

Drogenkonsumräume in Deutschland

Datenjahr 2024



Impressum

Herausgebende Institutionen:

**Deutsche Beobachtungsstelle für
Drogen und Drogensucht**

© IFT Institut für Therapieforschung gGmbH

Leopoldstraße 175

D-80804 München, Deutschland

Tel.: 089 / 36 08 04-0

Fax: 089 / 36 08 04-19

www.dbdd.de

ift@ift.de

© **Deutsche Aidshilfe e.V.**

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030 / 69 00 87- 0

Fax: 030 / 69 00 87- 42

www.aidshilfe.de

dah@aidshilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft

Drogenkonsumräume

www.drogenkonsumraum.de

Konzeption und Text:

Dr. Heiko Bergmann

Esther Neumeier

Dirk Schäffer

Titelgrafik:

StudioM1

Gestaltung, Grafik:

Carmen Janiesch

Zitationsvorschlag:

Bergmann, H., Neumeier, E., Schäffer, D. (2026).

Drogenkonsumräume in Deutschland 2024.

DBDD: München & DAH: Berlin.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

4 Zusammenfassung

5 Einleitung

5 Methode

6 Ergebnisse

6 Öffnungszeiten der DKR

6 Nutzer*innen

7 Konsumplätze

7 Konsumvorgänge

8 Konsumvorgänge nach Substanzen

9 Not- und Todesfälle

9 Beratungen & Vermittlungen sowie
Safer-Use-Informationen

9 Konsumutensilien

10 Berichtete allgemeine Auffälligkeiten

10 Trends der Erhebungen 2023 und 2024

11 Diskussion

15 Literatur

Zusammenfassung

Hintergrund

In Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Aidshilfe e.V., dem IFT Institut für Therapieforschung sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Drogenkonsumräume wurde für das Datenjahr 2024 eine deutschlandweite Erhebung unter den Drogenkonsumräumen (DKR) in Deutschland durchgeführt. Im Jahr 2024 wurden in Deutschland insgesamt 33 DKR zumindest zeitweise betrieben.

Methode

Es wurde eine Fragebogenerhebung unter allen 33 DKR durchgeführt, von denen sich 32 an der Erhebung beteiligten. Für den fehlenden DKR wurden die Daten aus dem Vorjahr übernommen, so dass die Ergebnisse auf allen 33 DKR basieren.

Ergebnisse

Die teilnehmenden DKR verfügten im Jahr 2024 über insgesamt 363 Konsumplätze, wobei es geringfügig mehr Plätze gab, die ausschließlich für den inhalativen Konsum bestimmt waren (42 %) als Plätze für ausschließlich i.v. Konsum (40 %). Die übrigen Plätze waren flexibel nutzbar. Nahezu alle DKR haben regulär montags bis freitags geöffnet, knapp zwei Drittel auch samstags und etwa die Hälfte auch sonntags. Im Mittel haben DKR 49 Stunden pro Woche geöffnet.

Insgesamt zählten die 33 teilnehmenden DKR knapp 21.500 unterschiedliche Nutzer*innen, von denen 82,9 % männlich waren. Knapp über 70 % der Nutzer*innen waren zwischen 36 und 55 Jahren alt. Die DKR registrierten knapp 850.000 Konsumvorgänge. Hierbei gab es 750 Notfälle, aber keinen Todesfall nach der Nutzung eines DKR. Mit einem Anteil von knapp 50 % entfielen weiterhin die meisten Konsumvorgänge auf Opiode, wobei hier Heroin den mit Abstand größten Anteil hatte. Crack wies einen Anteil von circa 24 % aller Konsumvorgänge in den DKR auf, Kokain einen Anteil von knapp 12 %. Ein Cocktail aus Kokain/Crack und Opioiden wurde in etwa 13 % der Vorgänge regis-

triert. Der Konsum von Amphetaminen, Benzodiazepinen sowie weiterer Substanzen oder Substanzkombinationen spielte eine untergeordnete Rolle.

Die häufigste Konsumform war der inhalative Konsum, auf den beinahe 60 % der Konsumvorgänge entfielen. Hierauf folgte mit etwa 34 % der intravenöse Konsum und mit deutlichem Abstand (knapp 3 %) der nasale Konsum.

Von 33 Einrichtungen konnten insgesamt 23 Angaben zu Beratungen und Vermittlungen im DKR und/oder dem angeschlossenen Kontaktcafé machen. Diese Einrichtungen boten im Jahr 2024 circa 52.000 Beratungen oder Vermittlungen in weiterführende Angebote an, sowie gut 70.000 Safer-Use-Hinweise. Dies entspricht bei ca. 8,5 Kontakte je Nutzer*in dieser 23 Einrichtungen. Diese Zahlen umfassen die Angebote sowohl direkt im DKR, als auch im angeschlossenen Kontaktcafé, sofern vorhanden. Diskussion

Diskussion

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hier um Durchschnittswerte über alle 33 teilnehmenden DKR handelt. Die Unterschiede bei den Konsumvorgängen, Konsumplätzen sowie Anzahl Beratungen und Vermittlungen waren zwischen den einzelnen DKR zum Teil sehr groß.

Die Ergebnisse zeigen trotz aller Unterschiede, dass Drogenkonsumräume eine bedeutsame Rolle in der Schadensminderung einnehmen können. Selbst bei einer hohen Zahl an Konsumvorgängen gelingt es, akute gesundheitliche Risiken zu kontrollieren und Todesfälle verhindern. Gleichzeitig erreichen sie eine besonders vulnerable und oft schwer zugängliche Zielgruppe und ermöglichen durch wiederholte Kontakte eine Anbindung an weiterführende Hilfsangebote. Die hohe Zahl an Beratungen und Safer-Use-Interventionen unterstreicht ihre Bedeutung als niedrighschwellige Schnittstelle im Suchthilfesystem.

Diese Publikation soll dazu beitragen, die öffentliche Debatte zu versachlichen und eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Drogenkonsumräume zu schaffen.

Einleitung

Drogenkonsumräume (DKR) sind geschützte Einrichtungen, in denen Konsumierende selbst mitgebrachte illegale Substanzen unter hygienischen Bedingungen und unter Aufsicht von Fachpersonal konsumieren können. DKR folgen damit einem klassischen schadensmindernden bzw. „Harm Reduction“ Ansatz, indem die gesundheitlichen Risiken des ohnehin stattfindenden Substanzkonsums verringert und Überdosierungen sowie Infektionen und schwere Folgeerkrankungen durch Bereitstellung hygienischer Konsumbedingungen vermieden werden sollen. DKR sollten jedoch nicht auf die Möglichkeit dieses Substanzkonsums reduziert werden. Vielmehr gehen das Serviceangebot sowie die gesetzlich vorgeschriebenen (§ 10 a BtMG) Ziele von DKR deutlich darüber hinaus: So klären DKR über die Risiken des Substanzgebrauchs auf und stellen Safer-Use-Hinweise bereit. Über DKR werden zudem Kontakte zu sonst kaum erreichten Konsumierenden geknüpft und aufrechterhalten, um in der Folge auch die Motivation zu erhöhen, weiterführende Unterstützung und Hilfen anzunehmen (Vermittlung in andere Dienste wie z. B. Entgiftung und Entwöhnung, Substitution, soziale Dienste, medizinische Behandlung etc.) und damit Perspektiven jenseits der Drogenszene aufzubauen. Ein weiteres – ordnungspolitisches – Ziel besteht darin, die Belastung der Öffentlichkeit zu reduzieren, indem durch Verlagerung des Konsums in die Einrichtungen Szenebildungen sowie konsumspezifische Verunreinigungen (Spritzen, Tablettenblister etc.) in der Öffentlichkeit reduziert werden.

Aktuell (Stand Februar 2026) werden in Deutschland 34 DKR in acht verschiedenen Bundesländern betrieben. Zuletzt wurde Anfang Juni 2025 ein DKR in Stuttgart eröffnet. Sachsen sowie Schleswig-Holstein, wo bisher keine DKR betrieben werden, haben bereits Landesverordnungen erlassen und planen Eröffnungen von Einrichtungen in Leipzig und Kiel. Weltweit operieren mittlerweile geschätzt über 150 DKR in 18 Staaten. Seit kurzer Zeit gibt es u. a. auch DKR im Vereinigten Königreich (Schottland), Mexiko, Kolumbien und Sierra Leone (Kerr et al., 2025).

Methode

Die vorliegende Erhebung diente einer umfassenden Bestandsaufnahme aller in Deutschland betriebenen DKR. Nachdem bereits im Jahr 2024 eine bundesweite Dokumentation in Zusammenarbeit des IFT Institut für Therapieforschung (IFT), Deutscher Aidshilfe und der Arbeitsgemeinschaft der Drogenkonsumräume erschienen war (Bergmann et al., 2024), sollten zum einen die Daten mit dieser Erhebung fortgeschrieben werden. Zum anderen wurde, um ein noch detaillierteres Bild zeichnen zu können, die Erhebung des Vorjahres um weitere Fragen ergänzt (z. B. Geschlechts- und Altersverteilung, Schnelltests), sowie Fragen erweitert bzw. verfeinert (z. B. separate Erhebung Beratungen/Vermittlungen sowie Safer-Use-Beratungen).

Zu diesem Zweck lud die Deutsche Aidshilfe alle 33 deutschen DKR, die im Jahr 2024 zumindest zeitweise betrieben wurden, zur Teilnahme ein. Insgesamt beteiligten sich 32 der 33 DKR an der Erhebung (Rücklaufquote (96,7 %)). Für den fehlenden DKR wurden behelfsmäßig die Zahlen aus dem Vorjahr übernommen („imputiert“). Dies führt zwangsweise zu leichten Verzerrungen bzw. Ungenauigkeiten. Allerdings sind diese als gering einzuschätzen, da es sich beim fehlenden DKR um eine kleinere Einrichtung handelte, deren Zahlen für die bundesweite Auswertung weniger stark ins Gewicht fallen. Es überwiegt somit der Vorteil, dass durch die erfolgte Imputation Vergleiche zwischen Ergebnissen aus diesem Jahr mit denen aus dem Vorjahr leichter gezogen werden können.

Eines der drei Berliner Konsummobile zog Mitte 2024 vom Görlitzer Park in den Anita-Berber-Park um. Da für die beiden Standorte zwei separate Fragebögen ausgefüllt wurden, wurden zu Auswertungszwecken diese beiden Fragebögen zu einem gemeinsamen Datensatz zusammengefasst.

Der Online-Fragebogen wurde mit dem Online-Survey-Tool SoSci programmiert, die Auswertungen in Microsoft Excel vorgenommen. Im Abschnitt „Ergebnisse“ werden in der Regel aufsummierte Kennzahlen über alle 33 DKR angegeben (z. B. Summe der Anzahl der Konsumvorgänge bundesweit). Da einige wenige teil-

nehmende DKR im Vergleich zu den übrigen DKR sehr hohe Nutzer*innen- und Konsumzahlen aufwiesen, wird bei den sogenannten Lagemaßen der Median anstatt des Mittelwertes (bzw. arithmetisches Mittel) angegeben, da letzterer in diesen Fällen das Bild eher verzerrt (siehe Infokasten 1).

Infokasten 1:

Mittelwert („arithmetisches Mittel“) vs. Median

Im Alltag verwenden wir meist den Mittelwert, um die zentrale Information aus verschiedenen Beobachtungen (in unserem Fall: Beobachtungen aus 33 DKR) zusammenzufassen. Dafür werden alle Werte aufaddiert und durch die Anzahl der Beobachtungen geteilt. Diese Art der Berechnung ist aber sehr anfällig für Verzerrungen durch einzelne sehr hohe oder sehr niedrige Werte („Ausreißer“), die in der DKR-Erhebung häufig vorkommen. Deshalb verwenden wir hier statt des Mittelwerts den **Median**. Das ist der Wert, der genau in der Mitte einer Datenreihe liegt, die nach ihrer Größe sortiert ist. Er ist wesentlich robuster, wird also durch Ausreißer kaum verzerrt. Zusätzlich zeigen wir im Bericht auch entweder die Verteilung aller Werte in Grafiken oder geben Minimal-/Maximal-Werte an, um die große Bandbreite darzustellen.

Rechenbeispiel für alle, die es genau wissen wollen: DKR können die Anzahl an Konsumvorgängen angeben. Nehmen wir an, sieben DKR haben folgende Vorgänge angegeben:

DKR können die Anzahl an Konsumvorgängen angeben. Nehmen wir an, sieben DKR haben folgende Vorgänge angegeben:

DKR1	DKR2	DKR3	DKR4	DKR5	DKR6	DKR7
700	700	750	900	950	1.500	22.500

Der Mittelwert wäre hier 4.000 Konsumvorgänge je DKR (man sieht leicht: das ist weit weg von der Realität der allermeisten DKR). Der Median beträgt hingegen 900 (Wert des „mittleren“ DKR4) und ist wesentlich näher an den „üblichen“ Angaben.

Ergebnisse

Öffnungszeiten der DKR

Alle 33 DKR waren an mindestens fünf Tagen pro Woche regulär geöffnet, 14 DKR (42,4 %) sogar täglich. Montags, dienstags, donnerstags und freitags hatten alle 33 DKR geöffnet, lediglich mittwochs blieb einer der DKR regulär geschlossen (Abbildung 1). Im Median hatten die DKR 49 Stunden pro Woche geöffnet, wobei diese Öffnungszeiten zwischen 16 und 105 Stunden variierten. Im Vergleich zum Jahr 2023 (Median 47 Stunden) wurden die Öffnungszeiten im Jahr 2024 damit etwas ausgeweitet.

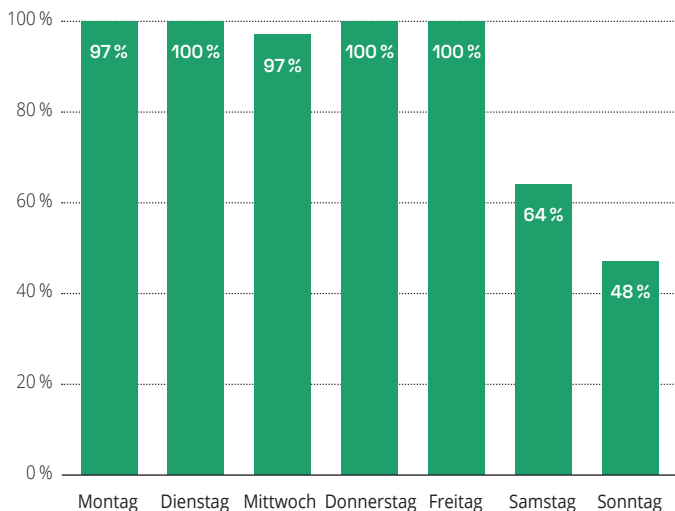


Abbildung 1: Anteil der DKR, die an den jeweiligen Wochentagen im Jahr 2024 regulär geöffnet hatten.

Nutzer*innen

Im Jahr 2024 verzeichneten die 33 DKR insgesamt 21.472 unterschiedliche Nutzer*innen. Dabei gaben n=25 DKR an, dass ihre Angaben auf einer exakten Zählung basierten, n=7 DKR gaben eine Schätzung an, in n=1 DKR wurden die Angaben aus dem Vorjahr übernommen (siehe Abschnitt Methode). Von den Nutzer*innen waren 82,9 % männlich, 16,9 % weiblich und 0,2 % divers/non-binär (30 der 33 DKR konnten hierzu Angaben

Knapp 21.500 Personen nutzten im Jahr 2024 Drogenkonsumräume.

machen). Die Altersverteilung zeigt, dass 40,1 % der Nutzer*innen zwischen 36 und 45 Jahren alt sind, 31,2 % der Nutzer*innen zwischen 46 und 55 Jahren. Hier ist anzumerken, dass die Frage zur Altersverteilung lediglich elf DKR beantworten konnten (siehe Abbildung 2).

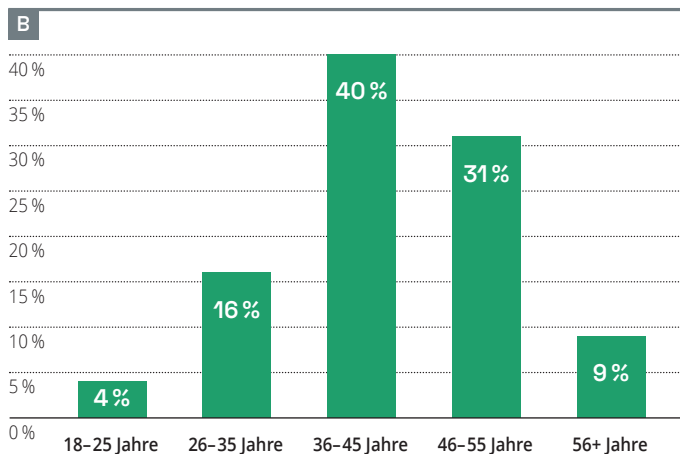
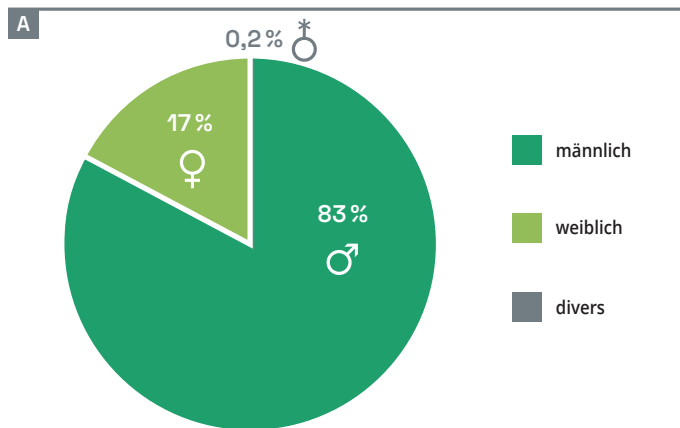


Abbildung 2: Demographische Angaben zu den Nutzer*innen der DKR. (A) Prozentuale Geschlechterverteilung (basierend auf 30 DKR). (B) Prozentuale Anteile der Altersklassen (basierend auf 11 DKR).

Konsumplätze

Die DKR betrieben im Jahr 2024 insgesamt 363 Konsumplätze (Median: 12; Spanne: 4 bis 23 Plätze). Die Mehrheit der Konsumplätze ist mittlerweile für den inhalativen Konsum bestimmt (42,1 %), während 39,9 % der Plätze ausschließlich für den i.v. Konsum vorgehalten werden. Die übrigen 17,9 % der Plätze sind flexibel nutzbar (Abbildung 3). In der Verteilung der Konsumplätze bestanden zum Teil große Unterschiede zwischen den Einrichtungen: So betrug der Anteil

an i.v. Plätzen in einzelnen DKR bis zu 75 % der dort verfügbaren Plätze, in anderen Einrichtungen waren wiederum gut 70 % der Plätze für den inhalativen Konsum bestimmt. In den drei Konsummobilen sowie in drei stationären DKR waren sämtliche Konsumplätze flexibel nutzbar.

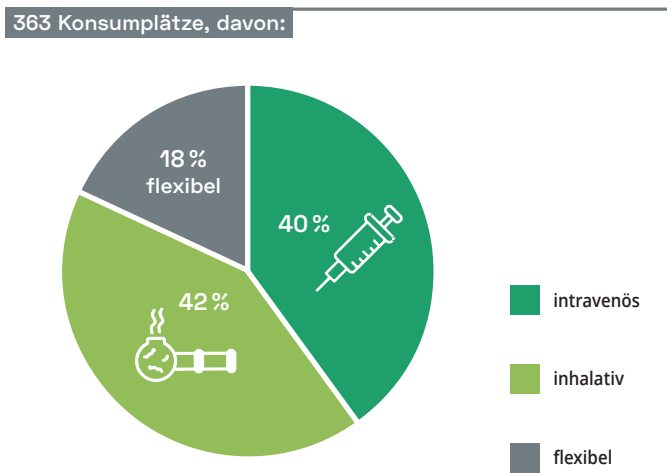


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung von Konsumplätzen nach Konsumform (i.v., inhalativ, flexibel)

Konsumvorgänge

Die DKR registrierten im Jahr 2024 insgesamt 847.946 Konsumvorgänge (KV) (Median: 19.615, Spanne: ca. 2.500 bis ca. 139.000 KV). Mit Ausnahme des DKR, der sich an der diesjährigen Erhebung nicht beteiligte und dessen Zahlen aus dem Vorjahr übernommen wurden, basierten die Angaben auf exakten Zählungen. Im Hinblick auf die Konsumform dominierte mit 59,5 % der inhalative Konsum. In 33,9 % wurden i.v. KV registriert. Nasale KV machten 2,6 % aller KV aus, sonstige Konsumformen 4,0 % (Abbildung 4A).

Auch hier existierten erhebliche Unterschiede zwischen den DKR: Während beispielsweise in n = 5 Einrichtungen der Anteil der i.v. KV über 80 % betrug, lag umgekehrt in n = 8 DKR der Anteil der inhalativen KV über 80 %. In n = 3 DKR betrug der Anteil der nasalen KV über 10 %.

Knapp 850.000 Konsumvorgänge wurden registriert. Dies entspricht pro DKR etwa zehn Konsumvorgänge pro Stunde.

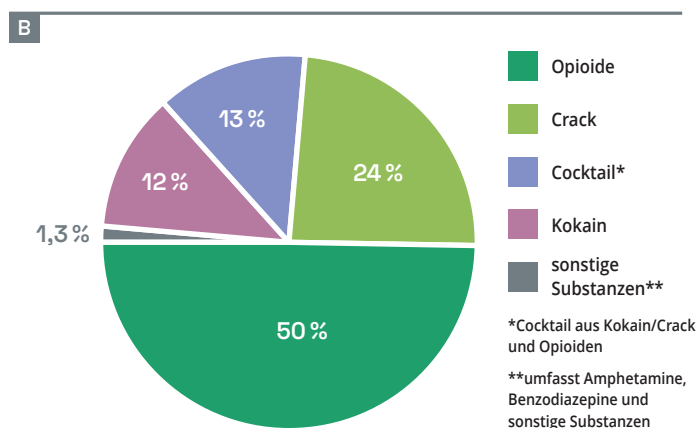
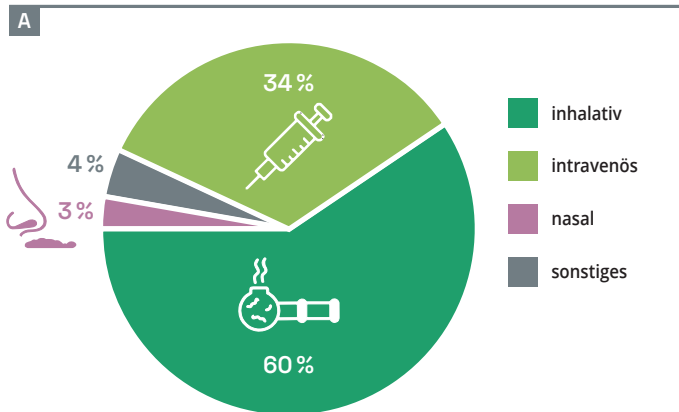


Abbildung 4: Prozentuale Anteile der Konsumvorgänge nach Konsumform (A) bzw. nach Substanz(klasse) (B).

Konsumvorgänge nach Substanzen

Jeder zweite Konsumvorgang entfiel auf Opiode, knapp jeder vierte auf Crack, etwa jeder achte auf Kokain.

Nach wie vor wurden in den 33 DKR mehrheitlich Opiode konsumiert: Knapp jeder zweite KV (49,9 %) entfiel auf diese Substanzgruppe. Knapp jeder Vierte (24,3 %) KV entfiel auf Crack, 11,9 % auf Kokain und 12,7 % auf einen Cocktail aus Kokain/ Crack und Opioiden. Der

Konsum von Amphetaminen (0,3 %), Benzodiazepinen (0,4 %) und sonstigen Substanzen (0,9 %) spielte jeweils eine untergeordnete Rolle (Abbildung 4B).

Zu erwähnen ist hier, dass in lediglich n = 23 DKR gezielte Angaben zum Konsum von Crack gemacht werden

konnten; in den übrigen n = 10 DKR wurden entweder keine Rauchräume betrieben oder der Crack-Konsum war nicht erlaubt bzw. wurde nicht separat von Kokain erfasst. Bei den n = 23 DKR, die explizit Angaben zum Crack-Konsum machen konnten, lag der Anteil der Crack-Konsumvorgänge bei 30,8 % und somit etwas höher. Die Ergebnisse zum Konsum von Amphetaminen und Benzodiazepinen stützten sich auf den Angaben von lediglich 23 bzw. 14 DKR (so ist beispielsweise der Konsum von Benzodiazepinen in den Berliner DKR nicht zulässig).

In Freitexten berichteten n = 4 DKR von einem Anstieg inhalativer KV, n = 2 von vereinzelt Konsum von Nitazenen. Schließlich gaben n = 2 DKR an, dass der i. v. Konsum von Substitutionsmitteln im Jahr 2024 angestiegen sei.

Infokasten 2:

Definition der Konsumformen

Intravenös. Insgesamt n = 21 definierten i. v. Konsum über den tatsächlichen Vorgang (einen „Druck“). Weitere n = 6 definierten diesen über eine Zeiteinheit (n = 3 DKR gaben 30 Minuten, n = 3 DKR 20 Minuten an). Für weitere n = 2 DKR war eine Kombination aus einem Druck und eine Zeiteinheit maßgeblich, für n = 4 DKR der Einlass in den Konsumraum.

Inhalativ. Von den 33 DKR definierten n = 17 einen inhalativen KV über eine Zeiteinheit, wobei diese zwischen 15 und 30 Minuten variierte (je n = 8 gaben 20 bzw. 30 Minuten an, n = 1 DKR 15 Minuten). Weitere n = 7 DKR definierten inhalativen KV über einen Pfeifenkopf bzw. ein Blech. Insgesamt n = 9 DKR definierten diesen ganz anders (u.a. Einlass in den Konsumraum, n = 4).

Nasal. Insgesamt n = 17 DKR definierten einen nasalen KV über eine Line, weitere n = 9 über eine Zeiteinheit (jeweils n = 4 DKR 20 bzw. 30 Minuten). Die übrigen n = 7 DKR definierten einen nasalen KV anders (u.a. Einlass in den Konsumraum, n = 4).

Not- und Todesfälle

DKR als wichtige Überlebensmaßnahme: Erneut wurde in den DKR kein Todesfall verzeichnet

Es wurde im Jahr 2024 erneut kein Todesfall in einem DKR registriert.

In den 33 DKR wurden 750 Notfälle dokumentiert. Auch hier bestanden große Unterschiede zwischen den Einrichtungen: Während n = 14

DKR weniger als zehn Notfälle registrierten, gab es in n = 3 Einrichtungen 80 oder mehr Notfälle. Notfälle wurden dabei definiert als „körperliche und psychische Situationen nach dem Konsum, die das Eingreifen (Sauerstoff, Naloxon, intensive Beobachtung, Notärzte, Talk down etc.) von Mitarbeiter*innen notwendig machen“. Insgesamt n = 3 DKR berichten, dass es mittlerweile genauso viele Notfälle auf der Fläche vor dem eigentlichen DKR wie im DKR selbst gebe.

Beratungen & Vermittlungen sowie Safer-Use-Informationen

Im Gegensatz zur Erhebung aus dem Vorjahr wurde bei der diesjährigen Erhebung zum einen differenziert die Anzahl der Beratungen und Vermittlungen in weiterführende Hilfen sowie die Anzahl der Safer-Use-Informationen abgefragt. Zum anderen wurden diese Angaben getrennt für den DKR selbst sowie einem ggf. an die Einrichtung angeschlossenen Kontaktcafé erhoben. Zu den Fragen konnten insgesamt n = 23 Einrichtungen Angaben machen.

Von diesen machten n = 18 Angaben innerhalb des DKR und n = 11 Angaben zum Kontaktcafé.

DKR. Die n = 18 DKR leisteten 28.446 Beratungen und Vermittlungen (Median 461; Spanne 53 bis 6.415). Die Anzahl der Safer-Use-Informationen betrug 40.902 (Median: 542, Spanne: 14 bis 13.300), wobei hierzu von lediglich n = 15 Einrichtungen Daten vorliegen.

DKR als Türöffner in weiterführende Hilfen: Sie leisteten im Jahr 2024 knapp 52.000 Beratungen/ Vermittlungen.

Kontaktcafé. Die n = 11 Einrichtungen dokumentierten in den an den DKR angeschlossenen Kontaktcafés insgesamt 23.465 Beratungen und Vermittlungen (Median 673; Spanne 136 bis 6.835). Darüber hinaus wurden weitere 29.319 Safer-Use-Informationen registriert; diese Angabe basiert jedoch auf lediglich n = 8 Kontaktcafés.

Summiert man die Beratungen und Vermittlungen sowie Safer-Use-Informationen über sowohl DKR und Kontaktcafé auf, ergaben sich im Jahr 2024 in den n = 23 DKR, die hierzu zumindest eine Angabe machen konnten, insgesamt 122.412 derlei Beratungen.

Schnelltests auf synthetische Opiode. Von den 33 DKR boten im Jahr 2024 insgesamt n = 21 (61,8 %) Einrichtungen Fentanyl-Schnelltests für Heroin an. Weitere n = 7 (20,6 %) DKR boten zudem Schnelltests auf Nitazene an.

Mehr als die Hälfte der DKR boten Schnelltests auf synthetische Opiode an.

Konsumutensilien

Unabhängig zur Frage nach den i. v. Konsumvorgängen, wurde dieses Jahr erstmals erhoben, wie viele Spritzen und Nadeln in den DKR bzw. im ggf. angeschlossenen Kontaktcafé ausgegeben bzw. zurückgenommen wurden. Nur wenige Einrichtungen konnten hierzu Angaben machen. Einzig für die Fragen nach ausgegebenen Spritzen und ausgegebenen Nadeln im jeweiligen Kontaktcafé liegt für eine zweistellige Anzahl Einrichtungen Daten vor. So gaben n = 10 Einrichtungen im Jahr 2024 insgesamt 480.717 Spritzen aus (Median: 42.008, Spanne: 5.094 bis 117.500). In n = 11 Kontaktcafés wurden zudem insgesamt 990.859 Nadeln ausgegeben (Median: 70.719, Spanne: 12.291 bis 184.800). Bezieht man die Angaben der ausgegebenen Konsumutensilien in den DKR selbst ein, wurden insgesamt mehr als 1,5 Millionen Nadeln sowie knapp 750.000 Spritzen ausgegeben.

DKR und Kontaktcafés gaben im Jahr 2024 mehr als 1,5 Millionen sterile Nadeln und knapp 750.000 Spritzen aus.

Berichtete allgemeine Auffälligkeiten

Verschiedene Mitarbeitende der DKR beklagen „zunehmende psychische Auffälligkeiten, verschlechterte körperliche Verfassungen“ ihrer Klient*innen, die zum Teil „sehr personalintensiv betreut werden müssen“, eine „Zunahme an latenter Gewaltbereitschaft der Nutzer*innen“ sowie eine allgemein zunehmende Belastung, die folgendes Zitat vermutlich am treffendsten zusammenfasst:

*„Sowohl die psychischen Folgeerscheinungen (gesteigertes Aggressionspotenzial, psychische Auffälligkeiten, Unruhe, Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Hausordnung) als auch die körperlichen (starker gesundheitlicher Abbau, Erschöpfungszustände) der Konsument*innen sorgten für eine große Arbeitsbelastung des Teams.“*

*Die merkbare körperliche Verschlechterung der Besuchenden stellte eine weitere Herausforderung dar. Gekoppelt mit dem fehlenden Versicherungsschutz vieler Besuchenden stieg der Bedarf an Wundversorgungen, die sich zudem oft zeitintensiv gestalteten. Die Weitervermittlung an das Gesundheitssystem erwies sich auch hier als schwierig. (Mitarbeitende*r eines DKR)*

Trends der Erhebungen 2023 und 2024

Vergleiche aus den beiden nun vorliegenden Berichtsjahren sind nicht ohne Weiteres möglich. Dies liegt einerseits daran, dass sich im Vorjahr drei DKR nicht an der Erhebung beteiligten. Andererseits flossen in der diesjährigen Erhebung erstmals Daten aus dem DKR Freiburg ein, der erst im Jahr 2024 den Betrieb aufgenommen hat. Damit unterscheiden sich zunächst die Grundgesamtheiten und können insbesondere die Summen nicht problemlos miteinander verglichen werden. Allerdings konnte für die drei im Vorjahr fehlenden DKR noch ein (geringer) Teil der Daten nacherhoben werden.

Konsumplätze. Während im Jahr 2023 deutschlandweit 347 Konsumplätze betrieben wurden, waren es 2024 363 Konsumplätze (+ 4,6 %). Dies lag zum einen an der Eröffnung des DKR Freiburg mit sieben Konsumplätzen, vereinzelt konnten aber auch in bereits bestehenden Einrichtungen zusätzliche Konsumplätze eingerichtet werden.

Konsumvorgänge. Dank vereinzelter Nacherhebungen liegen für alle DKR Daten zur Gesamtzahl der KV für sowohl 2023 als auch 2024 vor. Klammert man den neu hinzugekommenen DKR Freiburg aus, ergibt sich ein Anstieg der KV von etwa 9,0 % im Vergleich zum Vorjahr. Allerdings registrierte etwa die Hälfte der DKR einen Anstieg, die andere Hälfte einen Rückgang der KV. Der bundesweite durchschnittliche Anstieg der KV wird insbesondere durch einen DKR verursacht, der im Zuge einer Angebotsenerweiterung einen deutlichen Anstieg der KV im Vergleich zum Vorjahr verzeichnete. Lässt man diesen DKR aus den Berechnungen unberücksichtigt, ergäbe sich bundesweit ein nur geringer Anstieg von ca. 1,5 % im Vergleich zum Vorjahr.

Im Fokus: Crack. Für insgesamt n = 16 DKR liegen Daten zur Anzahl der KV von Crack für beide Jahre vor. In der Summe registrierten diese 16 DKR im Jahr 2023 109.739 KV von Crack, im Jahr 2024 waren es 156.170 KV. Dies entspricht einem Anstieg von 44,7 %. Ein beträchtlicher Teil des Anstiegs entfällt auf einen einzigen DKR, der im Zuge einer Angebotsenerweiterung im Jahr 2024 mehr als doppelt so viele Crack-KV verzeichnete wie im Vorjahr. Ohne diesen DKR belief sich der Anstieg an KV von Crack auf 27,4 %.

Anzahl Nutzer*innen. Betrachtet man lediglich die 30 DKR, die sich in beiden Jahren an der Erhebung beteiligt haben und für die Zahlen hierzu vorliegen, ist die Anzahl der Nutzer*innen im Vergleich zum Vorjahr minimal gesunken (-1,9 %). In einem DKR erfolgte im Jahr 2024 eine IT-Umstellung, in deren Folge die Anzahl der Konsumierenden laut Betreiber mutmaßlich nicht vollständig erfasst wurde; klammert man diesen DKR

Der Konsum von Crack verzeichnete zwischen 2023 und 2024 einen Anstieg von 44,7% in den DKR.

aus, ergäbe sich ein Zuwachs um ca. 2 % an Nutzer*innen. Insgesamt ist also von einer stabilen Zahl an Nutzer*innen auszugehen.

Anzahl Beratungen, Vermittlungen, Safer-Use-Hinweise. Während im Vorjahr deren Anzahl auf etwa 52.000 angegeben wurde, stieg diese Zahl in diesem Jahr auf mehr als doppelt so viele (122.000). Dieser Anstieg ist jedoch primär der Präzisierung und Ausweitung der Frage geschuldet. Während im Vorjahr allgemein die Anzahl der Beratungen und Vermittlungen abgefragt wurde und zumindest für einige DKR unklar war, ob hierunter auch Safer-Use-Hinweise gefasst werden sollten, wurden in der aktuellen Erhebung die Anzahl der Beratungen und Vermittlungen sowie die Anzahl der Safer-Use-Hinweise separat erhoben. Darüber hinaus wurden die Daten getrennt für die DKR und einen ggf. angeschlossenen Kontaktcafé erfragt. Die in diesem Jahr ermittelten Daten stellen somit eine deutlich realistischere Abbildung des umfassenden Beratungsangebots der DKR dar.

Diskussion

Mit Ausnahme eines einzigen DKR konnten alle Einrichtungen, die im Jahr 2024 zumindest zeitweise einen DKR betrieben, erreicht werden; Daten des fehlenden DKR wurden imputiert. Die deutschen DKR betrieben im Jahr 2024 insgesamt 363 Konsumplätze, registrierten etwa 21.500 unterschiedliche Personen sowie rund 850.000 Konsumvorgänge. Die häufigste Konsumform war auch im Jahr 2024 der inhalative Konsum mit einem Anteil von knapp 60 % (i. v.: 34 %). 19 der 33 DKR boten – teils zusammen mit den dort angeschlossenen Kontaktcafés – gut 122.000 Beratungen, Vermittlungen sowie Safer-Use-Hinweise an; von den restlichen DKR liegen keine Daten hierzu vor. Es wurden im Jahr 2024 in allen DKR insgesamt 750 Notfälle, aber kein Todesfall verzeichnet.

DKR als Mittel zur Vermeidung von Todesfällen und Infektionskrankheiten

Drogenkonsumräume verhindern Drogentodesfälle bei einer vulnerablen Gruppe von Nutzer*innen. Wie bereits im Jahr 2023 war auch im Jahr 2024 kein Todesfall nach dem Konsum illegaler Substanzen zu verzeichnen. Im Hinblick auf das hohe Niveau von drogenbedingten Todesfällen mit mehr als 2.000 Fällen in den Jahren 2023 und 2024 (Neumeier et al., 2026) und auf Grundlage der zwar schwachen, aber durchweg positiven Evidenz für mögliche Effekte auf die Reduktion der Mortalität von Drogenkonsumierenden (vgl. EUDA, 2026) sollte überlegt werden, ob ein konsequenter Ausbau dieser Einrichtungen auch in jenen Bundesländern, die bisher nicht über solche Einrichtungen verfügen, die Zahl der drogenbedingten Todesfälle zumindest in dieser vulnerablen Gruppe reduzieren könnte.

Die DKR einschließlich der angeschlossenen Kontaktcafés haben im Jahr 2024 mehr als 1,5 Millionen sterile Nadeln sowie knapp 750.000 Spritzen ausgegeben. Da lediglich 16 Einrichtungen hierzu Angaben machen konnten, liegen die tatsächlichen Anzahlen höher. Auch wenn keine abschließende Evidenz zur Vermeidung oder Reduzierung von HIV und Hepatitiden durch die Nutzung von DKR vorliegen (Palmateer et al., 2022), legt diese konsequente Vergabe von Konsumutensilien

und das Verbot der gemeinsamen Nutzung von Utensilien in DKR nahe, dass DKR einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von HIV und Hepatitis-Neuinfektionen leisten. In Anbetracht der hohen und in den letzten Jahren steigenden Zahl von HIV-Neuinfektionen (Robert Koch-Institut, 2025) und der hohen Belastung durch Hepatitis-C-Infektionen unter Menschen mit injizierendem Drogengebrauch könnte eine Ausweitung dieser Maßnahmen die Infektionsprophylaxe fördern (Zimmermann et al., 2023).

Erreichung weiterer Gruppen

Die Daten dieser Erhebung zeigen, dass lediglich 4 % der Nutzer*innen unter 25 Jahre alt sind. Junge Konsument*innen, die illegale Substanzen konsumieren, scheinen aktuell mit DKR also nur sehr eingeschränkt erreicht zu werden. Die Zahlen drogenbedingter Todesfälle unter den unter-30-Jährigen sind zuletzt angestiegen (Neumeier et al., 2026), ebenso z. B. die Anzahl an jüngeren Personen, die aufgrund des Konsums von Opioiden in der stationären Rehabilitation aufgenommen werden (Bergmann et al., 2026). Vor diesem Hintergrund sollte diskutiert werden, wie die Angebote von DKR attraktiver für junge Konsument*innen gestaltet werden können bzw. neue Zielgruppen für supervidierten Konsum angesprochen werden können. Dies könnte wichtige Impulse zur Vermeidung oder Verringerung gesundheitlicher und sozialer Schäden in dieser Gruppe leisten und diese an die Suchthilfe heranführen. Auch eine Ausweitung der Erlaubnis zum Konsum weiterer Substanzen wie Amphetamine oder Benzodiazepine erscheint fachlich angemessen. Eine große Stärke von DKR liegt schließlich darin, dass zunächst überhaupt Kontakt zu Konsumierenden hergestellt werden kann, um in der Folge integrierte und weiterführende Hilfsangebote vermitteln zu können.

Der Anteil drogengebrauchender Frauen, die die Angebote von DKR nutzen, lag 2024 bei 16,9 %. Gendersensible Ansätze können zur Erreichung von Frauen beitragen. Frauen müssen oft andere Barrieren überwinden als Männer (z. B. Angst vor Sorgerechtsverlust, Stigmatisierung, Betreuungspflichten, Gewalterfahrungen). Um den Anteil drogengebrauchender Frauen als Nutzerinnen von DKR zu erhöhen, gilt es Modelle zu etablieren, die die Nutzung von Drogenkonsumräumen von

Frauen fördern können. Exemplarisch seien hier spezielle Öffnungszeiten ausschließlich für Frauen genannt.

Trends: Verstärkter Crack-Konsum und Ausbau des inhalativen Konsums

Im Vergleich zu 2023 (109.739 KV) wurden 2024 (156.170 KV) deutlich mehr KV von Crack registriert. So lag auch der Anteil der Crack-KV an allen KV im Jahr 2023 noch bei 19,4 %, im Jahr 2024 bereits bei 24,3 %. Insgesamt 13 der 16 Einrichtungen, für die Daten vorliegen, verzeichneten einen Anstieg der Crack-KV zwischen diesen beiden Jahren. Der Crack-Konsum ist für die DKR und die Mitarbeitenden mit großen Herausforderungen verbunden.

Insgesamt wurde in den vergangenen Jahren ein Rückgang des i.v.-Konsums in den DKR registriert. Beispielsweise stieg der Anteil des nicht-intravenösen Konsums in den Frankfurter DKR zwischen 2013 und 2023 von 5 % auf 34 % (Stöver et al., 2024). In den zwölf DKR in Nordrhein-Westfalen stieg der inhalative Konsum zwischen 2018 und 2024 von 52 % auf 73 % (Pauly & Jeschky, 2025). Diese Entwicklung ist zum Teil auch dem steigenden Crack-Konsum geschuldet. Ein weiterer Ausbau von Rauchplätzen wäre vor diesem Hintergrund essenziell. So wurde beispielsweise im größten Frankfurter DKR (Niddastraße) im Zuge des Umbaus die Anzahl an Rauchplätzen deutlich erhöht (Stadt Frankfurt, 2025). Darüber hinaus sollten alternative DKR-Modelle wie z. B. Zelte für den inhalativen Konsum diskutiert werden.

Weiterentwicklung der DKR

Sowohl die Träger von DKR als auch Fachverbände sowie die auf kommunaler und Landesebene verantwortlichen Behörden diskutieren seit einiger Zeit, mit welchen Maßnahmen der zunehmend sichtbare Konsum illegaler Substanzen, der mit dem dauerhaften Aufenthalt von drogengebrauchenden Menschen im öffentlichen Raum einhergeht, reduziert werden kann. Hierbei sollen gleichsam mehr Menschen mit dem Hilfesystem in Verbindung gebracht werden, um ihnen bedarfsgerechte Hilfen anzubieten. Erfahrungswerte aus dem Ausland, vor allem aus der Schweiz, können für weitere Diskussionen hilfreich sein.

Wohnraum und Zwischenlösungen schaffen. Durch die Zunahme von wohnungslosen Menschen (Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen, 2024), darunter auch Drogengebrauchenden¹, kommt es vorrangig in Großstädten zum vermehrten Aufenthalt und Drogenkonsum in der Öffentlichkeit. Perspektivisch kann diese Situation nur durch die Bereitstellung von Wohnraum in eigenen Wohnungen, wie auch in Wohnprojekten der Drogenhilfe verändert werden. Da dies aber zumindest kurzfristig nicht umfassend realisierbar scheint, gilt es Zwischenschritte zu vereinbaren, ohne das übergeordnete Ziel aus dem Auge zu verlieren. Diese Zwischenlösungen können beispielsweise den Ausbau von Notübernachtungsstellen für Konsumierende oder die Ermöglichung von Konsummöglichkeiten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beinhalten.

Tolerierte Weitergabe illegaler Substanzen

Die Zürcher Kontakt- und Anlaufstellen (K&A) mit DKR haben mit der Stadt Zürich strukturelle Veränderungen vereinbart, um die Zielgruppen effektiver zu erreichen, aber auch für mehr öffentliche Sicherheit und Ordnung zu sorgen. Dabei spielt die Toleranz des Mikrohandels von illegalen psychoaktiven Substanzen innerhalb der Einrichtungen eine zentrale Rolle im sogenannten „Zürcher Modell“. Offene Drogenszenen können so bestenfalls reduziert oder gar aufgelöst werden; es gelang, den Aufenthalt und Konsum im öffentlichen Raum deutlich zu reduzieren (Meyer, 2025). Dabei bleibt der Handel mit illegalen Betäubungsmitteln in der Schweiz – wie in Deutschland – verboten. In den Kontakt- und Anlaufstellen in der Schweiz wird der Handel aber von der Politik, der Polizei und dem Personal der Einrichtungen unter strengen Bedingungen toleriert (u.a. Kleinhandel nur zwischen Nutzer*innen des DKR, kein sichtbarer Austausch von Geld, Ausweisierung eines bestimmten Bereichs).

Es liegen keine Hinweise vor, dass der Kleinhandel in einer offenen Drogenszene durch die Polizei langfristig effektiv unterbunden werden kann. Vor diesem Hintergrund ist zu diskutieren, ob sich Drogenkonsument*in-

nen ihre Substanzen weiterhin unkontrolliert im öffentlichen Raum beschaffen und konsumieren sollen (mit der Gefahr einer Sogwirkung, Gewalt und oftmals einer starken Verwahrlosung dieser Menschen, da bestehende Hilfen nicht in Anspruch genommen werden) oder ob dies besser unter strengen Vorgaben innerhalb der Einrichtungen der Suchthilfe ermöglicht werden sollte. DKR können zur Veränderung dieser Situation zukünftig eine wesentliche Rolle spielen (Meyer, 2025). Darüber hinaus wurden in der Schweiz weitere DKR eingerichtet. Auch in deutschen Großstädten, die u.a. über DKR verfügen, werden solche Veränderungen diskutiert (Albrecht, 2025).

Drugchecking und Substanzanalyse in DKR. Im Sommer 2024 hat der Bundesgesetzgeber §10b BtMG novelliert und somit den Bundesländern die rechtliche Möglichkeit eröffnet, Landesverordnungen zur Etablierung von Drugchecking Programmen zu erlassen. So haben inzwischen fünf Bundesländer Rechtsverordnungen zum Drugchecking verabschiedet, ein weiteres Bundesland (Berlin) hatte Drugchecking bereits ohne entsprechende Verordnung implementiert, allerdings nicht für Drogenkonsumräume (Stand: Ende März 2026). Vier weitere Bundesländer arbeiten derzeit an einer entsprechenden Verordnung. Der weitere Ausbau von Drugchecking würde eine wichtige Erweiterung des Angebotsportfolios von DKR bedeuten.

Hierbei gilt es die Herausforderung zu meistern, dass die Nutzer*innen von DKR, die ihre Substanzen in der Regel zum sofortigen Konsum erwerben, eine zeitnahe Rückmeldung zur getesteten Substanz erhalten müssen. Dies scheint aktuell am ehesten mit einem abgestuften System möglich zu sein. Neben den bereits in den meisten DKR zum Einsatz kommenden Schnelltests zur Erkennung von synthetischen Opioiden wie Nitazenen und Fentanyl wird derzeit der Einsatz anderer Verfahren getestet wie z. B. die Dünnschichtchromatographie (DC/TLC), welches ein einfaches chromatographisches Verfahren, bei dem Substanzen auf einer Platte getrennt und durch Vergleich mit Standards identifiziert werden, darstellt². Darüber hinaus werden auch spektroskopische Verfahren (IR/Raman)

1 So liegt der Anteil der Personen in prekären Wohnverhältnissen unter den Frankfurter DKR bei etwa 30 % (Stöver et al., 2024)

2 Interview mit Dr. Tobias Scholl: *Die Lücke schließen: Wie Schnelltests und Labordiagnostik bei neuen Opioiden zusammenspielen.* <https://t1p.de/3nq2u>

erprobt, die einen „Fingerabdruck“ des Moleküls zur schnellen, zerstörungsfreien Identifizierung ohne komplexe Probenvorbereitung, liefern. Diese und weitere Verfahren können dann mit zeit- und kostenintensiveren Bestätigungsverfahren wie einer Laboranalyse per LC-MS/MS gekoppelt werden, die sehr präzise sind und ggf. quantitative Ergebnisse liefern können.

Erste DKR haben bereits Schritte unternommen, um solche Verfahren umzusetzen. Wenn solche Verfahren mittelfristig in DKR umgesetzt werden, könnte dies einen wichtigen Beitrag zur Konsumsicherheit und zu Marktveränderungen liefern. Darüber hinaus ermöglicht das Angebot einen Einblick in den Drogenmarkt auf Ebene der Konsumierenden, der für langfristiges Monitoring, wie auch für Zwecke der Frühwarnung (etwa im Falle von Beimengungen hochpotenter synthetischer Opioide in Heroin) sehr nützlich sein kann.

Niedrigschwellige Substitutionsbehandlung und DKR.

Basierend auf einer (inzwischen allerdings recht alten) Schätzung leben etwa 166.000 opioidabhängige Personen in Deutschland (Kraus et al., 2019). Die Zahl der substituierten Patient*innen liegt mit leichten Schwankungen in den letzten zehn Jahren zwischen 78.500 und 81.600 Personen (Bundesopiumstelle, 2025). Es wird also in etwa die Hälfte der Opioidabhängigen substituiert. In Anbetracht der gut belegten Reduktion von Mortalität und Morbidität durch die Substitutionstherapie (DGS und DG-Sucht, 2025) erscheint diese Rate sehr gering; gleichzeitig zeigt sich keine Verbesserung. Daher werden in der Fachöffentlichkeit schon länger Wege diskutiert, wie die Substitutionsrate gesteigert werden könnte. DKR könnten in diesem Bestreben eine Rolle spielen. Sie kommen täglich in Kontakt mit einer hoch vulnerablen Zielgruppe, die Opioide konsumiert, aber sich vielfach noch nicht (oder nicht mehr) in Substitutionsbehandlung befindet. Erste Erfahrungen mit niedrigschwelliger Substitution als Ergänzung zur Regelsubstitution existieren bereits. Eine Ausweitung bzw. Adaptation solcher Modelle ist überlegenswert. Ggf. könnte die Anstellung von Ärzt*innen in DKR-Trägern oder eine Kooperation mit Ärzt*innen eine Möglichkeit bieten, unabhängig von der klassischen Arztpraxis eine Substitutionsbehandlung zu initiieren und somit die Patient*innen weiter zu stabilisieren. Wie in den bereits bestehenden Konzepten der niedrig-

schwelliger Substitution erfolgte eine Weiterleitung in die „Regelsubstitution“ bei niedergelassenen ärztlichen Kolleg*innen oder Ambulanzen, wenn die Einstellung auf ein Medikament vollzogen ist und die Patient*innen sich genügend stabilisiert haben, um die höherschwellige Maßnahme in Anspruch zu nehmen.

Alle diese Maßnahmen erfordern eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung als Grundlage. Diese Beispiele machen aber die mittelfristigen Potentiale von DKR deutlich.

Literatur

Albrecht, L. (2025). Wie gehen die Kommunen mit dem zunehmenden Crackkonsum um? Handlungsempfehlungen 2025 zum Crackkonsum. In: Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025 (S. 99–103). Berlin: akzept e.V., JES, Deutsche Aidshilfe e.V. URL: https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2025/12/ADSB_2025_web.pdf

Bergmann, H., Neumeier, E., Schäffer, D., Kuban, M. (2024). Drogenkonsumräume in Deutschland 2023. DBDD: München & DAH: Berlin. URL: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/Diverse/IFT_DAH_BAG-DKR_2024-Drogenkonsumräume_in_Deutschland_2023.pdf

Bergmann, H., Beil, A.-M., Janz, M., Schneider, F. & Neumeier, E. (2026). Synthetische Opioide Trendspotter Update. München: IFT Institut für Therapieforchung. URL: https://mindzone.info/wp-content/uploads/2026/03/NEWS-Trendspotter_Update_Synth_Opioide.pdf

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (2024). Wohnungslosenbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen. URL: https://www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/wohnen/wohnungslosenbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Bundesopiumstelle (2025). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2025. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). URL: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2025.pdf?__blob=publicationFile

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. und Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (2025). Opioidbezogene Störungen – S3-Leitlinie. Stuttgart, Hamm, Hamburg: AWMF Online. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-012I_S3_Opioidbezogene-Stoerungen_2025-11.pdf

EUDA (2024). Health and Social Responses: Drug Consumption Rooms. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/health-and-social-responses-drug-consumption-rooms_en#level-3

Kerr, T., Kennedy, M. C., Daniels, C. (2025). Drug Consumption Rooms – Service Models And Evidence. Harm Reduction International 2025. URL: https://hri.global/wp-content/uploads/2025/03/DCRs_ServiceModels_Evidence.pdf

Kraus, L. et al. (2019). Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit. Deutsches Ärzteblatt International (116), S.137–143. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137.

Meyer, F. (2025). Mikrohandel als Schlüssel zur Verhinderung von offenen Drogenszenen und effektiver sozialarbeiterischer und medizinischer Hilfen. In: Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025 (S. 119–124). Berlin: akzept e.V., JES, Deutsche Aidshilfe e.V. URL: https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2025/12/ADSB_2025_web.pdf.

Neumeier, E., Bergmann, H., Karachaliou, K., & Schneider, F. (2026). Bericht 2025 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2024/2025). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, München, DOI: 10.5281/zenodo.17549259

Palmateer N. et al. (2022). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). International Journal of Drug Policy (109), 103872. DOI: 10.1016/j.drugpo.2022.103872.

Pauly, A. & Jeschky, K. (2025). Jahresbericht 2024 Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW. URL: https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/DKR-Bericht-2025.pdf

Robert Koch-Institut (2025). Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2024 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2024 mit HIV in Deutschland leben. In: Epidemiologisches Bulletin (47), S. 3–20. Berlin: Robert Koch-Institut. DOI: 10.25646/13562.

Stadt Frankfurt (18.11.2025). Drogenkonsumraum nach Umbau wiedereröffnet. URL: <https://frankfurt.de/de-de/aktuelle-meldung/dezernat-viii/drogenkonsumraum-wiedereroeffnet/>

Stöver, H., Werse, B., & Förster, S. (2024). Drogenkonsumraum-Dokumentation – Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2023. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung. URL: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/ISFF/Jahresbericht_2023_Konsumraeume.pdf

Zimmermann R., Krings A., & Steffen G. (2023). DRUCK 2.0-Pilot - DRUCK 2.0 - Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht. Berlin, DOI: 10.25646/11930

