrang vor Strafverfolgung einräumen, wenn *strenge Kon-*

trollen gewährleistet sind und *möglichem Missbrauch vorgebeugt* wird.

Die Implementierung von Drogenkonsumräumen

Bereits im Dezember 2002 wurde u. a. die Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Berlin erlassen. Dort hieß es:

„Auf Grund des § 10a Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I, 358), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. Juni 2002 (BGBl. I, 2261), wird verordnet:

§ 1 Erlaubnis

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung (Erlaubnisbehörde) kann eine Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums nach § 10a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes erteilen, wenn

1. der Antragsteller einen Bedarf nachgewiesen und die Erlaubnisbehörde diesen festgestellt hat,
2. der Drogenkonsumraum als Teil einer mit öffentlichen Mitteln finanzierten ambulanten Drogenhilfeeinrichtung in das Gesamtkonzept des Berliner Drogenhilfesystems eingebunden ist,
3. der Betriebszweck des § 2 verfolgt wird und
4. die Mindeststandards nach den §§ 3 bis 13 dieser Verordnung eingehalten werden.

Die Erlaubnis kann befristet und unter Bedingungen erteilt sowie mit Auflagen verbunden werden. Für Rücknahme und Widerruf der Erlaubnis gilt § 10 BtMG entsprechend.

§ 2 Betriebszweck

(1) Der Drogenkonsumraum muss der Gesundheits-, Überlebens- und Ausstiegshilfe für Drogenabhängige dienen.

(2) Der Betrieb des Drogenkonsumraums muss darauf gerichtet sein,

1. die durch Drogenkonsum bedingten Gesundheitsgefahren zu senken, um damit insbesondere das Überleben des Abhängigen/der Abhängigen zu sichern,
2. die Behandlungsbereitschaft des Abhängigen/der Abhängigen zu wecken und dadurch den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten,
3. die Inanspruchnahme weiterführender, insbesondere suchtt therapeutischer ausstiegsorientierter Hilfen einschließlich der ärztlichen Versorgung zu fördern und

4. die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren.

(3) Der Betrieb muss darauf gerichtet sein, einen beratenden und helfenden Kontakt insbesondere mit solchen Personen aufzunehmen, die für Drogenhilfemaßnahmen nur schwer erreichbar sind, um sie in weiterführende und ausstiegsorientierte Angebote der Beratung und Therapie zu vermitteln. (...)

(4) Träger und Personal dürfen im Rahmen der Aufklärungsarbeit auf die Drogenkonsumräume hinweisen, jedoch für den Besuch des Drogenkonsumraums nicht werben (...).¹

Im April 2003 brachte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) eine englischsprachige Broschüre heraus mit dem Titel „Drug Consumption Rooms. Background Information“. Zum damaligen Zeitpunkt existierten bereits 19 solcher Einrichtungen². Es ging darum, gegenüber der internationalen Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass nach Rechtsauffassung der Bundesregierung diese Einrichtungen nicht gegen internationale Suchtstoffübereinkommen verstoßen:

„Drug consumption rooms do not infringe the spirit and sense of the international Drug Conventions. They are also in line with the resolutions of the 20th Special Session of the United Nations General Assembly (UNGASS 98), mainly with the Action Plan for the Implementation of the Declaration on Guiding Principles of Drug Demand Reduction adopted by the General Assembly in its Resolution 54/132 in 1999. With respect to addicts who are not under medical treatment, drug consumption rooms are an approach towards attaining the objectives laid down in the principles. Consequently, they fully comply with CND Resolution 43/3 of 15th March 2000 which

– urges Member States to develop services for early detection, counselling, treatment, relapse prevention, aftercare and social reintegration and to ensure that such services are widely available and have sufficient capacity for those in need;

– requests Member States to find strategies and increase access to an availability of services designed to reach drug abusers who are not integrated into or reached by existing services and programmes and are at high risk of severe health damage, drug related infectious diseases and even fatal incidents, in ‘order to assist such drug abusers in reducing individual and public health risks’ (p. 7).

Es wurden auch die Ergebnisse der Evaluation dieser Einrichtungen dargestellt, die vom November 2001 bis zum Juli 2002 durchgeführt wurde. Die Studie *„Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik – Bewertung der Arbeit von Drogenkonsumräumen in der Bundesrepublik Deutschland“*, realisiert vom Zentrum für angewandte Psychologie-, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) in Bochum im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Die Studie umfasste 19 Drogenkonsumräume und zielte darauf ab, die gesetzlichen Verordnungen der einzelnen Bundesländer zu bewerten in ihren jeweiligen Auswirkungen;

- genaue Daten über die Inanspruchnahme der Einrichtungen zu sammeln (Inanspruchnahme der angebotenen Hilfe, Drogenabhängigkeit, Notfälle, Verweisung auf andere Arten von Hilfe);
- den Betrieb der vorhandenen Drogenkonsumräume anhand der gesetzlichen Standards zu bewerten und erforderliche und praktische Verbesserungen vorzuschlagen;
- anhand einer Zeitreihenanalyse aufzuzeigen, welchen spezifischen Beitrag der Drogenkonsum leistet (diese Räume tragen dazu bei, die drogenbedingte Sterblichkeit und die Erwerbskriminalität zu senken sowie die Umweltbelastung zu reduzieren).

Die Drogenkonsumräume wurden miteinander verglichen, genaue Daten zur Inanspruchnahme und angeschlossenen Kontakteinrichtungen erhoben, Interviews mit den zuständigen Mitarbeitern und opioidabhängigen Nutzern durchgeführt, ebenso Befragungen in den einzelnen Konsumräumen, Einhaltung der gesetzlichen Mindeststandards geprüft, allgemeine Schwachstellen identifiziert und Vorschläge für Verbesserungen der Arbeit in den Einrichtungen unterbreitet. Zeitreihenanalysen dienten dazu, zu überprüfen, ob Konsumräume die Zahl der drogenbedingten Todesfälle beeinflussen. Die wichtigsten Ergebnisse:

- Das Ziel, langfristige Heroinsüchtige, die Räume für den Drogenkonsum nutzen, zu motivieren, weitere (abstinenzorientierte) Hilfsdienste zu nutzen, wurde erreicht;

¹ Der Senat von Berlin (Klaus Wowereit, Regierender Bürgermeister; Heidi Knake-Werner, Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz).

² In Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover, Saarbrücken, Köln, Aachen, Dortmund, Essen, Münster, Wuppertal. Landesgesetzliche Regelungen gab es nur in sechs von 16 deutschen Bundesländern: in Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, dem Saarland und Berlin. Mittlerweile ist noch Baden-Württemberg hinzugekommen. In Bremen wird nach einer Machbarkeitsstudie (Schmidt-Semisch et al., 2019) derzeit diskutiert, eine Konsumraumverordnung zu erlassen (Stand: 1/2020).

mehr als die Hälfte der befragten Nutzer gaben an, dass Kontakt mit anderen Diensten, insbesondere Entzugsbehandlungseinrichtungen, Behörden und Therapieeinrichtungen aufgenommen wurde.

- Sofortige Notfallversorgung sichert das Überleben der Opiatabhängigen bei jedem Konsum; zwischen 1995 und 2001 fanden insgesamt 2.1 Millionen Konsumereignisse statt; im gleichen Zeitraum wurden insgesamt 5426 Notfälle registriert, bei denen möglicherweise eine tödliche Überdosis vermieden werden konnte durch sofortige Intervention des Personals.
- Die Zeitreihenanalyse, die sich mit der Zahl der drogenbedingten Todesfälle in den untersuchten Städten – Hamburg, Hannover, Frankfurt am Main und in Saarbrücken – befasste, zeigte über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren eine statistisch signifikante Reduktion der drogenbedingten Mortalität in diesen Städten nach der Einrichtung von Konsumräumen. Daher konnten Drogenkonsumräume neben anderen Faktoren einen bestimmten, über dem Zufall liegenden Beitrag zur Senkung des drogenbedingten Todes leisten.

Darüber hinaus ergab die Studie, dass

- die gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Bundesländer die vom Bundesgesetz geforderten Mindeststandards konkretisieren; es gibt keine wesentlichen Unterschiede in diesen Verordnungen; gelegentliche und erstmalige Drogenkonsumenten dürfen nicht teilnehmen
- die in den gesetzlichen Verordnungen festgelegten Mindeststandards werden eingehalten;
- eine sofortige medizinische Notfallversorgung ist gewährleistet; Vollzeitkräfte haben die erforderliche Erfahrung für niedrigschwellige Arbeit mit Süchtigen; in der Regel werden Einführungsgespräche mit den Neulichen in den Einrichtungen geführt, um weitere Unterstützungsoptionen zu eröffnen;
- die Vernetzung mit anderen Hilfeeinrichtungen ist gut;
- mehr als drei Viertel der Nutzer haben die Öffnungszeiten begrüßt; die Mehrheit wurde auch regelmäßig angesprochen, um vorausschauende Pläne zu diskutieren;
- der Kontakt zum Personal ist am wichtigsten und wird als gut bewertet;
- die Erbringung von Grundleistungen (medizinische Versorgung, Spritzenwechsel etc.) erhält eine sehr positive Bewertung.

Die Datenauswertung zeigt, dass

- die vom Gesetzgeber festgelegte Zielgruppe (besonders langfristig) Heroinkonsumenten (durchschnittlich 12.5 Jahre und Koka-in-Co-Konsum auf hohem Niveau), erreicht wird;
- die Interviewer sind in den Räumen des Drogenkonsums niemals Minderjährigen begegnet.
- 90 Prozent der Befragten hatten eine mehrjährige Opiatabhängigkeit.
- die Befragten gaben an, dass Konsumräume ihre Gesundheit erheblich verbessert haben;
- Drogenkonsumräume den Zugang zum medizinischen Versorgungssystem im Allgemeinen verbessern;
- die Zusammenarbeit mit der Polizei und den Aufsichtsbehörden in den teilnehmenden Städten ist gut.

Bei der künftigen Entwicklung wurden Verbesserungspotenziale festgestellt für diese Niedrigschwelleinrichtungen; unter anderem sollte das Problem der Hepatitis-Infektion stärker berücksichtigt werden; auch die Frage, wie hoch der Frauenanteil ist (er ist niedriger als in anderen Drogenhilfeeinrichtungen und kann erhöht werden). Ein weiteres Problem ist die kleine Gruppe von Personen in Opiat-Substitutionsbehandlung, die Zugang verlangen.

Im Februar 2004 erschien dann schon der erste „European Report On Drug Consumption Rooms“, dort hieß es:

“The establishment of consumption rooms in Germany was preceded by several years of discussions and weighing up of the conflicting interests of health and drugs services, local residents and businesses, and the police. The dilemmas arising at local level from the need to provide necessary health and addiction care services to drug addicts while at the same time reducing the negative effects of public drug use on local residents have been described for the cities of Frankfurt and Hamburg (Hartnoll & Hedrich, 1996; Zurhold et al., 2001).

Factors that contributed to creating the necessary political support for consumption rooms included public discussion of drug-related problems at community level, complaints by residents of areas affected by public drug use, demands by drugs services and sometimes by the police for the establishment of this type of facility and legal considerations. An analysis of the complex structures and processes of local decision-making on consumption rooms in four German cities (Schütze, 1999) pointed to the relevance of local multiagency networking and the existence of a non-public coordination forum of key actors from prosecution, law enforcement and health,

who were empowered to negotiate, and to take and implement decisions' (Hederich, 2004).

Dennoch: Nach über 20 Jahren Praxis müssen wir feststellen, dass die verabschiedeten Rechtsverordnungen und die Anforderungen der Aufsichtsbehörden (Kommunalbehörden, Polizei und Staatsanwälte) sich eher restriktiv auf konzeptionelle Überlegungen und Handlungsspielräume ausgewirkt haben (vgl. auch Schäffer et al., 2014). Diese Abgrenzungen beruhen selten auf Rationalität und Objektivität; statt dessen tendieren sie dazu, auf die Macht der Stakeholder hinzuweisen und unterstreichen die Dominanz der regulatorischen Interessen.

Kritik des *watchdogs* des internationalen Drogenrechts an Drogenkonsumräumen

Die Auffassung, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen mit den Internationalen Suchtstoffabkommen im Einklang seien, wurde vom „International Narcotic Control Board“ (INCB)³ keineswegs geteilt, woraufhin die Bundesregierung hochrangige Vertreter des INCB unter Leitung des damaligen Präsidenten Emafo⁴ im Juli 2003 nach Deutschland einlud, um sie vor Ort über die Konzeption und der Umsetzung des Gesetzes zu informieren. In einem Schreiben vom 8. Juli 2004 erklärte der INCB, dass Drogenkonsumräume gegen die Artikel 4, 30 und 33 des Übereinkommens von 1961 (sowie gegen die entsprechenden Bestimmungen des Übereinkommens von 1971) verstoßen, wonach der Besitz und die Verwendung von Drogen nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke bestimmt sein dürfe und

die Mitgliedstaaten keinen Besitz ohne rechtliche Genehmigung erlauben dürften. Der INCB nahm zwar die gesetzliche Mindestanforderungen des § 10a BtMG zur Kenntnis, erkannte auch an, dass die Drogenkonsumräume in das allgemeine Gesundheitssystem eingebunden sind und allen Drogenabhängigen eine medizinische Versorgung zur Verfügung stehe. Dies änderte jedoch nichts an seiner negativen Einstellung. Es ging dem INCB offensichtlich nur darum, seine *vorgefasste Meinung* zu begründen (*Einleitungssatz*: „*As you are aware, the Board is of the view that the operation of so called injection rooms is in contravention of the provisions...*“). Dies tat er, indem er ausschließlich negative Aspekte anspricht und auch nicht ansatzweise auch die oben ausgeführten positiven Effekte der DKR in Betracht zieht. Auf die Erfahrungen, die die INCB-Delegation bei ihrer Inspektionsreise gemacht haben⁵, auf die Vorträge, Präsentationen und Gespräche in den besuchten Städten mit den zahlreichen Beteiligten (Träger, Gesundheits- und Sozialbehörden, Polizei und Staatsanwaltschaft, Kommunal- und Landespolitiker) und auf die durchweg positiven Einschätzungen, die gegenüber der INCB-Delegation geäußert wurden, geht das Schreiben mit keinem Wort ein.

Die Rechtsauffassung der Bundesregierung war hingegen klar: Die juristische Begründung des INCB stellte einzig und allein auf eine Verletzung der Artikel 4 und 33 der Konvention von 1961 ab. Diese Artikel – in Verbindung mit Art. 36 – verpflichten die Staaten, den unerlaubten Besitz von Suchtstoffen zu verbieten und ihn strafrechtlich zu ahnden⁶. Dabei verkannte der INCB, dass diese Verpflichtung keineswegs absolut gilt, sondern in der Konvention mehrfach relativiert wird:

- Art. 36 Abs. 1 stellt die Verpflichtung zur strafrechtlichen Sanktionierung unter den Verfassungsvorbehalt („subject to its constitutional limitations“). Das heißt, dass diese Verpflichtung *nicht* gilt, wenn ihr Verfassungsgrundsätze – wie etwa der vom BVerfG in der Cannabisentscheidung he-

³ Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (engl. International Narcotic Control Board – INCB) in Wien wurde 1968 aufgrund des *Einheitsabkommens über die Betäubungsmittel* von 1961 gegründet. Der INCB überwacht die Einhaltung der internationalen UNO-Drogenkontrollverträge über den Anbau, die Produktion und Verwendung von Drogen. Diese müssen auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke beschränkt bleiben. Chemikalien dürfen nicht zur illegalen Herstellung von Drogen verwendet werden. Der Rat besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten. Von 2012 an war der ehemalige Referatsleiter des Betäubungsmittelrechtsreferat des Bundesministerium für Gesundheit, Werner Sipp, Mitglied des INCB, vom 12. Mai 2015 bis 14. Mai 2017 dessen Präsident. Unter seiner Präsidentschaft änderte der INCB seine ursprünglich ablehnende Haltung zu Drogenkonsumräumen in eine (vorsichtig) billigende, unter der Bedingung, dass sie eingebettet sind in das Drogenhilfesystem und die Nutzer für weiterführende Hilfen motivieren. Die Vertragsstaaten des *Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen* von 1988 sind verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern (Art. 12). Mit Hilfe dieser Daten kann sich der INCB einen weltweiten Überblick über alle verfügbaren Drogen in Produktion und Handel verschaffen.

⁴ Philip Emafo, Apotheker aus Nigeria, von 2002 bis 2008 Präsident des INCB.

⁵ Dr. Ingo Ilja Michels war als damaliger Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung an einigen dieser Treffen mit der INCB-Delegation beteiligt. In seinen Erinnerungen erkannte der Leiter der INCB-Delegation in mündlichen Bemerkungen durchaus die Zielsetzung dieser Einrichtungen als sinnvoll an (er selbst war Mediziner), erklärte u. a., man solle sie nicht als „drug consumption rooms“ bezeichnen, sondern besser als „services for support of the health of drug addicts“, aber in den schriftlichen statements des INCB ist davon nicht mehr die Rede!

⁶ Art. 4 Buchst. c: The Parties shall take such legislative and administrative measures as may be necessary, subject to the provisions of this Convention, to limit exclusively to medical and scientific purposes the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of drugs.

rangezogene Verhältnismäßigkeitsgrundsatz – entgegenstehen.

- Die Strafverfolgung bei Drogendelikten steht nach Art. 36 Abs. 4 unter einem einfachen Gesetzesvorbehalt⁷, was bedeutet, dass die Konventionen dem nationalen Gesetzgeber durchaus einen gewissen Spielraum belassen.

Bei der Anwendung dieser Bestimmungen auf die Drogenkonsumräume übersah der INCB, dass in Deutschland der unerlaubte Besitz von Drogen in Drogenkonsumräumen gemäß § 29 BtMG sehr wohl strafbar ist und dass nach § 31a Abs. 1 Satz 2 BtMG lediglich von der Strafverfolgung abgesehen werden soll, was in vollem Einklang mit Art. 36 Abs. 4 der Konvention von 1961 steht. Für die Praktiker der Drogenhilfe führt diese Regelung hingegen durchaus zu einem Konflikt zwischen der sozialtherapeutischen und der ordnungspolitischen Aufgabe, die sie beide erfüllen sollen!

Völlig unerwähnt bleibt in dem Schreiben des INCB der Artikel 38 der Konvention von 1961, der die Staaten verpflichtet, „alle durchführenden Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Behandlung, Aufklärung, Nachbehandlung und sozialen Wiedereingliederung der betroffenen Personen zu ergreifen.“⁸ Dass der INCB diese Vorschrift gar nicht anspricht, obwohl sie in den bundesdeutschen Ausführungen immer als eine wichtige Rechtsgrundlage für die DKR herangezogen wird, zeigt, dass er sich mit fachlichen und völkerrechtlich alternativen Argumenten überhaupt nicht auseinandersetzen will. Es zeigt darüber hinaus, dass der INCB nicht bereit war, auf der Grundlage des Art. 38 eine sinnvolle, vertragskonforme Weiterentwicklung des drogenpolitischen Ansatzes der „harm reduction“ zu diskutieren.⁹

Allerdings hat der INCB inzwischen seine Auffassung geändert. In einer entsprechenden Erklärung von 2018 kommt der INCB zu folgender Einschätzung (INCB, 2018):

1. In the last few years, the Board has noted developments in several states with respect

⁷ Art. 36 Abs. 4: Nothing contained in this article shall affect the principle that the offences to which it refers shall be defined, prosecuted and punished in conformity with the domestic law of a party.

⁸ Art. 38 Abs. 1: The parties shall give special attention to and take all practicable measures for the prevention of abuse of drugs and for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration of the persons involved and shall co-ordinate their efforts to these ends.

⁹ Es ist überdies bis heute nicht gelungen, allein den Terminus „harm reduction“ in Dokumenten der UNO zur internationalen Drogenpolitik zu verankern, weil es regelmäßig am Veto einer unheiligen Allianz von Staaten wie den USA (auch schon unter der Clinton- und Obama-Administration), der Russischen Föderation, Pakistan, Saudi-Arabien, China und dem Iran scheitert (wobei die letzteren Staaten selbst Maßnahmen der harm reduction im eigenen Land eingeführt haben!

to the establishment or continued operation of supervised drug consumption facilities or ‘drug injection rooms’. The objective of these facilities has been to reduce the transmission of communicable blood-borne diseases, to prevent overdose death and to provide target populations with access to basic health care and social services, including treatment and rehabilitation opportunities.

2. The Board wishes to reiterate that, in order for the operation of such facilities to be consistent with the international drug conventions, certain conditions must be fulfilled. Chief among those conditions is that the ultimate objective of these measures is to reduce the adverse consequences of drug abuse through treatment, rehabilitation and reintegration measures, without condoning or increasing drug abuse or encouraging drug trafficking. ‘Drug consumption rooms’ must be operated within a framework that offers treatment and rehabilitation services as well as social reintegration measures, either directly or by active referral for access, and must not be a substitute for demand reduction programmes, in particular prevention and treatment activities.

Literatur

- Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (1990). *Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan* (1990). Bonn.
- DBDD (2006). *Jahresbericht zur Situation illegaler Drogen in Deutschland*. München: Deutsche Drogenbeobachtungsstelle.
- EMCDDA (1999). *Annual report on the EU drug problem*. Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Problems.
- Hartnoll, R. & Hedrich D. (1996). AIDS prevention and drug policy: dilemmas in the local environment. In T. Rhodes & R. L. Hartnoll (Eds.), *AIDS, drugs and prevention* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- INCB (2018). *Supervised drug consumption rooms*. Available at https://www.incb.org/documents/News/Alerts/Alert_on_Convention_Implementation_Feb_2018.pdf
- Indro e.V. (1999). *Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen*. Verfügbar unter: <https://indro-online.de/leitlinien-zum-betrieb-und-zur-nutzung-von-konsumraeumen/> [12.01.2020].

- Kleiber, D. & Pant, A. (1991). *HIV-Prävalenz, Risikoverhalten, und Verhaltensänderungen bei i.v.-Drogenkonsumenten*. Ergebnisse einer sozioepidemiologischen Studie. Berlin.
- Körner, H. H. (1993). *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen*. 17. Mai 1993; Az 406/20-9, ZfB No. 507/93. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H. H. (1994). *Gutachten vom 05.12.1994 zur Zulässigkeit von Verhaltensweisen beim Besuch von Gesundheitsräumen*. Az 406/20-9, ZfB No. 1349/94. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H. H. (1995). Soll Drogenhilfe strafbar sein? *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 28, 453–457.
- Michaelis, S. (1991). Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betreibens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland. In H. Stöver (Hrsg.), *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Ein Sammelband* (AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, S. 111–117). Berlin: DAH.
- Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges*. Regenboog Groep in partnership with Frankfurt University of Applied Sciences.
- Schmidt-Semisch, H., Ochmann, N. & Thane, K. (2019). *Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof* (IPP-Schriften 16, Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung). Im Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Universität Bremen.
- Schütze, C. (1999). *Die Einführung von „Gesundheitsräumen“ in deutschen Großstädten: Eine vergleichende Analyse von Entscheidungsprozessen und Akteurkonstellationen in Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover und München*. Magisterarbeit. Universität Hamburg.
- Stöver, H. (1991). *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe* (AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, S. 111–117). Berlin: DAH.
- Stöver, H. (2000). Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe. In: internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 290–292.
- Weber, A. (2016). *Bayerischer Bezirkstag fordert Drogenkonsumräume*. Verfügbar unter: <https://www.merkur.de/bayern/bayerischer-bezirkstag-fordert-drogenkonsumraeume-6244304.html> [12.01.2020].
- ZEUS: Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. & Schreckenberger, J. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Bd. 149, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. & Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663–688.

Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V.
Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und marginalisierte Menschen, Evaluation der Wirksamkeit von Hilfsangeboten und die Entwicklung neuer Interventionskonzepte.
hstover@fb4.fra-uas.de; www.isff.info

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe. 1999–2016 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Längere Berateranstellungen u. a. in der Volksrepublik China und Kirgistan. Seit April 2016 im Ruhestand, aber weiter tätig bei der Frankfurt University of Applied Sciences und dem Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF).
ingoiljamichels@gmail.com

Drogenkonsumräume: Verbreitung und Wirksamkeit

Dagmar Hedrich

Einleitung

Drogenkonsumräume, in denen illegale Drogen von drogenabhängigen Menschen unter Aufsicht von geschultem Personal konsumiert werden können, gibt es in Europa seit dreieinhalb Jahrzehnten. Diese Einrichtungen dienen in erster Linie dem Ziel, die akuten Risiken im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch unhygienischen injizieren Konsum einzudämmen, Todesfällen durch Überdosierung vorzubeugen und besonders gefährdete Drogenkonsumenten mit Einrichtungen der Suchtbehandlung und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten in Kontakt zu bringen. Zudem sollen sie dazu beitragen, dem Drogenkonsum in der Öffentlichkeit und den mit offenen Drogenszenen verbundenen Gefahren für die öffentliche Ordnung, wie sie beispielsweise durch weggeworfene Nadeln entstehen, entgegenzuwirken. In der Regel erhalten Drogenkonsumenten in Drogenkonsumräumen steriles Spritzbesteck und andere saubere Konsumutensilien, Beratungsleistungen vor, während und nach dem Drogenkonsum, Notfallhilfe bei Überdosierungen und Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Eine weitere wichtige Rolle spielen Drogenkonsumräume als Anlaufstelle für die Vermittlung an geeignete Sozial-, Gesundheits- und Suchtbehandlungsdienste.

Entstehung und Verbreitung

Angesichts des Auftretens und der raschen Ausbreitung von HIV/AIDS¹ im Zusammenhang mit der zunehmenden Verbreitung des Heroinkonsums und insbesondere des injizierenden Gebrauchs der Droge in den 1980er Jahren entwickelten sich in Europa eine Reihe von Maßnahmen zur Eindämmung der durch risikohaften Drogenkonsum verursachten Schäden. Zu dieser neuen schadensmindern-

den („harm reduction“-)Strategie zählten unter anderem die aufsuchende Drogenarbeit, eine bessere Aufklärung der DrogengebraucherInnen² über gesundheitliche Risiken, inklusive durch Peer-Education, die Ausgabe sauberer Spritzbestecke und das Angebot von Substitutionsbehandlungen für Opiatabhängige.

Während die Strategie der Schadensminderung im Laufe der 1990er Jahre in Europa immer weitere Akzeptanz und Ausbreitung fand, war die Bereitstellung von Räumlichkeiten für den überwachten Drogenkonsum in lokalen Drogeneinrichtungen nicht unumstritten. Mitunter wurden Bedenken laut, diese Konsumräume könnten den Drogenkonsum fördern, die Behandlungsaufnahme verzögern oder die mit den örtlichen Drogenmärkten verbundenen Probleme verstärken. Bisweilen wurde die Einrichtung von Drogenkonsumräumen durch politische Interventionen verhindert oder verzögert (Jauffret-Roustide et al., 2013; Smith et al., 2019; NHSGGC, 2016). Ungeachtet dessen steht die Diskussion über die Eröffnung neuer Drogenkonsumräume in mehreren europäischen Ländern nach wie vor ganz oben auf der politischen Agenda. Daher soll diese Analyse einen objektiven Überblick über die Merkmale, die derzeit angebotenen Leistungen und die Wirksamkeit dieser Maßnahme bieten.

Drogenkonsumräume sind Gesundheitseinrichtungen, in denen Drogenkonsumenten unter der Aufsicht von Fachpersonal und unter hygienischen und sicheren Bedingungen Drogen konsumieren können. Sie sollen eine Anlaufstelle für schwer zu erreichende Gruppen von Konsumenten darstellen, insbesondere für marginalisierte Gruppen und jene, die Drogen im öffentlichen Raum und unter anderen risikobehafteten und unhygienischen Bedingungen konsumieren. Eine ihrer vorrangigen Zielsetzungen ist die Eindämmung der Morbidität und Mortalität durch die Bereitstellung einer sicheren Umgebung für einen hygi-

¹ HIV: Human-Immunschwäche-Virus; AIDS: erworbenes Immundefizienz-Syndrom

² Es sind stets Personen aller Geschlechter gleichermaßen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

enischeren Konsum, die Aufklärung der Nutzer der Einrichtung über die mit dem Konsum verbundenen Risiken sowie die Anleitung zur Verringerung dieser Risiken. Zugleich soll der Drogenkonsum in der Öffentlichkeit reduziert und Belastungen der Anwohner, Gewerbetreibenden und Passanten durch offene Drogenmärkte verringert werden. Ein weiteres Ziel ist die Förderung des Zugangs zu Sozial-, Gesundheits- und Drogenbehandlungseinrichtungen (s. Abbildung 1, in der die Dienstleistungskom-

ponenten von Konsumräumen modellhaft dargestellt sind).

Einbettung in das bestehende Hilfesystem

Drogenkonsumräume entwickelten sich in Städten, in denen bereits ein gut ausgebautes Netz von Drogendiensten existierte, als Maßnahme zur Eindämmung der mit offenen Dro-

Abbildung 1

Servicemodell eines Drogenkonsumraums (Quelle: Hedrich, 2004)

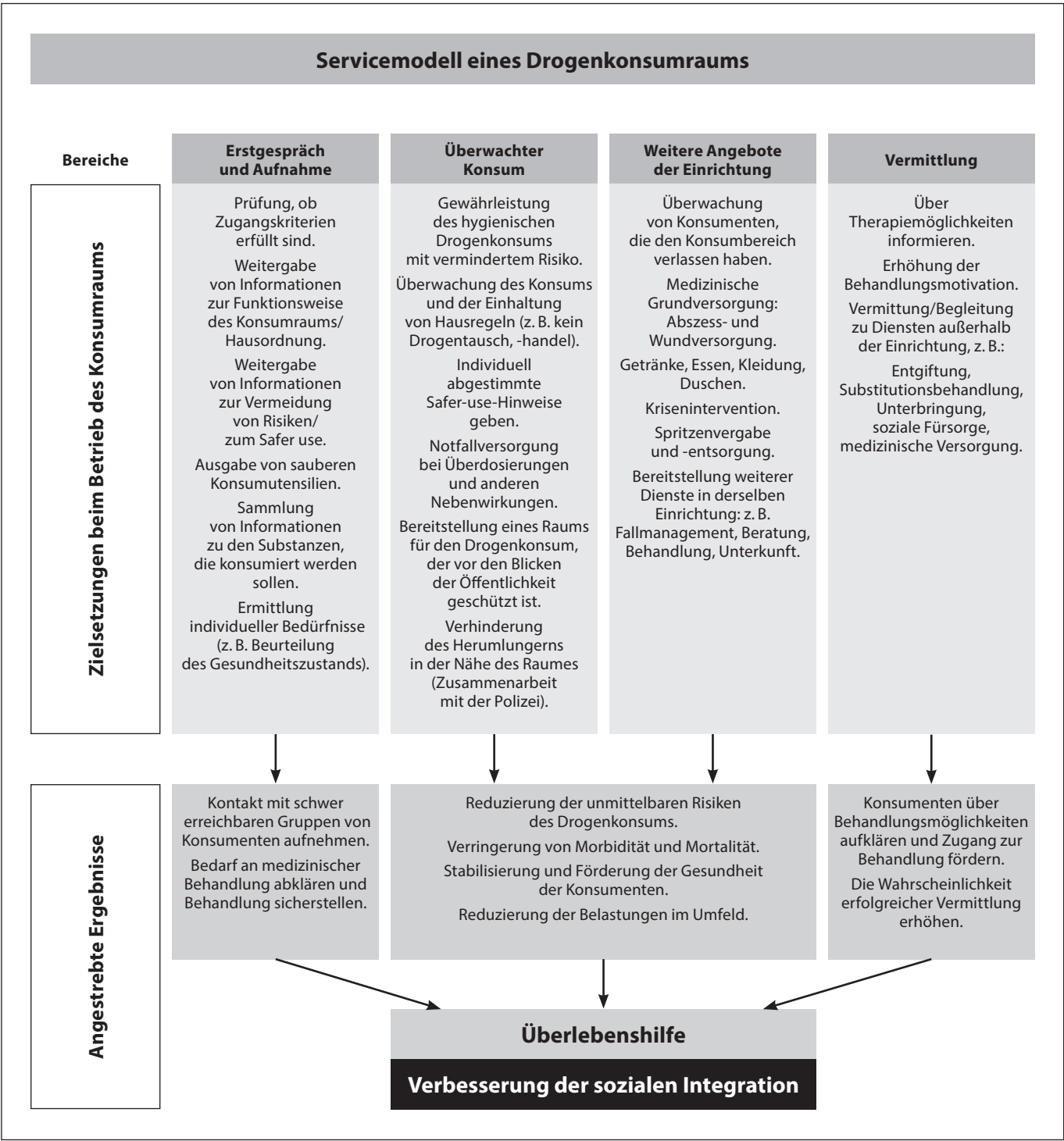


Abbildung 2

Lokalisierung
von Drogenkonsum-
einrichtungen in Europa
(Quellen: Für die EU und
Norwegen: EMCDDA
National Focal Points;
für die Schweiz: Infodrog)



genszenen und Drogenmärkten verbundenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit und Ordnung und als spezifisches Angebot für Drogengebraucher, die durch die bestehende Angebotspalette nicht erreicht wurden. Als solche stellten sie eine „lokale“ Maßnahme dar, die von örtlichen Interessenträgern auf der Grundlage einer Bewertung der lokalen Erfordernisse individueller und öffentlicher Gesundheit und nach Maßgabe der kommunalen oder regionalen Zielsetzungen getroffen wird. Drogenkonsumräume befinden sich bevorzugt an Orten, an denen es Probleme mit dem öffentlichen Drogenkonsum gibt, und zielen auf jene Teilpopulationen der Konsumenten ab, die kaum Möglichkeiten für einen hygienischen injizierenden Drogenkonsum haben (wie beispielsweise Obdachlose oder Menschen, die in instabilen Wohnverhältnissen leben oder temporär in Übernachtungseinrichtungen untergebracht sind). Zuweilen werden Drogenkonsumräume aus den unterschiedlichsten Gründen auch von in stabileren sozialen Verhältnissen lebenden Besuchern genutzt, beispielsweise weil diese mit Partnern oder Familienangehörigen zusammenleben, die keine Drogen konsumieren (Hedrich & Hartnoll, 2015).

Was die historische Entwicklung dieser Intervention betrifft, so wurde im Juni 1986 in Bern in der Schweiz der erste überwachte Drogenkonsumraum eröffnet. Neben weiteren in der Schweiz entstanden diese Einrichtungen in den neunziger Jahren auch in Deutschland und in den Niederlanden und ab dem Jahr 2000 auch in Spanien. Seit 2005 kamen Drogenkonsumräume in Norwegen, Luxemburg, Dänemark, Frankreich, Belgien und Portugal hinzu. Einen Konsumraum gab es 2013 auch in Athen,

jedoch wurde er aufgrund fehlender Gesetzgebung nicht offiziell nutzbar und daher nach kurzer Zeit wieder geschlossen.

Gegenwärtig³ gibt es insgesamt 89 offizielle Drogenkonsumräume in 62 Städten in zehn europäischen Ländern (s. Abbildung 2). Weiter aufgeschlüsselt sind das – mit Stand November 2019: 24 Einrichtungen in 19 Städten in den Niederlanden; 24 Einrichtungen in 15 deutschen Städten und zwölf Einrichtungen verteilt über neun Städte in der Schweiz. Fünf Konsumräume werden in vier Gemeinden Dänemarks betrieben; 13 Einrichtungen in Spanien (in Bilbao und sechs Städten Kataloniens); jeweils eine Einrichtung in Oslo und Bergen in Norwegen; in Paris und Straßburg in Frankreich sowie in der Stadt Luxemburg und in Esch-sur-Alzette in Luxemburg. In der Folge einer umfangreichen Machbarkeitsstudie (Vander Laenen et al., 2018) wurde in Liège in Belgien im Jahr 2018 ein Konsumraum eröffnet. Seit April 2019 ist ein mobiler Konsumraum in Lissabon in Betrieb (Taylor et al., 2019) und für 2020 sind zwei weitere stationäre Konsumräume in Vorbereitung für die portugiesische Hauptstadt.

Obgleich bereits in 2017 in Irland ein Gesetz (Misuse of Drugs Act Supervised Injection Facilities) verabschiedet wurde, das die Genehmigung und Regulierung solcher Einrichtungen ermöglicht, und ein Standort bestimmt wurde, ist es aufgrund von Widerstand aus der Nachbarschaft bisher nicht zur Umsetzung gekommen. In Schottland befürwortet die Landesregierung die Einrichtung von Drogenkonsumräumen als zusätzliches Mittel, um die Übertragung von HIV unter Drogenkonsum-

³ Stand Sommer 2019.

menten und die stark angestiegene Zahl von Drogentoten zu begrenzen, scheitert jedoch am Widerstand der UK-Regierung.

Konsumräume außerhalb Europas

In Kanada, wo seit 2002/2003 zwei Konsumräume in Vancouver in Betrieb sind, gibt es gemäß einer Übersicht vom 9. August 2019⁴ seit 2017 in 19 weiteren Städten in Ontario, British Columbia, Alberta, Quebec und Saskatchewan 41 neue lizenzierte Einrichtungen, die zum Teil spontan von Drogengebrauchern ins Leben gerufen wurden. Die Schaffung der gesetzlichen Grundlage und Lizenzierung dieser oft auch als „*opioid overdose prevention sites*“ (OOPS) bezeichneten niedrigschwelligen Einrichtungen ist eine der Maßnahmen, mit denen die kanadische Regierung den extrem starken Anstieg von Todesfällen durch Opioid-Überdosis begrenzen will (Kerr et al., 2017). Der in Sydney, Australien, seit 2001 bestehende Konsumraum wird seit 2018 durch eine neue Einrichtung in Melbourne ergänzt; die Eröffnung weiterer Einrichtungen ist in der Diskussion. Ein Konsumraum in Mexicali (Mexico) soll seit 2018 in Betrieb sein. In den Vereinigten Staaten wird die Einrichtung von überwachten Drogenkonsumräumen in verschiedenen Städten diskutiert.

Merkmale und Serviceangebot

Die meisten Drogenkonsumräume haben unabhängig von ihrem Standort eine Reihe von Merkmalen gemeinsam. Beispielsweise ist der Zugang in der Regel auf registrierte Nutzer beschränkt und an bestimmte Voraussetzungen, z. B. Mindestalter und Ortsansässigkeit, gebunden. Gemeinhin handelt es sich um Räumlichkeiten integriert in bereits bestehende Hilfeeinrichtungen für Drogenkonsumenten oder Obdachlose. Zuweilen werden Konsumräume jedoch auch als räumlich getrennte Einrichtungen, die ausschließlich auf den überwachten Drogenkonsum spezialisiert sind, betrieben. In diesem Fall befinden sich in unmittelbarer Nachbarschaft weiterführende Hilfeangebote. Die ursprüngliche Zielgruppe war zumeist begrenzt auf Menschen, die Drogen injizieren, allerdings stehen Drogenkonsumräume in fast allen Ländern seit vielen Jahren auch Konsumenten offen, die Drogen rauchen, sniffen oder inhalieren.

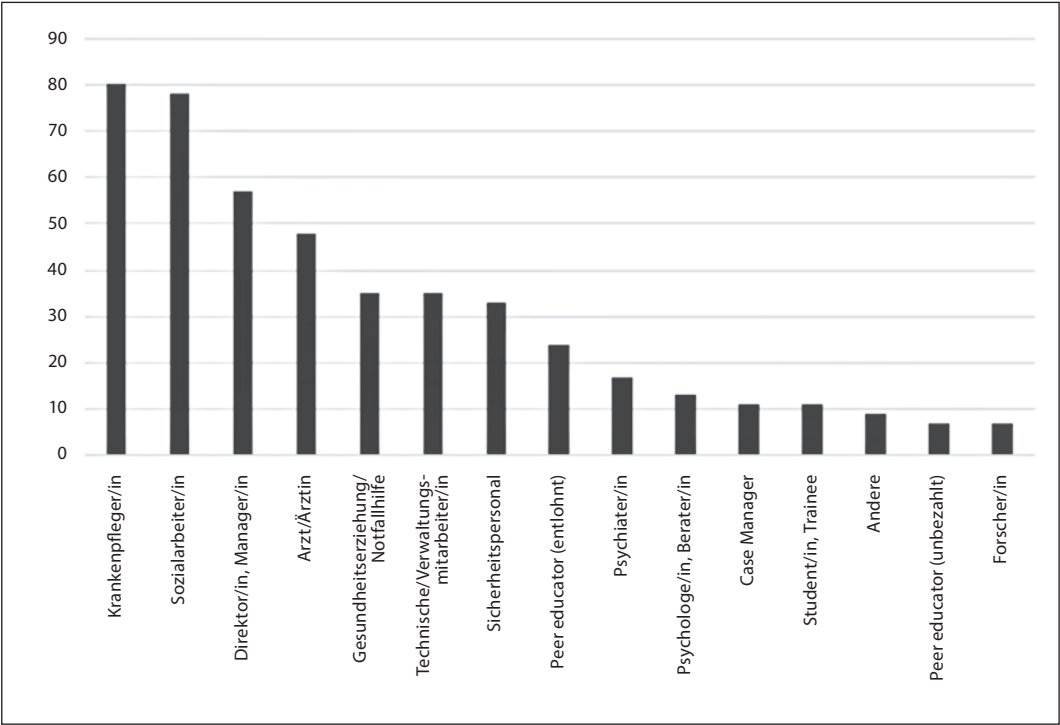
Insgesamt werden in Europa drei Modelle von Drogenkonsumräumen betrieben. Dabei handelt es sich um integrierte, spezialisierte und mobile Einrichtungen. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Drogenkonsumräume ist in niedrigschwellige Einrichtungen integriert. Die Überwachung des Drogenkonsums ist dabei eine von mehreren Leistungen der Überlebenshilfe, die in denselben Räumlichkeiten angeboten werden. Hierzu gehören weiterhin die Ausgabe von Getränken und warmen Mahlzeiten; Gelegenheit zum Duschen und Waschen der Kleidung für Obdachlose; die Ausgabe von Spritzen und anderem Injektionszubehör; weiterem Präventionsmaterial wie Kondomen und Containern für die Rückgabe von gebrauchtem Spritzbesteck, sowie das Angebot von Beratung und die Vermittlung in die Drogentherapie. Zum Angebot aller Drogenkonsumräume gehören die Ausgabe hygienischen Materials zum Drogenkonsums, Gesundheitsberatung, Aufklärung über Risiken beim Drogenkonsum, sowie Intervention im Drogennotfall. Spezialisierte Drogenkonsumräume bieten häufig ein engeres Leistungsspektrum, das in unmittelbarem Zusammenhang mit dem überwachten Konsum steht. Getrennte Räumlichkeiten, in denen Drogenkonsumenten nach dem Konsum überwacht werden können stehen in allen stationären Konsumräumen zur Verfügung. Mobile Einrichtungen gibt es gegenwärtig in Barcelona, Berlin und Lissabon. Ihr Vorteil ist, dass sie ein geografisch flexibles Angebot des überwachten Konsums ermöglichen (Schäffer et al., 2014). Durch ihre begrenzte Größe betreuen mobile Dienste zwar in der Regel weniger Klienten als Einrichtungen mit einem festen Standort, können diesen jedoch eine Reihe wichtiger weiterer Dienste (z. B. medizinische Grundversorgung) im Rahmen der Einzelfallbetreuung anbieten und grundlegendes Vertrauen bei bisher nicht von der Drogenhilfe erreichten Menschen aufbauen.

Ein organisatorischer Überblick über 62 Drogenkonsumräume in sieben europäischen Ländern (Woods, 2014) zeigt, dass sie eine breite Palette von Hilfsdiensten anbieten. Neben der Ausgabe von sauberem Spritzbesteck und weiteren Konsumutensilien, gesundheitlicher Aufklärung und der Vermittlung in Behandlungs- und weiterführende Einrichtungen, bieten 60 Prozent bis 70 Prozent der Einrichtungen auch eine medizinische Grundversorgung durch Krankenpfleger oder Ärzte an. Häufig angebotene Leistungen waren unter anderem: Kaffee-/Teeausgabe, Benutzung eines Telefons und die Möglichkeit, sich zu duschen und Wäsche zu waschen. Dieselbe Erhebung ergab, dass in Konsumräumen durchschnittlich sieben Plätze

⁴ Liste der bis 9. August 2019 bei Health Canada eingereichten Konsumraum-Anträge und Status bzgl. Anerkennung: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>

Abbildung 3

In Konsumraumteams
vertretene Berufsgruppen
(Quelle: Adaptiert von
Belackova et al., 2017)



für injizierenden Drogenkonsum (das Spektrum reicht hier von einem bis hin zu 13 Plätzen) und vier Plätze für Konsumenten zur Verfügung stehen, die Drogen auf andere Weise konsumieren (rauchen/sniffen/inhalieren).

Über die Hälfte der Einrichtungen ist täglich geöffnet und die durchschnittliche tägliche Öffnungszeit sind acht Stunden. Hinsichtlich der täglichen Besucherzahlen war eine große Bandbreite festzustellen – zwischen 20 und 400 –, wobei sechs der 33 Einrichtungen, aus denen Daten vorlagen,⁵ mehr als 200 Drogenkonsumenten pro Tag betreuen. In den meisten Fällen wurden die Besucher von Suchtbehandlungseinrichtungen oder der Polizei auf die Drogenkonsumräume aufmerksam gemacht.

Eine im Jahr 2016 durchgeführte Online-Erhebung des International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR) befasste sich unter anderem mit den in den Konsumräumen vertretenen Berufsgruppen. Hier fand man, dass den meisten Teams Krankenpfleger und Sozialarbeiter angehörten, dass Ärzte in fast jedem zweiten Team vertreten waren und Sicherheitspersonal in einem von drei Teams zur Verfügung stand, wie in Abbildung 3 dargestellt (Belackova et al., 2017).

Daten zur Wirksamkeit

Die ersten Drogenkonsumräume wurden in Städten in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden eröffnet, um die im Zusammenhang mit offenen Drogenszenen wahrgenommenen Risiken für die öffentliche Gesundheit und Ordnung zu mindern. Ihre Gründung wurde von lokalen Interessenträgern eingerichtet und unterstützt, jedoch stellten sie zu Beginn ein Experiment dar und wurden zuweilen auf nationaler Ebene kontrovers diskutiert. Dementsprechend überwachten die örtlichen Dienstleister, die Gesundheitsbehörden und die Polizei die Situation vor und nach der Eröffnung der Einrichtungen sorgfältig und dokumentierten, ob die vor Ort beabsichtigten Ziele erreicht wurden oder nicht. Die Ergebnisse wurden direkt an die lokalen und manchmal auch nationalen politischen Entscheidungsträgern, weitergegeben, die erhobenen Daten wurden jedoch selten in der internationalen Fachliteratur veröffentlicht. Bis die ersten Auswertungen und Zusammenfassungen in englischer Sprache publiziert wurden (Kimber et al., 2003; Zurhold et al., 2003; Hedrich, 2004) waren die Ergebnisse für internationale Forscher eher unzugänglich.

Das änderte sich, als mit den in Sydney und Vancouver als Pilotprojekte geschaffenen Einrichtungen für überwachten injizierenden Drogenkonsum finanziell gut ausgestattete und von Hochschulen unterstützte Evaluationsstudien durchgeführt wurden, bei denen

⁵ Es lagen hierzu keine Daten aus den Einrichtungen in den Niederlanden vor.

aufwendige Methoden (einschließlich einer Kohorten-Studie) benutzt wurden und die einen beträchtlichen Fundus von Evidenzdaten erbracht haben. Ein internationaler Überblick über vorhandene wissenschaftliche Studien zum Thema Konsumraum kann bei Belackova und Salmon (2017) gefunden werden und ein systematischer Review der im Zusammenhang mit Konsumräumen nachgewiesenen Ergebnisse für öffentliche Gesundheit und öffentliche Ordnung bei Kennedy und Kollegen (2017). Kilmer und Kollegen haben die potenzielle Rolle von Konsumräumen für die Vereinigten Staaten im Zusammenhang mit der dortigen Opioid-Epidemie beleuchtet (Kilmer et al., 2019).

Im Folgenden eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Wirksamkeit von Konsumräumen in Bezug auf ihre verschiedenen Ziele.

Erreichen der Zielgruppe und Verbesserung der Konsumhygiene

Die Effizienz von Drogenkonsumeinrichtungen im Hinblick auf das Erreichen von und die Kontaktaufnahme mit stark marginalisierten Zielpopulationen ist bereits früh und umfassend dokumentiert (Hedrich, 2004; Hedrich et al., 2010; Potier et al., 2014). Die Nutzung des Konsumraums geht mit unmittelbaren Verbesserungen im Hinblick auf einen hygienischen und sicheren Drogenkonsum und die individuelle Gesundheit einher (s. Studien von Small et al., 2008, 2009, und Lloyd-Smith et al., 2009). Angaben der Besucher zufolge führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen zu einer Verminderung ihres Risikoverhaltens (z. B. Rückgang bei der gemeinsamen Nutzung von Spritzbesteck; Änderung der Konsumart), wodurch die Übertragung blutübertragbarer Krankheiten und das Risiko des Drogentods reduziert werden (vgl. beispielsweise Kerr et al., 2007; Stoltz et al., 2007; Milloy & Wood, 2009).

Verminderung gesundheitlicher Risiken des Drogenkonsums

Die Studien zeigen übereinstimmend, dass bei überwachtem Drogenkonsum das Risiko einer tödlichen Überdosierung, Krankheitsübertragung und von Schäden, die mit unhygienischen Drogenkonsumpraktiken verbunden sind, verringert ist (Kilmer et al., 2019). Nicht überraschend ist es hingegen, dass Unsicherheit über die Größe der Auswirkungen von Konsumräumen auf Bevölkerungsebene besteht und z. B. der Einfluss von Drogenkonsumräumen auf

die Senkung der Inzidenz von HIV- oder Hepatitis-C-Infektionen in der Gesamtpopulation der injizierenden Drogenkonsumenten schwer abschätzbar ist, wenn man berücksichtigt, dass diese Einrichtungen aufgrund ihrer begrenzten Zahl, Kapazität und Lokalisierung nur einen sehr kleinen Teil der Population direkt erreichen können (Hedrich et al., 2010; Kimber et al., 2010). Außerdem ist es methodisch schwierig, die Auswirkungen von Konsumräumen – die ja immer Teil eines integrierten Angebots sind – von denen anderer Maßnahmen abzugrenzen (Belackova et al., 2019). Die Wirksamkeit der Einrichtungen in Bezug auf die Verringerung der Mortalität ist andererseits vielfach bestätigt. Eine ökologische Studie in Deutschland ergab Hinweise darauf, dass Drogenkonsumräume bei angemessener Abdeckung (der riskanten Injektionen) geeignet sind, auf städtischer Ebene zu einer Verringerung der drogenbedingten Todesfälle beizutragen (Poschadel et al., 2003). In Vancouver wurde nach Eröffnung des Konsumraums ein 35-prozentiger Rückgang der Drogentodesfälle in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung, im Vergleich zu einem neunprozentigen Rückgang im Rest der Stadt nachgewiesen (Marshall et al., 2011). Positive Effekte in Bezug auf die Nutzung der ärztlichen Notdienste sind ebenfalls belegt: Eine in Sydney durchgeführte Studie zeigte, dass während der Öffnungszeiten der Einrichtung für sicheren injizierenden Drogenkonsum weniger Notrufe wegen Überdosierungen eingingen (Salmon et al., 2010).

Vermittlung in weiterführende Angebote

Eines der wichtigsten Ergebnisse ist, dass die Nutzung von Drogenkonsumräumen mit einer verstärkten Inanspruchnahme sowohl von Drogenberatung als auch -behandlung und -therapie, einschließlich opioidgestützter Substitutionstherapie, einhergeht. So wurde beispielsweise im Rahmen der kanadischen Kohorten-Studie dokumentiert, dass die Nutzer der Einrichtung in Vancouver häufiger erfolgreich an Suchtbehandlungsdienste überwiesen werden konnten und häufiger Entgiftungsbehandlungen und methadongestützte Erhaltungstherapien in Anspruch nahmen als diejenigen, die die Einrichtung nicht nutzten (Wood et al., 2007; DeBeck et al., 2011).

Einfluss auf öffentliche Ordnung

In Bezug auf die Effekte der Konsumräume auf die Umgebung, in der sie angesiedelt sind, kann-

te in Evaluationsstudien ein insgesamt positiver Einfluss festgestellt werden. Jedoch ist hier – ebenso wie im Falle von anderen Angeboten der Drogenhilfe wie z. B. Spritzenprogrammen – die Konsultation und Zusammenarbeit mit wichtigen örtlichen Akteuren erforderlich, um öffentliche Widerstände abzubauen und kontraproduktive polizeiliche Maßnahmen zu verhindern. In aller Regel werden Drogenbehandlungseinrichtungen mit integrierten überwachten Drogenkonsumräumen von Anwohnern und lokalen Geschäften akzeptiert (Thein et al., 2005) und die Eröffnung von Konsumräumen kann zu einem Rückgang des injizierenden Drogenkonsums in der Öffentlichkeit (vgl. beispielsweise Salmon et al., 2007; Wood et al., 2004) und der Zahl der in der Umgebung weggeworfenen Spritzen führen. So sank beispielsweise zwischen 2004 und 2012 in Barcelona die durchschnittliche monatliche Zahl gebrauchter Spritzen, die vom Hygienedienst eingesammelt wurden, nach der Eröffnung von Konsumräumen von über 13 000 auf etwa 3 000 (Vecino et al., 2013).

Drogenbedingte Kriminalität

Entwicklungen in Bezug auf Straftaten im Umkreis von Konsumräumen waren das Thema verschiedener Studien. Vor und nach Eröffnung des Konsumraums in Sydney wurde die Zahl der mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden Eigentums- und Gewaltdelikte in der betreffenden Gegend analysiert. Anhand einer Zeitreihenanalyse der polizeilich erfassten Diebstähle und Raubüberfälle (Freeman et al., 2005) wurden keine Belege dafür gefunden, dass der Betrieb der Einrichtung einen Anstieg oder Rückgang der Diebstähle oder Raubüberfälle in ihrer Umgebung bewirkte. Ein Abgleich der polizeilich im Kings-Cross-Gebiet registrierten Straftaten für einen Zehnjahreszeitraum vor und nach Eröffnung ergab ebenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Eröffnung der Einrichtung negativ auf Raub, Eigentumsverbrechen oder Drogendelikte ausgewirkt hat (Fitzgerald et al., 2010). Auch in einer im Viertel Downtown Eastside in Vancouver durchgeführten Studie, in der die Zahl der jeweils im Jahr vor und nach der Einrichtung des örtlichen Drogenkonsumraums monatlich erfassten Fälle von Drogenhandel, körperlichen Angriffen und Raub – Straftaten, die gemeinhin mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehen – verglichen wurden, stellte man fest, dass die Eröffnung des Konsumraums nicht zu einer Zunahme dieser Straftaten geführt hatte (Wood et al., 2006).

In Erfüllung ihres Auftrags, marginalisierte Drogenkonsumenten zu erreichen haben viele Einrichtungen ihr Leistungsspektrum den Bedürfnissen inhalierender Konsumenten angepasst. Als Reaktion auf die Zunahme des Konsums von Drogen, die geraucht/inhalieren werden, wie beispielsweise Crack, begannen Drogenkonsumeinrichtungen, die ursprünglich nur für injizierende Konsumenten bestimmt waren, damit, ihre Leistungen auf den inhalierenden Konsum auszuweiten. Die diesbezüglich gewonnenen Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Einrichtungen, in denen Drogen unter Aufsicht inhaliert werden können, geeignet sind, die Straßenkriminalität und die Probleme mit der Polizei zu verringern (DeBeck et al., 2011). Diese Änderung des Leistungsangebots kann in vielen Ländern beobachtet werden und erfolgt auch vor dem Hintergrund einer sinkenden Prävalenz des injizierenden Heroinkonsums und der vermehrten Inanspruchnahme opioidgestützter Substitutionstherapien.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bereitstellung überwachter Drogenkonsumräume die folgenden Vorteile mit sich bringen kann:

- Verbesserungen im Hinblick auf einen sicheren, hygienischen Drogenkonsum – insbesondere für Konsumenten, die solche Einrichtungen regelmäßig aufsuchen –,
- verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten sowie
- Eindämmung des Drogenkonsums in der Öffentlichkeit und der damit verbundenen Störungen der öffentlichen Ordnung.

Es gibt keine Belege dafür, dass die Verfügbarkeit von Einrichtungen, die einen sicheren injizierenden Drogenkonsum ermöglichen, zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder einer Erhöhung der Häufigkeit des injizierenden Konsums führt. Die Aufnahme einer Behandlung oder Therapie wird durch Konsumräume nicht verzögert, sondern eher beschleunigt. Zudem gibt es keine Hinweise darauf, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen eine Zunahme der örtlichen Drogenkriminalität zur Folge hat.

Schlussbemerkung

Drogenkonsumräume sind geeignet, besonders gefährdete Drogenkonsumenten, die nicht bereit oder willens sind, den Drogenkonsum aufzugeben, zu erreichen und mit ihnen in Kontakt zu bleiben. In einer Reihe europäischer Städte ist der überwachte Drogenkonsum mittlerweile integraler Bestandteil der im Rahmen der Dro-

genbehandlungssysteme angebotenen niedrigschwelligen Hilfen. In der Schweiz und in Spanien wurden einige Drogenkonsumräume geschlossen, was einerseits darauf zurückzuführen war, dass der injizierende Drogenkonsum und damit der Bedarf an solchen Diensten zurückging; zum anderen wurden sie durch Diamorphin-Programme abgelöst. Zuweilen spielten dabei aber auch Kostenüberlegungen eine Rolle. In Griechenland wurde der Betrieb einer im Oktober 2013 eröffneten Konsumeinrichtung aufgrund von Verzögerungen bei der Verabschiedung einer entsprechenden Rechtsgrundlage nach neun Monaten ausgesetzt, und der Anbieter arbeitet derzeit gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium daran, die Voraussetzungen für die Wiedereröffnung des Drogenkonsumraums zu schaffen. In den Niederlanden wurden Kürzungen vorgenommen, da die Besucherzahlen aufgrund der erfolgreichen Einführung eines anderen Programms zurückgingen. Dieses neue Programm (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang) zielt darauf ab, Obdachlose in (betreuten) Unterkünften unterzubringen, in denen häufig auch Drogenkonsum gestattet ist. Die Alkoholkonsumräume, die sich häufig in demselben Gebäude, aber in getrennten Räumlichkeiten befinden, werden in den Niederlanden zunehmend mit Drogenkonsumeinrichtungen kombiniert (The Netherlands Reitox Focal Point, 2017).

Veränderungen im Drogenmarkt, die zum Anstieg des injizierenden Konsums von Drogen, – einschließlich neuer psychoaktiver Substanzen – führen, können stark erhöhte Risiken für Drogenkonsumenten mit sich bringen, wie örtliche HIV-Ausbrüche in Athen, Glasgow und Luxemburg eindrücklich zeigen (EMCDDA, 2019). In diesem Zusammenhang wurden in mehreren europäischen Städten Forderungen nach der Einrichtung von Drogenkonsumräumen laut, die derzeit Gegenstand der politischen Debatte sind. Als Anbieter niedrigschwelliger Dienste, die in unmittelbarem Kontakt mit den Drogenkonsumenten stehen, bekommen die Mitarbeiter der Drogenkonsumräume häufig als Erste Einblick in neue Muster des Drogenkonsums und spielen damit eine Rolle bei der frühzeitigen Ermittlung neuer und sich abzeichnender Trends in den besonders gefährdeten Populationen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen.

Dieser Artikel ist eine überarbeitete und ergänzte Fassung der EMCDDA-Publikation *Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten* (2018). Perspectives on Drugs, Lissabon: EMCDDA. Englische interaktive Online-Version: <http://www.emcdda.europa.eu/>

topics/pods/drug-consumption-rooms – inkl. video.

Literatur

- Belackova, V. et al. (2017). *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity*. Report. International Network of Drug Consumption Rooms. Available at: http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/survey_2017/INDCR_report.pdf
- Belackova, V. et al. (2019). Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug and Alcohol Review*, 38 (4), 406–422. doi:10.1111/dar.12919
- Belackova, V. & Salmon, A. M. (2017). *Overview of international literature: supervised injecting facilities & drug consumption rooms/uniting medically supervised injecting rooms* (1st ed.). Sydney: Uniting MSIC. Available at: https://uniting.org/__data/assets/pdf_file/0020/153209/Overview-of-International-literature.PDF
- DeBeck, K. et al. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113 (2–3): 172–176. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023
- EMCDDA (2019). *Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11442/20192115_TD0219248ENN_PDF.pdf
- Fitzgerald, J., Burgess, M. & Snowball, L. (2010). Trends in property and illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross: An update. NSW Bureau of Crime Statistics and Research. *Crime*, 51, 1–6. Available at: <https://www.bocsar.nsw.gov.au/Documents/BB/bb51.pdf>
- Freeman, K. et al. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24 (2), 173–184. doi:10.1080/09595230500167460
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. EMCDDA technical papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/339/Consumption_rooms_101741.pdf
- Hedrich, D. & Hartnoll, R. (2015). Harm reduction interventions. In N. El-Guebaly, G. Carrá & M. Galanter (Eds.), *Textbook of addiction treatment: international perspectives* (pp. 1291–1313). doi:10.1007/978-88-470-5322-9

- Hedrich, D., Kerr, T. & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. (pp. 305–331). Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2810/29497
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G. & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: The French paradox. *International Journal of Drug Policy* 24 (6), 628–630. doi:10.1016/j.drugpo.2013.05.008
- Kennedy, M. C., Karamouzian, M. & Kerr, T. (2017). Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14 (5), 161–183. doi:10.1007/s11904-017-0363-y
- Kerr, T. et al. (2007). The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Current HIV/AIDS Reports*, 4 (4), 158–164. doi:10.1007/s11904-007-0023-8
- Kerr, T. et al. (2017). Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14 (1), 28. doi:10.1186/s12954-017-0154-1
- Kimber, J. et al. (2003). Drug consumption facilities: An update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 22(2). doi:10.1080/095952301000116951
- Kimber, J. et al. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. In T. Rhode & D. Hedrich (Eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 115–164). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101268_EN_emcdda-harmred-mon-ch5-web.pdf
- Lloyd-Smith, E. et al. (2008). Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*, 8, 405. doi:10.1186/1471-2458-8-405
- Marshall, B. D. L. et al. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*, 377 (9775), 1429–1437. doi:10.1016/S0140-6736(10)62353-7
- Milloy, M. J. & Wood, E. (2009). Commentary: Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104 (4), 620–621. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x
- Poschadel, S. et al. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos. Verfügbar unter: <http://www.nomos-shop.de/Bundesministerium-für-Gesundheit-Poschadel-Höger-Schnitzler-Schreckenberger-Evaluation-Arbeit-Drogenkonsumräume-Bundesrepublik-Deu/productview.aspx?product=849>
- Potier, C. et al. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48–68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012
- Salmon, A. M. et al. (2007). Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 18 (1), 46–53. doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.010
- Smith, P. et al. (2019). How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation, *Addiction science & clinical practice. BioMed Central*, 14 (1), 40. doi:10.1186/s13722-019-0169-x
- Taylor, H. et al. (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, 16 (1), 1–7. doi:10.1186/s12954-019-0319-1
- The Netherlands Reitox Focal Point (2017). *2016 Workbook harms and harm reduction*. Submitted to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- Thein, H. H. et al. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16 (4), 275–280. doi:10.1016/j.drugpo.2005.03.003
- Vander Laenen, F. et al. (2018). *Feasibility study on Drug consumption rooms in Belgium*. Ghent: Belgian Science Policy Office (BELSPO).
- Vecino, C. et al. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25 (4), 333–338. doi:10.20882/adicciones.35
- Wood, E. et al. (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171 (7), 731–734. doi:10.1503/cmaj.1040774
- Wood, E. et al. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102 (6). doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01818.x
- Wood, E. et al. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 4, 1–4. doi:10.1186/1747-597X-1-Received

- Woods, S. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: organisational overview*. Amsterdam. Available at: http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/pdf/dcr_in_europe.pdf
- Zurhold, H. et al. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33 (3), 663–688. doi:10.1177/002204260303300308

**Dagmar Hedrich**

Diplom-Psychologin

Lead Scientist Harm Reduction bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) in Lissabon. Seit 1985 im Drogenbereich tätig mit Schwerpunkt Schadensminderung und Sucht im Gefängnis. dagmar.hedrich@emcdda.europa.eu