

©KI generiert

SUCHT- UND DROGENBERICHT

der Landeshauptstadt Hannover 2026

Landeshauptstadt Hannover

Grußwort

Sehr geehrte Leser*innen,

sehr geehrte Interessierte,

ich freue mich, Ihnen nach 2019 den dritten Sucht- und Drogenbericht der Landeshauptstadt Hannover vorlegen zu können.

Sie erhalten mit diesem Sucht- und Drogenbericht Fakten über die unterschiedlichen Suchtarten und Suchtstoffe und einen Überblick über die hannoversche Situation und Entwicklung.

Dabei sind neben klassischen Themen der Sucht- und Drogenhilfe wie zum Beispiel Alkohol und Heroin auch viel neue Entwicklungen zu beobachten: So gibt es besorgniserregende Konsummuster von synthetischen Opioiden bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, sowie das Ankommen von Kokain in der Mitte der Gesellschaft. Dies sind nur einige Beispiele. Weiter werden Ihnen beim Lesen des Berichtes begegnen.

Dieser Überblick in Hannover wird an vielen Stellen in Beziehung zu der bundesweiten Situation gestellt. Hannover erlebt in diesem Zusammenhang häufig ähnliche Tendenzen wie sie auch in anderen Großstädten zu beobachten sind. Deshalb arbeitet Hannover auch in unterschiedlichen Netzwerken zusammen, um sich mit anderen betroffenen Kommunen auszutauschen und gemeinsame Handlungsansätze zu entwickeln.

Mit dem Sucht- und Drogenbericht 2026 möchten wir Ihnen faktenbasierte Informationen für Ihre Arbeit im Sucht- und Dogenhilfesystem oder für Ihre politische Arbeit zur Verfügung stellen, um diesen Herausforderungen begegnen zu können. Dabei sollten wir den gemeinsam beschlossenen Weg „Hilfe statt Strafe“, der auch Grundlage für die Angebote der Suchthilfe sind, nicht in Frage stellen und auf dieser Grundlage neue Lösungen für die aktuellen Herausforderungen finden.

Wir müssen weiterhin den Mut und die Geduld haben, um von Sucht betroffene Menschen nicht zu stigmatisieren oder sie aus dem öffentlichen Leben auszuschließen. Dies erfordert den Mut und die Bereitschaft, sich in einer zunehmend polarisierenden Gesellschaft auch hoch emotionalen Diskussionen zu stellen. Max Weber hat dies einmal sinngemäß sehr gut formuliert, wenn er sagte, dass „drei Qualitäten vornehmlich entscheidend sind: Leidenschaft – Verantwortungsgefühl – Augenmaß.“



Ihre

Sylvia Bruns

Dezernentin für Soziales und Integration

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Zusammenfassung der zentralen Forderungen und Erkenntnisse aus dieser Suchthilfeplanung 8

I Stoffgebundene, illegale Süchte 10

1 Kokain 10

2 Crack 16

2.1 Gemeinsamer mobiler Ansatz von Straßensozialarbeit und dem Sozialpsychiatrischen Dienst 16

2.2 Festhalten an dem Ziel einer versuchsweisen Erprobung einer Substitution von Crack 17

2.3 Weitere Aufenthaltsflächen für Konsument*innen illegaler Drogen 19

3 Heroin 21

3.1 Niedrigschwellige Substitution 21

3.2 Zweiter Drogenkonsumraum (für die Nacht und mit einem Übernachtungsangebot) 22

3.3 Substitution in Hannover (Stadt und Region) 22

3.4 Mikrohandel 23

4 Ketamin 25

5 Amphetamine 27

6 Drogentote in Hannover 29

II Stoffgebundene, legale Süchte 30

1 Alkohol 30

1.1 Minderjährige 30

1.2 Erwachsene 32

2 Cannabis 34

2.1 Allgemeinbevölkerung 34

2.2 Minderjährige von 12 bis 17 Jahren 37

2.3 Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahren 40

2.4 Konsumformen 42

2.5 Freizeitkonsum und Bedarf an Medizinalcannabis 44

2.6 (Synthetische) Opioide 45

2.6.1 Für Erwachsene 45

2.6.2 Für Jugendliche und junge Erwachsene 50

2.6.3 Mischkonsum von synthetischen Opioiden mit Alkohol 54

2.6.4 Präventionsarbeit 55

2.6.5 Mischkonsum mit Benzodiazepinen 55

III Stoffungebundene, legale Süchte 56

1 Glücksspiel 56

1.1 Grundsätzliches 56
1.2 Glücksspiel in Hannover 61
1.3 Beratungsangebote in Hannover 61
IV Weitere Aufgaben der Suchthilfe 63
1 Kinder aus suchtbelasteten Familien 63
1.1 Kinder und Jugendliche 63
1.2 Frühkindliche Hilfen 65
1.2.1 FASD 65
1.2.2 Familienhebammenprojekt „Eine Chance für Kinder“ 66
1.3 Zusammenarbeit Sucht- und Wohnungslosenhilfe 66
1.4 Sucht und Pflege 68
1.5 DRUCK-Surv 69
1.6 Spritzenautomaten 70
1.7 Wegweiser Go for it 71
V Anhang 72
VI Quellenverzeichnis 74
VII Glossar 78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kokaingehalt Abwasseruntersuchung in Hannover 11
Abbildung 2: Vergleich Abwasseruntersuchung mit anderen Großstädten....11
Abbildung 3: Tagestrend Kokaingehalt Abwasser....12
Abbildung 4: Abwasseruntersuchung Hannover 2025 - Kokain 13
Abbildung 5: Krankenhausbehandlungen im Zusammenhang mit Kokain 15
Abbildung 6: täglicher Ketamingehalt im Abwasser im Ländervergleich 25
Abbildung 7: Abwasseruntersuchung Hannover 2025 - Ketamin 26
Abbildung 8: Amphetaminegehalt Abwasseruntersuchung in Hannover 27
Abbildung 9: Wochentrend Amphetamingehalt Abwasser 28
Abbildung 10: Abwasseranalyse Hannover - Gesamtübersicht Substanzen 29
Abbildung 11: Entwicklung Anzahl Drogentoten 30
Abbildung 12: Alkoholintoxikation Minderjährige....30
Abbildung 13: Alkoholintoxikation Erwachsene....32
Abbildung 14: Entwicklung Alkoholintoxikation 2015 bis 2017 32
Abbildung 15: Alkoholintoxikation Erwachsene und Minderjährige 2022-2024....33
Abbildung 16: THC Fracht - Städtevergleich....35
Abbildung 17: Boxplots der einwohnerspezifischen Frachten für Städte mit mehreren Untersuchungsstandorten....36
Abbildung 18: Abwasseruntersuchung Hannover 2025 – Cannabis....37
Abbildung 19: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums 1993 bis 2023 38
Abbildung 20: Verteilung Konsum mindestens einer illegalen Droge unter 12- bis 17-Jährige 39
Abbildung 21: Risikowahrnehmung von Cannabiskonsum unter Jugendlichen (15- 17 Jahre)....40
Abbildung 22: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums 1993 bis 2023 40
Abbildung 23: Cannabiskonsum unter 18- bis 25-Jährigen im Zeitraum 1993-2025 41
Abbildung 24: Subjektive Verfügbarkeit von Cannabis 1997 bis 2025 von 18- bis 25-Jährige....42
Abbildung 25: Konsumform Cannabis bei 12- bis 17-jährige und 18- bis 25-jährigen Konsument*innen 2023 43
Abbildung 26: Anzahl gemeldeter Substitutionspatient*innen in Deutschland von 2016 bis 2025....47
Abbildung 27: Anzahl Veranstalter von Glücksspielen auf Whitelist....57
Abbildung 28: Übersicht Veranstalter/Vermittler und dazugehörige Internetseiten auf amtlicher Whitelist....57
Abbildung 29: Aktivität der GGL 58
Abbildung 30: Schweregrad der Glücksspielprobleme nach Alter und Migrationshintergrund....60
Abbildung 31: Monatlicher Geldeinsatz für Glücksspiele nach Schweregrad der Glücksspielprobleme 60
Abbildung 32: Auswirkungen auf Kinder in suchtkranken Familien 63
Abbildung 33: Ziele Trampolino 65
Abbildung 34: Wegweiser Go For It 71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug Kriminalstatistik mit BtMG-Bezug 2023/2024.....14
Tabelle 2: Auszug Kriminalstatistik mit BtMG-Bezug 2025 14
Tabelle 3: Äquivalenztabelle einer Auswahl opioidbasierter und medizinisch verwendeter Substanzen 50
Tabelle 4: Zentrale Prävalenzraten ausgewählter Drogenkategorien.....51
Tabelle 5: Konsumfrequenz gängiger Drogen während der letzten 30 Tage.....52
Tabelle 6: Konsumsituationen für Benzodiazepine, Opioide und Lean 52

Einleitung

Die nachfolgenden Kapitel geben einen Überblick über die aktuelle Situation auf kommunaler Ebene. Dabei lassen sich im Vergleich zum letzten Bericht aus dem Jahr 2019 einige zusammenfassende Ergebnisse und Trends feststellen:

- Insgesamt werden immer neuere Drogen bekannter Stoffgruppen wie Cannabionoide oder Opioide auf den Markt gebracht, die sich vor allem durch eine sehr günstige Produktion und durch einen immer höheren Wirkstoffgehalt beschreiben lassen.
- Der Mischkonsum hat in den letzten Jahren zu genommen. Manchmal sind es klassische Kombinationen wie zum Beispiel Alkohol und Cannabis, häufig aber auch eine scheinbar wahllose Kombination, begrenzt durch Angebot und finanziellen Mitteln. Dieser Trend drückt sich auch in den bundesweiten Zahlen für die Gründe eines Drogentodes aus.
- Besonders mit den synthetischen Opioiden gibt es eine besorgniserregende Dynamik. Zum einen zählen auch Minderjährige und junge Erwachsene zum Kreis der Konsument*innen und erscheinen in den Entgiftungskliniken der Region. Bundesweit sind laut Bundesdrogenbeauftragten inzwischen bei jedem fünften Drogentoten Fentanyl oder Nitazene gefunden worden.
- Der Konsum und auch der problematische Umgang mit legalen und illegalen Drogen ist nicht auf die offene Drogenszene auf dem Vorplatz Fernroder Straße oder auf die bahnhofsnahen Plätze in der Innenstadt zu reduzieren. Die nachfolgenden Analysen, insbesondere die Abwasserproben der European Union Drugs agency, zeigen, dass der Konsum vieler Drogen in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist und ein größeres Ausmaß hat, als allgemein angenommen wird. Interessanterweise gibt es bei einigen Drogen auch keinen Unterschied bei der Konsumhäufigkeit zwischen der Stadt und den umliegenden Gemeinden.

Dem Auftrag des Rates, eine Suchthilfeplanung vorzulegen, kann mit diesem Bericht nicht vollumfänglich entsprochen werden. Gründe sind zum einen, dass es nicht möglich ist auf kommunaler Ebene zu einzelnen Themen Zahlenmaterial in ausreichendem Maß zu sammeln. Zwar sind beim Thema Glücksspielsucht beispielsweise die Anzahl der Spielautomaten und Spielhallen in Hannover bekannt. Die Ausweitung des Glücksspiels seit dem letzten Suchthilfebericht der Stadt aus dem Jahr 2019 durch den aktuellen Glücksspielstaatsvertrag vom 01. Juli 2021 hat diesen Bereich deutlich ins Digitale und damit Nicht-Öffentliche verlagert. Konsumverhalten und problematische Konsequenzen aus den Fußballwetten, Online-Pokerrunden etc. sind deutlich diskreter und im öffentlichen Leben gar nicht oder erst sehr spät spürbar. Das Gleiche gilt für den Bereich des Computerspiels. Aus diesem Grund wird der Bereich der stoffungebundenen Süchte in dieser Planung nur am Rande behandelt. Wohlwissend, dass es hierbei ein großes Potential für das Abgleiten in eine Sucht, in die Verschuldung und soziale Isolation gibt.

Die personellen Kapazitäten für die Sammlung der Daten und die Erstellung der einzelnen Kapitel haben diese Planung eher zu einem „Werkstattbericht“ aus Sicht der Stadtverwaltung gemacht, ohne die gewünschte Einbeziehung der Netzwerkpartner, zu denen es in der Praxis einen sehr guten fachlichen Austausch gibt und mit der Notwendigkeit, einzelne Stoffe und Süchte in diesem Bericht zu priorisieren.

Zusammenfassung der zentralen Forderungen und Erkenntnisse aus dieser Suchthilfeplanung

Kokain

- Zusammenarbeit mit der Koordination Nachtkultur für einen peer-basierten Beratungsansatz bei Events, Konzerten und anderen Kulturveranstaltungen (Beratung und harm reduction); Einbeziehung von Ketamin und Amphetamine in dieses Angebot
- Ausbau dieses Beratungssegmentes in den Fachstellen Sucht und Suchtprävention
- Info-Kampagne in der Öffentlichkeit über die (unterschätzen) Auswirkungen von Kokain

Crack

- Gemeinsamer mobiler Ansatz von Straßensozialarbeit und dem Sozialpsychiatrischen Dienst
- Festhalten an dem Ziel einer versuchsweisen Erprobung einer Substitution von Crack
- Weitere Aufenthaltsflächen für Konsument*innen illegaler Drogen

Heroin

- Niedrigschwellige Substitution von Heroinabhängigen ohne Krankenversicherung
- Zweiter Drogenkonsumraum (für die Nacht und mit einem Übernachtungsangebot)
- Gemeinsame Diskussion der Stadt mit Trägern der Suchthilfe, Polizei und Staatsanwaltschaft über die Einrichtung einer Mikrohandelszone auf dem Grundstück des Drogenkonsumraums

Ketamin und Amphetamine

- Weitere Beobachtung des Konsumverhaltens

Drogentote

- Besorgniserregender Anstieg der Drogentoten im Jahr 2025; Höchststand in Hannover seit 2008

Alkohol

- Beratungsschwerpunkt über die Auswirkung des Mischkonsums von Alkohol und anderen Drogen (wie z.B. Cannabis und Opioiden)
- Verbote und umfassende Beschränkungen für Alkoholwerbung,
- Sponsoring und Verkaufsförderung im gesamten Stadtgebiet

Cannabis

- Weiterverfolgung eines Modellversuchs „Cannabisshop“ unter wissenschaftlicher Begleitung
- Ausbau des Beratungsangebotes in Schulen und Fachstellen

Synthetische Opioide

Erwachsene

- Verstetigung und Ausbau des Testangebotes für niedrigschwellige Einrichtungen der Suchthilfe, der Straßensozialarbeit und sämtlichen Wohnformen und Wohnungslosen- und Suchthilfe
- Flächendeckende Implementierung des Notfallmedikaments Naloxon
- Aufbau eines Frühwarnsystems für synthetische Opioide und andere neue psychoaktive Substanzen in Hannover

Jugendliche und junge Erwachsene

- Entwicklung eines neuen, bedarfsgerechten Angebots im Sinne einer niedrigschwelligen Anlaufstelle und Übernachtungsmöglichkeit vor einer Entgiftung, sowie für die weitere Behandlung und Nachsorge nach der Entgiftung (Wohn- und Therapieangebote)
- Entwicklung einer dringend benötigten Prävention (in Schulen) zum Umgang mit opioidhaltigen Medikamenten und Benzodiazepinen
- Früherkennung des Handlungsbedarfs durch Schulungsarbeit beim KSD, ASD und den Schulen

Glücksspiel

- Ausbau der Präventionsarbeit in Schulen und Sportvereinen
- umfassendes Werbeverbot im Stadtgebiet Hannover
- keine Reduzierung der Glücksspielautomaten in Hannover, sondern Verlagerung in die Gaststätten

Kinder aus suchtbelasteten Familien

- Erhalt des Beratungsangebotes FASD/Johanniter
- Ausbau der sozialen Gruppenarbeit für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Zusammenarbeit Sucht- und Wohnungslosenhilfe

- Fortführung und Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Ziel von gemeinsamen Angeboten, spezialisierten Angeboten für einzelne Zielgruppen und einer Durchlässigkeit zwischen beiden Systemen in Hannover
- Zusätzlicher Wohnraum für suchtkranke Menschen, insbesondere von Notschlafstellen und Mikroappartements

Sucht und Pflege

- dringender Ausbau von Pflegeplätzen für suchterkranke Menschen (sowohl für legale wie auch illegale Drogen)
- Schaffung einer neuen Pflegeeinrichtung, die sich auf suchtkranke Menschen spezialisiert und alle Pflegegrade abdeckt

DRUCK-Studie 2.0

- Erhöhung der Impfbereitschaft und der Impfquote bei Hepatitis
- Regelhafte Verknüpfung von Substitution und Impfung, sowie der Behandlung von Hepatitis C

Spritzenautomaten

- Fortführung eines notwendigen, gut angenommenen Angebotes

I Stoffgebundene, illegale Süchte

Wenn in Hannover über illegale Drogen berichtet wird, sind meist Orte wie der Vorplatz Fernroder Straße im Fokus, der unmittelbar in der Nähe des Drogenkonsumraums liegt. Ist dagegen die Abhängigkeit von Alkohol Thema, richtet sich der Blick gerne auf die so genannte „Lange Bank“ beim Hauptbahnhof oder Orte wie den Engelbosteler Damm in der Nordstadt. Diese Verengung des Blickwinkels führt dazu, dass die gesamte Dimension des Konsumverhaltens und Vorlieben für bestimmte Drogen in der gesamten Stadtbevölkerung nicht wahrgenommen wird. Um dieses zu ermöglichen sind Statistiken hilfreich, die den gesamten Konsum und deren Folgen erfassen, ohne diese einer konkreten Personengruppe in der Öffentlichkeit zuzuordnen. Daher werden vor allem zur Bestandsanalyse die Instrumente

- der Abwasseranalyse, die die Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) in Auftrag gibt
- die Zahlen der Krankenhäuser im Stadtgebiet
- sowie die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS)

herangezogen. Weitere Datenquellen und Artikel vervollständigen das Gesamtbild.

Für die weitere Ausführung der Bestandsanalyse gibt es zwei Anmerkungen:

- die Abwasseranalyse zeigt den Konsum einzelner Substanzen auf und gibt keine Auskunft über einen polytoxen Konsum
- bei der Statistik der Krankenhäuser wird für die Erfassung und Bearbeitung jeweils der Hauptgrund für die Behandlung und Abrechnung zugrunde gelegt. Suchterkrankungen sind in manchen Fällen nicht der hauptursächliche Grund für den Krankenhausaufenthalt.

1 Kokain

Seit 2010 werden von der EUDA in einem standardisierten Verfahren zur Abwasseranalyse europaweit Messergebnisse zusammengestellt und veröffentlicht. Die aktuellen Werte wurden für 2024 erhoben und im März 2025 veröffentlicht. Dabei wurden 128 Städte in 26 Ländern der EU, Norwegen und der Türkei in Bezug auf illegale Drogen analysiert. In Deutschland wurde der Drogenkonsum in 12 Städten untersucht. In Hannover wurden sowohl die Werte der Kläranlage in Herrenhausen, als auch in Gümmerwald erhoben und gemeinsam dargestellt. Dabei werden die Ergebnisse in Milligramm pro 1.000 Personen und Tag dargestellt.

Beim **Kokain** ist eine Unterteilung in Bezug auf den Crackkonsum labortechnisch nicht möglich. Trotzdem zeigen die Werte interessante Ergebnisse:

1.) Wie in Abbildung 1 dargestellt, gibt es seit 2017 eine kontinuierliche Steigerung des Kokainverbrauchs in Hannover. Von 2017 bis 2024 ließen sich im Abwasser eine Steigerung von 60% nachweisen. Die gefundenen Mengen sind ein Indikator dafür, dass Kokain, seit dem Gesetz zur kontrollierten Abgabe von Cannabis, die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Hannover ist.

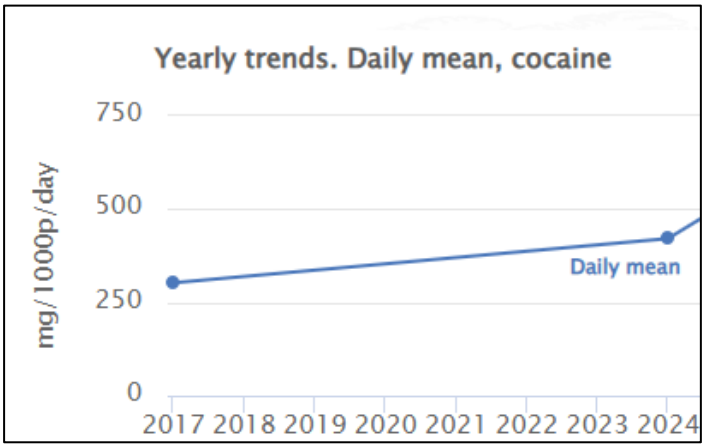


Abbildung 1: Kokaingehalt Abwasseruntersuchung in Hannover 2024
Quelle: EUDA (2026).

2.) Im Jahr 2024 befindet sich die Landeshauptstadt, wie in der Abbildung 2 zu sehen ist, auf Platz 4 im interkommunalen Vergleich in Deutschland in Bezug auf Kokain im Abwasser. Allerdings ist dazu anzuführen, dass Berlin und Frankfurt am Main hier nicht beteiligt waren. Beide Städte hatten gegenüber Hannover in den letzten Jahren höhere Werte (Quelle: Frankfurter Neue Presse, 18.01.2023)

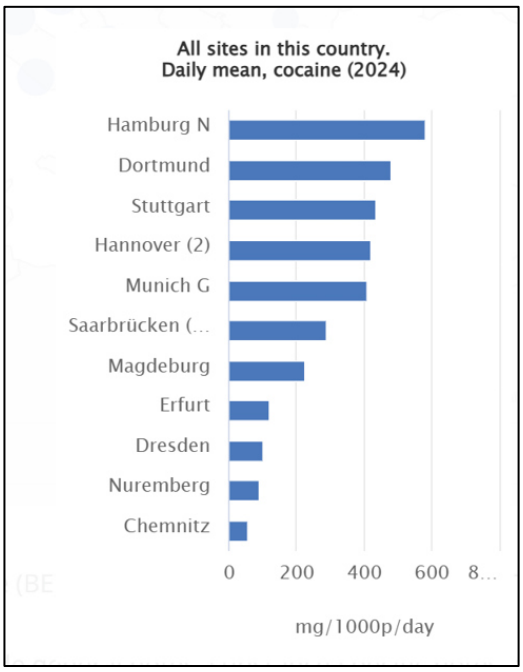


Abbildung 2: Vergleich Abwasseruntersuchung mit anderen Großstädten 2024
Quelle: EUDA (2026).

3.) die Konsumfrequenzen in der offenen Drogenszene sind von einem permanenten Konsum gekennzeichnet. Mehrtägige Konsumpausen entstehen meistens dann, wenn eine vollständige körperliche Erschöpfung eintritt und die finanziellen Mittel restlos aufgebraucht sind. Diese Konsumpausen sind in der Regel nicht vorgeplant. Dagegen zeigen die Abwasserwerte einen deutlichen Anstieg des Kokainverbrauchs zum Wochenende hin. Die Abbildung 3 belegt, dass es Menschen gibt, die keinen regelmäßigen Konsum von Kokain haben. Die Substanz wird aber gerne für Partys, Feiern, Discobesuche und vieles mehr gezielt am Wochenende eingesetzt.

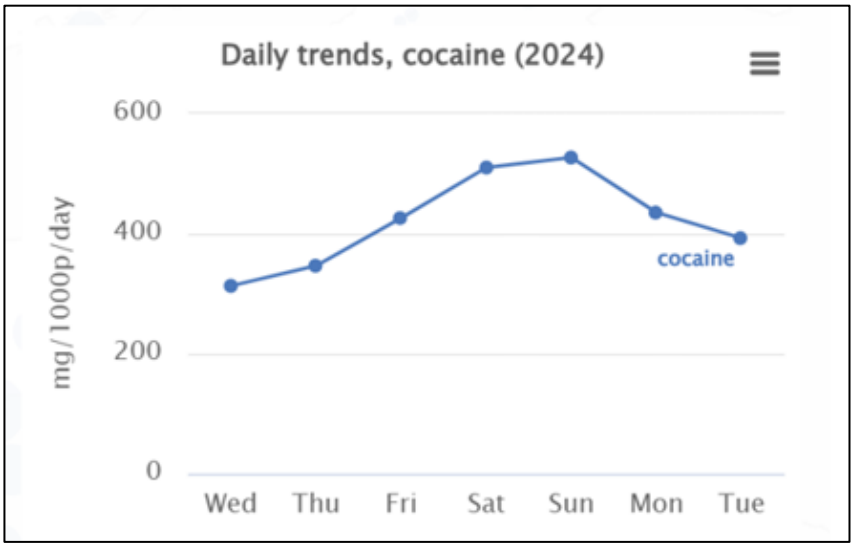


Abbildung 3: Tagestrend Kokaingehalt Abwasser 2024
Quelle: EUDA (2026).

Laut einem Statement des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg ist der Konsum von Kokain in nahezu allen sozialen Schichten angekommen. In den letzten 10 Jahren habe sich die Zahl der konsumierenden Erwachsenen in Deutschland verdoppelt (vgl. Tagesschau 2025)

Update 2025:

Der Kokainkonsum, und damit verbunden auch der Konsum von Crack ist im Jahr 2025 noch einmal deutlich gestiegen. Betrug der Kennwert aus den Abwasserproben der Kläranlagen in Herrenhausen und Gümmerwald im Jahr 2024 noch 421 mg pro 1.000 Personen und Tag, so erhöhte sich der Wert für 2025 auf 536 mg pro 1.000 Personen und Tag. Ein so hoher Anstieg zwischen zwei Jahren ist in den letzten 10 Jahren mit der Abwasserstudie der EUDA für Hannover nicht festgestellt worden!

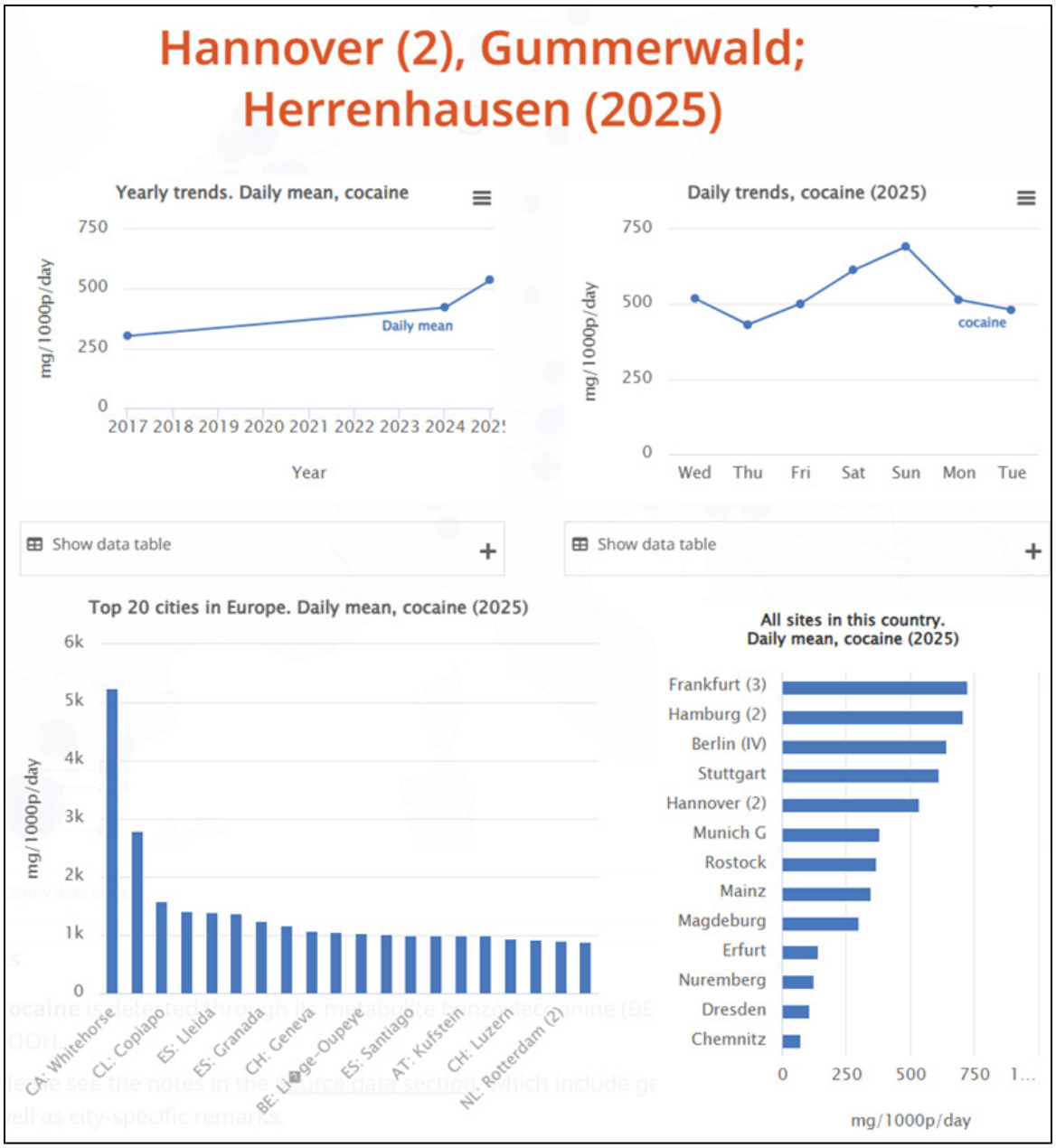


Abbildung 4: Abwasseruntersuchung Hannover 2025 - Kokain
Quelle: EUDA (2026).

Dabei hat sich das Konsumverhalten bezogen auf einzelne Wochentage und dem Wochenende in 2025 nicht signifikant verändert. Der Konsum nahm auch im Jahr 2025 am Wochenende deutlich zu. Im bundesweiten Vergleich nimmt Hannover nach wie vor einen der Spitzenplätze ein.

Die gesellschaftliche Relevanz wird ferner durch die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2024 belegt. Auch dort gibt es, wie in der Abwasseranalyse der EUDA, keine Differenzierung zwischen Kokain und Crack. Die Zahlen in der Tabelle 1 zeigen deutlich, dass Kokain die bei weitem am häufigsten in einem Strafverfahren festgestellte Substanz in Hannover ist. Eine Differenzierung, wie hoch die Anzahl der Delikte im Zusammenhang mit Crack ist, ist nicht möglich.

Anzahl strafrechtlicher Fälle nach dem BtMG in der LHH mit	2023	2024
Heroin	150	77
Kokain einschl. Crack	1.732	1.546
LSD	6	2
NPS	14	30
Amphetamin/Methampetamin	299	261
Cannabis	3.433	1.197
sonstige Betäubungsmittel	190	157

Tabelle 1: Auszug Kriminalstatistik mit BtMG-Bezug 2023/2024
Quelle: In Anlehnung an NA 2.0, Cube PKS Berichtsjahresübergreifende Auswertung 10 Jahre, Tatort Landeshauptstadt Hannover, Polizeidirektion Hannover

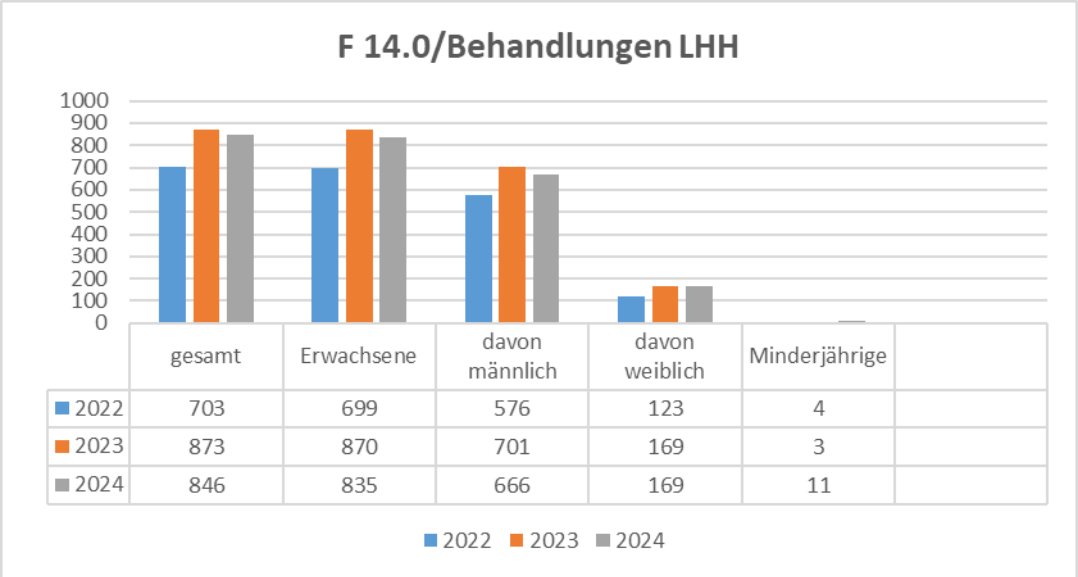
Da immer nur ein Teil des Verkaufes und Konsums illegaler Drogen von der Polizei aufgedeckt wird, lässt die hohe Zahl der Delikte den Rückschluss zu, dass der Konsum von Kokain weit über die offene Drogenszene hinaus verbreitet ist. Diese Analogie lässt sich auch aus den bis 2023 hohen Werten bei Verstößen in Bezug auf Cannabis ableiten.

Aus kriminologischer Sicht ist die Zahl der Delikte beim Besitz oder Konsum von Kokain einer rasanten Entwicklung unterworfen. Verglichen mit den Zahlen vor jeweils 10 Jahren haben sich die Delikte in Hannover nahezu verdreifacht (von 607 Delikten (2013) zu 1.732 (2023) und von 568 Delikten (2014) zu 1.546 (2024). Auch wenn sich die Zahl der Delikte im Jahr 2025 auf 1.236 reduziert hat, bleibt die Anzahl der Straftaten in Bezug auf Kokain die mit Abstand größte im Bereich der illegalen Drogen:

Anzahl strafrechtlicher Fälle nach dem BtMG in der LHH mit	2025
Cannabis	729
Heroin	108
Kokain	1.236
Amphetamin	215
Ecstasy	135
NpS	18
Methamphetamin	6
LSD	0

Tabelle 2: Auszug Kriminalstatistik mit BtMG-Bezug 2025
Quelle: In Anlehnung an Berichtsjahresübergreifende Auswertung ab 2008, Tatort LHH, PD Hannover

Ein weiterer Indikator für die weite Verbreitung der Konsumgewohnheiten bei Kokain in der Stadt Hannover, sind die Anzahl der eingelieferten Menschen, die im Krankenhaus wegen einer akuten Kokain-Intoxikation (F 14.0 nach dem internationalen Standard ICD-10) behandelt werden müssen:



	gesamt	Erwachsene	davon männlich	davon weiblich	Minderjährige
2022	703	699	576	123	4
2023	873	870	701	169	3
2024	846	835	666	169	11

Abbildung 5: Krankenhausbehandlungen im Zusammenhang mit Kokain
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Klinikum Region Hannover und Medizinische Hochschule Hannover

Die Werte der letzten drei Jahre (2022 – 2024) belegen, dass besonders Männer in einer Form konsumiert haben, die eine medizinische Behandlung erforderte. Sie sind in diesen drei Jahren mit einem Anteil zwischen 78,7 und 81,9% überproportional häufiger für eine Behandlung im Krankenhaus gewesen als Frauen.

Über einen gezielten Mischkonsum von Kokain mit anderen Drogen wie Alkohol und Opioide lassen sich keine Zahlen ermitteln.

Fazit:

In der medialen Darstellung erscheint Crack als Hauptproblem beim Kokainkonsum und die bahnhofsnahen Plätze als Hauptorte. Inzwischen ist aber die Verfügbarkeit von Kokain durch hochprofessionelle Verkaufsstrukturen (Lieferdienste, Bestellung über diverse messenger, Aufteilung des Verkaufs in Schichten rund um die Uhr etc.) weit verzweigt. Da der Konsum von Kokain auch in Zusammenhang mit gesteigerter Leistungsbereitschaft und intensivem emotionalen Erlebnis eher mit einem positiven Image besetzt ist, entsteht in der Öffentlichkeit ein fatales Bild: Kokain als eher „positive“ Droge und Crack als „Schmuddeldroge“. Dabei sind aber Kokain und Crack zwei Seiten der gleichen Medaille, sprich Droge, und führen schnell zu einem Abhängigkeitsverhältnis mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen. Aus diesem Grund muss auch Kokain mehr als bisher in den Fokus der Prävention gerückt werden.

Erschwerend für den Umgang mit Kokain und Crack kommt hinzu, dass es auch nach Jahren intensiver Überlegungen und Diskussionen mit anderen Großstädten immer noch keine suchtmedizinische Behandlung von Kokain und Crack gibt. Das aber die Forderungen und das beharrliche Bearbeiten nun doch Früchte trägt, zeigt sich in der Tatsache, dass inzwischen das Bundesgesundheitsministerium für dieses Jahr eine klinische Studie für die Substitution von Crack angekündigt hat. Aktuell wird ein Studiendesign konkretisiert, mit dem

mehrere Großstädte unter wissenschaftlicher Begleitung die Gabe eines Substitutes erproben können. Grundsätzlich sollen neben der Vergabe auch zusätzliche sozialarbeiterische Angebote greifen, um die suchtkranken Menschen zu stabilisieren und auch an die Erprobung zu binden, um relevante Forschungsergebnisse erzielen zu können. Diese Angebote dürfen zwischen den einzelnen teilnehmenden Städten variieren.

Die deutlich steigenden Werte am Wochenende lassen nicht nur auf einen steigenden Konsum im privaten Umfeld schließen, sondern auch auf eine Nutzung im Zusammenhang mit Events, Partys und anderen Veranstaltungen. Um in der Beratungs- und Awarenessarbeit wirksam zu sein, bietet es sich an, für diese Veranstaltungen ein peer-basiertes Angebot zu wählen. Menschen im gleichen Alter sind in diesem Setting glaubwürdig, so dass sie mit Beratung und Ausgabe von harm reduction einen wichtigen Beitrag zum Umgang mit dieser Droge beitragen können. Dieser Ansatz sollte ebenfalls Ketamin und Amphetamine miteinbeziehen.

Seit der kontrollierten Abgabe von Cannabis ist Kokain, einschließlich Crack, die am häufigsten in Deutschland konsumierte Droge. Das zeigt deutlich, dass der Konsum von Kokain in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist. Kokain und seine Derivate gehören zu den Stimulanzien. Dadurch erklärt sich die Motivation für den hohen durchschnittlichen Konsum. Das Kokain aktiviert Hirnareale die die Leistungsbereitschaft steuern. Außerdem löst das Kokain euphorische Gefühle aus, die Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit verdrängen. Insofern betrifft der Kokainkonsum nicht nur das Berufsleben (höhere Leistungsbereitschaft), sondern wird auch zur Eigenmedikation zum Beispiel bei Depressionen eingesetzt. Eine regelmäßige Einnahme zur Leistungssteigerung und auch als Eigenmedikation ist natürlich mit einem hohen Risiko einer Abhängigkeit verbunden. Um auf diese Gefahren hinzuweisen, muss das Beratungsangebot der Fachstellen Sucht und Suchtprävention ausgebaut werden. Ebenfalls ist eine Informationskampagne notwendig, um eine Sensibilisierung in die Breite der Gesellschaft zu tragen.

2 Crack

2.1 Gemeinsamer mobiler Ansatz von Straßensozialarbeit und dem Sozialpsychiatrischen Dienst

Der Konsum von Crack hat neben dem sehr hohen Suchtpotential und den deutlichen Anzeichen körperlicher Belastungen auch psychische Auswirkungen. Diese können zum Teil schon vor der Suchterkrankung vorhanden gewesen sein. In Form einer Eigenmedikation wurde versucht eine psychische Erkrankung zu behandeln. Der Konsum von Crack hat aber auch bei psychisch gesunden Menschen spürbare Konsequenzen. Dazu können eine erhöhte Reizbarkeit, eine sehr kurze Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit und/oder eine große motorische Unruhe zählen. Die akuten Phasen der psychischen Auffälligkeiten machen es der seit einigen Jahren verstärkten Straßensozialarbeit in manchen Beratungs- und Kontaktphasen sehr schwer diese Menschen zu erreichen. Auch sind bei einigen suchtkranken Menschen für eine weitergehende Hilfe nicht suchtmedizinische oder sozialarbeiterische Hilfe die erste Wahl, sondern Angebote der Psychiatrie. Um dieses beurteilen und über entsprechende Zugänge zu informieren, ist die Zusammenarbeit von Suchthilfe und Sozialpsychiatrischem Dienst (SpDi) zu intensivieren. Neben der aufsuchenden Pflege und der Straßensozialarbeit, sollten in regelmäßigen Zeitabständen Straßensozialarbeit und der Sozialpsychiatrischen Dienst als Team gemeinsam auf der Straße sein. Bislang wird der SpDi telefonisch dazu gebeten, wenn es fachlich dringend notwendig ist. Durch ein gemeinsames Team ist eine unmittelbarere, interdisziplinäre Intervention eine sehr sinnvolle Ergänzung der bisherigen Arbeitsansätze.

2.2 Festhalten an dem Ziel einer versuchsweisen Erprobung einer Substitution von Crack

Seit 2021 gibt es den erklärten Willen der Stadt Hannover, für Crackabhängige in einem Modellprojekt ein Medikament im „Off-label-use“ als Substitut unter wissenschaftlicher Evaluation zu erproben. Um die fachlichen Herausforderungen eines solchen Modellprojektes bewältigen zu können, hat sich Hannover anfänglich mit Hamburg und Frankfurt am Main für eine gemeinsame Planung zusammengeschlossen. Inzwischen beteiligen sich Bremen und einzelne Kommunen aus NRW an diesem Vorhaben.

Ziel des Modellversuchs

Neben der Erprobung eines Medikaments soll auch die Haltequote bei der Substitution durch eine Tagesstruktur gestützt werden. Es ist fraglich, ob eine reine Medikamentenvergabe die suchtkranken Menschen längerfristig an die Behandlung bindet. Außerdem soll durch die Tagesstruktur die Vermittlung weiterer Hilfsangebote verbessert werden.

Gleichwohl soll die Tagesstruktur so attraktiv gestaltet werden, dass die Patient*innen sich davon angesprochen fühlen und gerne vor Ort verbleiben. Eine verpflichtende Kombination aus Substitution und Wahrnehmung der Tagesstruktur wird es nicht geben. Auf der anderen Seite ist eine Nutzung der Tagesstruktur ohne Substitution nicht möglich.

Äußerungen von suchtkranken Menschen wie auch Beobachtungen bei kleineren Beschäftigungsprojekten zeigen, dass es am Tag neben der Geldbeschaffung für die Drogen und dem Konsum Zeiträume gibt, die als leer oder langweilig empfunden werden.

Dieser Modellversuch ist zunächst auf drei Jahre angelegt. Bei einem erfolgreichen Verlauf wird eine dauerhafte Implementierung angestrebt.

Ziele des Modellversuchs im Sinne des § 67 SGB XII

- Geschützter Aufenthalts- und Rückzugsraum inkl. Außenbereich (bedeutet auch Pause und Distanz zur offenen Drogenszene)
- Verbesserung der Haltequote bei der medizinischen Versorgung (Substitution) durch die Tagesstruktur
- Individuelle Klärung des Hilfebedarfes der Suchtkranken (zunächst primäre Bedürfnisse wie Übernachtung, Krankenversicherung, weitere Versicherungsansprüche etc.)
- Entwicklung, Aktivierung und Förderung der Selbsthilfekräfte
- Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfeangebote
- Sicherstellung von hygienischen Versorgungsstrukturen

Zielgruppe

Zielgruppe sind Volljährige, die ihren Lebensmittelpunkt in der Stadt Hannover haben und die von Crack periodisch oder dauerhaft abhängig sind. Falls Suchtkranke aus anderen Kommunen der Region Interesse an dem Angebot haben, gibt es eine konzeptionelle Offenheit, auch diesen Menschen die Wahrnehmung des Angebotes zu ermöglichen.

Bislang gab es lediglich in Einzelfällen eine Substitution mit dem Wirkstoff Lisdexamfetamin. Daraus lässt sich aber keine wissenschaftliche Evidenz ableiten. Das gleiche gilt für einzelne Behandlungen mit Methylphenidat, vor allem in der Schweiz. Nach dem Abgleich mehrerer Wirkstoffe soll in diesem Modellversuch die medizinische Gabe von Lisdexamfetamin mit einer wissenschaftlich belastbaren Anzahl von Teilnehmenden erprobt werden.

Vielfach gibt es bei den suchtkranken Menschen einen polytoxen Konsum. Insofern kann es durchaus vorkommen, dass die Behandlung mit dem Wirkstoff Lisdexamfetamin mit einer Opioidsubstitution abzustimmen ist. Dies ist aus medizinischer Sicht möglich. Die pharmakologische Wirkung des Medikaments beträgt 10 bis 12 Stunden. Aufgrund dieser Wirkdauer ist eine einmalige medizinische Gabe am Vormittag für den gesamten Tag ausreichend.

Die Zielgruppe soll interdisziplinär aus Mitarbeitenden der Suchthilfe und -medizin angesprochen und zur Teilnahme motiviert werden. Dies betrifft insbesondere die Straßensozialarbeit sämtlicher Träger, den Drogenkonsumraum, sowie sämtliche Substitutionspraxen inklusive der Diamorphinambulanz. Die Straßensozialarbeit bietet auch Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und Begleitung zum Angebot an.

Ausgestaltung der Tagesstruktur

Das Angebot der Tagesstruktur ist für 50 Personen ausgelegt. Vorübergehend kann diese Zahl überschritten werden, wenn einzelne Personen nur periodisch die Substitution wahrnehmen und andere neu aufgenommen werden wollen.

Eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse ist nicht verpflichtend, so dass auch Nichtversicherte die Behandlung und die Tagesstruktur in Anspruch nehmen können. Auch wenn während der Behandlungsphase keine Nachversicherung möglich ist, können sie dieses Angebot in Anspruch nehmen.

Aufgrund begrenzter Ressourcen wird zunächst ein Angebot zur Tagestruktur von Montag bis Freitag in der Zeit von 10 bis 17 Uhr vorgehalten. An den Wochenenden wird aber die Vergabe des Substitutes ermöglicht werden.

Wesentliche Elemente des Tagesangebotes

Tagesschlafbetten

Bei vielen Suchtkranken gibt es keinen geregelten Tag- und Nachtrhythmus. In vielen Tagesaufenthalten ist zu beobachten, dass die Menschen so erschöpft sind, dass Stühle, Sofas und andere Möbel zum Schlafen genutzt werden. Entsprechend sollen 10 Betten zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl der Betten wird im Laufe des Modellprojektes fortlaufend überprüft und ggf. angepasst.

„Offene“ Küche

Aus finanziellen Gründen ist das Betreiben einer Küche mit eigenen Hauswirtschaftskräften nicht möglich. Aus dem Grund wird es einen freizugänglichen Bereich zur Selbstversorgung geben, in dem Kaffee und Tee gekocht werden kann. Außerdem sollen Mikrowellen zum Erhitzen von mitgebrachtem Essen zur Verfügung stehen. Geprüft wird ein Verkaufsangebot zum Selbstkostenpreis von Tiefkühlprodukten. Zusätzlich wird kostenlos Mineralwasser und Obst angeboten.

Café-Bereich

Der offenen Küche direkt angeschlossen ist ein Café-Bereich zum Verweilen, Klönen und Spielen. Außerdem gibt es Ladestationen für Smartphones und WLAN für die Freizeitgestaltung und für Kontakte zu Behörden.

Ergotherapeutische Angebote

Nicht nur im Sinne von Beschäftigung, sondern auch um Kompetenzen und Anreize für die alltäglichen Herausforderungen zu vermitteln, sollen zwei ergotherapeutische Angebote in die Tagesstruktur integriert werden.

Beratungsgespräche

Regelmäßig in der Woche werden die Straßensozialarbeiter*innen der freien Träger und der Stadt für einige Stunden Beratungen anbieten, um Fragen wie eine weitergehende medizinische Behandlung, eine dauerhafte Übernachtungsmöglichkeit und eine Verschuldung in Einzelgesprächen zu klären bzw. die Menschen zu weitergehenden Angeboten zu begleiten.

Schließfächer/Boxen

Für die gesamte Dauer des Aufenthalts können die Menschen ihre persönliche Habe in Schließfächern/Boxen abschließen und sich damit frei zwischen den Angeboten bewegen.

Frauenschutzaspekt

Sowohl im Bereich der Tagesbetten als auch im Aufenthaltsbereich sind Frauen zu schützen und sollten die Möglichkeit bekommen, sich zurückziehen zu können. Dies ist maßgeblich bei der Planung der einzelnen tagesstrukturierenden Maßnahmen, sowie der Berechnung des Personalaufwandes durch Hauptamtliche.

Sozialarbeiterische Aufgaben

- Gezielte Ansprache und individuelle Angebote zur Klärung des Hilfebedarfes (Einzelgespräche)
- Motivation und Vermittlung in weitere medizinische Versorgungsstrukturen (Entgiftung, Reha, betreutes Wohnen etc.)
- Koordination von externen Beratungsangeboten in der Tagesstruktur (La Strada, Streetwork, Kliniken und Ambulanzen) und Motivation für die Teilnahme
- Vergabe von Tagesschlafplätzen (inkl. rechtzeitiges Wecken und Motivation zur Körperpflege)
- Präsenz im Cafébereich und der offenen Küche (Freizeitangebote, gemeinsames Essen, Spiele)
- Vergabe von Schließfächern für den jeweiligen Tag
- Sicherstellung des geschützten Raumes für die Besucher*innen

Wie eingangs formuliert, soll an diesem Konzept festgehalten werden. Seit über zwei Jahren sucht das Dezernat für Soziales und Integration für die Umsetzung intensiv eine Räumlichkeit oder Grundstück. Weder auf dem Mietmarkt noch bei zum Verkauf stehenden Immobilien ist es gelungen einen Vertrag abzuschließen. Auch ein unbebautes Grundstück für eine denkbare Modulbauweise ist eine Option, die sich ebenfalls nicht realisieren lässt. Aufgrund dieser Tatsache steht dieses Vorhaben in Hannover kurz vor dem Scheitern.

2.3 Weitere Aufenthaltsflächen für Konsument*innen illegaler Drogen

In der Regel verbringen Konsument*innen illegaler Drogen einen Großteil des Tages in der Öffentlichkeit. Dies hat nur bedingt damit zu tun, dass einige keinen Wohnraum haben und Notschlafstellen meiden (siehe Punkt 3.2). Ein Hauptgrund für das Aufsuchen von öffentlichen Plätzen liegt an den sozialen Kontakten zu Menschen, die sie kennen und mit

denen sie den Tag verbringen möchten. Häufig sind die sozialen Kontakte die einzigen, die ihnen noch verblieben sind. Familien und frühere Freund*innen haben meistens den Kontakt zu ihnen abgebrochen. Deshalb haben öffentliche Plätze für die suchtkranken Menschen eine sehr wichtige Funktion. Meistens erleben sie, dass sie sich Plätze und Orte aussuchen und von dort vertrieben werden. Der Vorplatz Fernroder Straße ist bislang der einzige Ort, an dem sich die offene Drogenszene in der Innenstadt aufhalten kann. An der Drägerwiese in Linden-Süd wird ein mobiles Angebot der Straßensozialarbeit vom Drogenkonsumraum Stellwerk, La Strada und der Stadt Hannover entwickelt und ausprobiert.

In der allgemeinen Diskussion wird häufig übersehen, dass die offene Drogenszene keine homogene Gruppe von Menschen ist, die sich alle sympathisch finden. Auch dort bilden sich einzelne, kleinere Gruppen und Menschen, die gewisse Orte aus Angst oder schlechten Erfahrungen meiden. Einen Platz für alle Menschen bereit zu halten, trifft deshalb nicht die Bedürfnisse der suchtkranken Menschen. Vielmehr braucht es zusätzliche, kleinere Orte, an denen sich die Szene aufhalten kann. Kleinere Orte haben auch den Vorteil, dass sie meist nur von einer Gruppe aufgesucht wierden, die sich gegenseitig kennen. Auch wird eine kleinere Gruppe von Menschen eher von der Nachbarschaft akzeptiert.

Mit der DS 0308/2024 N1 gab der Rat dem Dezernat für Soziales und Integration den Auftrag, weitere Unterstützungs- und Aufenthaltsorte für suchtkranke Menschen zu identifizieren und Rahmenbedingungen zu definieren, die für eine Aufenthaltsqualität notwendig sind.

Vorarbeiten

Es wurden zahlreiche Vorschläge seitens der Stadt, in enger Kooperation mit der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen, La Strada und dem Neuen Land erarbeitet – und zum großen Teil auch wieder verworfen. Außerdem wurde bei der Bewertung der Vorschläge für die Innenstadt die Sicht der Polizei besprochen und berücksichtigt.

Ferner wurde die offene Drogenszene befragt. Die Umfrage fand in der Zeit vom 22. bis 29. April 2024 statt und hatte ausschließlich offene Fragen, um keine Tendenzen bei den Antworten vorzugeben. Insgesamt nahmen 22 männliche, 9 weibliche und 2 Personen teil, die ihr Geschlecht nicht angaben. Überwiegend wurde ein Ort außerhalb der Innenstadt gewünscht, der „im Grünen liegt“ und eine Aufenthaltsqualität hat. Dies trifft insbesondere für die befragten Frauen zu. Eine gesonderte Fläche ausschließlich für Frauen wurde im Rahmen der Beratungen verworfen.

Traditionell gibt es an jedem Ort die gleichen Reaktionen aus der Bevölkerung. Einerseits besteht Verständnis gegenüber diesen Menschen sich zu treffen und andererseits Ablehnung, dass dies im näheren Umfeld geschieht.

Trotzdem ist es notwendig, weitere Aufenthaltsflächen zu identifizieren. Außerdem ist eine Grundausstattung für einen attraktiven Ort notwendig. Mindestens ist ein Angebot mit Sitzbänken, mobilen Toiletten, ausreichender Beleuchtung und einem Wetterschutz notwendig. Optional sind auch ein Trinkwasserbrunnen und WLAN eine sinnvolle Ergänzung.

Andere Städte wie Bremen, Hamburg und Münster gehen den mutigen Weg, trotz aller zum Teil sehr heftigen Widerstände, Aufenthaltsflächen für die offene Drogenszene attraktiv zu gestalten. So hat die Stadt Hamburg den August-Bebel-Park vor ihrem größten Drogenkonsumraum, dem Drob Inn, deutlich erweitert und attraktiv umgebaut. Die Stadt Münster hat den Bremer Platz, einem Bahnhofsplatz am hinteren Ausgang, umgestaltet und der dortigen Szene ein Teil des Platzes mit Sitzgelegenheiten und Wetterschutz gestaltet und gleichzeitig den restlichen Platz anderen Gruppen aus der Bevölkerung zugänglich gemacht. Der Bremer Platz ist im Sommer 2024 fertig gestellt worden. Die Nutzung von

unterschiedlichen Gruppen auf einem Platz hat sich nach anfänglicher Zurückhaltung zur allgemeinen Zufriedenheit entwickelt. Weitere Informationen unter

Stadt Münster:
https://www.stadt-muenster.de/aktuelles/newsdetail/bremer-platz

Stadt Hamburg:
https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/bezirke/mitte/aktuelles/pressemitteilungen/neugestaltung-des-august-bebel-parks-umbauarbeiten-abgeschlossen-1004096

In Hannover muss die Diskussion aufgenommen werden, welche weiteren Orte sich als Aufenthaltsflächen eignen. Ordnungspolitisch ist diese Aufgabe und die daraus resultierende Beschwerdelage nicht zu lösen.

3 Heroin

3.1 Niedrigschwellige Substitution

Die Zahl der Menschen mit einer Krankenversicherung sinkt kontinuierlich. Prekäre Arbeitsverhältnisse, Schulden bei der Krankenkasse, illegaler Aufenthalt sind nur einige Gründe, warum Menschen nicht oder nicht mehr krankenversichert sind. Damit fehlt ihnen der wichtige Zugang zu einer regelmäßigen suchtmedizinischen Behandlung.

Außerdem gibt es Menschen, die aus der regulären Substitution fallen. Unregelmäßige Besuche, hoher Beikonsum und die fehlende Unterstützung durch eine psychosoziale Beratung (PSB) sind Gründe für eine unregelmäßige oder abgebrochene Behandlung mit einem Substitut.

Für all diese Menschen haben andere Großstädte bereits Angebote geschaffen, um sie wieder in eine Behandlung zu integrieren beziehungsweise erstmalig für eine Substitution zu gewinnen. Städte wie Frankfurt am Main, Hamburg und Nürnberg haben zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt und zum Teil mit unterschiedlichen Konzeptionen ein Angebot mit diesem Begriff entwickelt und umgesetzt.

Kernelemente:

- um die Kosten kalkulierbar zu halten, ist die Gesamtzahl der behandelten, nichtversicherten Suchtkranken begrenzt
- 7-Tage-Öffnung ohne ein gleichzeitiges Angebot einer Tagesstruktur
- Fehltageregelung; d.h. es gibt eine Toleranz, wenn die Behandlung unregelmäßig ist beziehungsweise phasenweise ausgesetzt wird. Trotzdem ist die Zahl der Fehltage begrenzt. Dies hilft in der Regel psychisch erkrankten Menschen außerhalb einer akuten Verschlechterung ihrer psychischen Erkrankung, zum Beispiel psychotischen Schüben, ihren Behandlungsplatz nicht zu verlieren
- Räumlich ist das Angebot in eine Suchthilfeeinrichtung integriert (Hamburg im Drogeneinrichtung drob Inn und in Nürnberg in einer Fachstelle Sucht); enger Bezug zur Sozialarbeit der Suchthilfe
- ausschließlich Sichtvergabe; kein Take-Home und kein Rezept

Der Zuspruch zu diesem Angebot ist enorm. In Hamburg allein wurden seit 2020 über 500 verschiedene Suchtkranke damit erreicht. Sämtliche Angebote haben eine hohe Haltequote, d.h. der Abbruch der Behandlung durch die suchtkranken Menschen ist vergleichsweise niedrig. Außerdem wurden auch wieder Menschen erreicht, die für sich die Substitution als unterstützendes Angebot aufgebaut hatten oder frustriert abbrachen. Der Handel von

Substituten über Suchtkranke und Dealer sprechen auch dafür, dass es Menschen gibt, die ohne Krankenversicherung auf der Suche nach einer Alternative zum Heroin sind.

Insgesamt ist die niedrigschwellige Substitution in erster Linie ein Angebot zur Überlebenshilfe und zum Andocken an die Suchtmedizin.

3.2 Zweiter Drogenkonsumraum (für die Nacht und mit einem Übernachtungsangebot)

Die Stadt Hannover verfügt über den einzigen Drogenkonsumraum in ganz Niedersachsen. Zudem ist dieser zwar an sieben Tagen, aber nicht in der Nacht geöffnet. Die Notschlafstellen der Stadt werden meistens nicht aufgesucht, da dort wegen des Konsums illegaler Drogen nicht geduldet ist. Die Angebote der Wohnformen der Suchthilfe wie dem U.D.O., der Bachstraße oder der Jugendwerksiedlung sind komplett ausgebucht und haben Wartelisten. Dies bedeutet, dass sich zahlreiche Menschen auch nachts in der Nähe des Hauptbahnhofs und dem Treffpunkt der offenen Drogenszene aufhalten. Die Stadt Frankfurt am Main geht bereits seit zwei Jahrzehnten einen Weg, den suchtkranken Menschen ein dezentral gelegene Wohneinrichtung, den „Eastside“ anzubieten. Ein Shuttle bringt die Menschen abends dort hin und auf Wunsch am nächsten Morgen auch zurück. Das Konzept der Einrichtung ist die akzeptierende Drogenarbeit in einer niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtung. Inhaltlich gibt es dort einen Werkstatt- und Wohnbereich, sowie ein Drogenkonsumraum und ein Café als offener Treffpunkt. Weitere Informationen unter https://www.idh-frankfurt.de/idh-standorte/schielestrasse-22-26.

Die Stadt Zürich hat zwar ihre drei Drogenkonsumräume im Tages- und Abendbetrieb. Jedoch sind die Öffnungszeiten aufeinander abgestimmt, so dass die offene Drogenszene „in Bewegung gehalten wird“, weil eine Einrichtung schließt und zeitgleich dafür eine andere öffnet.

Beide Städte haben damit Angebote geschaffen, die eine Verfestigung der Szene an einem Ort mangels räumlicher Alternativen entgegenwirkt. Mit dem „Eastside“ schließt die Stadt Frankfurt am Main noch dazu die große Versorgungslücke wegen des fehlenden Wohnraums.

Aus diesem Grund benötigt die Stadt Hannover dringend einen zweiten Drogenkonsumraum, der vor allem für den Konsum in den Abend- und Nachtsunden ein attraktives Angebot macht. Dieses Angebot sollte bewusst dezentral angelegt sein, den Menschen aber die Möglichkeit des Pendelns zwischen diesem Ort und der Innenstadt ermöglichen. Es ist nicht sinnvoll und nicht gewollt, durch ein dezentrales Angebot die Szene dauerhaft von der Innenstadt fernzuhalten. Dieser Versuch ist bereits in anderen Großstädten gescheitert und hatte jeweils einen sehr teuren Lerneffekt. Für die Nacht sollte der Drogenkonsumraum mit einem Übernachtungsangebot kombiniert werden, um die Menschen zur Ruhe kommen zu lassen. Druckraum und Übernachtung sollten spätestens beendet werden, wenn das Stellwerk am Tag öffnet.

3.3 Substitution in Hannover (Stadt und Region)

Für die Sicherstellung des gesundheitlichen Versorgungsanspruches sieht die Kassenärztliche Vereinigung das Stadtgebiet und die Region Hannover als eine Einheit an. Dabei spielt es keine Rolle, ob einer Person aus einer umliegenden Gemeinde in der Stadt Hannover ein Behandlungsplatz zugewiesen wird oder umgekehrt.

Um die Entwicklung der Substitution in Hannover beurteilen zu können, ist zum einen ein Vergleich der Angaben für 2020 und 2025 für die Stadt und die Region Hannover aufschlussreich. Auf den ersten Blick ist die Lage stabil: Während im Jahr 2020 46

Ärzt*innen, inklusive drei Suchtmediziner*innen in der Diamorphinambulanz, die Versorgung der Substituierten gewährleisteten, waren es im Jahr 2025 44 Ärzt*innen. Was dabei nicht wiedergegeben wird, ist dass es in diesem Zeitraum nur sehr wenige Ärzt*innen gab, die diese neu übernommen haben. Im Stadtgebiet war dies nur einmal der Fall. Daraus lässt sich schließen, dass die Substitution ein langfristiges Nachwuchsproblem hat und sich das Durchschnittsalter in diesem Zeitraum dadurch erhöht hat. In den nächsten Jahren muss es eine intensivere Suche nach Nachwuchskräften geben. Die Kassenärztliche Vereinigung hat dieses Problem erkannt und steuert mit zusätzlichen Fortbildungen und anderen Qualifizierungsangeboten entgegen. Die Bemühungen stehen unter Zeitdruck, weil sich auch in diesem Berufsfeld die Zahl der Menschen, die in den Ruhestand gehen, in den nächsten Jahren deutlich erhöhen wird. Mit der derzeitigen Stabilität der Anzahl substituierender Ärzt*innen steht Hannover vergleichsweise gut da. In Niedersachsen sank die Zahl der Patient*innen im gleichen Zeitraum von 249 auf 232 und im Bundesgebiet von 2.545 auf 2.373.

Bei der Zahl der Substitutionsplätze hat sich die Zahl in Hannover auf den ersten Blick erhöht. Im Jahr 2020 wurden in Hannover 2.625 Plätze bereitgestellt. Diese Zahl erhöhte sich zwar im Jahr 2025 auf 2.849. Jedoch fließen in diese Gesamtzahl auch die Zahl der Patient*innen ein, die in der JVA eine Freiheitsstrafe verbüßen und währenddessen substituiert werden. Diese Zahl ist stark schwankend. 2020 traf dies auf 150 Menschen zu und im Jahr 2025 auf 219. Die Zahlen der JVA abgezogen, gibt es im Jahr 2025 ein leichtes Plus bei den Substitutionsplätzen von 125 Plätzen gegenüber 2020. Wie viele der Plätze wirklich von Patient*innen genutzt wurden, ist seit 2018 und einem damaligen Gerichtsurteil nicht abzubilden. Damals wurde aus Datenschutzgründen entschieden, dass keine Patient*innenzahlen pro Praxis gemeldet werden. Lediglich im Substitutionsregister werden jährlich alle behandelten Patient*innen erfasst. Dort ist dann aber kein konkreter kommunaler Bezug mehr möglich. Damit ist seit 2018 nicht festzustellen, wie viele Plätze in Hannover konkret belegt sind. Der einzige Indikator, der eine ungefähre Vorstellung vermittelt, sind die Rückmeldungen aus den Suchthilfeeinrichtungen. Demnach ist es sehr aufwendig einen Substitutionsplatz zu finden. Auf der anderen Seite gibt es auch kein Informationssystem, welches angibt, wo freie Plätze vorhanden sind. Soll eine suchtkranke Person vermittelt werden, bleibt nur das Abarbeiten der gesamten Liste der Ärzt*innen.

Die einzelnen Angaben für Hannover für die letzten Jahre sind dem Kennzahlenblatt am Ende des Berichtes zu entnehmen.

Dieses leichte Plus an Plätzen steht entgegen dem Trend in Niedersachsen und dem Bund. Bundesweit sank die Zahl der Patient*innen von 81.300 (2020) auf 78.800 (2025). Im gleichen Zeitraum reduzierte sich die Anzahl für Niedersachsen von 7.758 auf 7.587 Personen. Trotz mehrerer Initiativen, mehr suchtkranke Menschen für die Behandlung zu überzeugen, gehen die Zahlen Jahr für Jahr zurück. Gründe können mehrfache Abhängigkeiten sein, Verlassen des Behandlungskontextes aus Resignation oder Verlust der Krankenversicherung. Dabei ist es dringend notwendig, diese Abwärtstendenz umzudrehen und wieder mehr suchtkranke Menschen in die Behandlung zu vermitteln.

3.4 Mikrohandel

Die suchtkranken Menschen haben beim Betreten des Konsumraums die mitgebrachten Drogen bereits gekauft und zeigen diese vor. Dieses ist Grundlage für die Betriebserlaubnis eines Drogenkonsumraums und ist juristisch im BtMG geregelt.

Diese juristische Grundlage existiert auch in der Schweiz (Art. 19BetmG). Die Stadt Zürich hat sich jedoch für ihre Drogenkonsumräume für einen anderen Weg entschieden. Sie hat die grundsätzliche Frage, entweder den Kleinhandel im öffentlichen Raum zu tolerieren oder in den Einrichtungen zu kontrollieren, mutig entschieden. Auf dem Grundstück ist in einem

nicht von außen einsehbarem Bereich eine so genannte Mikrohandelszone erlaubt. In dieser wird der Austausch von illegalen psychoaktiven Substanzen zwischen den Nutzenden der Einrichtung toleriert.

Als Regeln für diese Zone werden festgelegt:

- Der Kleinhandel darf nur in diesem Bereich stattfinden
- Keine Waage
- Kein sichtbares Geld
- Zugang in die Einrichtung und damit auch zur Mikrohandelszone haben nur Schwerstabhängige

Im Grunde wird damit eine Möglichkeit geschaffen, den Kauf der illegalen Drogen ebenfalls in die Drogenkonsumräume zu verlagern und damit den öffentlichen Raum auch bezüglich dieses Aspektes zu entlasten. Das Verfahren wurde mit der Polizei und der Staatsanwaltschaft abgestimmt und wird von ihnen mitgetragen. Selbstverständlich hat diese pragmatische Haltung anfangs zu großer Skepsis und zahlreichen Diskussion geführt. Jedoch funktioniert der Betrieb der Drogenkonsumraum weiterhin einwandfrei und die Bedenken sind deutlich leiser geworden.

Inzwischen sind auch die bundesdeutsche Suchthilfe und Politik auf dieses Modell aufmerksam geworden. Zum einen haben sich die Oberbürgermeister von Köln und Düsseldorf (SPD und CDU) an die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen gewandt, um Rahmenbedingungen für eine solche Möglichkeit besprechen zu können. Auch der Rat der Stadt Dortmund berät zu dem gleichen Thema. Zielrichtung ist nicht eine Novelle des BtMG’s, was mitunter Jahre dauert, sondern eine pragmatische, kommunale Lösung, die von der jeweiligen Landesregierung als Genehmigungsbehörde für Drogenkonsumräume mitgetragen wird.

Diese mutigen, ersten Schritte zu diesem Thema müssen auch dringend in einer Diskussion für die Stadt Hannover bearbeitet werden. Gemeinsam mit den Träger*innen der Suchthilfe, der Polizei und der Staatsanwaltschaft ist ein zweijähriger Versuch sinnvoll.

4 Ketamin

Mit der Abwasseranalyse 2024 taucht für die Stadt Hannover erstmalig der Konsum von Ketamin in einem nennenswerten Umfang auf. Bei Ketamin handelt es sich um ein in Deutschland zugelassenes, verschreibungspflichtiges Medikament und fällt nicht unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Medizinisch wird Ketamin als Narkose- und Schmerzmittel in der Human- und Tiermedizin und in der Psychiatrie auch als schnell wirkendes Antidepressivum bei Depressionen eingesetzt. Ketamin ist ein Arzneimittel mit dissoziativer Wirkung, d.h. beim Konsum tritt eine halluzinogene Wirkung auf. Im Partysetting ist Ketamin als Special-K oder Vitamin-K bekannt.

Um die nachfolgende Abbildung in das richtige Verhältnis mit anderen Drogen zu setzen, sei gesagt, dass die Mengenangaben für Ketamin deutlich geringer sind. Wenn beispielsweise Kokain für 2024 mit 410 mg pro 1.000 Personen und Tag angegeben ist, beträgt der Wert für Ketamin im gleichen Jahr 19 mg pro 1.000 Personen und Tag.

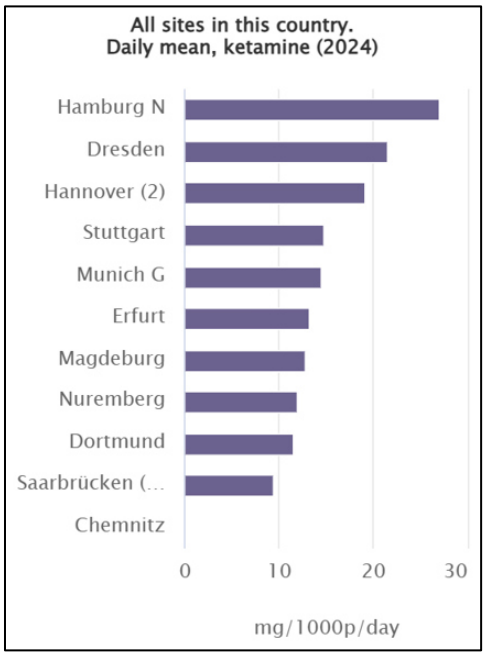


Abbildung 6: täglicher Ketamingehalt im Abwasser im Ländervergleich 2024
Quelle: EUDA (2026).

Im bundesweiten Vergleich nimmt Hannover eine vordere Position ein. Das ist überraschend, ohne dass hierbei eine mögliche Erklärung gegeben werden kann.

Im Jahr 2025 ist der Konsum in Hannover gegenüber 2024 von 19,1 mg pro 1.000 Personen und Tag auf 24,7 mg pro 1.000 Personen und Tag gestiegen. Im Verhältnis zu anderen Drogen ist die Gesamtsumme der konsumierten Substanz gering. Dies entspricht eine Zunahme von ca. 25%. Im bundesweiten Vergleich ist Hannover um etliche Plätze nach hinten gerückt:

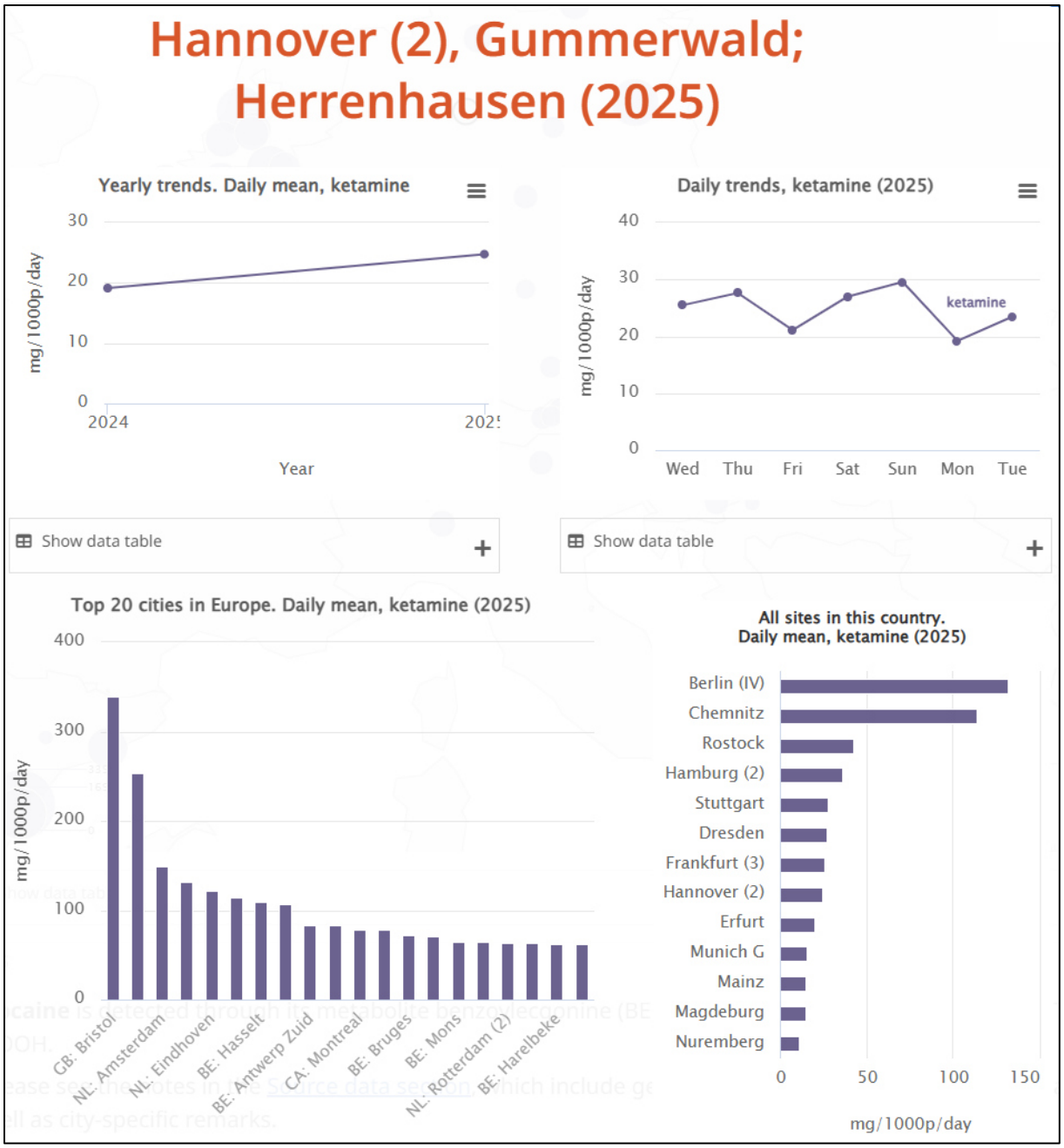


Abbildung 7: Abwasseruntersuchung Hannover 2025 - Ketamin
Quelle: EUDA (2026).

Bislang ist Ketamin nicht in der Polizeilichen Kriminalstatistik bzw. in den Statistiken der Krankenhäuser als gesonderte Kategorie aufgeführt, so dass zum jetzigen Zeitpunkt ein tieferer Blick in die Konsumgewohnheiten und gesellschaftliche Relevanz nicht möglich ist. Trotzdem ist es notwendig, diese Substanz über die nächsten Jahre im Auge zu behalten.

Fazit:

Für den Konsum von Ketamin gibt es derzeit keinen Grund für Aktivismus und großer Besorgnis. Da Ketamin erstmalig 2024 im Abwasser analysiert wurde, ist der Beobachtungszeitraum für mögliche Tendenzen im Konsumverhalten zu kurz. Vielmehr ist es die Aufgabe der Suchthilfeplanung, in den nächsten Jahren zu analysieren, inwieweit es sich um ein vorübergehendes Phänomen handelt oder in den Konsummustern etabliert. Der Konsum von Ketamin ist aber ein eindrucksvolles Beispiel wie wichtig es ist, nicht nur die Drogen, die in der öffentlichen Wahrnehmung präsent sind zu betrachten, sondern einen offenen Blick für mögliche neue Tendenzen zu behalten.

5 Amphetamine

Amphetamine sind chemische synthetische Verbindungen, die stimulierend und euphorisierend wirken. In ihrer legalen Darreichungsform sind sie Medikamente unter anderem zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

Der Konsum von Amphetaminen in Hannover ist seit Jahren auf einem gleichbleibenden Niveau:

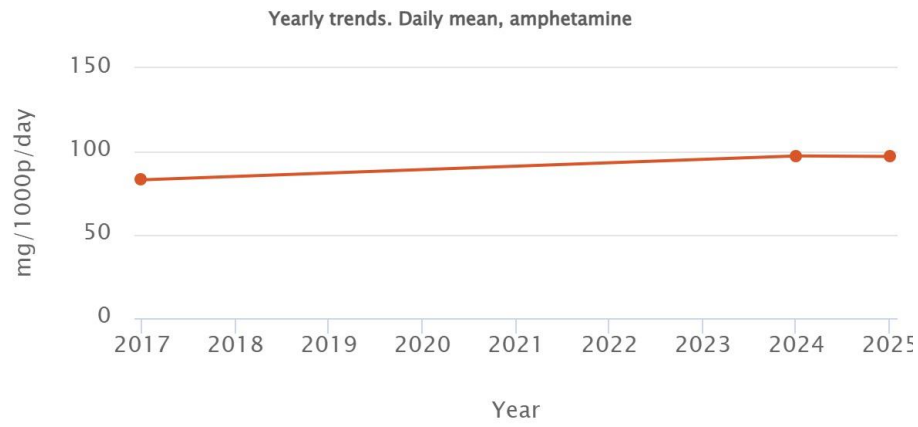


Abbildung 8: Amphetaminegehalt Abwasseruntersuchung in Hannover 2025
Quelle: EUDA (2026).

Dabei gibt es im Wochenverlauf erstaunlicherweise keinen Anstieg zum Wochenende hin, der dann zum Wochenbeginn wieder abnimmt. Bei allen anderen Drogen ist dies der Fall – mit Ausnahme der Amphetamine. Als einen möglichen Grund lässt sich die medikamentöse und/oder missbräuchliche Einnahme von Amphetaminen zur Behandlung der oben genannten Störungen vermuten:

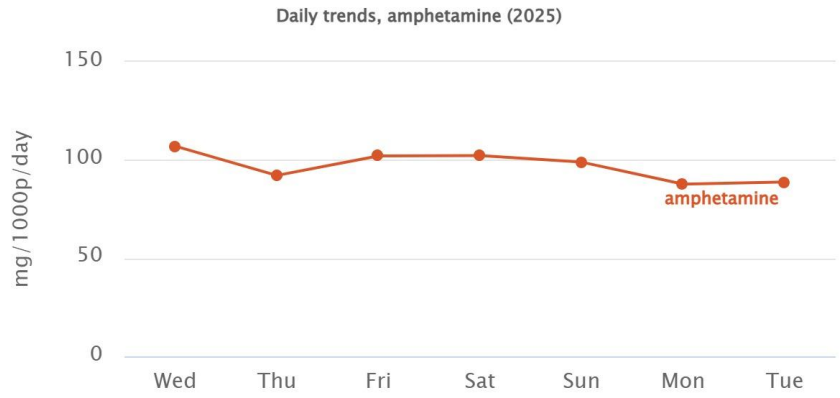


Abbildung 9: Wochentrend Amphetamingehalt Abwasser 2025
Quelle: EUDA (2026).

Der Blick in die polizeilichen Kriminalstatistiken zeigt ein uneinheitliches Bild. Jeweils im 10-Jahresvergleich sind zunächst sinkende Zahlen festzustellen. Während es 2013 im Stadtgebiet seitens der Polizei 531 registrierte Fälle gegeben hat, waren es 2023 299 Fälle. Ein ähnliches Bild ergibt sich im Vergleich zwischen 2014 (604 Fälle) und 2024 (261 Fälle). In den anderen Jahren stiegen und sanken die jeweiligen Fallzahlen. Ein Erklärungsgrund könnten unterschiedlichen Intensitäten der Kontrollen in den jeweiligen Jahren sein, die sich dementsprechend auch in der Statistik niederschlagen. Häufige Kontrollen führen in der Regel auch häufiger zur Registrierung von Verstößen. Die Polizei spricht in dem Zusammenhang von „Kontrolldelikten“.

Die Zahl der Krankenhausbehandlungen zeigt an dieser Stelle eine systematische Unschärfe, weil unter der Behandlungsziffer F 15.x für das klinische Erscheinungsbild Amphetamine mit anderen psychotropen, stimulierenden Substanzen zusammengefasst sind.

Fazit:

In den Fachdiskussionen sind die Amphetamine in den letzten Jahren kein Thema gewesen. Aufgrund der Dominanz anderer Drogen wie Crack und Cannabis wird die Entwicklung beim Konsum von Amphetaminen seitens der Stadtverwaltung beobachtet. Konkreter Handlungsbedarf, außer in dem peer-basierten Ansatz, zusammen mit Kokain und Ketamin, wird dazu derzeit nicht gesehen.

Zusammenfassung der 2025 in der Abwasseranalyse verglichenen Drogen in Hannover

Seit 2017 werden die Rückstände von Kokain, Amphetamine, MDMA und Methamphetamine in den beiden Klärwerken in Herrenhausen und Gümmerwald im europäischen Abwasseranalysen berücksichtigt. 2024 kam Ketamin und 2025 Cannabis für Hannover hinzu.

2025 wird in der Gesamtübersicht aller sechs Substanzen in den Abwasseranalysen deutlich, dass Kokain, und damit auch Crack, die eindeutig dominante, illegale Droge in Hannover ist. Diese Spitzenposition hat Kokain in allen Jahren seit 2017 – mit jährlich steigenden Werten. Hinter der medial und politisch viel diskutierten Frage, ob der Konsum

von Cannabis seit der kontrollierten Abgabe ab April 2024 gestiegen ist, ist insbesondere der kontinuierlich hohe Konsum von Amphetaminen eine vielfach übersehene Tatsache:

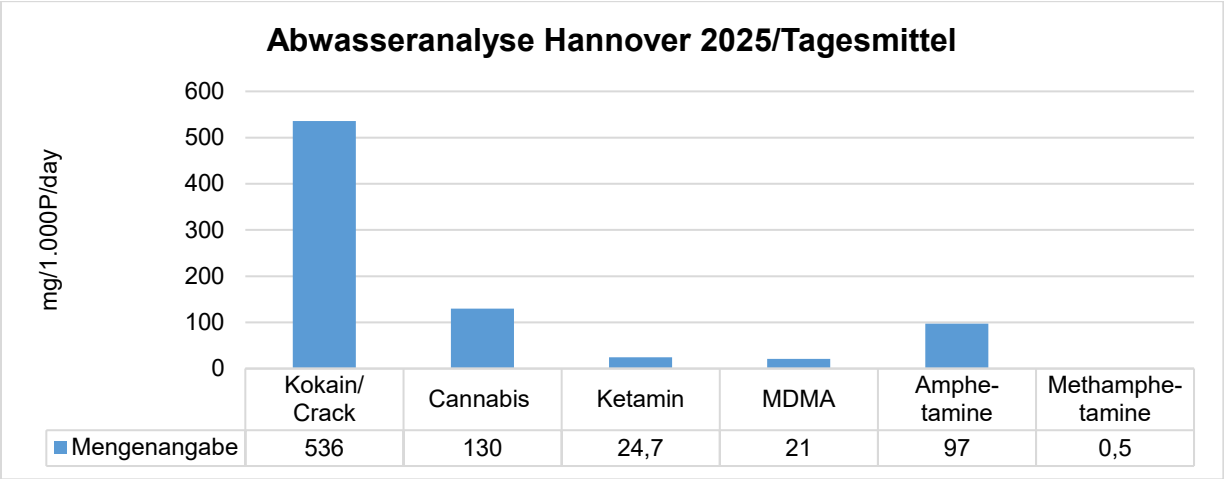


Abbildung 10: Abwasseranalyse Hannover - Gesamtübersicht Substanzen 2025
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an EUDA (2026).

6 Drogentote in Hannover

Die Erfassung der jährlichen Zahlen unterliegt einer Ungenauigkeit. Augenscheinlich ist nicht festzustellen, ob Menschen an einer Überdosierung gestorben sind. Es ist auch die jahre- bzw. jahrzehntelange Abhängigkeit, eine akute Erkrankung, eine Mangelernährung, ein Erfrieren als Todesursache denkbar. Vielfach handelt es sich wohl um eine Kombination aus mehreren Aspekten. Beim Auffinden der toten Personen wird - außer bei der Vermutung einer Fremdeinwirkung - in der Regel keine Obduktion zur Ermittlung der Todesursache angeordnet. Dies führt dazu, dass die mutmaßliche Zahl der Drogentoten in den Jahren über der Zahl liegt, die in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) veröffentlicht wird.

Werden für die Analyse ausschließlich die Zahlen der PKS zugrunde gelegt, lässt sich für Hannover für die letzten Jahre eine sehr bedenkliche Tendenz feststellen. Die Zahl der Drogentoten lag im Jahr 2025 mit 22 angegebenen Personen über dem Wert von 2023 (21 Menschen) und hat zu einem Wert geführt, der knapp 20 Jahr nicht erreicht wurde. Letztmalig wurden 2008 so viele verstorbene Drogengebrauchende in dieser Statistik erfasst. Wie der Abbildung 12 zu entnehmen ist, gibt es jährlich eine starke Schwankung bei der Zahl der Drogentoten. Trotzdem entwickeln sich die Zahlen in einer Tendenz, die Anlass zur Sorge ist.

Gründe für die steigende Zahlen der Drogentoten sind vermutlich:

- steigende Zahl der Wohnungs- und Obdachlosigkeit; Meiden der Notschlafstellen wegen des Verbots des illegalen Konsums
- Konsum von Substanzen, die den ursprünglich gekauften Drogen in unbekannter Dosierung beigemischt werden; häufig sind dies synthetische Opioide oder Cannabinoide; inzwischen tauchen auch neue synthetische Drogen auf, deren Wirkung und Potenz vollkommen unbekannt sind
- Schwankungen des Wirkgehaltes von (Straßen-)Heroin
- Mischkonsum von mehreren Drogen gleichzeitig oder in kurzen Zeitabständen; laut einem Pressebericht des Bundesdrogenbeauftragten sind im Jahr 2025 „81,5% aller Drogentoten im Zusammenhang mit Mischkonsum“ gestorben (vgl. Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2026).

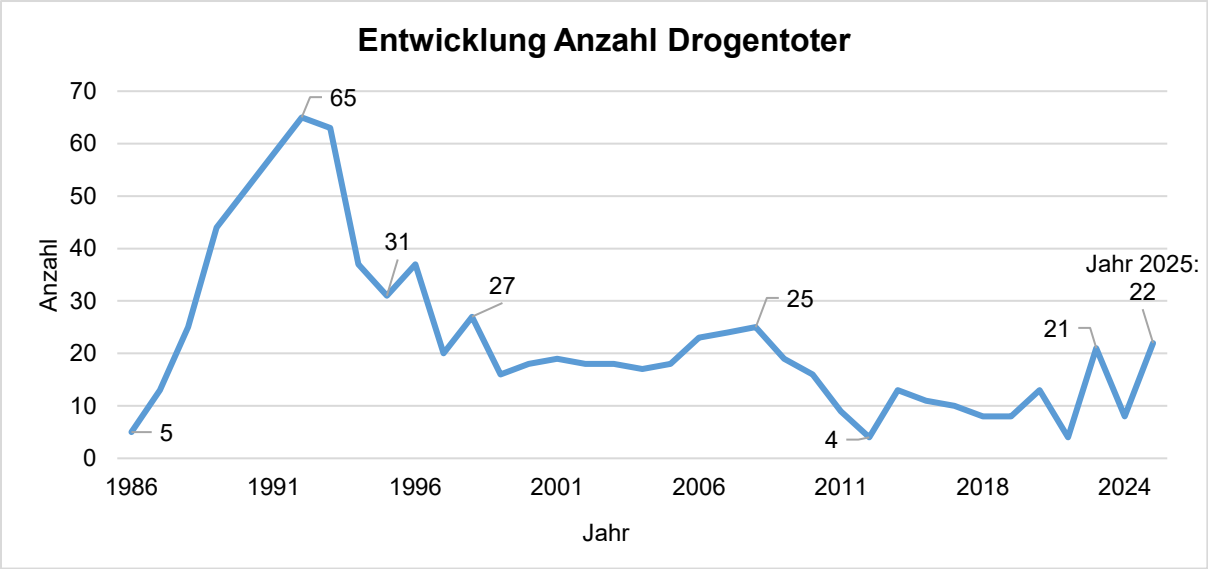


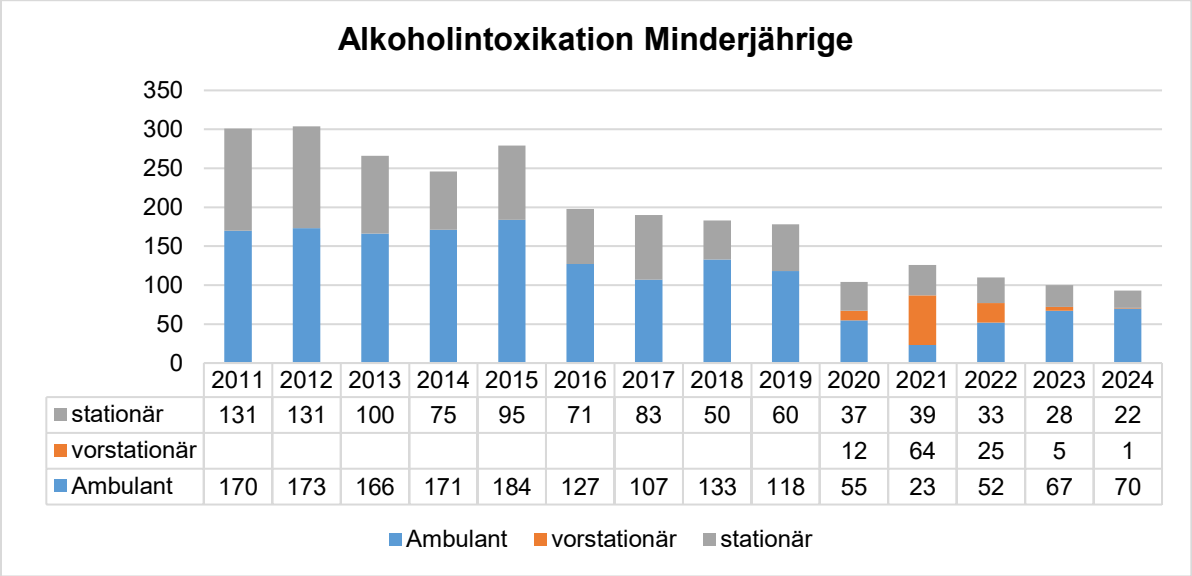
Abbildung 11: Entwicklung Anzahl Drogentoten
Quelle: Landeshauptstadt Hannover, Dezernat III.

II Stoffgebundene, legale Süchte

1 Alkohol

1.1 Minderjährige

Der Umgang von Minderjährigen mit Alkohol hat sich in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Ein Indikator dafür sind die Zahlen der Krankenhauseinlieferungen mit der Hauptdiagnose Alkoholintoxikation. Nahezu zwei Drittel aller Minderjährigen, die in der Stadt Hannover eine medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. eine stationäre Hilfe benötigen, werden zum Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult gebracht. Seit 2011 ist dort folgende Entwicklung der Behandlungsfälle festzustellen:



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
stationär	131	131	100	75	95	71	83	50	60	37	39	33	28	22
vorstationär										12	64	25	5	1
Ambulant	170	173	166	171	184	127	107	133	118	55	23	52	67	70

Abbildung 12: Alkoholintoxikation Minderjährige
Quelle: Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult., Jahresbericht HaLT-Beirat 2025 der Region Hannover.

Im Gegensatz zu den anfänglichen Zahlen von jeweils 300 Fällen pro Jahr haben sich die Einlieferungen in das Krankenhaus Auf der Bult in 2023 und 2024 um zwei Drittel reduziert. Bemerkenswert ist dabei, dass nach den deutlichen Rückgängen in den Jahren der Pandemie von 2020 bis 2022 auch in den beiden Folgejahren diese Werte stabil geblieben sind.

Diese Tendenzen lassen sich auch vollständig auf die weiteren Krankenhäuser übertragen, die ebenfalls Minderjährige behandelt haben (Medizinische Hochschule, Kliniken Nordstadt und Siloah).

Jede Droge hat seine eigene Wirkung auf den Körper, die trotzdem individuell unterschiedlich intensiv erlebt werden kann. Vielfach sind die Wirkungen der einzelnen Drogen wie Alkohol, Cannabis und Kokain bekannt. Sowohl die Behandlungen im Krankenhaus als auch Rückmeldungen aus den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention haben gezeigt, dass der Mischkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine beliebte Form des Konsums beim Feiern ist. Dies muss auch bei der Präventionsarbeit einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Vielfach gibt es bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Unkenntnis bzw. „Konsumnaivität“ über die Gefahren des Zusammenwirkens unterschiedlicher Drogen. Nicht selten werden mehrere Substanzen nahezu gleichzeitig konsumiert. Beim Feiern im privaten Rahmen, in Diskotheken und anderen Anlässen ist besonders der Mischkonsum von Alkohol und Cannabis beliebt. Dabei ist zu wenig bekannt, dass Cannabis die Wirkung von Alkohol verstärkt. Dies kann zu einer stärkeren Benommenheit, Verwirrung und Koordinationsproblemen führen. Umgekehrt verstärkt der Alkohol die Wirkung von Cannabis aber nicht. Auch die Wirkung von MDMA, Ecstasy und Mephedron wird durch den gleichzeitigen Konsum von Alkohol verstärkt. Ein besonders hohes Gesundheitsrisiko ist beim Mischkonsum von Alkohol mit Kokain gegeben. Studien weisen darauf hin, dass beispielsweise der ohnehin erhöhte Herzschlag beim Kokainkonsum durch den gleichzeitigen Gebrauch von Alkohol noch einmal um 20 Prozent erhöht wird. Auch entsteht bei diesem Mischkonsum ein Abbauprodukt, welches eine ähnliche Wirkung hat wie Kokain hat, aber länger im Körper bleibt. Diese körperliche Belastung kann zu einer gesundheitlichen Überforderung führen. Ketamin und auch Benzodiazepine haben ein ähnliches hohes Gesundheitsrisiko wie der Mischkonsum von Alkohol und Kokain.

Fazit

Nun ist es ein naheliegender Reflex, das Thema Alkoholprävention für Minderjährige deswegen weniger zu beachten und möglicherweise finanziell geringer auszustatten. Dieser deutliche Rückgang in den Zahlen ist aber auch damit zu erklären, dass die Stadt Hannover regelmäßige Finanzmittel für die Fachberatungsstellen für Sucht und Suchtprävention und bis vor einigen Jahren auch durch das Sachgebiet Jugendschutz/Straßensozialarbeit zur Verfügung gestellt hat. Auch wenn nicht ausschließlich die Prävention als Grund für den Rückgang der Fallzahlen dienen kann, ist ein Nachlassen dieser Präventionsarbeit fahrlässig und kann zu einer Steigerung der jetzigen Fallzahlen führen.

Da auch bei Jugendlichen der Mischkonsum deutlich zunimmt, ist die Präventionsarbeit, die sich grundsätzlich auf die Auseinandersetzung mit einzelnen Drogen konzentriert, zukünftig noch stärker durch die Aspekte der Wechselwirkungen der Drogen zueinander zu erweitern. Bestandteile der Cannabisprävention sollten auch in der Alkoholprävention besprochen werden und umgekehrt.

1.2 Erwachsene

Während sich die Angaben der Krankenhäuser in Bezug auf Minderjährige auf dem Niveau der Pandemiejahre geblieben sind, ergibt die Auswertung bei den Erwachsenen ein ganz anderes Bild:

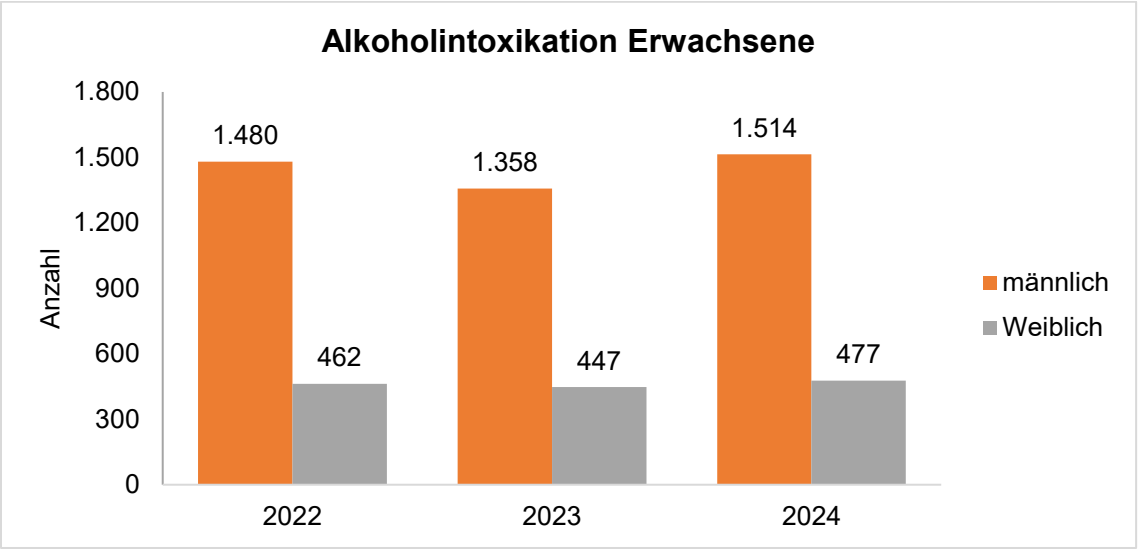


Abbildung 13: Alkoholintoxikation Erwachsene
Quelle: MHH, KRH, Wahrendorff.

Auf den ersten Blick sind die Gesamtzahlen für die Erwachsenen wie auch in der Verteilung auf männlich und weibliche Personen in den letzten drei Jahren auf einem ungefähr gleichen Niveau.

Verglichen mit den Zahlen aus dem Sucht- und Drogenbericht der Stadt Hannover von 2019 ergibt sich jedoch eine deutliche Veränderung:

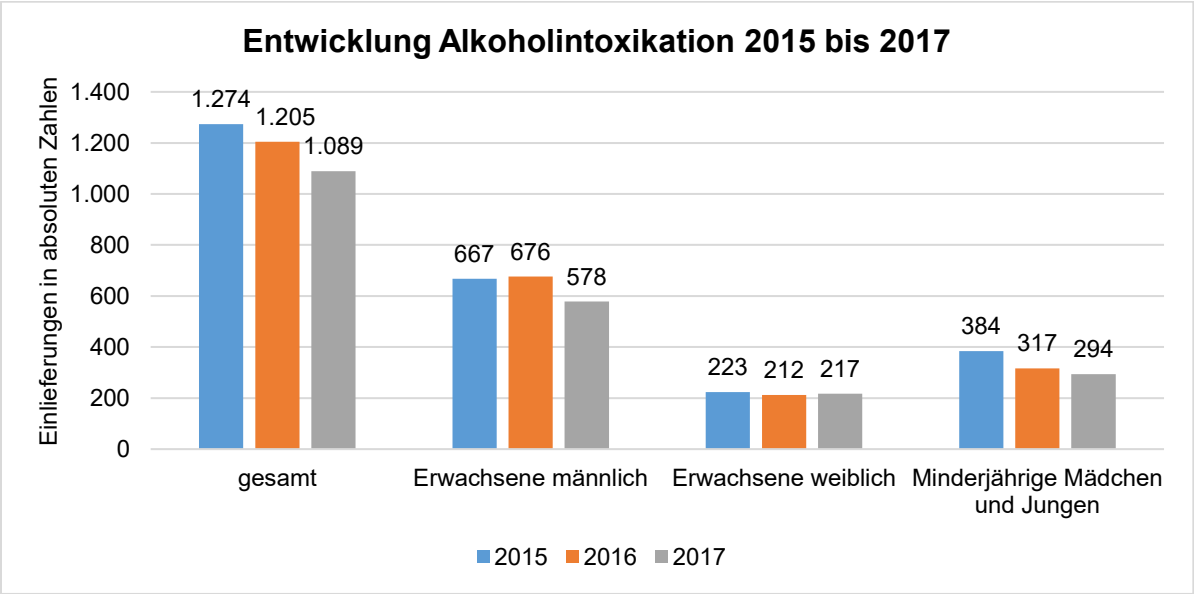


Abbildung 14: Entwicklung Alkoholintoxikation 2015 bis 2017
Quelle: LHH (2019), S. 7.

Es gab im Jahr 2015 890 alkoholintoxikierte Fälle, bei denen erwachsene Männer und Frauen in einer Klinik behandelt wurden. Diese Zahl stieg bis 2024 auf 1.991 Fälle an. Dies entspricht eine Steigerung um 123%! Interessanterweise ist die Verteilung von männlichen und weiblichen Personen in diesem Zeitraum nahezu unverändert. Im Jahr 2015 waren 76% der zu Behandelnden Männer und 24% Frauen. Dies hat sich nur um 1 Prozent geändert (75% männlich und 25% weiblich).

Im Vergleich zum Sucht- und Drogenbericht von 2019 haben sich zwei Erkenntnisse verfestigt:

- es gibt im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen des ICD 10 keine andere Intoxikation, die häufiger zu einer Behandlung in einer Klinik führt, als der Missbrauch von Alkohol. Im Jahr 2024 sind 835 Fälle nach der Ziffer 14.0 des ICD-10 klassifiziert (Kokain). Dem gegenüber steht wegen Alkohol eine mehr als doppelt so hohe Zahl von 1.991 Fällen.
- Der missbräuchliche Umgang mit Alkohol ist einer, der Männer in einem weit größeren Umfang betrifft als Frauen. Die Alkoholprävention hat viel Wissen und Verhaltensregeln vermittelt, die bei jüngeren Menschen zu einer sinkenden Zahl von Intoxikationen führt. Trotzdem ist die Wirkung, die vom Konsum von Alkohol ausgeht eine, die Männer in besonderem Maß anzieht. Neben dem Thema Mischkonsum von Alkohol mit anderen Drogen ist auch die Beziehung von Männlichkeit und Alkohol ein weiteres Feld, das in der Alkoholprävention mehr Beachtung finden muss.

Bei den erwachsenen Menschen sind von den Kliniken immer die Fälle statistisch erfasst worden. Dabei ist nicht in allen Kliniken berücksichtigt, wie viele Männer und Frauen häufiger als einmal im Jahr im Krankenhaus medizinisch versorgt werden mussten. Es ist aber davon auszugehen, dass alkoholkranke Menschen mehrmals medizinische Hilfe benötigten.

Auch ist bei der Statistik zu bemerken, dass die Entscheidung für die Klassifizierung bei einer Doppeldiagnose beim Arzt bzw. Ärztin liegt. Sie entscheidet, welches die Haupt- und welches die Nebendiagnose für die Behandlung einer Person ist. Insofern ist davon auszugehen, dass bei weiteren Behandlungen im Krankenhaus Alkohol zwar eine Rolle spielt, aber nicht als Hauptgrund für die Einlieferung bewertet wird.

Zum Abschluss noch einmal die Zusammenfassung sämtlicher Klinikaufenthalte in Bezug auf die Alkoholintoxikation:

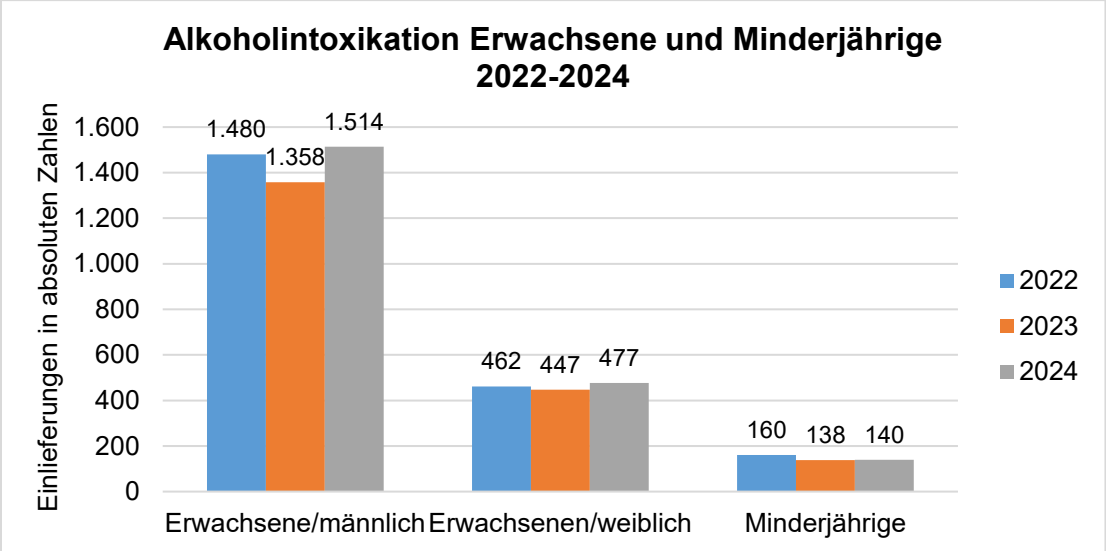


Abbildung 15: Alkoholintoxikation Erwachsene und Minderjährige 2022-2024
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an MHH, KRH, Wahrendorff und Bult.

Fazit:

Alkohol bleibt in Deutschland die Volksdroge Nr. 1. Daher bleibt es unumgänglich, die Präventionsarbeit in diesem Bereich aufrechtzuerhalten. Neben den bisherigen Aspekten sollte der Fokus insbesondere auf die Beratung hinsichtlich der Gefahren des Mischkonsums gelegt werden. Die Wirkung von Alkohol wird zu einem erhöhten Risiko, wenn es gleichzeitig mit beispielsweise Cannabis oder opioidhaltigen Getränken kombiniert wird.

Die Wirkung der Werbung für alkoholische Getränke ist durch zahlreiche Studien als (leider) sehr wirkungsvoll belegt. Insbesondere trifft dies für die Zielgruppen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu. Deshalb bleibt es eine zentrale Forderung, Maßnahmen zur Einschränkung und zum Verbot von Marketing für alkoholische Getränke in der Stadt Hannover zu etablieren. Diesen Präventionsansatz, der zuletzt durch die Allianz Alkoholprävention formuliert und durch die Hauptstelle für Suchtfragen im März 2026 veröffentlicht wurde, gilt es zu unterstützen. Insbesondere die Zielgruppen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden durch unterschiedlichste Werbeformate gezielt und, durch Studien belegt, leider sehr effizient für neue alkoholische Produkte und für die angebliche Selbstverständlichkeit von Feiern und Alkoholkonsum angesprochen. Die Stadt kann zur Begrenzung einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie die Anmietung von Werbeflächen und das Sponsoring von Alkohol bei Events und Veranstaltungen in den entsprechenden Genehmigungsverfahren untersagt.

2 Cannabis

Vor dem Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetzes (KCanG) am 01. April 2024 wurden die Vor- und Nachteile einer dritten legalisierten Droge Cannabis heftig diskutiert. Dabei reichten die Fragestellungen von legalen Bezugsquellen über die vermeintliche Verharmlosung der gesundheitlichen Risiken durch die Legalisierung bis hin zur Ausgestaltung der Kontrollen zur Einhaltung des Gesetzes. Dieses Kapitel unterteilt sich in fünf Bereiche:

- Allgemeinbevölkerung
- Minderjährige von 12 bis 17 Jahren
- Junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahre
- Konsumformen
- Freizeitkonsum und Bedarf an Medizinalcannabis

2.1 Allgemeinbevölkerung

Neben der fachlichen Diskussion innerhalb der Suchthilfe und Suchtmedizin, sowie der juristischen Debatten über die Frage der Legalisierung von Cannabis und den damit verbundenen konkreten Formulierungen im Gesetzestext, gibt es auch eine gesellschaftliche Realität. Jenseits der Frage, ob Cannabis legal oder illegal ist, ist der Konsum in der Gesellschaft weit verbreitet. Vor dem 01. April 2024 war Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Bundesweit geben sowohl das Jahrbuch Sucht 2024 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. als auch der Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023 / 2024) an, dass 2021 etwa 8,8 % der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren – **also rund 4,5 Millionen Menschen** – und 6,7 % der Jugendlichen (12-17 Jahre) innerhalb eines Jahres (12-Monats-Prävalenz) Cannabis konsumiert hatten.

Übertragen auf die Zahl der Einwohnenden in der Stadt Hannover, würde es für das Jahr 2021 bedeuten, dass 31.271 der 18- bis 64-Jährigen im Jahr 2021 (mindestens einmal) Cannabis haben. Für die Gruppe der 12- bis 17-Jährigen würde dies auf 1.796 Personen zu treffen. Bedingt durch die gestiegene Zahl der gemeldeten Einwohnenden in Hannover im Jahr 2024 erhöhen sich dementsprechend auch diese Zahlen. Demnach sind es in der

Gruppe der 18- bis 64-Jährigen 32.152 und in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen 1.907 Menschen, die mindestens einmal Cannabis konsumiert haben. Dies sind wohlgemerkt Zahlen, die die wirkliche Zahl der Konsumierenden unter- bzw. überschreiten kann.

Bei der Bewertung dieser 12-Monats-Prävalenz ist zu berücksichtigen, dass hierbei sämtliche Menschen einer Altersgruppe erfasst werden, die konsumiert haben. Die Häufigkeit, wie oft der Konsum in diesem Jahr stattfand, wird dabei nicht erhoben. Sowohl ein einmaliger Konsum, wie auch ein regelmäßiger oder auch täglicher Konsum wird gemeinsam in diesem Wert von 8,8% bzw. 6,7% subsummiert.

Neben diesem Zahlentransfer auf die kommunale Ebene gibt es eine weitere aussagekräftige Studie für den Konsum von Cannabis in Hannover. Die Technische Universität Dresden hat in 13 Wochen 26 Proben pro Standort entnommen und auf Abbauprodukte analysiert, die den Cannabiskonsum belegen. Der Zeitraum der Probenentnahme war vom November 2023 bis zum Januar 2024. Die Standorte befinden sich in 17 Städten (teilweise weisen Städte mehrere Kläranlagen auf) und erfassen 9,8 Mio. Einwohner*innen. Hannover gehört zu den untersuchten Städten. Dabei wurden die Kläranlagen in Herrenhausen und in Gümmerwald für die Studie herangezogen. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Am 11. Januar 2025 wurde der Abschlussbericht unter dem Titel „**A**bwasserbasiertes Begleit-**Mo**nitoring im Rahmen der Einführung des **Can**nabisgesetzes in Deutschland“ (AMoCan) veröffentlicht.

Demnach wurde auch vor Einführung des Gesetzes Cannabis in nennenswertem Umfang konsumiert. Dabei liegt Hannover bundesweit auf einem mittleren Platz:

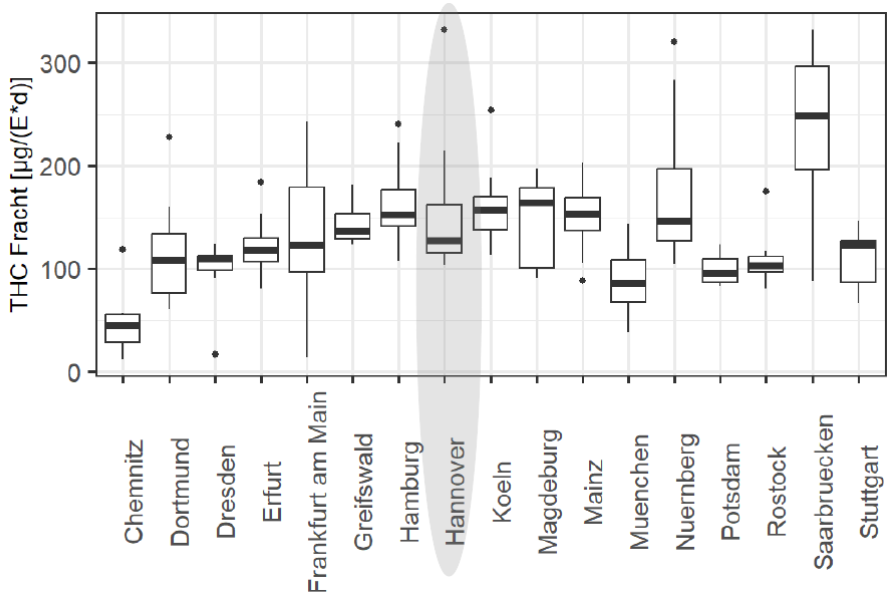


Abbildung 16: THC Fracht - Städtevergleich
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an TU Dresden (2025), S. 11.

Der Mittelwert pro Stadt mit dem breiteren Strich gekennzeichnet. Die Abweichungen für Hannover von diesem Mittelwert erklären sich zum einen durch einen unterschiedlich hohen Wert bei Messungen an Werktagen gegenüber dem Wochenende. Da es auch in anderen Städten signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Kläranlagen gibt, sind für fünf Städte die Anlagen jeweils einzeln aufgeführt:

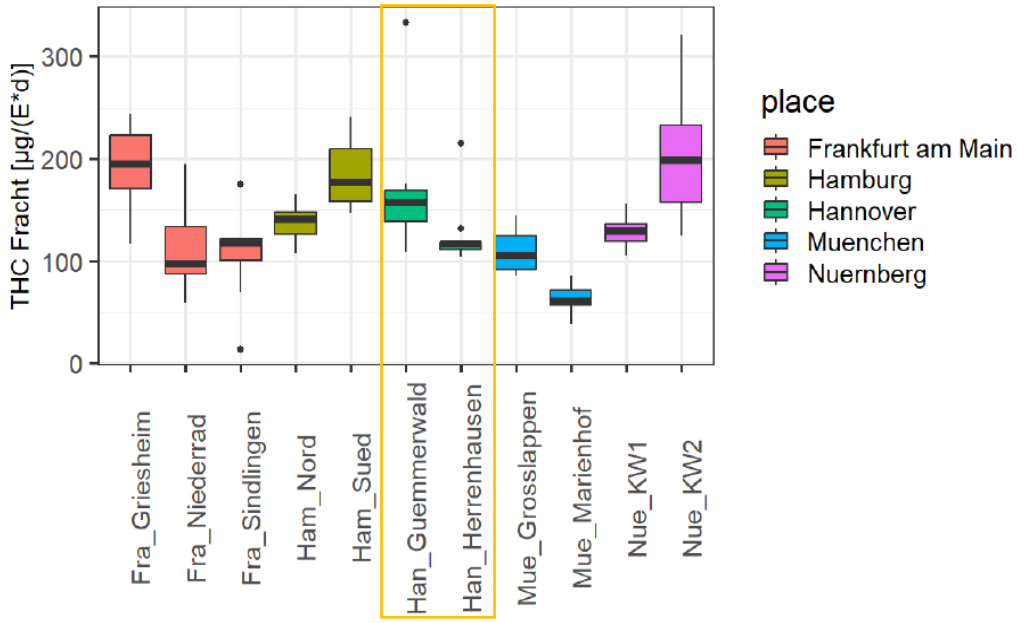


Abbildung 17: Boxplots der einwohnerspezifischen Frachten für Städte mit mehreren Untersuchungsstandorten
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an TU Dresden (2025), S. 12.

Daraus geht hervor, dass ein höherer Konsum in Gümmerwald als in Hannover-Herrenhausen festgestellt wurde.

Laut Abschlussbericht zeigen „erste Ergebnisse, dass der Konsum, vor Gesetzeseinführung relativ homogen und hoch im Vergleich zu anderen europäischen Standorten ist. Die uneinheitlichen, größtenteils nicht signifikanten Trends in der Untersuchungsphase sind ein Indiz, dass keine systematische Veränderung im Konsumverhalten in Erwartung der Gesetzeseinführung aufgetreten ist.“ (Abschlussbericht „Abwasserbasiertes Begleit-Monitoring im Rahmen der Einführung des Cannabisgesetzes in Deutschland/2025).

In der Abwasseranalyse der EUDA wird Cannabis zum ersten Mal im Jahr 2025 bei den Messungen mit einbezogen. Die beiden Kläranlagen zusammen ergaben einen Wert von 130 mg pro 1.000 Personen und Tag. Eine Tendenz zu einem steigenden oder sinkenden Konsumverhalten ist erst nach einigen Jahren zu erkennen. Im bundesweiten Vergleich nimmt Hannover keinen der vorderen Plätze ein:

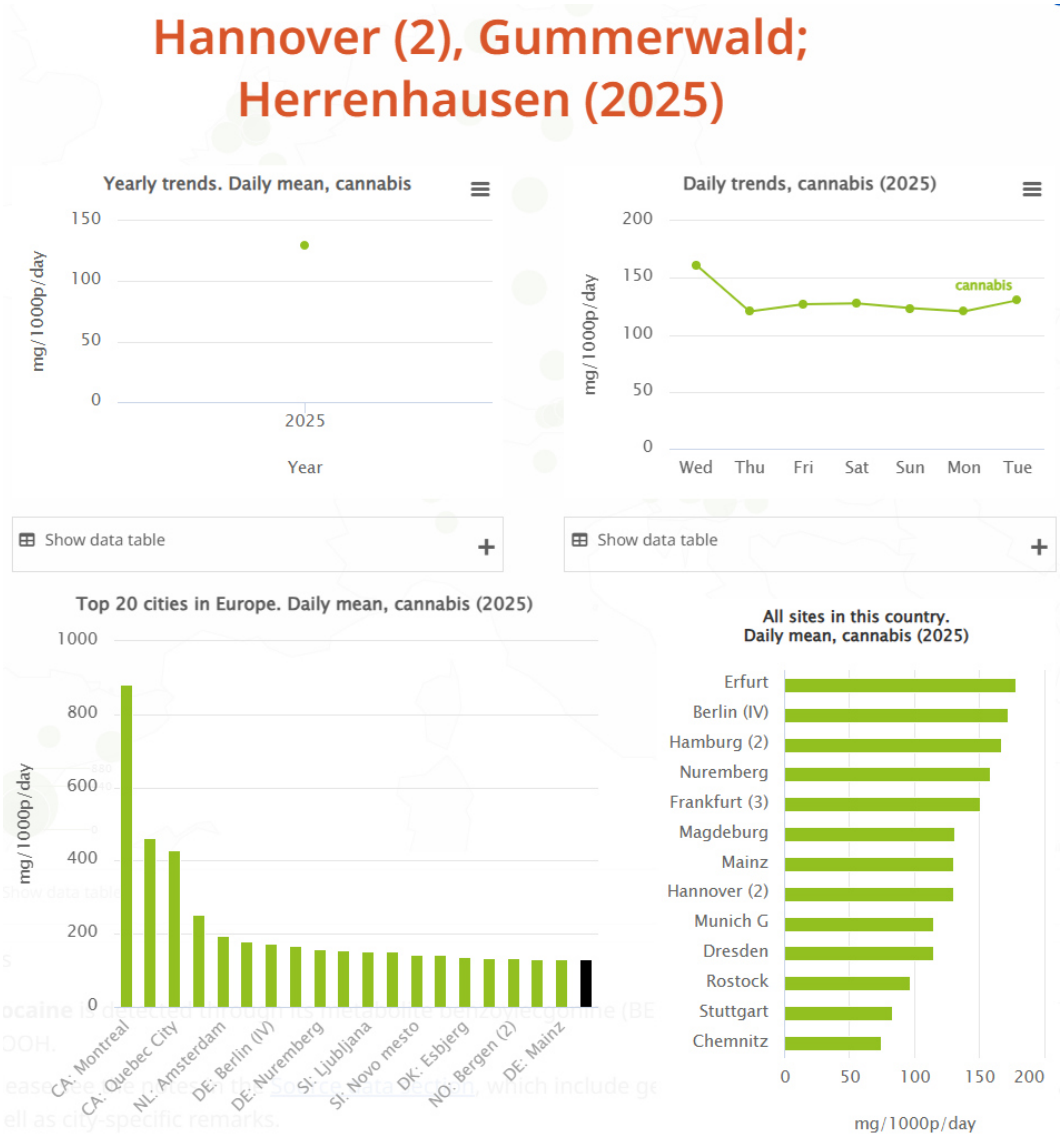


Abbildung 18: Abwasseruntersuchung Hannover 2025 – Cannabis
Quelle: EUDA (2026).

Um den Konsum von Cannabis in Hannover (2025: 130 mg/1.000 P/day) in Relation zu anderen Drogen zu setzen, sei angemerkt, dass der Wert zwar höher als der Konsum von Ketamin liegt (2025: 24,7 mg/1.000P/day), aber im Vergleich mit Kokain (2025: 536 mg/1.000p/day) deutlich geringer ist. Dies spiegelt sich in der medialen Aufmerksamkeit nicht wider. Dort nimmt die Berichterstattung über mögliche gesetzliche Veränderungen bei Cannabis deutlich mehr Raum ein als der höhere Konsum von Kokain.

2.2 Minderjährige von 12 bis 17 Jahren

Für diese Altersgruppe gibt es mehrere Berichte, die zum Teil aufeinander aufbauen. Eine bundesweite Studie trägt den Titel „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023“ – Ergebnisse zum Cannabiskonsum“). Die aktuelle Studie dokumentiert die Jahresprävalenz für den Zeitraum von 1993 bis 2023. Dafür wurden jeweils 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt:

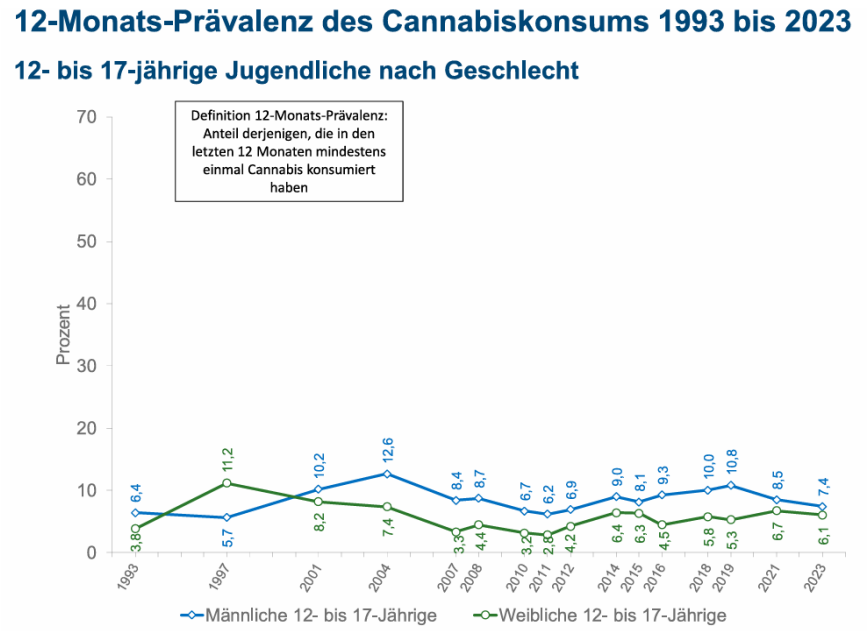


Abbildung 19: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums 1993 bis 2023
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024), S. 3.

Insgesamt haben, bis auf die Ausnahme von wenigen Jahren, mehr männliche als weibliche Kinder und Jugendliche konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums ging bei 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen von 2019 bis 2023 leicht zurück und lag 2023 wieder in etwa auf dem Niveau von 2015. Auch bei den weiblichen Kindern und Jugendlichen entspricht die Zahl von 2023 in etwa dem Niveau der Jahre 2014 und 2015. Es kann also keine Rede davon sein, dass die Diskussion über die Legalisierung das Interesse in dieser Altersgruppe erhöht hat. Auf der anderen Seite gibt es auch nach dem Inkrafttreten des Cannabiskonsumgesetzes eine nicht unerhebliche Anzahl von jungen Menschen unter 18 Jahren, die nach wie vor keinen Zugang zu Cannabis haben dürften, aber trotzdem konsumieren.

Ein weiterer Bericht unter dem Titel „Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025“ wurde im September 2025 veröffentlicht und ist der erste Zwischenbericht des Verbundsforschungsprojektes „Evaluation des Konsumcannabis-gesetzes“ (EKOCAN). Dieser mit Spannung erwartete erste Bericht nach dem Gesetz von Konsumcannabis von 2024 hat im Zeitraum vom 22. April bis zum 03. Juli dazu 7.001 Personen im Alter von 12 bis 27 Jahren telefonisch befragt.

Für die Gruppe der 12 bis 17-Jährigen stellen die Autor*innen fest: „Im Vergleich zu 2023 gab es 2025 bei 12- bis 17-Jährigen keine signifikanten Veränderungen darin, Cannabis angeboten zu bekommen, der subjektiven Verfügbarkeit und dem Cannabiskonsum im Freundes- und Bekanntenkreis. Auch hinsichtlich der Verbreitung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen gab es keine signifikanten kurzfristigen Veränderungen. In der aktuellen Erhebung von 2025 gaben signifikant mehr männliche (7,2 %) als weibliche (4,6 %) Jugendliche an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Langfristig zeichnet sich bei männlichen Jugendlichen seit 2019 sogar ein Rückgang im Konsum ab, während es bei den weiblichen Jugendlichen seit 2012 keine nennenswerten Veränderungen gab“ (Seite 7). Im Hinblick auf die Konsummuster im Zeitraum von 1993 bis 2025 ist bei allen Prävalenzen, Altersgruppen und bei männlichen und weiblichen Personen eine seit 2004 eine kontinuierlich rückläufige Entwicklung festzustellen:

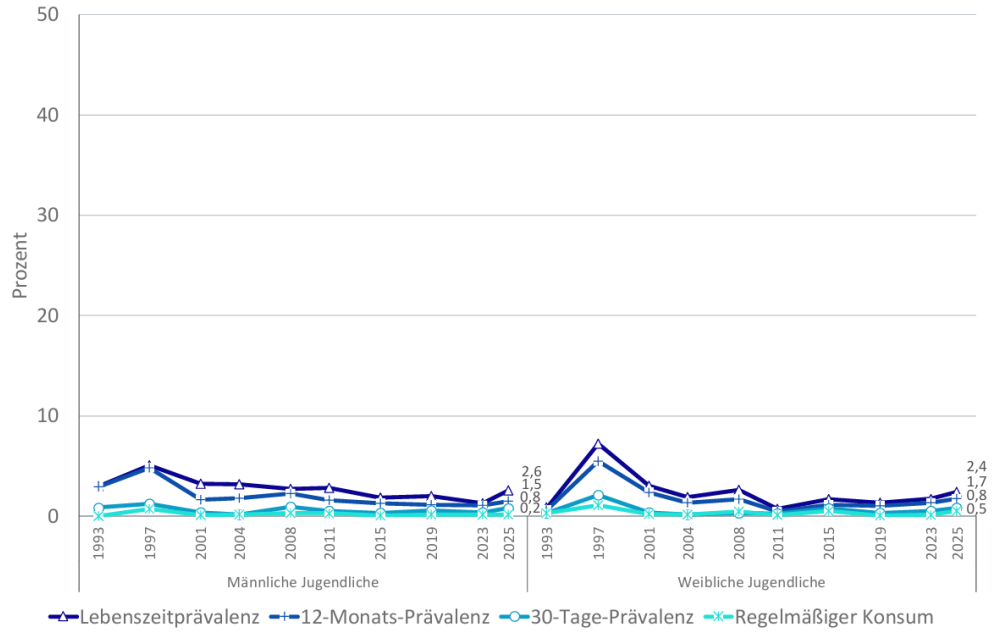


Abbildung 20: Verteilung Konsum mindestens einer illegalen Droge unter 12- bis 17-Jährige
Quelle: Orth/ Nitzsche (2026), S. 15.

Der zweite Zwischenbericht vom Verbundsforschungsprojekt „Evaluation des Konsumcannabisgesetzes“ (EKOCAN), welches vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, kommt zu einem gleichen Ergebnis. Die Forschungsgrundlage wird im Bericht folgendermaßen umrissen: „Der jetzige zweite Zwischenbericht entspricht dem Bericht, der gemäß § 43 Abs. 2 S. 3 KCanG zum 1. April 2026 vorzulegen ist. Für die Erstellung beider Zwischenberichte wurde auf eine Vielzahl von Primär- und Sekundärdatenquellen zurückgegriffen.

Für diesen zweiten Zwischenbericht wurden erstmals Erkenntnisse aus zwei qualitativen, von EKOCAN selbst durchgeführten Untersuchungen ausgewertet: Dazu gehören zum einen Interviews und Fokusgruppen mit jungen Konsumierenden und Fachkräften im Bereich Suchtprävention und -beratung sowie zum anderen Interviews mit Mitarbeitenden der Strafverfolgungsbehörden.“ (EKOCAN, 2. Zwischenbericht, Seite 5). In ihrer Einschätzung folgen sie der Drogenaffinitätsstudie: „Im ersten Zwischenbericht zeigten Auswertungen zur zeitlichen Entwicklung der 12-Monats-Kon-sumprävalenz unter Jugendlichen zwischen 2012 und 2019 ein Plateau der Konsumprävalenz, gefolgt von einem Rückgang nach 2019“ (Seite 73). Insofern hat sich die Zahl der konsumierenden Jugendlichen nach dem Gesetz von 2024 nicht erhöht, sondern eher geringfügig reduziert. Die Befürchtung eines höheren Cannabiskonsums von Minderjährigen durch die Teillegalisierung kann keine der drei Studien belegen!

Interessanterweise hat sich aber in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen die Risikowahrnehmung in Bezug auf die Schädlichkeit von Cannabis in den letzten Jahren spürbar erhöht. Als Antwort standen die Antworten „gar nicht schädlich, wenig schädlich, mittelmäßig schädlich, ziemlich schädlich, oder sehr schädlich“ zur Auswahl. Der Anstieg der Risikoeinschätzung betraf sowohl männliche als auch weibliche Personen. Die Einschätzung ist bei weiblichen Personen in den letzten sechs Jahren immer höher gewesen als die der männlichen:

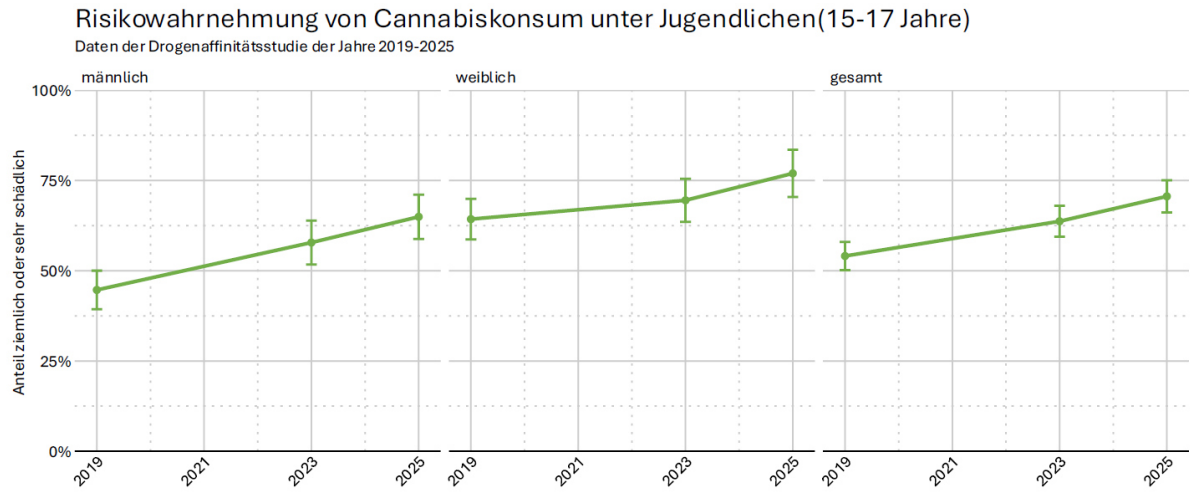


Abbildung 21: Risikowahrnehmung von Cannabiskonsum unter Jugendlichen (15- 17 Jahre)
Quelle: Manthey et al. (2026), S. 74.

Gründe für diese Steigerung gibt der Bericht nicht an. Dese Wahrnehmung kann sowohl mit der Präventionsarbeit zu erklären sein wie auch mit Medienberichten über extrem hohe THC-Gehalte von illegalem Cannabis sowie über Cannabisprodukte, die mit synthetischen Opioiden besprüht worden sind.

2.3 Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahren

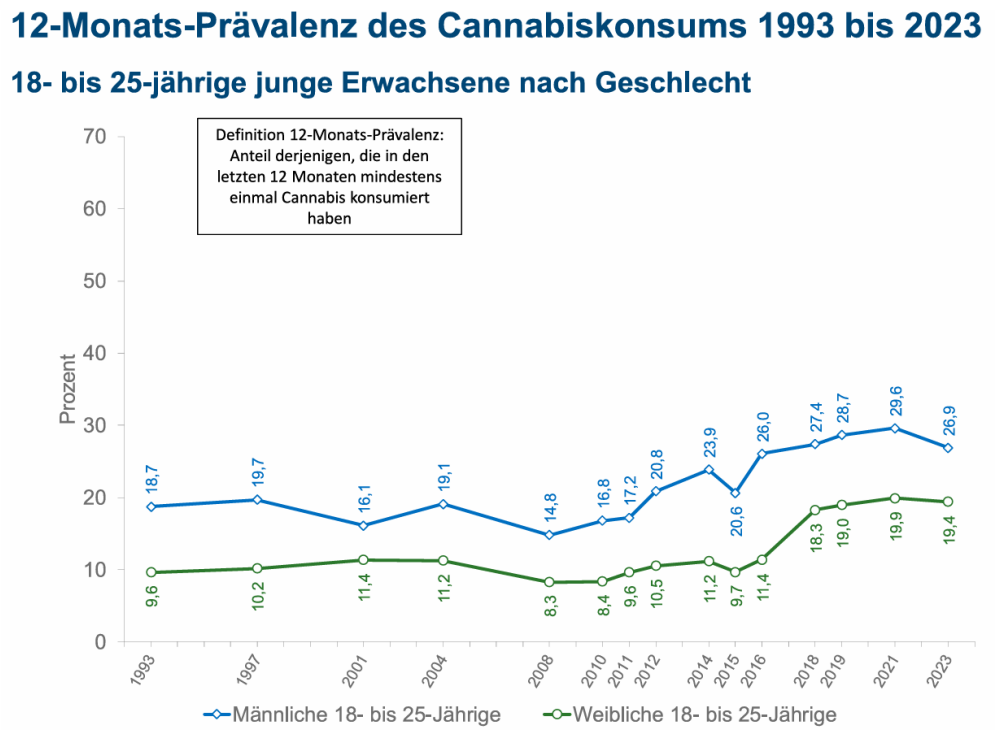


Abbildung 22: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums 1993 bis 2023
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024), S. 3.

Anders verläuft die Entwicklung die Gruppe der 18 bis 25-Jährigen. Dort ist in den letzten 10 Jahren bis 2021 ein kontinuierlicher Anstieg festzustellen. Erst danach hat die Anzahl leicht abgenommen. Trotzdem liegen sämtliche Werte der letzten Jahre deutlich über den Werten, die seit 1993 in dieser Altersgruppe erhoben wurden. Dieser spürbare Anstieg betrifft sowohl männliche als auch weibliche Personen. Auch wenn sowohl bei den Altersgruppen der 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen jeweils mehr männliche Personen als weibliche

konsumieren, ist bei den jungen Erwachsenen der Abstand zwischen den männlichen Konsumenten zu den weiblichen Konsumentinnen besonders groß.

Während es bei den Minderjährigen allgemein und bei den jungen Frauen zwischen 18 bis 25 Jahren keine Steigerungen im Konsumverhalten gibt, gibt es bei den jungen Männern eine Veränderung: “Diese Ausnahme ist ein statistisch signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz junger Männer von 26,9 % in 2023 auf 31,6 % in 2025“ („Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland, BIÖG-Forschungsbericht, Seite 12). In Bezug auf die Lebenszeit- und der 30-Tage-Prävalenz gibt es bei Männern in dieser Altersgruppe keinen deutlichen Anstieg seit Einführung des Gesetzes, sondern „einen langfristig und kontinuierlich steigenden Cannabiskonsum“(BIÖG-Forschungsbericht, Seite 12). Aufgrund der deutlich höheren Zahl von den befragten jungen männlichen Konsumenten ist auch deren Zahl bei einem problematischen Konsum größer als bei Frauen bis 27 Jahren (5,3% zu 1,2%). Für den problematischen Konsum wird der „Cannabis Abuse Screening Test (CAST)“ zugrunde gelegt. Da dieser erstmalig 2023 in der deutschen Drogenaffinitätsstudie ermittelt wurde, lässt sich noch keine Entwicklung bzw. ein Trend ablesen.

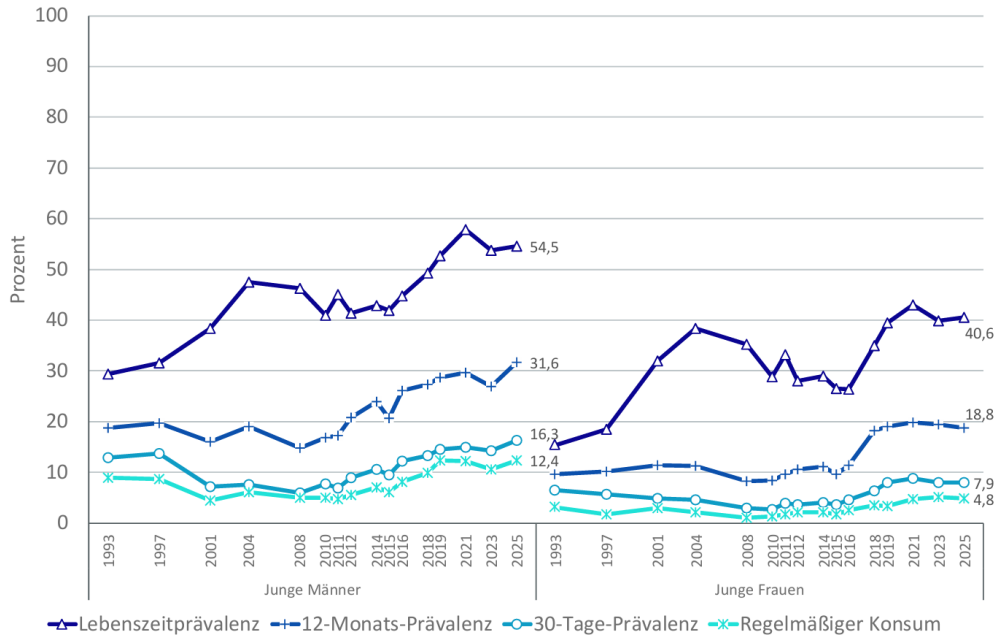


Abbildung 23: Cannabiskonsum unter 18- bis 25-Jährigen im Zeitraum 1993-2025
Quelle: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (2025), S. 12.

Ein deutliches Alarmzeichen ist, dass die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen immer weniger von der (ambulanten) Suchthilfe erreicht wird: „In der ambulanten Suchthilfe ist jedoch ein bedenklicher Trend zu verzeichnen: Während immer mehr junge Erwachsene Cannabis konsumieren und auch mit entsprechenden Problemen im medizinischen Versorgungssystem diagnostiziert werden, ist die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten der ambulanten Suchthilfe durch diese Bevölkerungsgruppe seit einigen Jahren – auch nach der Teillegalisierung – rückläufig“ (2. Zwischenbericht EKOCAN, Seite 7). Neben den klassischen Präventionsformaten in Schulen können auch die neuen digitalen Beratungsangebote eine zusätzliche Chance bieten, diese Altersgruppe anzusprechen und zu informieren.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist das „subjektive Gefühl der Verfügbarkeit“ von Cannabis im Alltag. Dieser Begriff beschreibt den Eindruck, ob es „sehr leicht ist, sich innerhalb von 24 Stunden Cannabis zu verschaffen“(BIÖG-Forschungsbericht, Seite 9). Die kontrollierte Abgabe hat auch dazu geführt, dass der Handel in der Öffentlichkeit deutlich sichtbarer geworden ist und dies auch von den jungen Erwachsenen wahrgenommen wird.

Die Werte, die seit 1979 erhoben werden, erreichten in diesem Jahr einen absoluten Höchststand:

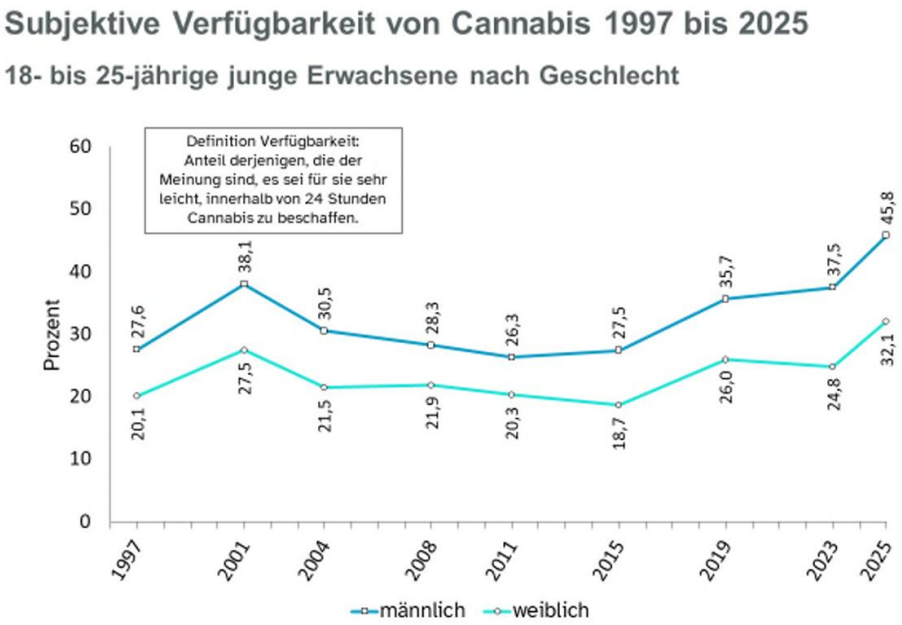


Abbildung 24: Subjektive Verfügbarkeit von Cannabis 1997 bis 2025 von 18- bis 25-Jährige
Quelle: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (2025), S. 4.

2.4 Konsumformen

Zur Erhebung der unterschiedlichen Möglichkeiten Cannabis zu konsumieren wurde 2023 im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie 7.001 Personen im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Diese Studie wurde von der BZgA Anfang 2025 veröffentlicht.

Im Gegensatz zu den unterschiedlichen Prävalenzen in Bezug auf das Geschlecht sind die Formen des Konsums sowohl in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen als auch in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen bei männlichen und weiblichen Personen häufig identisch. Lediglich in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen dampfen deutlich mehr Männer als Frauen (14,2% im Vergleich zu 4,8%).

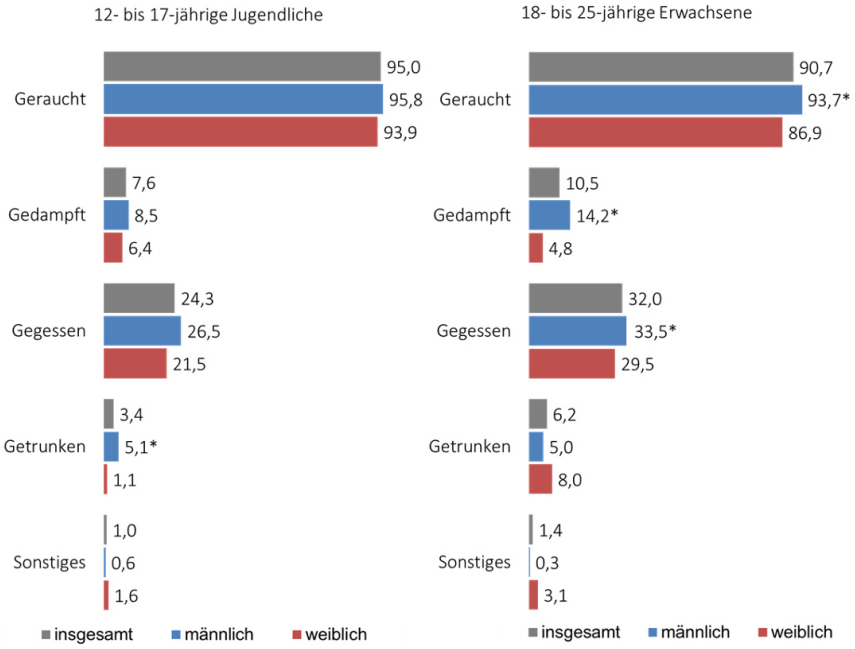
Jahrzehntelang wurden als Illustration für Artikel über den Cannabiskonsum Fotos von Joints verwendet. Diese Visualisierung deckt sich auch mit den Konsumgewohnheiten junger Menschen. In einem 2025 veröffentlichten Forschungsbericht der damaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden die Konsummustern der 12- bis 17-Jährigen sowie der jungen Erwachsenen bis 25 Jahre untersucht. Dabei waren Doppelnennungen bei dem Konsum möglich. Demnach wird Cannabis von nahezu allen Minderjährigen und mit über 90% auch von den jungen Erwachsenen geraucht. Ein Unterschied im Nutzungsverhalten von männlichen und weiblichen Personen ist dabei nicht festzustellen.

An zweiter Stelle wird Cannabis von ungefähr einem Viertel der Minderjährigen und ungefähr zu einem Drittel von jungen Erwachsenen gegessen. Auch hier gibt es keine Unterschiede bei weiblichen und männlichen Personen. Dies ist insofern interessant, weil so genannte Edibles, definiert als THC-haltige Lebensmittel, in der Europäischen Union als Lebensmittel derzeit grundsätzlich nicht zugelassen sind. In dem Bericht wird nicht näher aufgeführt, ob es sich um fertige, importierte Edibles wie zum Beispiel THC-Brownies, Lollies oder Schokolade handelt oder das Cannabis selbst verarbeitet und dann gegessen wird.

Für die Suchtprävention interessant ist auch die dritthäufigste Konsumform, das so genannte Dampfen. Nachdem das Rauchen von Nikotinzigaretten von jungen Menschen zunehmend als „uncool“ wahrgenommen wurde, hat die Tabakindustrie Vapes auf den Markt gebracht.

Diese stark mit Aromastoffen beigemischten Produkte sollen die Unbedenklichkeit des Konsums zu suggerieren. Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei den THC-haltige Liquids mit unterschiedlichen (Frucht-)Aromen zu beobachten. Diese werden über das Internet gehandelt, so dass eine diskrete Lieferung, auch ohne jegliche Alterskontrolle, gewährleistet ist. Auch hier werden die Aromen eingesetzt, um mehr Menschen für den Cannabiskonsum zu interessieren. Es wird bewusst versucht, die Grenzen zwischen dem klassischen Kiffen und dem „modernen“ Dampfen zu verwischen.

Diese Aussagen zu den Konsumformen sind durch folgende Darstellung des Berichtes belegt:



Angaben in Prozent. Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung.

*) Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$ (binär logistische Regressionsmodelle mit den Kovariaten Geschlecht, Alter, Schultyp/Schulabschluss und Migrationshintergrund).

*Abbildung 25: Konsumform Cannabis bei 12- bis 17-jährige und 18- bis 25-jährigen Konsument*innen 2023*
Quelle: Orth et al. (2025), S. 41.

2.5 Freizeitkonsum und Bedarf an Medizinalcannabis

Besonders ausgeprägt ist der Zuwachs bei den Importen von Cannabis zu medizinischen Zwecken: „Zusammen mit der inländischen Produktionskapazität (2,6 Tonnen) waren im Jahr 2025 in Deutschland bis zu 200 Tonnen Medizinalcannabis verfügbar. Damit hat sich in Deutschland der größte prinzipiell legal-kommerzielle Cannabismarkt Europas entwickelt. Die hohe Relevanz von Medizinalcannabis bestätigte sich auch in qualitativen Interviews mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die regelmäßig Cannabis konsumieren“ (2. Zwischenbericht „Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN), Seite 5/6).

Bislang wird der Zugang von Medizinalcannabis für den Freizeitkonsum durch die Telemedizin gesucht. Nach dem § 3 Abs. 2 des MedCanG ist es möglich ein Rezept zu bekommen. Ohne persönlichen Kontakt und weitere Behandlungsabsprachen wird ein Rezept zugestellt und kann bei einer Apotheke eingelöst werden. Die gesetzliche Bestimmung, wonach dieses aber nur für einen medizinischen Zweck möglich ist, wird in der Praxis durch die Telemedizin häufig unterlaufen. Vielfach wird dieses Cannabis für den Freizeitkonsum verwendet.

Die Bundesregierung möchte durch eine Novellierung des MedCanG die Hürden für die Rezeptierung erhöhen (nur nach persönlichem Kontakt, neue Regelung für Folgerezepte etc.) und damit wieder den medizinischen Gebrauch und den Freizeitkonsum klarer voneinander trennen. Die angekündigte Novelle ist bislang noch nicht in Kraft getreten.

Fazit:

Als Fazit ist festzuhalten: „Das Konsumcannabisgesetz erleichtert den Zugang zu Cannabis für Erwachsene, untersagt weiterhin Jugendlichen den Konsum und betont den Jugendschutz. Insofern ist es ein positiver Befund, dass die subjektive Verfügbarkeit von Cannabis sich in der Gruppe der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zwischen 2023 und 2025 nicht erhöht hat. Junge Erwachsene dagegen sind in 2025 deutlich häufiger als noch in 2023 der Ansicht, Cannabis sehr leicht beschaffen zu können. Dass dies so wahrgenommen wird, führt aber nicht zwangsläufig zu einer erhöhten Verbreitung des Konsums. Die Konsumprävalenzen junger Frauen haben sich nicht und die der jungen Männer im erwartbaren Rahmen erhöht“ (1. Zwischenbericht EKOCAN, Seite 19).

Die Möglichkeiten für den strafrechtlich nichtsanktionierten Zugang zu Cannabis beschränkt sich aktuell lediglich auf die Mitgliedschaft in einer Anbauvereinigung. Dafür gibt es im Stadtgebiet von Hannover laut Auskunft der Landwirtschaftskammer Niedersachsen als Genehmigungsbehörde (www.lwk-niedersachsen.de/cannbis/kcanlist) aktuell neun Vereine, die eine staatliche Erlaubnis bekommen haben. (Stand 07.07.2026). Da sich aber maximal 500 Personen in einem Verein anmelden können und dieses bei keinem der gelisteten Anbauvereinigungen momentan der Fall ist, ist davon auszugehen, dass dieser legale Zugang für Erwachsene zum Erwerb von Cannabis nicht bedarfsdeckend ist! Deshalb hat die Stadt Hannover, gemeinsam mit der Stadt Frankfurt am Main und der Firma „Sanity group“ einen Antrag bei der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung für einen Modellshop unter wissenschaftlicher Begleitung gestellt. Dieser wurde nach einer, wie es hieß individuellen Prüfung, genauso wie die 32 Anträge anderer Kommunen abgelehnt.

Nach Zeitungsmeldungen im Mai und Juni 2026 ist aber der Bundesdrogenbeauftragte, Professor Dr. Hendrik Streeck, nun bereit, über dieses Thema neu nachzudenken. „Bei möglichen Modellvorhaben wäre ich persönlich offen, aber nur unter sehr strengen Bedingungen“ (Redaktion Netzwerk Deutschland v. 23.05.2026). Die Stadt Hannover wird sich mit einem Brief an den Bundesdrogenbeauftragten wenden, um den Austausch zu suchen, ob es Gemeinsamkeit bei den Rahmenbedingungen für ein Modellvorhaben gibt.

Besonders die absolute Dominanz des Konsums von Cannabis durch Rauchen formuliert einen klaren Auftrag an die Prävention. Durch diese Form des Konsums werden Nikotin und Cannabis zugleich inhaliert. Aus der Forschung zur Behandlung und Entwöhnung von Raucher*innen ist bekannt, dass das Nikotin im Körper ein ähnlich hohes Abhängigkeitsrisiko wie Heroin entwickeln kann. Insofern ist der klassische Konsum mit einem Joint eine doppelte Schädigung des Organismus mit einem erhöhten Risiko eine Sucht zu entwickeln.

Daraus müssen Angebote zur harm reduction formuliert und in die Beratung einbezogen werden. Ein Schwerpunkt sollte der nikotinfreie Konsum sein, sowie die Beratung über die aktuell sehr hohen THC-Gehalte und deren Auswirkung auf den Körper. Zum Thema harm reduction gibt es bundesweit kaum Informationsquellen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und das BIÖG haben gemeinsam dazu erste „Care Instructions“ – Für einen bewussten Umgang mit Cannabis erarbeitet (siehe Quellenverzeichnis).

Bei dem Thema Cannabisprävention ist es gelungen, auch den Dachverband der Krankenkassen, die GKV, vor einigen Jahren an einer Kooperation mit der Stadt Hannover finanziell zu beteiligen. Für die Dauer von zunächst drei Jahren wurde das Projekt „Pack es an“ der Fachstelle prisma zu 80% (in Höhe von 30.000€) finanziert. Einem gemeinsamen vierten Jahr mit einer Beteiligung über 20.000€ durch die GKV schloss sich mit dem Doppelhaushalt 2024/25 eine dauerhafte Zuwendung durch die Stadt an. Die Krankenkassen sollten auch in Zukunft an ähnlichen Finanzierungs- und Gemeinschaftsprojekten beteiligt werden, da die Ergebnisse der Prävention auch Auswirkungen auf medizinische Leistungen wie zum Beispiel Krankenhausaufenthalte haben und somit an anderen Stellen die Haushalte der Krankenkassen entlasten können.

2.6 (Synthetische) Opioide

Das Angebot neuer Drogen wird unübersichtlicher. Allein bei den Nitazenen sind aktuell 22 Stoffgruppen (Isotonitazene, Etonitanzene usw.) und über 100 verschiedene Substanzen bekannt – Tendenz steigend. Die synthetischen Drogen werden immer potenter in ihrer Wirkung. Außerdem nimmt der Mischkonsum von synthetischen Opioiden und anderen Drogen deutlich zu – dies sind die aktuellen Trends, die eine enorme Herausforderung für die Suchthilfe und Suchtmedizin sind.

Nachfolgend werden die Ziele der Suchthilfe und der Suchtmedizin zur Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit (synthetischen) Opioiden dargestellt.

2.6.1 Für Erwachsene

Aufbau einer Grundversorgung mit Notfallmedikamenten

Das Notfallmedikament Naloxon ist ein so genannter Antagonist und hebt die Wirkung von Heroin, Methadon, Fentanyl und anderen synthetischen Opioiden auf. Seit 2025 ist dieses Medikament aus der Verschreibungspflicht genommen worden. Zudem sollen Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe, der Obdachlosenhilfe, des Strafvollzugs, der Zollbehörden oder der Bundes- und Landespolizei die Möglichkeit einer Verschreibung von Naloxon-Nasenspray bekommen. Das Medikament ist drei Jahre haltbar und enthält zwei Hübe.

Für 2026 ist auch die Zulassung für ein zweites Naloxon-Nasenspray für den deutschen Markt in der Vorbereitung. Dieses ist etwas niedriger dosiert als Naloxon und soll rezeptfrei in Apotheken erhältlich sein.

Intensivierung der Notfallschulungen

Sowohl aus dem Bereich der Suchthilfe wie auch aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gibt es den Wunsch, Notfallschulungen für neue Mitarbeitende bzw. zur Auffrischung von langjährigen Kolleg*innen in Anspruch nehmen zu können. Im Verlauf des dreijährigen

Bundesprojektes Naltrain, an dem auch Hannover teilgenommen hat, als auch durch das Personal im Drogenkonsumraum Stellwerk sind Mitarbeitende als Multiplikator*innen geschult worden. Insofern ist ein Angebot durch interne Ressourcen möglich und mit entsprechendem Vorlauf in den Dienstplänen realistisch. Im August 2026 ist eine erste berufsgruppenübergreifende Schulung für Hannover ausgeschrieben und wird gemeinsam mit der deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt.

Ausbau der Selbsttestungen und des Drug-Checkings

Neben den Menschen, die bewusst synthetische Opioide wie Fentanyl konsumieren, besteht bei vielen anderen Käufen, beispielsweise als Streckmitteln von Heroin oder gefälschten Schmerzmitteln, die Gefahr, einer Überdosierung beim Konsum. Aus dem Grund ist es sehr wichtig, durch Schnelltests und Drug-Checking eine Information über die Zusammensetzung der Substanz zu bekommen. In Niedersachsen ist durch eine derzeit fehlende Verordnung, die einen Rahmen für ein Drug-Checking auf kommunaler Ebene setzt, lediglich eine Selbsttestung im Drogenkonsumraum möglich. Unmittelbar vor dem Konsum gibt ein Teststreifen Auskunft darüber, ob Fentanyl dem Heroin beigemischt wurde. Durch die Teilnahme am Bundesprojekt SO-Par wird diese Testung zeitlich begrenzt auch auf den Bereich der Nitazene ausgedehnt. Perspektivisch ist die Testung auf Fentanyl und Nitazene als Standardangebot in einem Drogenkonsumraum zu etablieren. Darüber hinaus ist eine Drug-Checking-Verordnung für Niedersachsen dringend notwendig, damit Testungen auch für andere Bereiche wie zum Beispiel niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtungen möglich werden und auch Teststreifen im Sinne der harm reduction über Mitarbeitende der Suchthilfe und der Straßensozialarbeit abgegeben werden können.

Aufbau eines Frühwarnsystems für synthetische Opioide und andere, neue psychoaktive Substanzen in Hannover

Bislang gibt es in Hannover als Indikatoren für eine besondere Häufung einer illegalen Drogen, einem stark erhöhten Beimischungsgrad bei illegalen Drogen und einer zunehmenden Belastung für das Gesundheitssystem ausschließlich die Angaben der Selbsttests aus dem Druckraum des „Stellwerks“ und die Zahlen der Drogennotfälle in und um die Einrichtung herum. Dieses ist lediglich ein Ausschnitt der jeweiligen aktuellen Situation und kann nicht als Grundlage für ein Frühwarnsystem fungieren. Außerdem werden dadurch nicht der private Konsum und der Konsum bei Events, Partys und anderen Veranstaltungen erfasst. Ziel muss es sein, zeitnah mit einem Frühwarnsystem auf eine besondere Bedrohung durch hochpotente Drogen reagieren zu können.

Als Komponenten für ein Frühwarnsystem sind dringend erforderlich:

- regelmäßiger Datentransfer von der Rettungsleitstelle und den Notaufnahmen der Kliniken über aktuelle Fallzahlen
- Ausweitung der Testungen auf (niedrigschwellige) Einrichtungen der Suchthilfe und der Straßensozialarbeit
- zeitnahe, quantitative Analysen der positiven Selbsttests durch ein privatwirtschaftliches Labor oder das des LKA’s
- Möglichkeit der Selbstmeldung durch private Personen nach einem Selbsttest

Neben der Installation eines Frühwarnsystems besteht eine weitere Herausforderung in der Schaffung einer effektiven Kommunikation, um Warnmeldungen an unterschiedlichste Zielgruppen (offene Drogenszene, Nachtkultur und private Konsument*innen) streuen zu können. Da diese Zielgruppen kaum Berührungspunkte zueinander haben, sind parallele Kommunikationsstrukturen notwendig. Über die Beteiligung der Stadt Hannover wird im bundesweiten so-par-Projekt an der Schaffung eines Frühwarnsystems gearbeitet. Trotzdem

ist es erforderlich, neben den bereits aktiven Playern in diesem Projekt, insbesondere die Rettungsleitstelle und die Notaufnahme der Krankenhäuser für diese Kooperation zu gewinnen. Die dauerhafte Implementierung eines solchen Systems erfordert auch eine permanente Ausstattung mit personellen Ressourcen, damit eine permanente Aufarbeitung der Daten, Erreichbarkeit für die beteiligten Kooperationspartner und kontinuierliche Weiterleitung der hannoverschen Ergebnisse an die bundesweite Informationsstelle des Instituts für Therapieforschung möglich sind, die unter anderem die Aufgabe hat, bundesweite Daten auszuwerten und Warnmeldungen abzusetzen.

Deutlicher Ausbau der Substitution

Bundesweit nehmen, laut Substitutionsregister 2026 des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte, nur noch 78.800 der opiatabhängigen Menschen diese Behandlung aktuell wahr:

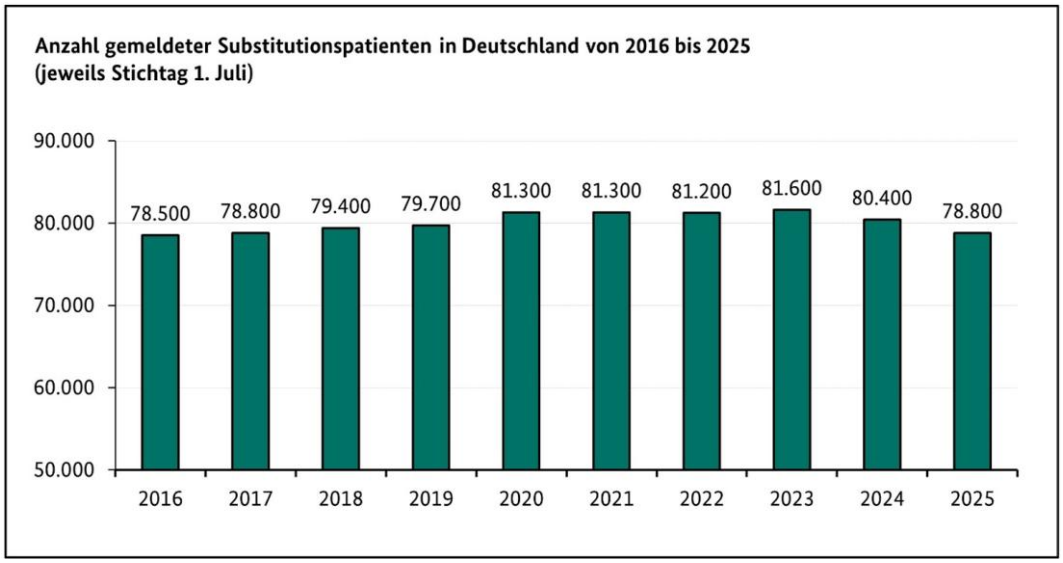


*Abbildung 26: Anzahl gemeldeter Substitutionspatient*innen in Deutschland von 2016 bis 2025*
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2026), S. 2.

Nach den Pandemiejahren hat sich die Zahl der Patient*innen wieder reduziert und hat inzwischen das Niveau von 2017 erreicht. Damit nimmt nur etwas mehr als die Hälfte aller bundesweit geschätzten Zahl von ca. 150.000 Menschen dieses medizinische Angebot in Anspruch – Tendenz sinkend!

In Hannover wurden laut Kassenärztlicher Vereinigung Niedersachsen für 2025 insgesamt 2.480 Behandlungsplätze an Ärzt*innen vergeben; darunter 150 für die Diamorphinambulanz. Wie viele Patient*innen damit erreicht wurden, ist seit 2019 aus Datenschutzgründen genau so unbekannt, wie statische Angaben zu Behandlungsabbrüchen, Dauer der Behandlungen, Geschlecht, Alter usw.

In der JVA Hannover wurden im Jahr 2025 219 Inhaftierte im Rahmen einer Substitution behandelt.

Die wirksamste Methode zur Senkung der Drogennotfälle und von Drogentodesfällen ist und bleibt der Ausbau der Opiat-Agonisten-Therapie, also eine suchtmedizinische Behandlung mit Substituten wie Methadon, Diamorphin, Polamidon und anderen. Deshalb ist es dringend notwendig, die Zahl der Patient*innen zu erhöhen. Dafür sind folgende Schritte denkbar:

- **Aufbau einer niedrigschwelligen Substitution für Nichtversicherte**

  Regelhaft wird durch die Clearingstelle für Gesundheitsversorgung geprüft, ob bei Nichtversicherten Ansprüche auf eine Versorgungsleistung durch eine Krankenkasse bestehen. Eine Möglichkeit ist die Klärung, ob eine Nachzahlung ausstehender Versicherungsbeiträge eine Mitgliedschaft reaktivieren kann. Vielfach verläuft die Prüfung mit einem negativen Ergebnis. Die Zahl der nichtversicherten Menschen, die sich in Hannover rund um den Hauptbahnhof und an szenenahen Plätzen aufhalten, kann nur geschätzt werden. Laut Jahresbericht des SIDA-Mobils für 2025 hielten sich an den Orten, die sich im Rahmen der aufsuchenden Pflege ansteuern gut 200 Menschen auf, die davon betroffen sind. Auch die Straßenambulanz versorgt im Behandlungsraum des Stellwerks nichtversicherte Menschen. Der Aufbau einer niedrigschwelligen Substitution, unter anderem für Nichtversicherte, ist nur mit Steuermitteln möglich, wie es seit der Pandemie für eine klar definierte Anzahl von suchtkranken Menschen in Hamburg und Frankfurt am Main geschieht. Aufgrund der Langfristigkeit der Behandlung ist dieses finanziell allein für Hannover nur sehr schwer umsetzbar. Da sich in Hannover auch Menschen aus anderen Städten aufhalten, ist eine Kostenteilung mit der Region Hannover und dem Land Niedersachsen dringend erforderlich.

- **Implementierung von Tagesstruktur und einer Übernachtungsmöglichkeit**

  Die mitunter tägliche Vergabe des Medikamentes sorgt zwar für einen festen Orientierungspunkt im Alltag eines substituierten Menschen. Da sich diese aber in der Regel nur auf wenige Minuten am Tag erstreckt und die Patient*innen multiple Problemlagen haben, ist diese Behandlung stabilisierend, aber nicht ausreichend. Besonders die seit Jahren sinkenden Zahlen der Psychosozialen Beratungen bei Substituierten sorgt dafür, dass sie zu häufig keine Begleitung erfahren oder diese resignierend nicht mehr nachfragen. Dabei zeigen sich bei vielen Konzepten und Angeboten (Tagesaufenthalt bei der Diamorphinambulanz, tagesstrukturierenden Angebot aus dem Konzept Suchtkranke in der Innenstadt, beim Szeneputzen auf dem Vorplatz Fernroder Straße oder Minijobs während der SommerLounge auf dem Andreas-hermes-Platz und vieles mehr), dass die suchtkranken Menschen für Beschäftigung, Beratung und Begleitung sehr dankbar sind. Es hilft ihnen nicht nur den Alltag zu strukturieren, sondern erhöht auch ihr Selbstwertgefühl und aktiviert zum Teil verloren geglaubte Fähigkeiten. Deshalb ist es unumgänglich, die Verknüpfung von Suchtmedizin und Suchthilfe als ganzheitliches Konzept zu verbessern. Diese Verknüpfung verbessert auch die Motivation, sich auf eine Entgiftung mit anschließender Substitution einzulassen.

- **Notschlafstelle für BtM-Konsument*innen mit nächtlichem Drogenkonsumraum**

  Im Stadtgebiet zeigen sich momentan zwei Defizite. Zum einen sind sämtliche Wohnformen für suchtkranke Menschen komplett ausgelastet und haben eine Warteliste. In den klassischen Wohnheimen und Notschlafstellen ist zunehmend vermehrt ein Konsum von verschiedenen Substanzen bis hin zu Fentanyl, synthetischen Opioiden und Crack festzustellen. Für viele suchtkranke Menschen ist eine Abstinenz in den Abend- und Nachtstunden nicht möglich. Für sie bleibt bislang an Optionen, entweder den illegalen Konsum in einer Übernachtungseinrichtung zu riskieren und beim Bemerken der Einrichtung verwiesen zu werden oder die Nacht auf der Straße zu verbringen. Zum anderen sind besonders die Konsumfrequenzen bei Crack hoch und

nicht auf den Tag beschränkt. Als Lösung dieser beiden Aspekte ist es für die Stadt Hannover dringend erforderlich eine Notschlafstelle für Konsument*innen illegaler Drogen zu schaffen, um dort die Nacht zu verbringen und auch einen zweiten Drogenkonsumraum nutzen zu können.

Die Stadt Zürich verfolgt mit ihren inzwischen drei Drogenkonsumräumen zusätzlich das Ziel, die Szene in Bewegung zu halten und die Belastung für jeden einzelnen der öffentlichen Plätze vor den Konsumräumen zu verteilen. Die Öffnungszeiten sind bewusst aufeinander abgestimmt, so dass jeweils nur eines der drei Angebote geöffnet ist. Durch die Wahl des zweiten Standortes kann ein ähnlicher Effekt auch in Hannover möglich sein. In der Vergangenheit, als es noch den Fixpunkt in der Hamburger Allee und das Café Connection auf dem Vorplatz Fernroder Straße gab, war dies zu beobachten. Zur Mittagszeit verlagerte sich die Szene zum großen Teil hin zu Café Connection, welches am Nachmittag geöffnet hatte.

- **Interessenausgleich zwischen Substitutionspraxen und Nachbarschaft**

  Tatsache ist, dass sowohl bundesweit als auch in Hannover die Fachärzt*innen immer älter werden und in den Ruhestand gehen. Laut Substitutionsregister haben sich in dem Zeitraum von 2012 bis 2024 bundesweit die Zahl der Substitutionsärzt*innen um fast genau 300 (2012: 2.731 zu 2024: 2.434) reduziert. Auch in Hannover hat die Gesamtzahl abgenommen. Vielfach gelingt es nicht eine Nachfolge für die jeweilige Praxis zu überzeugen. In der Konsequenz werden die Patient*innen auf die verbleibenden Praxen verteilt. Dadurch werden diese Praxen von Jahr zu Jahr mehr belastet. Die zunehmende Zahl von Patient*innen führen zu einer Zunahme von Beschwerden aus der jeweils unmittelbaren Nachbarschaft.

  Deshalb hat die Stadt Hannover das Gespräch mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) gesucht. Letzten Endes hat die Stadt Hannover nicht die Möglichkeit, um das bisherige Angebot der Substitution in Hannover umzustrukturieren. Es liegt ausschließlich in der Zuständigkeit der KVN, über die Vergabe von Kassensitzen, sowie die Größe und die Standorte der einzelnen Praxen zu entscheiden. Dabei hat die KVN für ein Gebiet der Versorgung mit Substitutionsplätzen zu gewährleisten, welches die Stadt **und** die Region einschließen. Wenn suchtkranke Menschen aus der Region in die Stadt zur suchtmedizinischen Versorgung fahren, liegt dies im originären Auftrag der KVN. Nach einem Gespräch des Dezernates für Soziales und Integration mit der KVN wird sich an der Geschäftsgrundlage nichts verändern. Vergabe der Sitze für die Behandlung, Größe und Standort der Praxen werden auch in Zukunft ausschließlich durch die KVN gestaltet und entschieden.

Eine spürbare Entlastung für die Substituierten und den Praxen können zwei bundesweit geführte Diskussionen bringen:

- **Eine Ausweitung der Take-Home-Regelung**

  Bei der Take-Home-Regelung bekommen, als von der Praxis als stabil eingeschätzte Patient*innen ein Rezept für die Apotheke und können dort beispielsweise dann eine Woche lang das Substitut zu Hause einnehmen. Diese Regelung gibt es bereits und legt die Entscheidung, ob diese Regelung zum Tragen kommt, ausschließlich in die Hände der Suchtmedizin. Das aktuelle Modell sieht aber eine betriebswirtschaftliche Ungleichheit zwischen einer täglichen Vergabe und dem wöchentlichen Take-Home-Rezept vor. Die tägliche Vergabe wird, auf die Woche hochgerechnet, ungefähr dreimal höher von der Krankenkasse vergütet als eine Take-Home-Regelung für den gleichen Zeitraum. Deshalb wird die Forderung erhoben, beides in gleicher Höhe zu vergüten. Eine Take-Home-Regelung entlastet nicht nur die Nachbarschaft im Umfeld der Praxen,

sondern auch das alltägliche Leben der Patient*innen. Dadurch entfallen nicht nur tägliche An- und Abfahrten. Auch die Wahrnehmung eines Berufs oder einer Beschäftigung ist aus zeitlichen Gründen besser möglich. Mit einer finanziellen Gleichbehandlung ist nach jetzigem Stand der Diskussionen nicht in den nächsten Jahren zu rechnen.

- **Vergabe über Apotheken**

  In einzelnen Modellprojekten wurde bereits die tägliche Sichtvergabe in Apotheken getestet. In den meisten Fällen bestanden die Apotheken auf getrennte Räumlichkeiten, weil sie befürchteten, einen Teil ihrer Kundschaft durch die Substitution zu verlieren. Die Aufteilung der Vergaben in Praxen und Apotheken kann konzeptionell erfolgen. Dann kann die Apotheken ausschließlich die Sichtvergabe übernehmen, während der Gang zur Praxis für Gespräche mit der*dem Ärztin*Arzt, weitergehende Untersuchungen oder regelmäßige Urinkontrollen notwendig ist. Grundsätzlich ist die Aufteilung auf zwei Orte ebenfalls ein Beitrag, um die Interessen der Substitution und der unmittelbaren Nachbarschaft besser auszugleichen. Auch für diesen Ansatz fehlt bislang die Bereitschaft auf Bundesebene hierfür einen verlässlichen gesetzlichen Rahmen zu schaffen.

2.6.2 Für Jugendliche und junge Erwachsene

Öffentlich weitgehend unbemerkt hat sich bei manchen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den letzten Jahren ein Konsum von opioidhaltigen Medikamenten entwickelt. Damit ist der Konsum von Tilidin, Tramadol, Oxycodon und Codein gemeint. In der Medizin ist die Maßeinheit für die schmerzstillende Wirkung einer Substanz die analgetische Potenz. Die Potenz von Tilidin, Tramadol und Codein ist unter den Opioiden vergleichsweise sehr gering:

Name	Analgetische Potenz	Verwendung
Fentanyl	120	Wird als Analgetikum und in der Anästhesie verwendet.
Buprenorphin	30 bis 70	Wird als Analgetikum und in der OAT verwendet.
Levomethadon	4	Wird in der OAT verwendet.
Diacetylmorphin	2.5	Reines pharmazeutisches Heroin; wird in der OAT (heroingestützte Behandlung; HeGeBe) verwendet.
rac-Methadon	2	Wird in der OAT verwendet.
Oxycodon	2	Opioid-Analgetikum.
Morphin	**1**	**Referenzsubstanz.**
Tilidin	0.1 bis 0.2	Schwaches Opioid-Analgetikum.
Codein	0.1	In vielen Husten-Präparaten enthalten. Schwaches Opioid-Analgetikum.
Tramadol	0.1	Schwaches Opioid-Analgetikum.

Tabelle 3: Äquivalenztabelle einer Auswahl opioidbasierter und medizinisch verwendeter Substanzen
Quelle: Stucki (2025), S. 5.

Oral eingenommen wirken diese Medikamente nach 10 bis 20 Minuten recht schnell. Neben der ursprünglichen schmerzlindernden Wirkung, wirken aber alle drei Präparate auch euphorisierend und sind angstbefreiend. Aus diesem Grund haben sie bei der jungen Generation, die durch die Pandemie und anderen Herausforderungen ihrer Lebenswirklichkeit besonders herausgefordert sind, eine Attraktivität. Konsumiert werden die Opioide in unvermischter Form. Aber Codein ist auch dadurch bekannt geworden, weil es in Kombination mit Limonaden und zerkleinerten Bonbons als „Lean"-Getränk, einem sog. „purple drank", auf Partys und Events konsumiert wird. Der Konsum als überzuckertes Produkt erinnert sehr stark an den Konsum aus dem Bereich Alkohol mit der Phase der Alcopops bzw. dem „Wodka-E" (Kombination aus Wodka und energy drink).

Momentan ist es sehr schwierig, die sich häufenden Rückmeldungen in Statistiken zu erfassen. Bundesweit ist in den letzten Jahren eine einzige Studie dazu erschienen. Dabei handelt es sich um den „Abschlussbericht: BOJE - Benzodiazepin- und Opioidkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – empirische Erkundungen und Entwicklung von Präventionsempfehlungen", der zwischen dem 01. Juli 2022 und 30. November 2023 quantitative und qualitative Daten erhoben hatte und im Juli 2024 veröffentlicht wurde. In dieser Studie wurden 1.148 Menschen von 15 bis einschließlich 30 Jahren befragt.

Tabelle 3: Zentrale Prävalenzraten der abgefragten Drogenkategorien (Befragte bis 30 Jahre); %

	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Alkohol	-	91	80
Cannabis	99	89	74
Ecstasy	74	41	19
Amphetamin	69	43	26
Kokain	65	44	18
Opioide	42	27	17
Benzodiazepine u.a.	41	27	18
Lean	27	10	5
Benzodiazepine, Opioide und/oder Lean	55	37	26
Benzodiazepine & Opioide & Lean	19	7	3

Tabelle 4: Zentrale Prävalenzraten ausgewählter Drogenkategorien
Quelle: Werse (2024), S. 20.

Zum besseren Verständnis sind unter der Stoffgruppe Opioide „Tilidin (Lebenszeit: 29%), Codein (22%) und Tramadol (20%) die am häufigsten genannten Varianten" (Boje-Abschlussbericht, Seite 18).

Auch wenn die analgetische Potenz dieser Präparate im Vergleich zu anderen Opioiden gering ist, wird jedoch häufig die abhängigkeitsfördernde Wirkung unterschätzt. Der Konsum in dieser Altersgruppe ist durchaus nicht nur auf eine einmalige Episode, zum Beispiel durch Neugierde, begrenzt. Inzwischen finden sich Belege, dass die Konsumfrequenz sich auch im Alltag einschleicht:

Tabelle 7: Konsumfrequenz gängiger Drogen während der letzten 30 Tage (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit 12-Monats-Prävalenz

	Cannabis n=1020	Ecstasy n=466	Amphetamin n=492	Kokain n=504	Opioide n=306	Benzos n=309	Lean n=116
Keinmal	16	53	38	42	36	35	52
1–5 Mal	22	44	46	44	33	40	37
6-10 Mal	9	2	7	7	12	12	7
>10 Mal, nicht täglich	17	<1	6	6	8	6	3
täglich	36	-	2	2	12	7	1

Tabelle 5: Konsumfrequenz gängiger Drogen während der letzten 30 Tage
Quelle: Werse (2024), S. 23.

Ein wichtiger Ansatz zum Verständnis, warum diese Opioide eine Rolle bei jungen Menschen spielen, wird durch die Konsumsituation deutlich:

Tabelle 9: Konsumsituationen für Benzodiazepine, Opioide und Lean (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit Lebenszeitprävalenz

	Benzodiazepine (n=473)	Opioide (n=486)	Lean (n=307)
Chillen	78	81	83
Allein zu Hause	71	65	39
Party	43	41	24
Alltagssituationen	38	37	15
Sex	29	33	12
Schule/Arbeit	29	30	10
Musik machen	12	13	9
Sport	8	12	3
Andere Situationen	8	6	2

Tabelle 6: Konsumsituationen für Benzodiazepine, Opioide und Lean
Quelle: Werse (2024), S. 26.

Die zweithäufigste Situation, nämlich allein zu Hause, zeigt die schon in etlichen anderen Studien zu anderen Themen beschriebene Situation, dass junge Menschen sich besonders seit der Coronapandemie zunehmend zurückziehen und weniger soziale Kontakte pflegen als in den vorherigen Generationen. Verbunden mit der euphorischen Wirkung, die in Verbindung mit der Konsumsituation „Party“ zu erklären ist, wird die Wichtigkeit dieser Substanzen deutlich. Gleichwohl fallen diese jungen Menschen nicht auf öffentlichen Plätzen oder in Bahnhofsnähe auf, sind in der Regel nicht obdachlos oder haben die Kontakte zu Freunden und der Familie verloren. Vielmehr entwickelt sich hier eine Suchtform, die gerade aufgrund der kaum öffentlich wahrnehmbaren und damit „unspektakulären Verläufe“ in der Gesellschaft kaum bis ganz nicht wahrgenommen werden.

Perspektivisch ist bei einem fortgesetzten Konsum ein Weg zu befürchten, wie es bei anderen klassischen Suchtkarrieren gang und gäbe ist: Erst wird die jeweilige Dosis einer Substanz erhöht und im zweiten Schritt zu einer Droge mit gleicher Wirkung, aber viel höheren Dosierung umzusteigen.

Neue Behandlungsformen und -angebote für Jugendliche und junge Erwachsene

Bei der Sitzung des Runden Tisches Sucht und Drogen im Dezember 2025 gab es einen Vortrag aus dem Klinikum Wahrendorff, dass in den letzten beiden Jahren dort zahlreiche Jugendliche sich für eine Entgiftung von diesen Substanzen vorstellten. Bislang sind dort die Fallzahlen nicht systematisch erfasst worden. Nach dem Bericht wurde dieser Eindruck durch zahlreiche Einrichtungen der Sucht-, Drogen und auch Jugendhilfe bestätigt. Aufgrund der hohen Resonanz von Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe gab es im Februar 2026

eine Sondersitzung, in der erste Punkte für ein neues bedarfsgerechtes Angebot gesammelt und formuliert wurden. Im Nachgang dazu fand eine weitere Konkretisierung von Gedanken und Erforderlichkeit für dieses Angebot statt.

Momentan sind folgende Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Jugendliche und junge Erwachsene, die synthetische Opioide konsumieren, stammen aus allen sozialen Schichten. Es gibt keine typischen sozialstrukturellen Merkmale wie zum Beispiel Einkommensverhältnisse, Nationalität und Geschlecht. Nach Aussage behandelnder Ärzt*innen in der Suchtmedizin ist bei jungen Erwachsenen aber häufig eine soziale Unreife festzustellen. Im Grunde sind viele junge Erwachsene auf dem Entwicklungsstand von Jugendlichen. Diesen Menschen müsste neben der Auseinandersetzung mit dem Konsum auch die Möglichkeit einer „Nachreifung“ gegeben werden.
- Sie sind schwer in Maßnahmen der Jugendhilfe zu vermitteln und zu halten, da ihr Verhalten sehr herausfordernd ist und der Konsum von illegalen Drogen in der Regel mit der jeweiligen Konzeption der Einrichtung nicht vereinbar ist. In Einrichtungen der Suchthilfe sind junge Erwachsene ebenfalls nicht sinnvoll zu vermitteln, da die jeweilige Altersstruktur in der Regel deutlich älter ist und sie sich dadurch ausgeschlossen fühlen.

Da weder die konsumierenden Jugendlichen noch die jungen Erwachsenen vor und nach der Entgiftung in bisherige Strukturen zu vermitteln sind, bedarf es zwei **neuer Angebote**

Haus A: niedrigschwelliges Angebot der Jugendhilfe im Sinne einer Anlaufstelle für konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene, inklusive eines Aufenthalts- und Übernachtungsangebot. Ziel des Hauses A muss es sein, diese Zielgruppen zu erreichen und für weitere Hilfsangebote zu vermitteln. In der Regel ist eine Entgiftung eines der Ziele, zu dem dort motiviert werden soll. Ein Konsum illegaler Drogen wird für einen gemeinsam vereinbarten Zeitraum akzeptiert und geduldet. Dieses ist ein wichtiger Aspekt, denn der illegale Konsum ist in Einrichtungen der Jugendhilfe häufig ein Ausschlusskriterium oder der Grund, weshalb eine Maßnahme vorzeitig abgebrochen wird. Im Haus „A“ ist ein akzeptierender Ansatz der Suchthilfe durchaus sinnvoll und Notwendigkeit, damit dieses Angebot angenommen werden kann.

Bislang gibt es nach der Entgiftung keine geeigneten Angebote für eine Nachsorge oder weiteren Angebot zur Verselbstständigung in Hannover. Fachlich ist es nicht vertretbar, diese jungen Menschen in die klassischen Reha- und Nachsorgeeinrichtungen zu vermitteln, weil dort die Suchterfahrungen und die Altersstruktur eine deutlich andere sind. Da es für sie keine speziellen Angebote gibt, findet momentan in der Regel eine Rückkehr in die gewohnte Lebenssituation zu Hause statt. Meistens gibt es dadurch eine große Gefahr des Rückfalls, weil familiäre oder private Strukturen erneut präsent sind und die jungen Menschen noch nicht gefestigt genug sind, um eine Resilienz dagegen aufgebaut zu haben. Mangels vorhandener Angebote in Hannover und Umgebung wird deswegen eine Entlassung in eine andere Stadt favorisiert, um dort einen Neustart zu ermöglichen. Dies bedeutet aber auch der Abbruch von Kontakten, die den jungen Menschen wichtig sind. Die Vermittlung von Angeboten der Nachsorge ist eine große Herausforderung für den Kommunalen Sozialdienst, die selten zufriedenstellend ist.

Deshalb ist die Schaffung eines **Hauses B** wichtig, in der die Menschen unmittelbar nach der Entgiftung ankommen und eine Zeit verbleiben können. Ziele dieses Hauses sind folgende:

- Entwickeln einer Perspektive für ein selbstständiges Leben (Ausbildung, Abschluss, Arbeit, Klärung von Leistungsansprüchen, Wohnraum etc.)

- Aufbau einer Resilienz, um einen Rückfall in die Sucht zu vermeiden. Die Entgiftungsstationen der Suchtkliniken bauen für Jugendliche und junge Erwachsene keine Substitution während des Aufenthalts auf, mit der die Patient*innen entlassen werden. Dadurch wird die Abstinenz zu einer Herausforderung für die jungen Menschen.
- Angebote zur emotionalen „Nachreifung“, zum Beispiel in Form einer sozialen Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII
- Fähigkeit zum selbstständigen Wohnen
  - Wichtig ist, dass es keine räumliche Nähe zwischen den **Häusern A und B** gibt, um insbesondere eine Rückfälligkeit der Menschen aus der Nachsorge zu vermeiden.
  - Im Gegensatz zum Haus „B“ ist hier ein abstinenzorientierter Ansatz wichtig. Zu klären ist es, ob konzeptionell dieses Haus für Menschen nach einer qualifizierten Entgiftung und auch nach einer Langzeittherapie von mehreren Monaten in Anspruch genommen werden kann. Die jungen Menschen sind nach den beiden Maßnahmen an einem sehr unterschiedlichen der Entwicklung und Klärung ihrer Lebenssituation.
  - Bei der Gruppe der jungen Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren wird häufig von Care Leavern gesprochen. Darunter sind jungen Menschen zu verstehen, die aus unterschiedlichen Einrichtungen (stationäre Angebote wie Heime der Jugendhilfe, Kliniken (Psychiatrien oder Suchtkliniken) oder Pflegefamilien kommen und die ein selbstständiges Leben beginnen möchten. Für die Care Leaver ist im Rahmen des Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) in der Fassung vom 09. Juni 2021 auch die Eingliederungshilfe für seelisch beeinträchtigte junge Menschen noch einmal gestärkt worden.
  - Für die Gruppe der jungen Erwachsenen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Paragrafen 41 und 41a SGB VIII die juristische Grundlage zur Gewährung von Hilfen für eine Nachsorge und die Befähigung zu einem selbstständigen Leben.
  - Bundesweit gibt es auch Einrichtungen, die die gleiche Zielgruppe ansprechen und sich auf das Neunte Sozialgesetzbuch (§§ 78 und 113) beziehen.
  - Die nächsten Arbeitsschritte für eine gemeinsame Gruppe aus Jugendhilfe, Suchtmedizin, Stadtverwaltung und Suchthilfe wird es sein, das Angebot für **ein Haus A und ein Haus B** zu konkretisieren und eine entsprechende Kostenkalkulation aufzustellen. Dazu sind die nächsten Arbeitsschritte vereinbart.

2.6.3 Mischkonsum von synthetischen Opioiden mit Alkohol

Inhalte der Präventionsarbeit zu diesem Thema müssen folgende Aspekte enthalten:

- Tilidin und Alkohol sollten aufgrund ihrer Wechselwirkungen nicht miteinander kombiniert werden.
- Ebenso wie Alkohol überwindet Tilidin die Blut-Hirn-Schranke und beeinflusst neuronale Abläufe im zentralen Nervensystem.
- Bei Alkoholkonsum verursacht Tilidin eine intensivere Rauschwirkung und eine schnellere Trunkenheit.
- Für Alkoholiker ist der Tilidin-Konsum besonders gefährlich, da das Suchtgedächtnis durch das Medikament angesprochen wird.
- Opioid-Analgetika sind zur Schmerztherapie von Alkoholikern nicht zu empfehlen; es müssen andere Bewältigungsstrategien gewählt werden.

- Eine durch Alkohol entstandene Polyneuropathie kann durch eine Abstinenz gelindert werden.

2.6.4 Präventionsarbeit

Im Grunde muss sich die Präventionsarbeit in Schulen mit Jugendlichen, deren Eltern und Lehrkräften um das Thema synthetische Opioide erweitern. Das Problem besteht jedoch aktuell, dass bereits jetzt bei weitem nicht alle Schulen Präventionsangebote (zu Alkohol, Cannabis, Medien) wahrnehmen. Jetzt noch ein weiteres Modul zu implementieren, wird an den interessierten Schulen in Konkurrenz zu den Lehrplänen sehr herausfordernd. Bereits jetzt erleben die Fachstellen Sucht und Suchtprävention, dass ihre Angebote zur Suchthilfe als „nice to hace“ eingestuft werden, die gerne zum Ende des Schuljahres gebucht werden, wenn die Zensuren feststehen. Sämtliche Versuche, die Suchtprävention in das Curriculum einzubauen und in bestimmten Jahrgängen verpflichtend zu machen, sind in den vergangenen Jahrzehnten gescheitert.

Elemente dieser Prävention sind

- Aktuell zu leichte Verfügbarkeit der Medikamente in der Familie
- Konsumnaivität und Unterschätzung des Suchtpotentials
- Gefahren durch den Mischkonsum anderer Substanzen wie Benzodiazepine und Alkohol)

Für die nächsten Jahre bedarf es einer grundsätzlichen Überlegung, ob es nicht ein Präventionsangebot geben soll, quasi als Universalangebot. Dem liegt die Vermutung zugrunde, dass in allen erwähnten Präventionsthemen ähnliche Motivationen für den Konsum durch Jugendliche (Neugier, Ängste, Gruppendruck, Konsumnaivität, Grenzen testen) zugrunde liegen, denen mit einem „Universalangebot“ begegnet werden kann. Angereichert mit spezifischen Informationen zu Drogen wie Alkohol und Cannabis sind auch besondere Akzente bei gezielter Nachfrage möglich.

Bei dem Thema selbstbestimmtes, zufriedenes Leben versuchen sich einige Schulen darin, das Schulfach „Glück“ zu etablieren. Das Fach ist in der Regel in mehrere Module aufgeteilt. Im Unterricht, der ohne Zensurendruck erteilt wird, geht es unter anderem um Aspekte wie Resilienz und seelische Gesundheit, die sich auch in den Angeboten der Suchthilfe wiederfinden. Ein etabliertes Angebot innerhalb des Curriculums für alle Schulen ist es bislang auch nicht.

Wie auch immer die Suchtthemen Eingang in den Schulalltag finden, ob als Prävention oder Schulfach, sie müssen verstärkt und im Grunde regelhaft verankert sein. In der Schule besteht die große Chance, nahezu alle Minderjährigen zu diesen wichtigen Themen zu informieren und sie in der Auseinandersetzung damit zu begleiten.

Eine weitere Zielgruppe der Prävention sind die Ärzt*innen. Bei der Verschreibung von opioidhaltigen Medikamenten sollten alternative, medizinische Behandlungen geprüft und die Behandlungsdauer mit diesen Medikamenten so gering wie möglich gestaltet werden. In den Praxen kann ebenfalls eine Aufklärung über die Gefahren eines missbräuchlichen Konsums von diesen Medikamenten erfolgen.

2.6.5 Mischkonsum mit Benzodiazepinen

Benzodiazepine gehören nicht zur Gruppe der Opioide und werden wegen ihres Suchtpotentials im Betäubungsmittelgesetz BtMG, Anlage III (verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) geführt. Aufgrund ihrer jeweiligen Wirkungsweise ergänzen sie sich. Benzodiazepinen werden insbesondere wegen ihrer angstlösenden und schlaffördernden Wirkung genommen. Zusammen mit Opioiden, die zusätzlich auch

schmerzlindernd wirken, sorgen diese Substanzen für den Körper und die Seele wie ein „Wohlfühlpaket“. Die gemeinsame Einnahme kann aber sehr gefährlich werden, weil beide die Atmung dämpfen und damit zu einer Atemdepression führen können.

Ein Mischkonsum, wie zum Beispiel dieser hier dargelegte, führt bundesweit bei unter 30-Jährigen immer häufiger zu einem Drogentod.

III Stoffungebundene, legale Süchte

1 Glücksspiel

1.1 Grundsätzliches

Mit der neuen Fassung des Glücksspielstaatsvertrages wurde am 01. Juli 2021 das Glücksspiel in Deutschland grundlegend verändert. War bis dahin das Onlineglücksspiel in Deutschland verboten und nur über ausländische Anbieter möglich, gab es in dem Jahr eine signifikante Veränderung: Virtuelle Automatenspiele, Online-Poker und Online-Casinospiele können per Lizenz an Anbieter aus und für Deutschland vergeben werden. Befürworter*innen dieser Regelung sprechen davon, dass die Gesetzgebung gesellschaftliche Realitäten nachvollzogen hat – und dem Fiskus zusätzliche Steuereinnahmen. Durch die Digitalisierung ist es nun auch legal möglich, zu jeder Zeit und an jedem Ort, um Geld zu spielen. Sehr bedenklich ist, dass sich Menschen mit einem problematischen oder abhängigen Spielverhalten dadurch dem Blick der Öffentlichkeit entziehen und somit kaum wahrgenommen werden. Meistens wird die Sucht erst durch einen hohen Schuldenstand oder den Leidensdruck von Angehörigen für Außenstehende erkennbar.

Um beim digitalen Glücksspiel eine Orientierung über die Glücksspielanbietenden zu bekommen, können länderübergreifende Veranstaltende oder Vermittelnde mit einer Lizenz beantragen, auf einer sogenannten „Whitelist“ aufgenommen zu werden. Voraussetzung ist die Einhaltung der Vorgaben des Glücksspielstaatsvertrages. Diese „Whitelist“ wird von der „Gemeinsamen Glücksspielbehörde der Länder“ (GGL) geführt. Laut Tätigkeitbericht aus dem Jahr 2024 werden zum 31.12.2024 139 Veranstalter oder Vermittler von länderübergreifenden Glücksspielen auf der „Whitelist“ geführt. Für die einzelnen Glücksspielkategorien bedeutet dies:

Insgesamt verfügten zum 31.12.2024 **139** Veranstalter oder Vermittler von länderübergreifenden Glücksspielen über eine Erlaubnis und wurden auf der amtlichen Whitelist geführt.

	Anzahl Veranstalter/Vermittler unter Aufsicht der GGL auf Whitelist	Anzahl dazugehörige Internetseiten auf Whitelist
Gesamt	**139**	**216**
Gefährliche Glücksspielarten	**78**	**168**
Sportwetten	30	34
Virtuelle Automatenspiele	38	120
Online-Poker	5	7
Pferdewetten im Internet	5	7
Weniger gefährliche Glücksspielarten	**61**	**48**
Klassenlotterien	1	0
Lotterie-Einnehmer	39	3
sog. Soziallotterien	9	25
Gewerbl. Spielvermittler	12	20

Whitelist

Gemäß § 9 Abs. 8 GlüStV 2021 veröffentlicht die GGL im Internet eine gemeinsame amtliche Liste (Whitelist), in der die Veranstalter und Vermittler von Glücksspielen aufgeführt werden, die über eine Erlaubnis oder Konzession nach dem GlüStV 2021 verfügen.

Die Whitelist führt auch Glücksspielangebote auf, die nicht unter der Aufsicht der GGL, sondern unter der Aufsicht der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder stehen. Dazu gehören u. a. auch Lotterien des deutschen Lotto-Toto-Blocks oder Casinospiele in Spielbanken.

Die Whitelist steht auf der Internetseite der GGL zur Verfügung und wird regelmäßig aktualisiert. https://www.gluecksspiel-behoerde.de/de/fuer-spielende/uebersicht-erlaubter-anbieter-whitelist

Abbildung 27: Anzahl Veranstalter von Glücksspielen auf Whitelist
Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2024), S. 19.

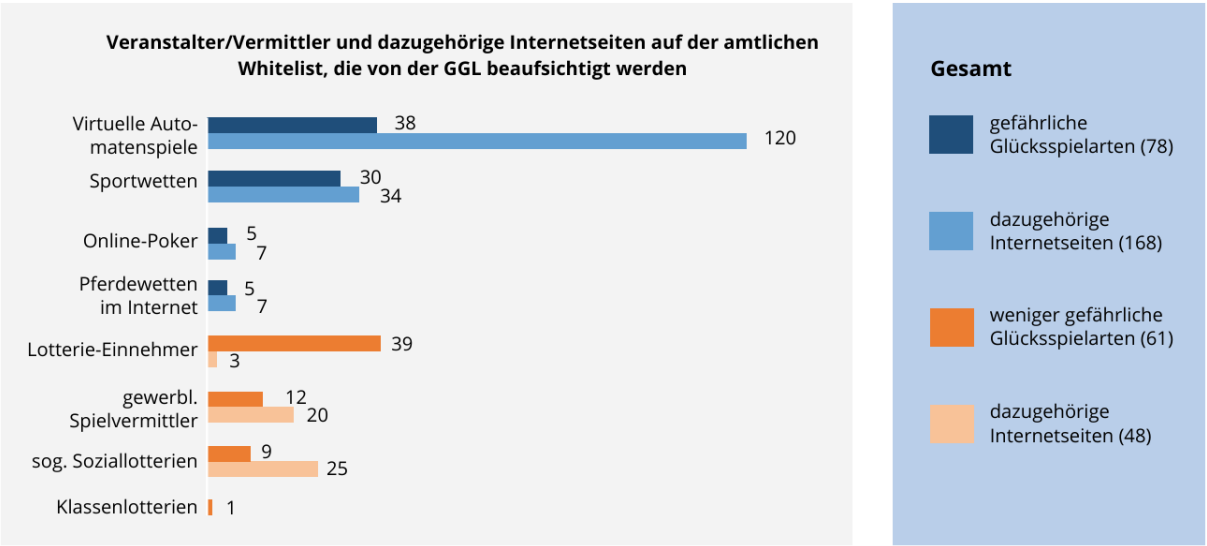


Abbildung 28: Übersicht Veranstalter/Vermittler und dazugehörige Internetseiten auf amtlicher Whitelist
Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2024), S. 19.

Die erwähnte „Gefährlichkeit“ bezieht sich auf das (mögliche) Suchtpotential der erwähnten Glücksspielarten.

Auf der anderen Seite geht die „Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder“ gegen illegale Wettanbieter vor. Illegales Glücksspiel bezeichnet das Veranstalten oder Vermitteln von

Glücksspielen ohne behördliche Erlaubnis. Als Möglichkeiten der Sanktionierung für Deutschland sehen der GGL drei Möglichkeiten zur Verfügung:

- **Einleiten von Untersagungsverfahren**, inklusive einem Werbeverbot.

  Laut dem Tätigkeitsbericht aus dem Jahr 2024 betrug die Zahl der Untersagungsverfahren 231 – bei 1.788 überprüften Internetseiten. Dabei kann die Untersagungsverfügung das Glücksspiel, die Werbung hierfür oder auch beides betreffen. Für 2024 bedeutet dies konkret eine Untersagungsverfügung für 83 Fälle zur Veranstaltung und Bewerbung. In 148 Fällen bezog sich die Verfügung ausschließlich auf das Werbeverbot.

- **Belegen** von illegalen Internetseiten **mit einer Netzsperre („IP-Blocking“)** zur Verfügung

  In 2024 wurden 799 Internetseiten mit illegalen Glücksspielen überprüft. Daraus leiteten sich insgesamt 857 Maßnahmen ab. In 200 der Fälle wurden die Angebote des Glücksspiels eingestellt und in 657 Fällen die Internetseite gesperrt.

- Blockieren durch „gängige Zahlungsdienstleister“, dem sog. **„Payment-Blocking“**

  2024 wurde laut Tätigkeitsbericht in 165 Fällen davon Gebrauch gemacht. Auch wird auf Dienstleister Druck ausgeübt, die Transaktionen für diese Seiten einzustellen. Für 2024 geschah dies in 43 Fällen.

Wie hoch im Jahr 2024 die Gesamtzahl der illegalen Anbietenden im digitalen Glücksspielbereich ist, die von deutschen Glücksspielenden genutzt wurden, kann nicht eindeutig beziffert werden. Die GGL hat nach eigenen Angaben für 2024 858 deutschsprachige Glücksspielseiten von 212 Veranstaltern ohne Erlaubnis festgestellt. Schätzungen der GGL zufolge entspricht dies einem Marktanteil von ca. 25% des digitalen Glücksspielmarktes.

Die gesamten Aktivitäten der GGL verdeutlicht folgende Grafik:

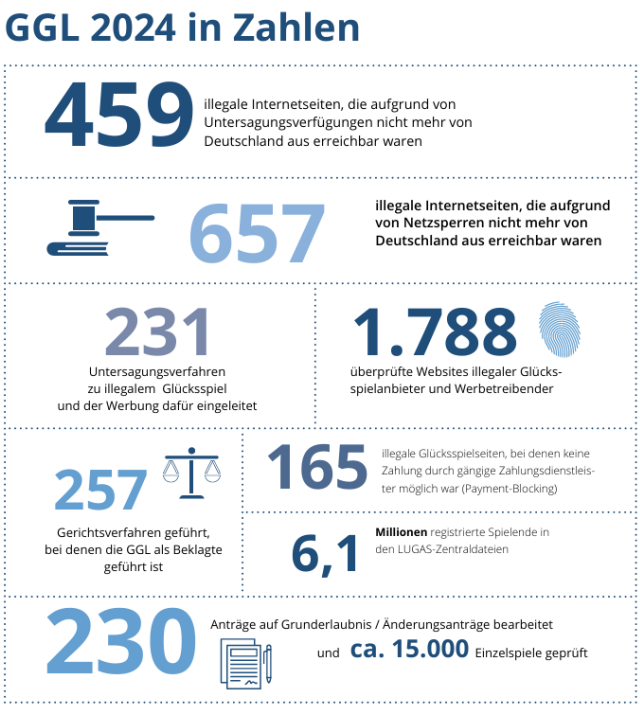


Abbildung 29: Aktivität der GGL
Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2024), S. 11.

Um eine Vorstellung zu bekommen, in welcher Dimension sich das digitale Glücksspiel in seiner legalen Ausprägung bewegt, ist ein Blick auf die spielenden Menschen und die Steuereinnahmen aufschlussreich.

- In Deutschland werden Glücksspielende in der **LUGAS-Datei** gelistet. LUGAS steht für ein „**L**änder**u**eberbergreifendes **G**lücksspiel**a**ufsichts**s**ystem“. Laut Angaben der „Gemeinsamen Glücksspielbehörde der Länder“ waren im Jahr 2024 in dieser Datei 6,1 Millionen Spielende in Deutschland registriert. Inhalte von LUGAS sind eine „Limitdatei“ (Begrenzung des anbieterübergreifenden Einzahlungslimit) und eine „Aktivitätsdatei“ (Verhinderung des parallelen Glücksspiels bei mehreren Anbietenden).
- In ihrer Pressemitteilung für den Tätigkeitsbericht 2024 stellt die GGL fest: „Der legale deutsche Glücksspielmarkt (online und terrestrisch) erzielte 2024 ein Bruttospielertragsvolumen (entspricht den Verlusten der Spielenden) von etwa 14,4 Mrd. Euro – ein Plus von rund 5 % gegenüber dem Vorjahr. Die Steuer- und Abgabeneinnahmen aus Glücksspielen betrugen rund sieben Mrd. Euro.

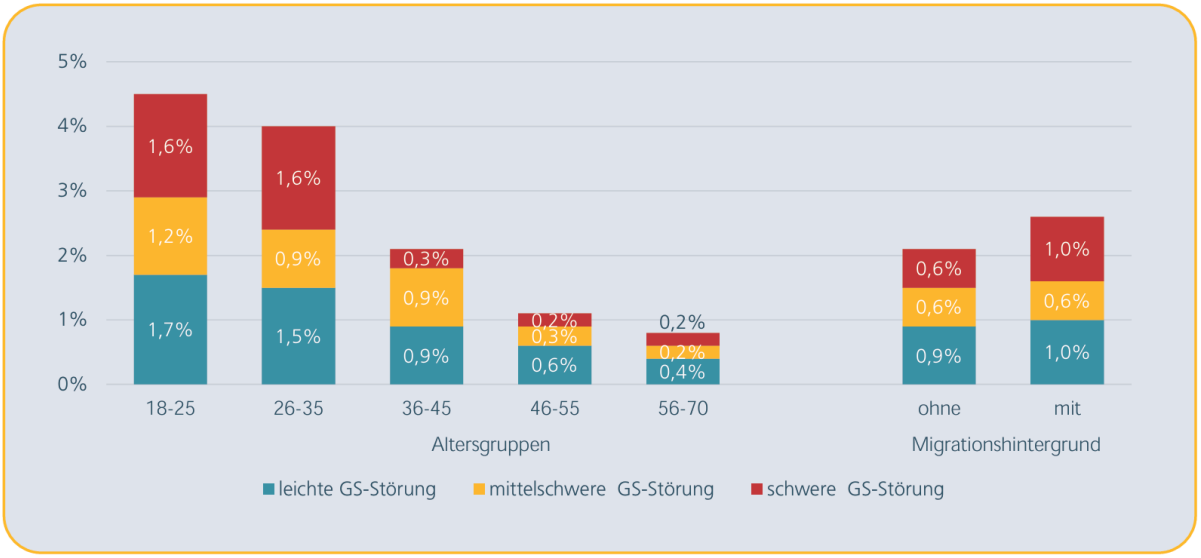
„Die von der GGL regulierten Anbieter erwirtschafteten ca. vier Mrd. Euro, das entspricht einem Anteil am gesamten erlaubten Markt von 28 %.“ (GGL 2025).

Für die Menschen, die am Glücksspiel interessiert sind, hatte die Novellierung des Glücksspielstaatsvertrages im Jahr 2021 zahlreiche negative Auswirkungen:

- Zwar verweist die „Whitelist“ auf Anbietende, die sich an das Staatsvertrag halten. Dies steigert die Seriosität. Trotzdem werden dort auch Glücksspiele mit hohem Suchtpotential gelistet.
- Zwar soll die LUGAS-Datei auch für die Früherkennung von problematischem Spielverhalten dienen. Dieses können die Anbieter aus Daten ablesen. Ob sie daraus die richtigen Schlüsse im Sinne der Spielenden ziehen, darf bezweifelt werden. Auch wurde die Wirksamkeit dieser Früherkennung bislang nicht wissenschaftlich evaluiert.
- In Fernsehsendungen, auf Plattformen für Smartphone- und Tabletspiele und bei Sportübertragungen wurden in den letzten Jahren in einem bislang nicht gekannten Umfang Werbung für Glücksspiel und Sportwetten platziert. Dabei werden häufig nur die Mindeststandards für den Jugend- und Spielerschutz (wie Angaben zum Mindestalter und der Hinweis auf Suchtgefahren) erfüllt.
- Der Glücksspielbranche wurde durch die Legalisierung Seriosität und dem Glücksspiel eine scheinbare Harmlosigkeit verliehen.

Die negativen Folgen hat der Bundesdrogenbeauftragte auf seiner Homepage deutlich benannt: „Hochgerechnet gut 1,3 Millionen Menschen erfüllen die Diagnosekriterien einer glücksspielbezogenen Störung, weitere 3,1 Millionen Menschen weisen Anzeichen für ein problematisches Glücksspielverhalten auf.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2026). Konkreter aufgeschlüsselt werden diese Zahlen im Glücksspiel-Survey 2025 („Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung“) beschrieben:

Schweregrad der Glücksspielprobleme (DSM-5) nach Alter und Migrationshintergrund

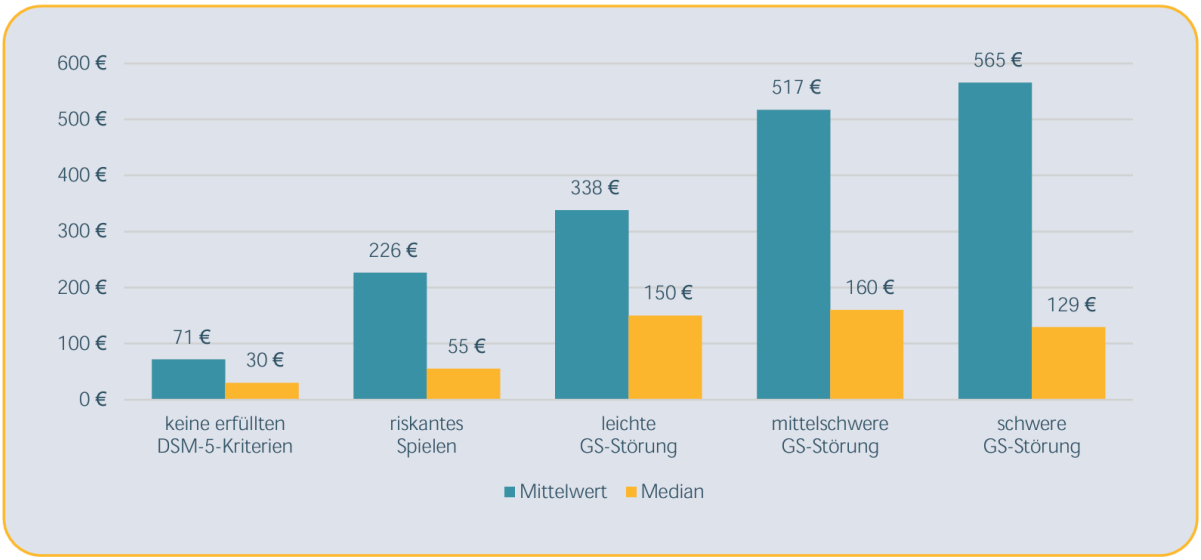


Basis: gewichtete Daten der 18- bis 70-Jährigen; N_{Alter}=12.103; $N_{Migration}$=12.024

Abbildung 30: Schweregrad der Glücksspielprobleme nach Alter und Migrationshintergrund
Quelle: Buth et al. (2026), S. 33.

Dabei sind die eingesetzten Geldsummen pro Monat insbesondere bei mittelschweren und schweren Glücksspielstörungen enorm:

Monatlicher Geldeinsatz für Glücksspiele nach Schweregrad der Glücksspielprobleme (DSM-5)



Basis: gewichtete Daten der 18- bis 70-Jährigen, die mindestens monatlich spielen; ungewichtete Fallzahl: 2.933

Abbildung 31: Monatlicher Geldeinsatz für Glücksspiele nach Schweregrad der Glücksspielprobleme
Quelle: Buth et al. (2026), S. 33.

Im Gegensatz zu etlichen stoffgebundenen Süchten bedeutet dies nicht unbedingt ein wöchentliches oder gar tägliches Spielen. Die Spielfrequenz ist durchaus unterschiedlich. Entscheidend ist in der Phase des Glücksspiels vielmehr der Kontrollverlust über Spieldauer und ein fehlendes Limit über die eingesetzten Beträge. Auch Scham über das verlorene Geld, Verheimlichen des Spiels und der Entzug nach dem Ende des Glücksspiels sind eindeutige Indikatoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit.

Als Selbstschutz für glücksspielsüchtige Menschen gibt es „Spielersperrsystem“ OASIS. Dort können sich abhängige Menschen für einen gewissen Zeitraum spielformübergreifend und bundesweit sperren lassen. Für die Anbietenden von Glücksspielen ist der Anschluss an

OASIS verpflichtend. Laut Hessenschau (vgl. Kleemann 2026) wurden im Jahr 2025 rund 60.000 Sperranträge bearbeitet. Insgesamt sind derzeit bei OASIS etwa 367.000 Spielersperren aktiv. Wie hoch die Zahl der Menschen mit dem Wohnsitz Hannover ist, kann nicht ermittelt werden.

1.2 Glücksspiel in Hannover

Die analogen Angebote für das Glücksspiel haben sich trotz der digitalen Konkurrenz in den letzten Jahren in der Landeshauptstadt behauptet. Ob es daran liegt, dass Glücksspielende zu unterschiedlichen Zeiten sowohl analoge als auch digitale Glücksspiele bedienen, ist für Hannover nicht zu verifizieren. Deshalb ist es unklar, ob die klassischen Geldspielautomaten eine ganz andere Zielgruppe als zum Beispiel Online-Automatenspiele ansprechen. Einen kleinen Eindruck vermitteln zwar die Zahlen der Betroffenen und deren Angehörige, die sich an die beiden Beratungsstellen der drobs und der Diakonie wenden und unter anderem dort zu ihrem Spielverhalten befragt werden. Für eine Gesamtaussage zu der Frage der Zielgruppen ist diese Personenzahl allerdings nicht evident.

Interessant ist die Entwicklung der Glücksspielautomaten/Spielgeräte in den letzten Jahren im Stadtgebiet. Während die Gesamtzahl der Spielhallen durch die Vorgaben des Glücksspielstaatsvertrages rückläufig ist, hat die Gesamtzahl der Spielgeräte nach Jahren der Reduzierung inzwischen fast wieder das Niveau von 2021 erreicht – mit einer deutlichen Veränderung: Mit 600 Spielgeräten stehen inzwischen fast so viele Automaten in Gaststätten wie mit 720 Geräten in den Spielhallen. Der neue Glücksspielstaatsvertrag hat somit nicht zu einer Reduzierung der Möglichkeiten des Glücksspiels an Geräten geführt. Vielmehr hat es eine deutliche Verschiebung der Geräte hin zu den Gaststätten gegeben. Dies wirft neben dem Spieler*innen-Schutz auch die Frage nach dem Jugendschutz auf, denn Gaststätten sind auch für Minderjährige zugänglich, die damit auch mit diesem Aspekt des Glücksspiels in Berührung kommen.

Der Vollständigkeit halber wird im Kennzahlenblatt am Ende des Berichtes auch die Zahl der Wettvermittlungsstellen in Hannover aufgeführt. Im Gegensatz zu den Spielhallen ist das Niedersächsische Ministerium für Inneres und Sport die zuständige Aufsichtsbehörde für die Erlaubnis und Regulierung von Wettvermittlungsstellen im Bundesland.

1.3 Beratungsangebote in Hannover

Zwar hat sich die Zahl der Personen, die bei der drobs und bei der Fachstelle Sucht des Diakonischen Werks beraten wurden, im Zeitraum von 2021 (202 Fälle) zu 2025 (150 Fälle) reduziert. Davon lässt sich aber nicht ableiten, dass der Bedarf gesunken ist. Vielfach ist der Weg zur Fachstelle Sucht schambehaftet und zum Teil erst möglich, wenn ein Erstkontakt durch eine angehörige Person erfolgt ist.

Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Statistiken der beiden Fachstellen. Die glücksspielabhängigen Menschen haben zu ihrer individuellen Situation am häufigsten angegeben, dass sie

- Psychosomatischen Beschwerden wegen des Spiels haben (in den erwähnten Jahren zwischen 53 und 57%)
- Probleme in der Ehe, Partnerschaft und Familienangehörigen haben (je nach Thema und Jahr zwischen 58 und 83%)
- Schuldgefühle haben, negative Stimmungen und Depressionen zwischen 78 und 92%)
- Ungefähr bei jedem zehnten Menschen in der Beratung gab es auch schon gelegentliche Suizidgedanken

Diese Angaben zeigen, wie bei allen anderen Süchten auch, dass nicht nur die abhängige Person einen massiven Leidensdruck hat, sondern sich die Abhängigkeit weit in den Alltag der Partnerschaften und Familien auswirkt.

Bei den angegebenen Arten des Glücksspiels wurden sowohl analoge Automaten (in Spielhallen und Gaststätten) als auch digitale Automaten am häufigsten genannt. Sowohl analoge wie digitale Angebote werden im gleichen Umfang genutzt. Nach den Automaten sind die Sportwetten zu nennen. Hier ist der Anteil der digitalen Wetten rund 10% höher gegenüber Anbietern von Sportwetten vor Ort. Bei den Sportwetten werden auch immer mehr Live-Wetten erwähnt. Dabei handelt es sich um Wetten, die während des Sportereignisses noch abgegeben werden können. Dabei locken die Anbieter mit einer zusätzlichen Wette. Bislang sicher geglaubte Wettgewinne, die nach dem Ereignis ausgezahlt werden, können vorab neu eingesetzt werden. Diese Systematik erhöht die Wahrscheinlichkeit mehr zu verlieren als zu gewinnen und sich damit noch höher zu verschulden

Forderungen:

- Besonders die Glücksspiele mit dem hohen Suchtpotential haben allgemein ein eher positives Image. Auch scheinen die Ergebnisse in einem gewissen Maße vorhersehbar bzw. beeinflussbar zu sein. Das beste Beispiel sind hier für Sport- und Fußballwetten, für die ein gewisses „Fachwissen“ das Risiko eines Verlustes unwahrscheinlich erscheinen lassen.

  Um dieser Situation frühzeitig zu begegnen, ist die bisherige Präventionsarbeit in den Fachstellen, in den Schulen und auch in den Sportvereinen dringend auszubauen. Neben den Informationen über die Wirkung und die Suchtgefahren des Glücksspiels ist auch, wie bei allen anderen Suchtthemen, die Motivationsarbeit unerlässlich, sich in schwierigen Situationen professionelle Hilfe zu suchen. Häufig melden sich eher Angehörige als Betroffene in Hannover bei den Fachstellen der Diakonie und bei der drobs, weil der Leidensdruck zu groß geworden ist. Besonders durch die Digitalisierung ist ein Abrutschen in die Sucht meistens erst sehr spät auffällig.

- Der Werbung für Glücksspiel aus dem Weg zu gehen, ist nur schwer möglich. Die Regelungen und Beschränkungen dazu unterliegen vielfach nicht den Möglichkeiten einer Kommune. Trotzdem kann die Stadt ein wirkungsvolles Zeichen setzen und die Werbung innerhalb des Stadtgebietes untersagen. Dies betrifft analoge und digitale Werbeflächen im ÖPNV, an Haltestellen und Plakatflächen in gleichem Maße wie die Bandenwerbung auf Sportanlagen.

IV Weitere Aufgaben der Suchthilfe

1 Kinder aus suchtbelasteten Familien

1.1 Kinder und Jugendliche

Laut mehreren gleichlautenden Quellen lebten bundesweit im Jahr 2025 über 3 Millionen Kinder und Jugendliche in einer suchtbelasteten Familie. Davon wachsen etwa 2,6 Millionen Minderjährige in einem Haushalt mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil auf. Geschätzt 37.000 bis eventuell 150.000 der Kinder und Jugendlichen haben mindestens einen Vater oder eine Mutter, die pathologisch glücksspielsüchtig sind. Geschätzt wird, dass etwa 60.000 Kinder bundesweit in einem Haushalt mit mindestens einem opiatabhängigen Elternteil aufwachsen. Die Suchtbelastung in Familien findet sich in allen sozialen Schichten. Diese genannten Zahlen der Kinder aus suchtbelasteten Familien sind seit vielen Jahren stabil.

Diese Erfahrung hinterlässt selbstverständlich bei den Kindern und Jugendlichen eindrückliche Spuren, die allerdings nicht von allen Minderjährigen in gleichem Maße und Ergebnis verarbeitet werden. Während jeweils ein Drittel im Erwachsenenalter suchtmittel- oder medikamentenabhängig wird, beziehungsweise als Erwachsener eine psychische oder soziale Störung aufweist, führt ein weiteres Drittel ein Leben als erwachsener Mensch ohne Beeinträchtigung:



Abbildung 32: Auswirkungen auf Kinder in suchtkranken Familien
Quelle: NACOA Deutschland (o.J.)

Mögliche psychische oder soziale Störungen können die Entwicklung von Schizophrenien, Neurosen und Affektstörungen wie zum Beispiel Depressionen sein. Außerdem können sich Persönlichkeitsstörungen ausprägen, weil die Kinder beim Aufwachsen elementare Bedürfnisse wie Geborgenheit, Vorbildfunktion durch Eltern und gemeinsame positive Erlebnisse und Regeln im Zusammenleben fehlen. Vielfach werden diese Störungen erst spürbar und bewusst, sobald die Last aus dem familiären Kontext wegfällt und deutlich wird, welchem Druck sie beim Aufwachsen ausgesetzt waren.

Für den weiteren Lebensweg ist zwar das Aufwachsen mit den Eltern ein wichtiger, aber nicht allein entscheidender Faktor. Vielmehr kann das Kind durch Beziehungen zu anderen Verwandten, sowie gleichaltrigen Freund*innen und Bekannten Bewältigungsstrategien entwickeln, die ein suchtfreies oder ein unproblematisches Konsumverhalten im weiteren Leben durchaus ermöglichen.

Dafür ist allerdings zum einen dringend notwendig, diese familiären Situationen frühzeitig zu erkennen. Dies ist oft schwierig, weil Kinder aus suchtbelasteten Familien nach außen sehr oft den Schein eines „normalen“ Familienlebens wahren. Häufig übernehmen sie auch Aufgaben, für die eigentlich die Eltern die Verantwortung übernehmen müssten und entwickeln eine Routine, um selbstständig durch den Alltag vom selbstständigen Aufstehen bis zum Einschlafen zu kommen. Ein Teil dieser Kinder fällt gar nicht in schulischen oder

anderen Kontexten auf. Für die Kinder aus diesen Familien ist die Suche nach Hilfe und Unterstützung oft sehr schwierig, weil sie sehr schambesetzt ist und auch Fragen aufwirft, was mit der Familie und damit aus den einzelnen Personen wird, wenn die Wahrheit über die realen Lebensverhältnisse erkennbar wird. Auch die Eltern holen sich in der Regel keine Hilfe, weil dies neben der Scham auch einem Eingeständnis der Schuld gleichkommt. Dieses Einverständnis wird ebenfalls auch aus Ängsten für die daraus folgenden Konsequenzen immer wieder aufgeschoben. Viele dieser familiären Konstellationen enden erst mit der altersbedingten Verselbstständigung und dem damit verbundenen Auszug der Kinder.

Eine Möglichkeit, dass Kinder die Scham überwinden und sich Hilfe holen, sind Angebote der Alkoholprävention an Schulen. Durch die dortigen Informationen haben schon in der Vergangenheit Kinder den Mut gefasst, nach den Veranstaltungen Kontakt zu Beratungsstellen aufzunehmen, die Ihnen Anonymität zusichern und zu Personen, die sie aus dem schulischen Kontext als vertrauenswürdig erlebt haben. Auch besteht die Hoffnung, dass sie digitale Beratungsplattformen der Fachstellen Sucht nutzen, die ihnen ebenfalls Anonymität zusichern und wo die Schwellenangst für eine Beratung demnach leichter ist. Inwieweit sich Kinder aus suchtbelasteten Familien Rat und Unterstützung über KI-gestützte Chatbots wie zum Beispiel SuchtGPT suchen, kann nur vermutet werden. Empirische Zahlen liegen dazu bislang nicht vor.

Zum anderen bedarf es professioneller Hilfen, um die Defizite in der kindlichen Entwicklung auszugleichen. Dieses Angebot muss in einer altersgerechten Form stattfinden. Die Hauptstelle für Suchtgefahren e.V. hat dazu Arbeitshilfen entwickelt, die sich an unterschiedliche Altersgruppen richten:

- für Kindertagesstätten und Grundschule
- für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 15 Jahren
- für Jugendliche ab 16 Jahren und junge Erwachsenen

Diese Arbeitshilfen sind an Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, sowie an Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern adressiert.

Die Folgekosten für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind seit Jahren hoch. Um nur zwei Beispiel zu nennen, entstehen sie durch die Herausnahme von Kindern und Fremdunterbringung, sowie durch den Aufenthalt in Krankenhäusern und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Angebote zur Vermeidung dieser Kosten sind seit im Grunde seit vielen Jahren chronisch unterfinanziert. Die Kommune hat zum Beispiel durch einen Ausbau des Bereiches der Jugend- und Familienberatung oder durch den Ausbau der sozialen Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII die Möglichkeit die Hilfen in diesem Bereich deutlich und bedarfsdeckend zu intensivieren. Aber die Kommune steht nicht allein .in der Verantwortung. Zur Vermeidung der Folgekosten ist ein abgestimmtes und gemeinsames Wirken mit den Krankenkassen erforderlich. Modellhaft für eine solche Kooperation war das KITT-Projekt für Kinder aus suchtbelasteten Familien, welches das Bündnis für Gesundheit der GKV (Verbund der gesetzlichen Krankenkassen) zu 80% und die Landeshauptstadt Hannover zu 20% zwischen 2021 und 2024 finanziert hat. Als Träger führte dies die Diakonie durch. Nach dem Auslaufen des Projektes hat die Diakonie das Angebot teilweise durch das seit 2024 laufende „Trampolino“ verstetigt und als soziales Gruppenangebot nach § 29 SGB VIII finanziert. „Trampolino“ richtet sich neben Kinder aus suchtbelasteten Familien auch an Minderjährige von Eltern mit psychischen Erkrankungen.

Die Ziele von „Trampolino“ deckt dabei das gesamte Spektrum der Hilfsbedürfnisse der Kinder aus suchtbelasteten Familien ab:

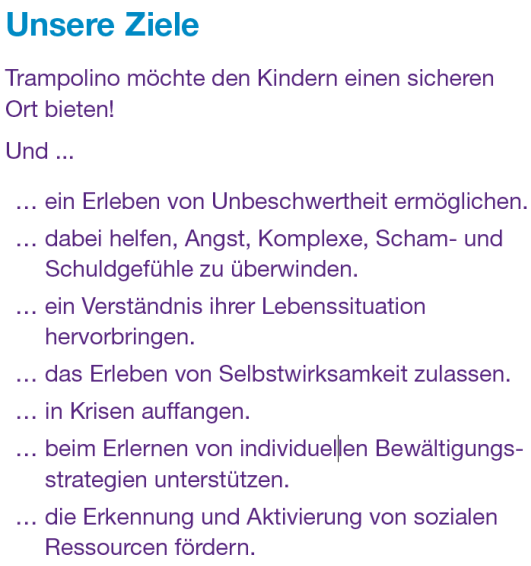


Abbildung 33: Ziele Trampolino
Quelle: Diakonisches Werk Hannover (o. J.).

Das derzeitige Angebot für diese Kinder ist bei weitem nicht ausreichend und müsste durch weitere Projekte ausgebaut werden. Dies ist eine dringende Gemeinschaftsaufgabe von Sozial- und Jugendverwaltung der Stadt Hannover!

1.2 Frühkindliche Hilfen

1.2.1 FASD

Ein besonderes Augenmerk bei Kindern aus suchtbelasteten Familien richtet sich auf den Aspekt der „Fetalen Alkoholspektrum-Störung“ (FASD). FASD ist der Oberbegriff für alle alkoholbedingten Schädigungen von Gehirn und zentralem Nervensystem, die durch den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft entstanden sind. Aufgrund des vielfältigen Störungsbildes bei FASD ist eine pauschalierte Zuordnung als körperliche, geistige oder seelische Behinderung nicht möglich. Vielmehr ist im Einzelfall konkret zu prüfen, welche Einschränkungen im Vordergrund stehen.

Im Alltag dieser Kinder treten häufig Impulskontrollstörungen, Hyperaktivität und gestörtes Sozialverhalten auf. Dieses aber konkret als FASD zu diagnostizieren und nicht als Grund eine andere Erkrankung wie zum Beispiel ADHS oder eine Form von Autismus zu vermuten, fällt nicht leicht. Diese Diagnose ist aber von zentraler Bedeutung, damit Hilfsangebote nicht ins Leere und damit an dem Bedarf vorbeigeht. Erschwerend für die Erkennung kommt hinzu, dass sich FASD in seiner Ausprägung sehr unterschiedlich darstellen kann. Nach einer Diagnose bleibt die Unterstützung für Menschen mit FASD und deren Angehörige in der Regel eine lebenslange Aufgabe.

In der Stadt Hannover gibt es seit 2021 eine darauf spezialisierte Beratungsstelle. Sie heißt „aufgeklärt“ und wird vom Regionalverband Niedersachsen Mitte der Johanniter betrieben. Das Leistungsspektrum reicht von der Aufklärung über das Krankheitsbild über die Vermittlung zu Fachärzt*innen bis zur Beratung über rechtlich zuständige Unterstützungsangebote nach den Sozialgesetzbüchern. Darüber hinaus gibt es Schulungen für Angehörige, Bezugspersonen, gesetzliche Betreuer*innen und pädagogische Fachkräfte. Die Beratung ist kostenlos und anonym.

Die anfängliche, externe Finanzierung läuft aus. Deshalb ist es notwendig, dieses Angebot dauerhaft durch eine kommunale Zuwendung zu finanzieren. Da sich das Angebot sowohl an Bürger*innen der Stadt wie auch der Region Hannover richtet, ist eine gemeinsame Zuwendung anzustreben.

1.2.2 Familienhebammenprojekt „Eine Chance für Kinder“

Ein weiterer elementarer Baustein für die Früherkennung und eine frühe Hilfe ist das Familienhebammenprojekt „Eine Chance für Kinder“, das sich an werdende Eltern in schwierigen sozialen Situationen oder mit problematischer Lebensgeschichte wendet. Der Zeitraum für eine mögliche Unterstützung und Begleitung ist von der Schwangerschaft bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes definiert. Ein wichtiger Bestandteil des Kontaktes in dieser Zeit sind Hausbesuche der Familienhebammen. Neben klassischen Aspekten der Beratung wie Pflege und Ernährung bieten sie auch Hilfestellung bei Überforderungen und emotionalen Unsicherheiten an.

Der Einsatz einer Familienhebamme kann von der Mutter bzw. der Familie selbst oder von verschiedenen Institutionen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäusern, Jobcentern, Beratungsstellen) nachgefragt werden, wenn Risikofaktoren erkannt werden. Bei bereits deutlichen Anzeichen für drohende Kindesvernachlässigung oder bei bereits bestehender Gefährdung des körperlichen und seelischen Kindeswohls werden die Familienhebammen direkt durch das jeweils zuständige Jugendamt beauftragt.

Die Familienhebammen arbeiten eng mit den Fachkräften Frühe Hilfen, Entbindungsstationen und dem KSD in der Stadt beziehungsweise dem ASD der Region Hannover zusammen. Ein Informationsaustausch und fachliche Diskussionen finden auch in dem im Arbeitskreis Familie und Sucht statt, welches ein seit vielen Jahren etabliertes Netzwerk für dieses Themenfeld ist. Die Geschäftsführung für diesen Arbeitskreis obliegt der Koordinierungsstelle Kinderschutz und Frühe Hilfen des Fachbereichs Jugend und Familie.

In Hannover trägt die Kosten für die Betreuung die jeweilige Krankenkasse oder die Landeshauptstadt Hannover bzw. das zuständige Jugendamt der Region Hannover.

1.3 Zusammenarbeit Sucht- und Wohnungslosenhilfe

Bereits bei den synthetischen Opioiden und auch bei der offenen Drogenszene war von einem Mischkonsum bzw. von einem polytoxen Konsum die Rede. Zunehmend gibt es Rückmeldungen, dass der Konsum illegaler Drogen in klassischen Angeboten der Wohnungslosenhilfe wie Wohnheimen und Notschlafstellen zu einem zunehmenden Problem wird. Neben Alkohol und Cannabis sind dies insbesondere der Konsum von synthetischen Cannabinoiden und Opioiden, sowie Crack. Neben der bereits formulierten Zielsetzung einer Notschlafstelle mit integriertem Drogenkonsumraum wird es auch notwendig, das Personal der Wohnungslosenhilfe in Bezug auf illegale Drogen zu schulen. Erste Module sind dafür bereits entwickelt und in die Praxis umgesetzt worden. Die positive Resonanz darauf führte zu weiteren Anfragen.

In vielen Großstädten wie Hannover gibt es eine deutliche Versäulung dieser beiden Aufgaben. Beide Bereiche haben ihre eigenen Zuwendungszwecke, Einrichtungen, Haushalte und Konzepte. Dabei zeigen diverse Situationen aus der Praxis, Anrufe aus Einrichtungen mit Informationsbedarf oder auch Krisenmeldungen, dass sich die Menschen immer weniger nur einer der beiden Kategorien zuordnen lassen. So sind zunehmend auch BtM-Konsument*innen in klassischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anzutreffen, für die der illegale Konsum aus verschiedenen Gründen ein echtes Problem ist.

Auf Bundesebene hat es dazu konzeptionelle Überlegungen gegeben: „Das Kooperationsprojekt „Suchthilfe UND Wohnungsnotfallhilfe – zwei Hilfesysteme, eine

gemeinsame Zielgruppe“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) hat die Schnittstelle zweier Systeme untersucht, die oft nebeneinander arbeiten, obwohl sie in vielen Fällen dieselben Menschen unterstützen. Ziel war es, herauszufinden, unter welchen Bedingungen Zusammenarbeit gelingt und wie Fachkräfte diese konkret umsetzen können.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2026).

Daraus ist das Manual „Hand in Hand“ entstanden, welches „Praxistipps für eine gelungene Zusammenarbeit in der Sucht- und Wohnungsnotfallhilfe“ gibt und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Dieses Manual wurde im April 2026 veröffentlicht und ist auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (www.bagw.de) abrufbar. Darin wird geschildert, „was Zusammenarbeit erfolgreich macht und wo typische Herausforderungen liegen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. 2026).

In Hannover stellen sich derzeit mehrere Herausforderungen:

- Zum einen gibt es einen hohen Beratungs- und Informationsbedarf über neue Drogen, die in Hannover auf dem Markt sind. Dies trifft insbesondere auf synthetische Opioide zu: Dazu wird es im Dezember 2026 einen Fachtag mit der Sucht- und Wohnungslosennothilfe geben, der momentan vorbereitet wird.
- Gleichzeitig kommen mehr obdachlose Menschen im System der Wohnungslosenhilfe an, die auch illegale Drogen konsumieren und die jeweiligen Einrichtungen vor große Herausforderungen stellen. Es ist nicht das Ziel für alle Zielgruppen alle Einrichtungen zu öffnen. Es bedarf nach wie vor unterschiedlicher, spezialisierter Angebotsformen. Allerdings sind Menschen an der Schnittstelle zwischen mehreren in Frage kommende Angebote eine Herausforderung.
- Es braucht auch einen Ausbau der Wohnformen für Konsument*innen illegaler Drogen; insbesondere im Bereich der Notschlafstellen und Mikroapartments. Ein Grund für das Erscheinen von BtM-Konsument*innen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ist auch der Mangel an Betten im Bereich der Suchthilfe
- Konzeptionelle Entwicklung gemeinsamer Grundsätze der Sucht- und Wohnungslosennothilfe wie zum Beispiel der existenzsichernden und gesundheitlichen Grundversorgung sind in Hannover auszubauen. Dies beinhaltet auch eine Durchlässigkeit zwischen den beiden Systemen, wo der akute Hilfsbedarf in jeweils anderen Bereich liegt. Darüber hinaus wird es auch Arbeitsformen geben, die eindeutig einem Bereich zuzuordnen ist.
- Konzeptionell sollen die suchtkranken Menschen in ihren Einrichtungen, die ihnen vertraut geworden ist, möglichst verbleiben. Ein Wechsel der Einrichtung ausschließlich mit der Begründung eines illegalen Konsums sollte so lange wie möglich vermieden werden. Neben dem Verlust der vertrauten Umgebung gibt es auch keine ausreichende Zahl an weiteren Betreuungsangeboten.

In Hannover steht diese Entwicklung, trotz zahlreicher positiver Einzelbeispiele immer noch relativ am Anfang. Ermutigend ist, dass Fachkräfte aus beiden Systemen die Bereitschaft und die Offenheit haben, diese Aufgabe gemeinsam zu diskutieren und konzeptionell zu besprechen.

1.4 Sucht und Pflege

Die letzte bundesweite Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Titel „Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen“ wurde im Jahr 2009 veröffentlicht. Damals wurde davon ausgegangen, dass ca. 14% der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut wurden, „Alkohol- oder Medikamentenprobleme“ haben. Die Menschen mit einer Opiatabhängigkeit sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Für Hannover liegen keine belastbaren Zahlen vor; vor allem im Bereich der Medikamenten- und Alkoholabhängigen gibt es eine relative Dunkelziffer, weil längst nicht jedes Verhalten in den Pflegeheimen als Suchtproblematik erkannt wird und viele pflegebedürftige Menschen dies tendenziell auch eher für sich behalten wollen und alles tun, damit diese Situation nicht auffällt.

Verschärft wird diese Situation nicht nur in Hannover durch die Tatsache, dass suchtkranke Menschen durch verbesserte und vielfältigere (sucht-)medizinische Leistungen länger leben. Dadurch entwickeln zunehmend Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosen- und Suchthilfe einen Bedarf für eine Pflegebedürftigkeit. Sobald bei ihnen der Pflegegrad 2 anerkannt ist, gibt es ein großes strukturelles Problem: Die Einrichtungen sind personell nicht darauf ausgerichtet, weil es eine professionelle Qualifikation erfordert, die in den Einrichtungen nicht vorhanden und vor allem nicht mit den Leistungsvereinbarungen nicht zu finanzieren ist. Außerdem sind viele Einrichtungen nicht barrierefrei und auch in Bezug auf Betten, Bäder und weitere Ausstattungen nicht in der Lage, diese Bedürfnisse abzudecken. Für die suchtkranken Menschen entsteht damit ein echtes Dilemma: Sie finden keine geeignete Einrichtung, die ein Bett frei hat und Menschen mit einer (illegalen) Sucht aufnimmt. Außerdem haben sich diese Menschen durch den jahrelangen Aufenthalt an die bisherige Einrichtung gewöhnt und dort soziale Kontakte geknüpft. Diese möchten sie nicht aufgeben. Das Resultat ist häufig, dass sie auf den Anspruch eines höheren Pflegegrades verzichten bzw. eine Überprüfung des Pflegebedarfs nicht beantragen. Dies führt zu einer Überforderung beim Verbleib in der Einrichtung und zu einem weiteren körperlichen Abbau, weil erforderliche, pflegerische Maßnahmen nicht eingefordert werden und durch die fehlenden Umstände nicht umsetzbar sind.

Bei dem Mangel an Pflegeplätzen haben Menschen mit einer Suchterkrankung häufig das Nachsehen gegenüber anderen. Neben dieser Tatsache ist aus Sicht der Suchthilfe eine Verteilung von suchtkranken Menschen auf verschieden Pflegeeinrichtungen nicht sinnvoll, da der professionelle Umgang mit ihnen zusätzliches Wissen erfordert und das Personal vor besondere Herausforderungen stellt. Einzelne suchterkrankte Menschen in den Alltag eines Heimes zu integrieren, ist daher nicht umsetzbar.

Deshalb ist eine weitere Pflegeeinrichtung mit der Spezialisierung auf suchtkranke Menschen in Hannover dringend erforderlich. Dabei ist die Kooperation mit einer Substitutionspraxis unbedingt notwendig, damit auch diese Menschen neben der Pflege die Versorgung mit einem Substitut ermöglicht wird.

1.5 DRUCK-Surv

Hinter dem Begriff DRUCK-Surv verbirgt sich eine Überwachung (Surveillance) von Drogen und chronischen Erkrankungen bei Drogenkonsumierenden. Mit den Erkrankungen sind Infektionen mit Hepatitis B und C, sowie HIV gemeint, die hauptsächlich durch den injizierenden Drogenkonsum entstanden sind. Diese Studie führt das Robert-Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch. Die Teilnehmenden werden zu ihrem Verhalten befragt, ihre Blutproben werden auf Hepatitis C, B und HIV getestet, und ihre anonymisierten Daten fließen in die Gesamtanalyse ein.

Häufig werden die Infektionskrankheiten durch das gemeinsame Benutzen von Konsumutensilien innerhalb der suchtkranken Menschen übertragen.

Bereits im Zeitraum 2011 bis 2014 hatte sich Hannover an der ersten Studie dazu beteiligt. Die Ergebnisse sind auf der Seite des RKI zu finden: Abschlussbericht der DRUCK-Studie. Hannover hatte damals bei den ausgeheilten Hepatitis-B-Viren und bei den akuten Hepatitis-C-Viren bundesweit einen Spitzenplatz eingenommen.

Um einen Überblick über die Situation über 10 Jahre später zu bekommen, hat es durch die Initiative des Dezernates für Soziales und Integration auch dieses Mal eine Beteiligung gegeben. Für Stadt und Region haben sich die Gemeinschaftspraxis Dr. Kornacker/Linden, die Diamorphinambulanz Patrida, La Strada, der Drogenkonsumraum „Stellwerk“ und die drobel in Lehrte an den Testungen beteiligt. Blutproben zur Analyse konnten Menschen abgeben, die momentan injizierend Drogen konsumieren oder dies in den letzten 12 Monaten getan haben. Auf Wunsch wird auch den suchtkranken Menschen das individuelle Testergebnis zugesandt. Zugesagt ist auch eine Auswertung der Ergebnisse pro Stadt, die derzeit noch erarbeitet wird.

Insgesamt haben sich 14 Städte aus dem Bundesgebiet mit 96 Einrichtungen an der Studie beteiligt. Dadurch konnten 2.586 Blutproben entnommen und analysiert werden. Derzeit findet noch die Erfassung und wissenschaftliche Auswertung dieser Proben statt.

Bisherige Zwischenergebnisse sind:

- weiterhin hohe, teils sogar gestiegene Prävalenzen von HIV, Hepatitis B und C bei Drogengebrauchenden
- viel zu geringe Test- und Behandlungszahlen
- hohe Infektionsraten gerade bei jüngeren Drogenkonsumierenden
- laut RKI werden die Eliminierungsziele dieser Infektionen in Deutschland bis zum gesteckten Ziel im Jahr 2030 nicht erreicht.

Im Laufe des Jahre 2026 soll ein detaillierter Gesamtbericht und auch eine Teilanalyse für jede Stadt, die an dem Projekt beteiligt war, vorgelegt werden.

Fazit:

Trotz dieser ernüchternden Zwischenergebnisse bleibt nach wie vor die Erhöhung der Impfbereitschaft und der Impfquote bei Hepatitis eine zentrale Aufgabe in diesem Bereich der Suchthilfe. Eine erfolgreiche Behandlung ist nur möglich, wenn eine Medikamententherapie täglich über einen Zeitraum von acht Wochen durchgeführt wird. Besonders diese Regelmäßigkeit stellt im Suchtalltag vieler Menschen eine große Herausforderung dar. Hinzu kommt das Problem einer fehlenden Krankenversicherung bei etlichen Konsumierenden.

Im Grunde ist die Regelmäßigkeit der Behandlung am besten durch die Substitutionspraxen oder durch Wohnformen, in denen die suchtkranken Menschen leben, zu ermöglichen. Dies setzt aber neben der Behandlung in den eigenen Praxisräumen einen Kooperationsvertrag zwischen den Ärzt*innen und den Wohnformen voraus. Diese beiden Orte (Praxis und Wohnen) sind auch die geeigneten Orte, um die Testquote zur Erkennung der Infektionskrankheiten zu erhöhen. Um hier ein regelhaftes System zu schaffen, ist eine Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu vereinbaren. Die Suchthilfe leistet in diesem Konstrukt eine wichtige Unterstützung, indem sie über die Möglichkeiten der Testung und Behandlung informiert und motiviert.

1.6 Spritzenautomaten

Seit Februar 2019 gibt es im Stadtgebiet von Hannover zwei Spritzenautomaten, Diese stehen an der Ecke Brüderstraße / Herschelstraße und auf dem Vorplatz Fernroder Straße neben dem Eingang zum Drogenkonsumraum „Stellwerk“. Den Betrieb (Bestellung, Auffüllen, Geldentnahme) des Automaten auf dem Vorplatz übernimmt das Team des Stellwerks. Da der zweite Standort an der Brüderstraße/Ecke Herschelstraße im Bereich des Straßenstrichs liegt, betreibt La Strada diesen Automaten.

Die Automaten funktionieren nach dem Muster früherer Zigarettenautomaten. Sie enthalten verschiedene Pakete mit unterschiedlicher Zusammenstellung aus sterilen Kanülen und Spritzen in unterschiedlichen Längen, Löffeln, Mundstücke für den Crack-Konsum, Kondome, Desinfektionsmittel und weiteren Utensilien. Ein Paket kostet 50 Cent und wurde zu Beginn als Selbstkostenpreis kalkuliert. Inzwischen ist der Preis nicht mehr kostendeckend. Da die Automaten kein Geld wechseln können, war eine Preiserhöhung in der Überlegung. Der nächsthöhere, mögliche Preis wäre 1 Euro gewesen und damit eine Verdopplung. Vermutlich hätte diese Situation viele suchtkranke Menschen von einem Kauf abgehalten. Insofern wird momentan der Fehlbetrag durch andere Zuwendungen ausgeglichen.

Das Angebot ist ein Beitrag im Sinne der harm reduction, um auch außerhalb der Arbeits- und Öffnungszeiten der Suchthilfe sterile Konsumartikel anbieten zu können und damit Neuinfektionen mit Hepatitis-C und HIV zu verhindern. Erfreulich ist, dass es bislang in den sieben Jahren nur einmal zu einer Sachbeschädigung und dem damit notwendigen Austausch des Gerätes kam.

Bei den Nutzungszahlen, die auch im Kennzahlenblatt in diesem Bericht aufgeführt sind, sind seit dem Betrieb folgende Entwicklungen abzulesen:

- die Zahl der Crackpacks ist seit Beginn von 388 Einheiten pro Jahr auf inzwischen 1.830 im Jahr 2025 kontinuierlich angewachsen.
- Bei den leicht sinkenden Zahlen der gekauften Spritzen und Kanülen ist nicht unbedingt von einem Rückgang des intravenösen Rückgangs auszugehen. Es kann auch daran liegen, dass inzwischen mehr Straßensozialarbeit angeboten wird und die Teams des Stellwerks und von La Strada dadurch auch mehr dieser Artikel auf der Straße getauscht haben.
- Das Gleiche kann auch für die leicht sinkende Zahl der Gesamtzahl an verkauften Artikeln gelten.

Insgesamt hat sich der Einsatz der Spritzenautomaten seit Beginn 2019 und sich als Angebot etabliert. Derzeit sind keine weiteren Standorte für die Automaten in Planung.

1.7 Wegweiser Go for it

Der Wegweiser der Sucht- und Drogenhilfe „Go for it!“ wird von der Landeshauptstadt in Kooperation mit dem Arbeitskreis Sucht, Drogen und AIDS herausgegeben.

Er gibt einen Überblick über Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe in der Stadt und der Region Hannover. Ziel ist es, den Zugang zum Hilfesystem in Hannover zu erleichtern und die Angebote überschaubar zu machen.

Der Wegweiser wendet sich an Konsument*innen illegaler und/oder legaler Drogen. Auch Eltern, Angehörige, Mitbetroffene und Fachkräfte finden darin grundsätzliche Informationen und Kontaktdaten über Einrichtungen der Suchthilfe und -medizin.



Abbildung 34: Wegweiser Go For It
Quelle: Landeshauptstadt Hannover 2021

Mittlerweile stellen über 30 Anbieter*innen und Selbsthilfegruppen ihre Angebote und die entsprechenden Kontaktmöglichkeiten vor. Das Spektrum reicht von der Beratung über Tagestreffpunkte und Entgiftung bis hin zu Wohn- und Übernachtungsmöglichkeiten.

Kostenlos angefordert kann der Wegweiser in gedruckter Form oder als pdf-Dokument über die Kontaktdaten aus dem Impressum.

V Anhang

Kennzahlenübersicht Drogenhilfe Stadt Hannover 2021 bis 2025

		2021	2022	2023	2024	2025
1.	**Psychosoziale Betreuung (PSB)/alle Träger (Fälle)***	368	189	167	168	
a)	Kinder in PSB-Haushalten (Anzahl)	80	54	43	35	
2.	**Substitution (Fälle)**					
a)	Gesamtzahl der verfügbaren Plätze,	2.495	2.770	2.770	2.603	2.849
	davon bei niedergelassenen Ärzt*innen in der Region und Stadt	2.240	2.470	2.500	2.340	2.480
	davon bei der Diamorphinambulanz	150	150	150	150	150
	davon in der JVA	105	150	120	113	219
b)	Gesamtzahl der Patient*innen, davon	**	**	**	**	**
	bei niedergelassenen Ärzt*innen	**	**	**	**	**
	in der JVA	105	150	120	113	219
3.	**Drogentote (Anzahl)**	13	4	21	8	22
4.	**Rauschgiftkriminalität**					
a)	**Allgemeiner Verstoß, Handel & illegale Einfuhr (Fälle)**					
	Fälle/insgesamt, davon	4.925	4.681	5.824	3.270	2.232
	Heroin	159	178	150	77	108
	Kokain/Crack	1.090	1.129	1.732	1.546	1.236
	LSD	5	4	6	2	0
	Neue psychoaktive Stoffe (NPS)	47	31	14	30	18
	Ecstasy	119	88	***	***	135
	Methamphetamin	21	7	299	261	6
	Cannabis	3.276	3.030	3.433	1.197	729
	sonstige Betäubungsmittel	208	214	190	157	
b)	**Zusätzliche Straftaten**					
	nach §34 KCanG			0	246	
	nach § 25 MedCanG			0	0	
c)	**Online-Handel/Rauschmittel (Fälle)**	18	11	37	33	
5.	**Spritzenautomaten/ verkaufte Artikel (Beginn 2019)**					
	gesamt	15.623	19.856	18.989	17.580	16.810
	Spritzenpack/kurz	5.554	9.671	9.353	8.360	7.042
	Spritzenpack/lang	2.024	1.931	1.900	1.493	1.543
	Zubehörpack	2.560	3.889	3.482	2.431	2.185
	Crackpack	1.098	954	1.150	1.634	1.830
	andere Artikel	4.387	3.411	3.104	3.662	4.210

6.	**Krankenhausbehandlung wg. Alkoholmissbrauchs (Fälle)/F 10.0**					
	insgesamt	248	2.120	1.943	2.131	
	männlich	159	1.480	1.358	1.514	
	weiblich	87	462	447	477	
	unter 18 Jahre	62	160	138	140	
7.	**Glückspiel**					
a)	Beratungsangebote (Fälle)	202	146	154	68 ****	150
b)	Spielhallen (Anzahl)	93	95	95	88	75
c)	Geldspielgeräte (Anzahl)	1.428	1.292	1.211	1.165	1.320
d)	Wettvermittlungsstellen (Anzahl)	71	25	31	36	25
8.	**Shisha-Bars (Anzahl)**	48	39	51	66	40
9.	**Finanzierung (Euro)**					
	Zuwendungen (Produkt 41401/LHH)	1.210.645 €	1.265.182 €	1.448.113 €	1.473.077 €	1.917.477 €
	Alkoholprävention „Mehr Fun – weniger Alkohol/LHH)	50.000 €	9.687 €	15.601 €	3.402 €	
	„Suchtkranke in der Innenstadt“ (LHH)	200.000 €	200.000 €	201.025 € (in Produkt 41401 enthalten)	207.404 € (in Produkt 41401 enthalten)	Inzwischen im Gesamtbudget enthalten
	Ko-Finanzierung GKV (Cannabisprävention „Pack es an“ und ein Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien)	6.000 € (in Produkt 41401 enthalten)	6.000 € (in Produkt 41401 enthalten)	6.000 € (in Produkt 41401 enthalten)	5.000 € (in Produkt 41401 enthalten; **Ende 07/24**)	
	Gesamt	1.460.645 €	1.474.869 €	1.463.714 €	1.476.479 €	1.917.477 €
10.	**Krankenhausbehandlung wg. Cannabis (Fälle)/F12.0**	1				
11.	**Krankenhausbehandlung wg. NPS (Fälle)/F15.0**					
	insgesamt	49				
	männlich	32				
	weiblich	17				
	unter 18 Jahren	2				
12.	**Spritzentausch** (Step und La Strada)	308.592	411.660	323.100	196.000	282.730
13.	**Selbsttests Stellwerk (Fentanyl)** **ab Februar 2025**					145 Testungen, davon ...29 positiv Tendenz: ↘ ...114 negativ 555 Ablehnung

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage verschiedener Datenquellen

Anmerkungen

* Betreuung durch drobs, prisma, Neues Land, La Strada; seit 2021 auch Diamorphinambulanz abgefragt

** seit einem Gerichtsurteil aus dem Jahr 2017 veröffentlichen die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Zahlen mehr, aus denen hervorgeht, wie viele Patient*innen pro Kommune im Rahmen der Substitution behandelt werden. Es gibt lediglich eine Angabe, wie viele Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Eine Angabe, wie viele Patient*inne konkret in Behandlung sind, erfolgt nur auf Bundesebene durch das Substitutionsregister.

*** wird seit 2023 nicht mehr als eigene Kategorie erfasst

**** in 2024 einjährige Absprache zwischen Diakonie und drobs mit Aufgabenverteilung: Glücksspielberatung (Diakonie) und Glücksspielprävention (drobs)

VI Quellenverzeichnis

Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2026a): Jeder vierte Drogentote ist unter 30 Jahre. Berlin: Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/jeder-vierte-drogentote-ist-unter-30-jahre/ (Abrufdatum: 22.07.2026).

Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2026b): Glücksspiel in Deutschland. Berlin: Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/gluecksspiel (Abrufdatum: 22.07.2026).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe e.V. (2026): Suchthilfe UND Wohnungsnotfallhilfe – zwei Hilfesysteme, eine gemeinsame Zielgruppe (SuWoKo). Manual „Hand in Hand“ zeigt, wie Zusammenarbeit wirklich gelingt. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. https://www.bagw.de/de/projekte/suwoko (Abrufdatum: 22.07.2026).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2026): BERICHT ZUM SUBSTITUTIONSREGISTER. Januar 2026. Bonn/Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/_node.html (Abrufdatum: 22.07.2026).

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (2025): Infoblatt. „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2025“ – Ergebnisse zum Cannabiskonsum. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. https://www.bioeg.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention/ (Abrufdatum: 22.07.2026).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024): Info-Blatt. „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023“– Ergebnisse zum Cannabiskonsum. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bioeg.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention/ (Abrufdatum: 22.07.2026).

Buth, Sven/Meyer, Gerhard/Rosenkranz, Moritz/Kalke, Jens (2026): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2025. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung. https://gerhard.meyer.uni-bremen.de/downloads/Gluecksspielsurvey_2025.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2024). Care Instructions - Für einen bewussten Umgang mit Cannabis. Hamm/ Köln: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V./ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/Cannabis_%E2%80%93_Care_Instructions_BFREI.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2026): Positionspapier der Allianz Alkoholprävention. Erforderliche Maßnahmen zur Senkung der negativen Folgen des Alkoholkonsums. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2026-03-26_Erforderliche_Ma%C3%9Fnahmen_zur_Senkung_der_negativen_Folgen_des_Alkoholkonsums_-_final.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V./Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe e.V. (2026): Hand in Hand. Praxistipps für eine gelungene Zusammenarbeit in der Sucht- und Wohnungsnotfallhilfe. Berlin/Hamm: Deutsche

Hauptstelle für Suchtfragen e.V./Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe e.V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/DHS_SuWoKu__Bro_2026_03_24_RZ_digital.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Diakonisches Werk Hannover (o. J.): "Trampolino": Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien startet. Hannover: Diakonisches Werk Hannover. https://diakonisches-werk-hannover.de/kinder-und-jugendhilfe/trampolino-angebot-fuer-kinder-aus-suchtbelasteten-familien-startet/ (Abrufdatum: 22.07.2026).

European Union Drugs Agency (2026): Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. Lissabon: European Union Drugs Agency. https://www.euda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en#0-level-1 (Abrufdatum: 22.07.2026).

Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025a): Tätigkeitsbericht 2024. Halle (Saale): Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder. https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/jahresberichte/GGL_Tatigkeitsbericht_2024.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025b): GGL legt Tätigkeitsbericht 2024 vor: Maßnahmen der GGL sind wirksam, Kampf gegen illegales Glücksspiel bleibt herausfordernd. Halle (Saale): Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder. https://www.gluecksspiel-behoerde.de/de/news/ggl-legt-taetigkeitsbericht-2024-vor-massnahmen-der-ggl-sind-wirksam-kampf-gegen-illegales-gluecksspiel-bleibt-herausfordernd (Abrufdatum: 22.07.2026).

Kleemann, Maximilian (2026): Sperrsystem für Spielsucht-Kranke. Über fünf Milliarden Abfragen im Kampf gegen Glücksspielsucht. Frankfurt: Hessischer Rundfunk. https://www.hessenschau.de/gesellschaft/gluecksspiel-abfragen-beim-spielersperrsystem-steigen-deutlich-an-v1,gluecksspiel-sucht-100.html (Abrufdatum: 22.07.2026).

Landeshauptstadt Hannover (2019): Sucht- und Drogenbericht 2019. Hannover: Landeshauptstadt Hannover. https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Soziales/Sozialleistungen-weitere-Hilfen/Beauftragter-Sucht-und-Suchtpr%C3%A4vention (Abrufdatum: 24.07.2026).

Landeshauptstadt Hannover (2021): Aktuelle Broschüre der Sucht- und Drogenhilfe: "Go for it!". Hannover: Landeshauptstadt Hannover. https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Soziales/Sozialleistungen-weitere-Hilfen/Beauftragter-Sucht-und-Suchtpr%C3%A4vention/Aktuelle-Brosch%C3%BCre-der-Sucht-und-Drogenhilfe-%22Go-for-it!%22 (Abrufdatum 24.07.2026).

Manthey, Jakob/Kalke, Jens/Kraus, Ludwig/Radas, Senadin/Schranz, Anna/Verthein, Uwe/Kotz, Daniel/Fedler, Cynthia/Klosterhalfen, Stephanie/Steinhoff, Paula/Kinzig, Jörg/Iberl, Benedikt/Rebmann, Florian/Schreier, Sarah (2026): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN). 2. Zwischenbericht. Hamburg: Forschungsprojekt EKOCAN. https://doi.org/10.25592/uhhfdm.18530.

Meyer, Gerhard (2024): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahresbuch 2024. Lengerich: Pabst, S. 67 – 86.

NACOA Deutschland e. V. (o. J.) Wer sind die Kinder. Berlin: NACOA Deutschland e. V. https://coa-aktionswoche.de/die-kinder/wer-sind-die-kinder (Abrufdatum: 22.07.2026).

Orth, B./Nitzsche, A. (2025a): Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025. Cannabis – aktuelle Entwicklungen und Trends. BIÖG-Forschungsbericht. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q3-DAS25-CAN-DE-1.0.

Orth, B./Spille-Merkel, C./Nitzsche, A. (2025b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-DAS23-DE-1.0.

Orth, B. & Nitzsche, A. (2026). Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025. Teilband Illegale Drogen. BIÖG-Forschungsbericht. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q3-DAS25-DRO-DE-1.0.

Polizeidirektion Hannover (2025): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) der Polizeidirektion Hannover für das Jahr 2024. Hannover: Polizeidirektion Hannover. https://www.pd-h.polizei-nds.de/kriminalitaet/polizeiliche-kriminalstatistik-116731.html (Abrufdatum: 22.07.2026).

Raabe, Benjamin/Thomas, Severine (2024): Rechte von Care Leaver*innen. Verfügbare Leistungen auf Betreuung, Begleitung und finanzielle Unterstützung im deutschen Sozialleistungssystem. 2. Auflage. Hildesheim: IGfH e.V./ Stiftung Universität Hildesheim 2024. https://www.fachstelle-leavingcare.de/wp-content/uploads/2023/11/Raabe_Thomas_Rechte.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Robert Koch-Institut (2016): Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin: Robert Koch-Institut. https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-007.2.

Roth, Tina (2025): Immer mehr Menschen in Deutschland konsumieren Kokain. Hamburg: Norddeutscher Rundfunk. https://www.tagesschau.de/wissen/gesundheit/kokain-sucht-100.html (Abrufdatum: 22.07.2026).

Rummel, Christina/Lehner, Birgit/Kepp, Jolanthe (2024): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahresbuch 2024. Lengerich: Pabst, S. 9 – 35.

Sahler, Christoph (2023): Frankfurt als Kokain-Hauptstadt? Abwasseranalyse bringt überraschendes Ergebnis. Frankfurt am Main: Frankfurter Neue Presse. www.fnp.de/-92026130.html (Abrufdatum: 22.07.2026).

Schneider, Franziska/Karachaliou, Krystallia/Neumeier, Esther (2024): Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland, Workbook Drogenmärkte und Kriminalität. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD am IFT für Therapieforschung München. https://doi.org/10.5281/zenodo.17076939.

Stucki, Stephanie (2025): Synthetische Opioide. Faktenblatt. Version März 2025. Bern: Infodrog - Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. https://www.infodrog.ch/files/content/factsheets/2025_Faktenblatt_Synthetische-Opioide_%40OLD.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Technische Universität Dresden (2025): AMoCan. Abwasserbasiertes Begleit-Monitoring im Rahmen der Einführung des Cannabisgesetzes in Deutschland. Abschlussbericht. Dresden: Technische Universität Dresden.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/AMoCan_Abschlussbericht.pdf (Abrufdatum: 22.07.2026).

Werse, Bernd (2024): Abschlussbericht: BOJE - Benzodiazepin- und Opioidkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – empirische Erkundungen und Entwicklung von Präventionsempfehlungen. Bonn/Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/boje (Abrufdatum: 22.07.2026).

VII Glossar

BIÖG	Seit dem 13. Februar 2025 hat die bisherige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einen neuen Namen: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Außerdem hat das BIÖG eine Kooperationsvereinbarung zur Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut abgeschlossen.
BZgA	siehe BIÖG
Cathinon	Amphetamin, welches aus der Khat-Pflanze gewonnen wird
EUDA	Drogenagentur der Europäischen Union
F 14.0	Psychische und Verhaltensstörung durch Kokian/Akute Intoxikation [akuter Rausch]
GGL	Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder
ICD-10	Die ICD-10 ist die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, einer medizinischen Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation WHO
KCanG	Konsumcannabisgesetz
MDMA	ein Amphetaminderivat, welches als Partydroge konsumiert wird und eine stimulierende und leicht halluzinierende Wirkung hat
MedCanG	Medizinalcannabisgesetz
Mephedron	synthetisches Cathinon mit stimulierender und euphorischer Wirkung
NPS	Neue-psychoaktive-Stoffe
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik

Landeshauptstadt Hannover

LANDESHAUPTSTADT HANNOVER
Der Oberbürgermeister

Dezernat für Soziales und Integration
Beauftragter Sucht und Suchtprävention
Platz der Menschenrechte I
30159 Hannover

Ansprechpartner
Frank Woike
www.hannover.de/drogenbeauftragter
Tel.: 0511 168 46441
E-Mail: dezernatIII@hanover-stadt.de

Redaktionelle Mitarbeit
Philipp Kahnert
Katharina Koril

Stand
August 2026

Titelbild
© KI generiert